

SITUACIÓN DEL CÁNCER

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



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

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



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

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

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

ISSN: 2539-2301

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, noviembre de 2023

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022; Bogotá, D. C. 2023.

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

Junta directiva

Presidente

Mauricio Serra Tamayo
Compensar EPS

Juan Pablo Rueda Sánchez
Sanitas EPS

Beda Margarita Suárez
Anas Wayuu EPS Indígena

Jorge Iván Domínguez
Coosalud EPS

José Fernando Cardona Uribe
Nueva EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

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

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Ana María Valbuena García
Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Subcoordinador de Gestión del Conocimiento

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador de Gestión del Riesgo

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

Grupo desarrollador

- Ana María Valbuena García**
Coordinadora de Gestión del Conocimiento
- Luis Alejandro Moreno Ramírez**
Subcoordinador de Gestión del Conocimiento
- Ginna Paola Fernández Deaza**
Especialista en Analítica
- Sandra Milena Puentes Sánchez**
Especialista en Analítica
- Claudia Janeth Merchán Grajales**
Especialista en Analítica
- Lina Johanna Herrera Parra**
Líder de Investigación
- Rubén Darío Cáceres Gómez**
Líder de Estadística
- Juliana Alexandra Hernández Vargas**
Epidemióloga
- Silvia Juliana Trujillo Cáceres**
Epidemióloga
- María Teresa Daza Fonseca**
Subdirectora de Gestión de la Información
- Sandra Liliana Sabogal Rincón**
Coordinadora de Auditoría
- Jenny Andrea Flórez Godoy**
Líder de Gestión Clínica
- Luisa Fernanda Cordero Peña**
Líder de Auditoría

Revisores clínicos

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

Ricardo Brugés Maya

Presidente ACHO. Oncólogo clínico del Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Universitario San Ignacio y del Centro Javeriano de Oncología. Profesor asistente, facultad de medicina - Pontificia Universidad Javeriana.

Claudia L. Sossa Melo

Vicepresidenta ACHO. Jefe del servicio de hematología y trasplante de médula ósea de la Clínica FOSCAL, Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Jaime A. González Díaz

Hematólogo y oncólogo de Oncólogos del Occidente.

Diego Lopera Cortés

Hematólogo y oncólogo de Oncólogos del Occidente.

Mario Quintero

Hematólogo de la Clínica de Cancerología del Norte de Santander, Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Néstor Llinás Quintero

Oncólogo clínico de la Fundación Colombiana de Cancerología, Clínica Vida.

Ray Manneh Kopp

Oncólogo clínico de la Clínica Porto Azul, Sociedad de Oncología y Hematología del Cesar y del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Luz Deisser Suárez Vásquez

Oncóloga clínica de la Fundación Colombiana de Cancerología, Clínica Vida.

Vanessa Ospina Serrano

Oncóloga clínica, MsC, Doctorando UAM del Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro en Segovia de Arana, y del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda en Madrid, España.

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

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

Tabla de contenido

Abreviaturas.....	30
Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	31
Glosario	33
Introducción.....	35
Referencias.....	35
Aspectos éticos y legales.....	37
Aspectos metodológicos.....	38
1. Auditoría de la información.....	38
1.1. Generalidades del reporte	38
1.2. Población de interés y periodo evaluado	38
1.3. Calidad de la información	39
Ajuste de datos posterior a la auditoría	41
2. Análisis epidemiológico.....	41
2.1. Generalidades	41
2.2. Análisis descriptivo	41
2.3. Estimación de la morbilidad y mortalidad	41
2.4. Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo.....	42
Tablas complementarias	46
Referencias.....	47
1. Generalidades del cáncer.....	48
Contenido infográfico capítulo 1	50
1.1. Descripción general de los casos reportados	50
1.2. CNR de cáncer general.....	51
1.3. Mortalidad general del cáncer invasivo.....	52
1.4. Morbimortalidad del cáncer general en la población evaluada.....	53
1.4.1. PCNR del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial.....	53
1.4.2. PCNR del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	53
1.4.3. Prevalencia del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial	54
1.4.4. Prevalencia del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	54
1.4.5. Mortalidad general en las personas con cáncer invasivo según la región y la entidad territorial ..	55
1.4.6. Mortalidad general en las personas con cáncer invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	55

1.4.7. Evolución del registro de cáncer general invasivo en el aseguramiento en Colombia	56
1.5. Caracterización de los casos nuevos reportados de cáncer	56
1.5.1. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer	56
1.5.2. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos reportados de cáncer	58
1.5.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos reportados de cáncer	59
1.6. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer	62
1.6.1. Caracterización clínica de los casos prevalentes de cáncer reportados	62
1.6.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer.....	63
2. Cáncer de mama	64
Contenido infográfico capítulo 2	65
2.1. Morbimortalidad del cáncer de mama	66
2.1.1. PCNR del cáncer de mama según la región y la entidad territorial	66
2.1.2. PCNR de cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	67
2.1.3. Prevalencia del cáncer de mama según la región y la entidad territorial.....	67
2.1.4. Prevalencia del cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	67
2.1.5. Mortalidad en las mujeres con cáncer de mama según la región y la entidad territorial	68
2.1.6. Mortalidad del cáncer de mama según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	68
2.1.7. Evolución del registro de cáncer de mama en el aseguramiento en Colombia	69
2.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama	70
2.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de mama	70
2.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados	70
2.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama	73
2.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de mama	74
2.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de mama	77
2.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de mama.....	78
Referencias	81
3. Cáncer de próstata	82
Contenido infográfico capítulo 3	83
3.1. Morbimortalidad del cáncer de próstata.....	84
3.1.1. PCNR de cáncer de próstata según la región y la entidad territorial	84
3.1.2. PCNR de cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	85
3.1.3. Prevalencia del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial	85
3.1.4. Prevalencia del cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	86
3.1.5. Mortalidad del cáncer de próstata según la región y la entidad territorial	86
3.1.6. Mortalidad del cáncer de próstata según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	87

3.1.7. Evolución del registro de cáncer de próstata en el aseguramiento en Colombia	87
3.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata	88
3.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de próstata	88
3.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de próstata	89
3.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de próstata	90
3.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de próstata	92
3.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de próstata	94
3.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de próstata.....	95
Referencias	96
4. Cáncer de cuello uterino	97
Contenido infográfico capítulo 4	98
4.1. Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino	99
4.1.1. PCNR de cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial.....	99
4.1.2. PCNR de cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	100
4.1.3. Prevalencia del cáncer de cuello uterino según la región y la entidad territorial	101
4.1.4. Prevalencia del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	102
4.1.5. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según la región y la entidad territorial	102
4.1.6. Mortalidad general del cáncer de cuello uterino invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	103
4.1.7. Evolución del registro de cáncer de cérvix en el aseguramiento en Colombia	103
4.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.....	104
4.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino	104
4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados.....	104
4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino	105
4.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.....	106
4.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino.....	109
4.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de cuello uterino	110
Referencias	112
5. Cáncer de colon y recto	113
Contenido infográfico capítulo 5	114
5.1. Morbimortalidad del cáncer de colon y recto.....	115
5.1.1. PCNR del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial	115
5.1.2. PCNR de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	116

5.1.3. Prevalencia del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial	116
5.1.4. Prevalencia del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	117
5.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial...	117
5.1.6. Mortalidad del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	118
5.1.7. Evolución del registro de cáncer de colon y recto en el aseguramiento en Colombia.....	118
5.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto	119
5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de colon y recto.....	119
5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de colon y recto	119
5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto.....	120
5.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de colon y recto	121
5.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto	124
5.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto.....	125
Referencias.....	128
6. Cáncer de estómago	129
Contenido infográfico capítulo 6	130
6.1. Morbimortalidad del cáncer de estómago.....	131
6.1.1. PCNR del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial	131
6.1.2. PCNR de cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	132
6.1.3. Prevalencia del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial	132
6.1.4. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora....	133
6.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de estómago según la región y la entidad territorial.....	133
6.1.6. Mortalidad del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	134
6.1.7. Evolución del registro de cáncer de estómago en el aseguramiento en Colombia.....	134
6.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago	135
6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de estómago.....	135
6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de estómago	135
6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago.....	136
6.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de estómago	137
6.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de estómago	140
6.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago.....	141
Referencias.....	143
7. Cáncer de pulmón	144
Contenido infográfico capítulo 7	145

7.1. Morbimortalidad del cáncer de pulmón	146
7.1.1. PCNR de cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial	146
7.1.2. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	147
7.1.3. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial	147
7.1.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	148
7.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial	148
7.1.6. Mortalidad del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	149
7.1.7. Evolución del registro de cáncer de pulmón en el aseguramiento en Colombia.....	149
7.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón.....	150
7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de pulmón.....	150
7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón	150
7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón	151
7.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de pulmón	152
7.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de pulmón.....	155
7.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón	156
Referencias.....	158
8. Melanoma.....	159
Contenido infográfico capítulo 8	160
8.1. Morbimortalidad del melanoma	161
8.1.1. PCNR de melanoma según la región y la entidad territorial	161
8.1.2. PCNR de melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	162
8.1.3. Prevalencia del melanoma según la región y la entidad territorial.....	162
8.1.4. Prevalencia del melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	163
8.1.5. Mortalidad en las personas con melanoma según la región y la entidad territorial.....	163
8.1.6. Mortalidad del melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	164
8.1.7. Evolución del registro de melanoma en el aseguramiento en Colombia.....	164
8.2. Caracterización de los casos nuevos de melanoma	165
8.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de melanoma.....	165
8.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de melanoma	165
8.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de melanoma	166
8.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de melanoma	167
8.3. Caracterización de los casos prevalentes de melanoma.....	171
8.4. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma.....	171

Referencias	174
9. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta	175
Contenido infográfico capítulo 9	176
9.1. Morbimortalidad del LNH en la población adulta	177
9.1.1. PCNR del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial	177
9.1.2. PCNR de LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora...	178
9.1.3. Prevalencia del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial	178
9.1.4. Prevalencia del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	179
9.1.5. Mortalidad del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial	179
9.1.6. Mortalidad del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	180
9.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LNH en el aseguramiento en Colombia	180
9.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población adulta.....	181
9.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH	181
9.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH	181
9.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH	182
9.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH.....	183
9.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población adulta.....	186
9.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH	187
Referencias	189
10. Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta.....	190
Contenido infográfico capítulo 10	191
10.1. Morbimortalidad del LH en la población adulta.....	192
10.1.1. PCNR del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial	192
10.1.2. PCNR del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora...	193
10.1.3. Prevalencia del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial	193
10.1.4. Prevalencia del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	194
10.1.5. Mortalidad del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial	194
10.1.6. Mortalidad del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	195
10.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LH en el aseguramiento en Colombia.....	195
10.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población adulta	196
10.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH	196
10.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH	196

10.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH	197
10.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH	198
10.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población adulta	201
10.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH.....	202
Referencias	204
11. Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta	205
Contenido infográfico capítulo 11.....	206
11.1. Morbimortalidad de la LLA en la población adulta	207
11.1.1. PCNR de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial	207
11.1.2. PCNR de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	208
11.1.3. Prevalencia de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial	208
11.1.4. Prevalencia de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	209
11.1.5. Mortalidad de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial.....	209
11.1.6. Mortalidad de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	210
11.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LLA en el aseguramiento en Colombia	210
11.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población adulta.....	211
11.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA	211
11.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA	211
11.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA	212
11.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LLA.....	213
11.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población adulta.....	216
11.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA.....	217
Referencias	219
12. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta	220
Contenido infográfico capítulo 12	221
12.1. Morbimortalidad de la LMA en la población adulta	222
12.1.1. PCNR de la LMA en los adultos según la región y la entidad territorial	222
12.1.2. PCNR estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	223
12.1.3. Prevalencia de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial	223
12.1.4. Prevalencia de la LMA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	224
12.1.5. Mortalidad de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial	224
12.1.6. Mortalidad en los adultos con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	225

12.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LMA en el aseguramiento en Colombia.....	225
12.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en los adultos	226
12.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA	226
12.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA	226
12.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de la LMA	227
12.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LMA	228
12.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en los adultos.....	231
12.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con LMA.....	232
Referencias	234
13. Otros tipos de cáncer.....	235
Contenido infográfico capítulo 13	236
13.1. Morbilidad y mortalidad de los otros tipos de cáncer reportados.....	237
13.2. Caracterización de los casos nuevos de los otros tipos de cáncer	241
13.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de otros tipos de cáncer reportados...	241
13.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de los otros tipos de cáncer reportados.....	242
13.2.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de los otros tipos de cáncer	245
13.3. Otras neoplasias hematológicas	246
13.3.1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas reportados	246
13.3.2. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas.....	248
13.4. Descripción especial: mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias	250
13.4.1. Características sociodemográficas de los casos reportados con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias.....	250
13.4.2. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias.....	252
13.5. Suplemento	254
Referencias	256
14. Análisis de la detección temprana y del inicio oportuno del tratamiento.....	257
14.1. Cáncer de mama	259
14.2. Cáncer de próstata.....	260
14.3. Cáncer de cuello uterino.....	262
14.4. Cáncer de colon y recto	263
Referencias	265
Discusión y conclusiones	266
Referencias	269

Lista de tablas

Tabla 1. Entidades activas que deben reportar la información según la Resolución 0247 de 2014	38
Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de personas con cáncer, en la auditoría del 2022 según el renglón del aseguramiento.....	39
Suplemento 1. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de cáncer, Colombia 2022	46
Tabla 1.1. Descripción general de la población con cáncer reportada en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	50
Tabla 1.2. PCNR estandarizada del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	53
Tabla 1.3. PCNR estandarizada del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	53
Tabla 1.4. Prevalencia estandarizada del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	54
Tabla 1.5. Prevalencia estandarizada del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022	54
Tabla 1.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	55
Tabla 1.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022	55
Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	57
Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	58
Tabla 1.10. Oportunidad de la atención según el tipo de cáncer priorizado en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	62
Tabla 1.11. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos prevalentes en el periodo según el régimen de afiliación, 2022	63
Tabla 2.1. Medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 ..	66
Tabla 2.2. PCNR estandarizada del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	66
Tabla 2.3. PCNR estandarizada del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	67
Tabla 2.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	67
Tabla 2.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022	68
Tabla 2.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	68
Tabla 2.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	69

Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	70
Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	71
Tabla 2.10. Concordancia entre los resultados de las pruebas HER2 y FISH en los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	72
Tabla 2.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	73
Tabla 2.12. Oportunidad de la atención en el cáncer de mama según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	77
Tabla 2.13. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	78
Tabla 2.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	80
Tabla 2.15. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	81
Tabla 3.1. Medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	84
Tabla 3.2. PCNR estandarizada de cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	84
Tabla 3.3. PCNR estandarizada de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022	85
Tabla 3.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	85
Tabla 3.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022	86
Tabla 3.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	86
Tabla 3.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	87
Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	89
Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	90
Tabla 3.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de próstata según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	91
Tabla 3.11. Oportunidad de la atención del cáncer de próstata según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	94
Tabla 3.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	94
Tabla 3.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	95

Tabla 3.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata según el régimen de afiliación en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	96
Tabla 4.1. Medidas de frecuencia del cáncer de cérvix en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 ...	99
Tabla 4.2. PCNR estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	99
Tabla 4.3. PCNR estandarizada del cáncer de cérvix <i>in situ</i> según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	100
Tabla 4.4. PCNR estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022	100
Tabla 4.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	101
Tabla 4.6. Prevalencia estandarizada del cáncer de cérvix <i>in situ</i> según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	101
Tabla 4.7. Prevalencia estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	102
Tabla 4.8. Mortalidad general estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	102
Tabla 4.9. Mortalidad general estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022	103
Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de cérvix reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	104
Tabla 4.11. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cérvix reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	105
Tabla 4.12. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	105
Tabla 4.13. Oportunidad de la atención en el cáncer de cérvix según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	109
Tabla 4.14. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de cérvix según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	109
Tabla 4.15. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cérvix según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	111
Tabla 4.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cérvix según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	112
Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	115
Tabla 5.2. PCNR estandarizada del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	115
Tabla 5.3. PCNR estandarizada del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022	116
Tabla 5.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia, 2022	116

Tabla 5.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	117
Tabla 5.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	117
Tabla 5.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	118
Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	119
Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	120
Tabla 5.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de colon y recto según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	120
Tabla 5.11. Oportunidad de la atención en cáncer de colon y recto según el estadio al diagnóstico y el subtipo anatómico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	124
Tabla 5.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	125
Tabla 5.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	127
Tabla 5.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2022	128
Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	131
Tabla 6.2. PCNR estandarizada del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	131
Tabla 6.3. PCNR estandarizada del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022	132
Tabla 6.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia, 2022	132
Tabla 6.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022	133
Tabla 6.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	133
Tabla 6.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022	134
Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	135
Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	136
Tabla 6.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de estómago según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	136
Tabla 6.11. Oportunidad de la atención en cáncer de estómago según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, 2022.....	140

Tabla 6.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	141
Tabla 6.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	142
Tabla 6.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según el régimen de aseguramiento, Colombia 2022	143
Tabla 7.1. Medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	146
Tabla 7.2. PCNR estandarizada del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	146
Tabla 7.3. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022	147
Tabla 7.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	147
Tabla 7.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022	148
Tabla 7.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	148
Tabla 7.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	149
Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	150
Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	151
Tabla 7.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de pulmón según el estadio clínico, Colombia 2022.....	151
Tabla 7.11. Oportunidad de la atención en cáncer de pulmón según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	155
Tabla 7.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	155
Tabla 7.13. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia, Colombia 2022.....	157
Tabla 7.14. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	158
Tabla 8.1. Medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	161
Tabla 8.2. PCNR estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	161
Tabla 8.3. PCNR estandarizada del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	162
Tabla 8.4. Prevalencia estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	162
Tabla 8.5. Prevalencia estandarizada del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	163

Tabla 8.6. Mortalidad general estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	163
Tabla 8.7. Mortalidad general estandarizada del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022	164
Tabla 8.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	165
Tabla 8.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022	166
Tabla 8.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de melanoma según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	167
Tabla 8.11. Oportunidad de la atención en el melanoma según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	170
Tabla 8.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022	171
Tabla 8.13. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	173
Tabla 8.14. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022	174
Tabla 9.1. Medidas de frecuencia del LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	177
Tabla 9.2. PCNR estandarizada del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	177
Tabla 9.3. PCNR estandarizada del LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022 ..	178
Tabla 9.4. Prevalencia estandarizada del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	178
Tabla 9.5. Prevalencia estandarizada del LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	179
Tabla 9.6. Mortalidad general estandarizada del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	179
Tabla 9.7. Mortalidad general estandarizada del LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	180
Tabla 9.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	181
Tabla 9.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	182
Tabla 9.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LNH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	183
Tabla 9.11. Oportunidad de la atención en la población adulta con LNH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	186
Tabla 9.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	186

Tabla 9.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	188
Tabla 9.14. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según el régimen de afiliación, Colombia 2022	189
Tabla 10.1. Medidas de frecuencia del LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	192
Tabla 10.2. PCNR estandarizada del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	192
Tabla 10.3. PCNR estandarizada del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022 ...	193
Tabla 10.4. Prevalencia estandarizada del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	193
Tabla 10.5. Prevalencia estandarizada del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	194
Tabla 10.6. Mortalidad general estandarizada del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	194
Tabla 10.7. Mortalidad general estandarizada del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	195
Tabla 10.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	196
Tabla 10.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	197
Tabla 10.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	197
Tabla 10.11. Oportunidad de la atención en la población adulta con LH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	201
Tabla 10.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	201
Tabla 10.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	203
Tabla 10.14. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según el régimen de afiliación, Colombia 2022	204
Tabla 11.1. Medidas de frecuencia de la LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	207
Tabla 11.2. PCNR estandarizada de la LLA en la población adulta según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	207
Tabla 11.3. PCNR estandarizada de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	208
Tabla 11.4. Prevalencia estandarizada de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	208
Tabla 11.5. Prevalencia estandarizada de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	209

Tabla 11.6. Mortalidad general estandarizada de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	209
Tabla 11.7. Mortalidad general estandarizada de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	210
Tabla 11.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	211
Tabla 11.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	212
Tabla 11.10. Oportunidad de la atención en la población adulta con LLA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	216
Tabla 11.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	216
Tabla 11.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	218
Tabla 11.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según el régimen de afiliación, Colombia 2022	219
Tabla 12.1. Medidas de frecuencia de la LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	222
Tabla 12.2. PCNR estandarizada de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	222
Tabla 12.3. PCNR estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	223
Tabla 12.4. Prevalencia estandarizada de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	223
Tabla 12.5. Prevalencia estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	224
Tabla 12.6. Mortalidad general estandarizada de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	224
Tabla 12.7. Mortalidad general estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022	225
Tabla 12.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	226
Tabla 12.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2022	227
Tabla 12.10. Oportunidad de la atención en la población adulta con LMA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	231
Tabla 12.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	231
Tabla 12.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	233
Tabla 12.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2022	234

Tabla 13.1. Medidas de frecuencia de los tipos de cáncer no priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	238
Tabla 13.2. Caracterización sociodemográfica de los otros tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia entre los casos nuevos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	242
Tabla 13.3. Caracterización clínica de los otros tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia entre los casos nuevos según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	243
Tabla 13.4. Oportunidad de la atención en los otros tipos de cáncer reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	245
Tabla 13.5. Características sociodemográficas y clínicas de las personas con otras neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	247
Tabla 13.6. Características sociodemográficas y clínicas de los casos con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	251
Suplemento 1. Frecuencia de los casos reportados por los subtipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2022	254

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos de la cohorte de cáncer, 2022.....	40
Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2021	43
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020	44
Figura 3. Proyección de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2021	45
Figura 1.1. Distribución porcentual de los casos nuevos reportados según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	51
Figura 1.2. Distribución porcentual de los CNR de cáncer invasivo para los tipos de mayor frecuencia según el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	51
Figura 1.3. Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	52
Figura 1.4. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	52
Figura 1.5. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer general invasivo en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	56
Figura 1.6. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2018 - 2022	59
Figura 1.7. Tendencia en la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	60
Figura 1.8. Tendencia en la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	61
Figura 1.9. Distribución porcentual de los casos prevalentes según el tipo de cáncer priorizado y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	62
Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	69
Figura 2.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	74
Figura 2.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	75
Figura 2.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de mama en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	76
Figura 2.5. Tendencia en la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	76
Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	88
Figura 3.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	91
Figura 3.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	92

Figura 3.4. Tendencia en la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de próstata en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	93
Figura 3.5. Tendencia en la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de próstata en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	93
Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	103
Figura 4.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	106
Figura 4.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de cérvix en el marco del aseguramiento en Colombia, 2022	107
Figura 4.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de cérvix en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	108
Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cérvix en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	108
Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento en Colombia, 2015 - 2022	118
Figura 5.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	121
Figura 5.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	122
Figura 5.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	123
Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	123
Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	134
Figura 6.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	137
Figura 6.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	138
Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de estómago en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	139
Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	139
Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	149
Figura 7.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	152
Figura 7.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	153
Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	154

Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	154
Figura 8.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	164
Figura 8.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	167
Figura 8.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	168
Figura 8.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de melanoma en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	169
Figura 8.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de melanoma en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	170
Figura 9.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LNH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	180
Figura 9.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	183
Figura 9.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	184
Figura 9.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LNH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	185
Figura 9.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LNH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	185
Figura 10.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	195
Figura 10.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	198
Figura 10.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	199
Figura 10.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	200
Figura 10.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	200
Figura 11.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LLA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	210
Figura 11.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LLA en los adultos según el grupo de riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	212
Figura 11.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	213
Figura 11.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	214
Figura 11.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LLA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	215
Figura 11.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LLA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022	215

Figura 12.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022	225
Figura 12.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en los adultos según el grupo de riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	227
Figura 12.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	228
Figura 12.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	229
Figura 12.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LMA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022.....	230
Figura 12.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LMA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022.....	230
Figura 13.1. Relación entre los casos nuevos reportados y las muertes en los otros tipos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	241
Figura 13.2. Distribución de los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas según el grupo etario y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	246
Figura 13.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2022.....	248
Figura 13.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022.....	249
Figura 13.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022.....	249
Figura 13.6. Distribución de los casos nuevos del mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias según el grupo etario y el sexo en el marco de aseguramiento, Colombia 2022	250
Figura 13.7. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	252
Figura 13.8. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2021	253
Figura 13.9. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2021	253
Figura 14.1. Correlación espacial en la detección temprana del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	259
Figura 14.2. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	260
Figura 14.3. Correlación espacial en la detección temprana del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	261
Figura 14.4. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	262
Figura 14.5. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	263
Figura 14.6. Correlación espacial en la detección temprana del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	264
Figura 14.7. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022	265

Abreviaturas

- AJCC:** American Joint Committee on Cancer.
- BDUA:** Base de Datos Única de Afiliados.
- CAC:** Cuenta de Alto Costo.
- CCP:** carcinoma de célula pequeña.
- CCNP:** carcinoma de célula no pequeña.
- CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades 10º Revisión.
- CIE-O-3:** Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ra Edición.
- CNR:** casos nuevos reportados (diagnosticados durante el periodo de análisis).
- COVID-19:** enfermedad por coronavirus 19.
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- DDDS:** Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
- DE:** desviación estándar.
- EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- EAPVS:** Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud.
- EPS:** Entidades Promotoras de Salud.
- EORTC:** European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- FIGO:** International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- FISH:** fluorescence *In situ* Hybridization - hibridación fluorescente *in situ*.
- HER2:** receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano.
- IARC:** Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (por sus siglas en inglés).
- IC:** Intervalo de confianza.
- IPS:** Institución Prestadora de Servicios.
- LAC:** Latinoamérica y el Caribe.
- LLA:** leucemia linfoide aguda.
- LMA:** leucemia mieloide aguda.
- LH:** linfoma Hodgkin.
- LNH:** linfoma no Hodgkin.
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PCNR:** proporción de casos nuevos reportados (diagnosticados en el periodo).
- PSA:** antígeno prostático específico.
- RIC:** rango intercuartílico.
- RSD:** registro simplificado de datos.
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- SNC:** sistema nervioso central.

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

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Contributivo	
EAS016	Empresas Públicas de Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	Sura EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS044	Medimás EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Subsidiado	
CCF023	Caja de Compensación Familiar de La Guajira
CCF024	Caja de Compensación Familiar del Huila
CCF033	Caja de Compensación Familiar de Sucre
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
CCF102	Caja de Compensación Familiar del Chocó
EPS022	Convida EPS
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPS045	Medimás EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y La Guajira - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - AIC EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asmet Salud EPS
ESS091	Ecoopsos EPS
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS
ESS207	Mutual Ser EPS

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

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Especial	
EMP015	Medisanitas S.A. Compañía Medicina Prepagada
EMP023	Empresa Medicina Prepagada Colsanitas S.A.
EMP029	Colpatria Medicina Prepagada S.A.
PVS1333	Liberty Seguros
RES006	Universidad Industrial de Santander
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional de Colombia
RES009	Universidad del Cauca
RES011	Universidad de Antioquia
RES012	Universidad de Córdoba
RES014	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
REUE05	Universidad de Nariño
REUE09	Universidad del Atlántico
Excepción	
RES001	Policía Nacional
RES002	Ecopetrol
RES003	Fuerzas Militares
RES004	Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
No afiliado	
05000	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia
08000	Secretaría Departamental de Salud del Atlántico
11001	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
13000	Secretaría Departamental de Salud de Bolívar
19000	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
23000	Secretaría Departamental de Salud de Córdoba
25000	Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca
41000	Secretaría Departamental de Salud del Huila
50000	Secretaría Departamental de Salud del Meta
52000	Secretaría Departamental de Salud de Nariño
54000	Secretaría Departamental de Salud de Norte de Santander
66000	Secretaría Departamental de Salud de Risaralda
76000	Secretaría Departamental de Salud del Valle

Glosario

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

Anticuerpos monoclonales: es un tipo de proteína creada en laboratorio, cuya función es estimular una reacción inmunitaria que destruye células neoplásicas.

Antineoplásicos: medicamentos que bloquean el crecimiento neoplásico.

Biopsia: remoción de células o tejido, para ser examinados por el patólogo.

Cáncer: células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

Cáncer primario: es un término usado para describir dónde se desarrolló el tumor original.

Citotóxico: sustancia que elimina células, como las cancerosas. Estos medicamentos pueden impedir que las células cancerosas se dividan y crezcan, y pueden disminuir el tamaño de los tumores.

Clasificación de Dukes: es un sistema de estadificación usado para describir la extensión del cáncer de colon y recto.

Diagnóstico histopatológico: confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.

Escala Gleason: es un sistema para graduar los tejidos de cáncer de próstata, basado en la histología. Por lo general va entre 6 a 10 indicando el riesgo de infiltración. Un Gleason bajo es similar a una próstata normal, un Gleason de alto grado significa que el tejido neoplásico es diferente al tejido normal circundante, e implica un alto riesgo de infiltración.

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

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

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

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

Glosario

- Inmunoterapia:** tipo de terapia biológica en la que se usan sustancias para estimular o inhibir el sistema inmunitario a fin de ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades.
- Invasivo o infiltrante:** cáncer que se ha diseminado más allá de la capa de tejido de la cual se desarrolló, infiltrando el tejido sano.
- Metástasis:** diseminación de células cancerígenas del lugar de donde inicialmente se originaron a otras partes del cuerpo.
- Neoplasia:** crecimiento celular anormal descontrolado. Para efectos del documento sinónimo de cáncer.
- PSA:** Antígeno prostático específico, es una glicoproteína producida por las células prostáticas, su elevación está relacionada con las alteraciones de la glándula prostática.
- Quimioterapia:** tratamiento usado para detener el crecimiento de las células neoplásicas.
- Quimioterapia intratecal:** tratamiento con medicamentos antineoplásicos que son inyectados entre las capas de tejido que recubren el cerebro y la médula espinal.
- Radioterapia:** es el uso de radiación de alta energía proveniente de rayos gamma, rayos x, protones, neutrones y otras fuentes, para detener el crecimiento del cáncer.
- Terapia biológica:** es un tipo de tratamiento que usa organismos vivos, sustancias procedentes de los mismos o versiones producidas en el laboratorio de estas sustancias, para el tratamiento de enfermedades como el cáncer.
- Terapia hormonal:** tratamiento que detiene el crecimiento de algunos tipos de cáncer (próstata y mama).
- TNM:** es un sistema que describe la medida de diseminación del cáncer. T describe el tamaño del tumor y la diseminación local; N describe la diseminación del cáncer a ganglios linfáticos locorregionales; M metástasis.

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

Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte prematura, con una carga importante en términos de la morbimortalidad en todas las regiones del mundo, sin discriminar por el nivel de desarrollo humano (1,2). La heterogeneidad en la frecuencia de diagnóstico de los diferentes tipos de cáncer a nivel global es el resultado de las diferencias en la exposición a distintos factores de riesgo y la expectativa de vida; es por esto que, las intervenciones para el control del cáncer deben ser contextualizadas de acuerdo con el comportamiento epidemiológico propio de cada territorio (3).

En Colombia se ha desarrollado, a lo largo de los años, una amplia normatividad centrada en la priorización de la atención integral de la población con cáncer y la consolidación de las redes de atención que buscan facilitar el acceso oportuno a los servicios de calidad de estas personas (4-6). Este es un aspecto a destacar, teniendo en cuenta la importancia de estos lineamientos para la orientación de los diferentes actores en su rol para el control del cáncer en el país, mediante el desarrollo de acciones en los ámbitos político, comunitario y de los servicios de salud (7).

Con corte a enero de 2021, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) los tipos de cáncer con la proporción de casos nuevos reportados (PCNR) estandarizada más alta fueron el de mama, el de próstata y el colorrectal; en cuanto a la mortalidad general estandarizada, el cáncer de cérvix ocupó el tercer lugar luego de los de mama y próstata. Este comportamiento difiere de lo observado en el mundo, teniendo en cuenta que el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte (8).

Según la tendencia observada en los últimos años en la cohorte de las personas con cáncer del registro administrativo de la Cuenta de Alto Costo (CAC), se han observado ciertos avances en diferentes aspectos en la gestión de la población con esta condición en el marco del aseguramiento, sin embargo, se debe continuar trabajando por mejorar la detección temprana y brindar un acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento (9,10).

En consonancia con los objetivos misionales de la CAC, a continuación, se presenta el octavo informe que describe los principales resultados de la situación del cáncer en la población adulta atendida en el contexto del aseguramiento en salud en Colombia. La información descrita corresponde a lo reportado por los aseguradores y los prestadores durante el periodo comprendido entre el 2 de enero del 2021 al 1º de enero del 2022. El objetivo principal del documento es la descripción de las características clínicas y sociodemográficas de los casos reportados, así como los resultados de la gestión del riesgo en los ámbitos demográfico y del aseguramiento, del cáncer general y de los 11 tipos priorizados. Lo anterior con el fin de brindar herramientas para la toma de decisiones y la implementación de acciones hacia el manejo integral del cáncer y la reducción de la carga de la enfermedad.

Referencias

1. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The Ever- Increasing Importance of Cancer as a Leading Cause of Premature Death Worldwide. *Cancer*. 2021;127:3029-30.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
3. Organización Mundial de la Salud. Who report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all [en línea]. 2020; Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1383 de 2013 [en línea]. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1383-de-2013.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1384 de 2010 [en línea]. 2010;1-6. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=39368
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1477 de 2016 [en línea]. 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion_1477_de_2016.pdf



7. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal Para el Control del Cáncer de Colombia, 2012-2021 [en línea]. 2012. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documents/Plan-Decenal-Cancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf
8. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN: Cáncer hoy: herramientas gráficas de visualización [en línea]. 2020. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group=0&ages_group=17&nb_items=10&
9. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2020 [en línea]. Bogotá, D. C.; 2021. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2020/>
10. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia, 2021 [en línea]. Bogotá, D. C.; 2022. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2021/>

Aspectos éticos y legales

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

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

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

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



Aspectos metodológicos

1. Auditoría de la información

1.1. Generalidades del reporte

Los datos presentados corresponden a la información que las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las direcciones departamentales y distritales de salud (DDDS) le notificaron a la Cuenta de Alto Costo (CAC) con corte al 1º de enero del 2022 y en cumplimiento de la Resolución 0247 de 2014 (1), que establece la obligatoriedad del reporte anual de la población con cáncer que fue atendida en el marco del sistema de salud colombiano. Esta información hace parte de la bodega de datos de la CAC y se estructura según el instructivo definido en la misma resolución. En la **tabla 1** se relaciona el número de entidades existentes, las que reportaron casos en el periodo y las que informaron no tener ningún paciente objeto del reporte.

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

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos de la condición	Entidades que reportan no tener casos
EAPB de excepción	4	4	0
EAPB especial	11	9	0
EAPVS	7	4	1
EPS	37	37	0
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	38	13	23
Total	97*	67	24

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, **EAPVS:** Entidades Administradoras de Planes Voluntarios de Salud, **EPS:** Entidades Promotoras de Salud.

* Se incluyen 6 entidades que no reportaron casos en el periodo ni confirmaron no tener casos.

1.2. Población de interés y periodo evaluado

La población objeto del reporte está conformada por todas las personas con diagnóstico histopatológico o clínico de cáncer *in situ* o invasivo, afiliadas a las EAPB (incluyendo el régimen de excepción y a las DDDS), que fueron atendidas entre el 2 de enero de 2021 y el 1º de enero de 2022, junto con las personas reportadas el año anterior incluyendo la actualización de los datos correspondientes para este periodo. La población reportada se dividió en dos grupos: el primero corresponde a los 11 tipos de cáncer priorizados por el MSPS de acuerdo con la Resolución 3974 de 2009 (2), según su relevancia en términos de la carga de la enfermedad y otros aspectos relacionados con la gestión y la sostenibilidad financiera del sistema de salud: mama, cuello uterino, próstata, colon y recto, estómago, pulmón, melanoma, linfoma Hodgkin (LH), linfoma no Hodgkin (LNH), leucemia linfoides aguda (LLA) y leucemia mieloide aguda (LMA). El segundo grupo se denominó "otros tipos de cáncer" y está conformado por 14 tipos de tumores, diferentes a los ya mencionados, determinados según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) (3).

1.3. Calidad de la información

En el proceso de estructuración de la información por parte de aseguradores y prestadores, basados en los requerimientos de la resolución, cada entidad debe superar el proceso de cargue en la malla de validación dispuesta en la plataforma de la CAC, la cual contempla además de las validaciones de forma y estructura, cruces lógicos entre variables (demográficas y clínicas) para incrementar la coherencia de los datos reportados.

Una vez los datos son reportados a la CAC y se cumple el tiempo máximo de reporte, el aplicativo se cierra para el periodo. De forma paralela, se lleva a cabo la disposición de los soportes clínicos y administrativos en el repositorio de la CAC, relacionados con la información reportada para cada paciente.

Posteriormente, se inicia la extracción de los casos que serán objeto de auditoría, previo al proceso de inactivación de los registros que no deben estar en las bases de datos, de acuerdo con criterios como la novedad administrativa reportada (antes de la auditoría interna de la EAPB) y el resultado de su estado de afiliación (cruce con la base de datos única de afiliados-BDUA).

A continuación, se inicia el proceso de validación durante la auditoría, en el cual se verifica cada dato reportado con respecto a los soportes clínicos dispuestos. A partir de lo anterior, se genera una calificación de calidad del reporte y un análisis de los hallazgos clave para cada EAPB e IPS, de la siguiente manera: cuando el dato reportado por la entidad coincide con los soportes clínicos, se califica como "datos de calidad"; si el dato reportado difiere de lo descrito en los soportes clínicos, se otorga una calificación de "dato ajustado". En el momento en que el dato reportado es desconocido, se reconoce como "datos no gestionados" y finalmente, la "ausencia de datos" es cuando el dato aportado está ausente o no puede ser verificado. Adicionalmente, se registra la marcación de "inconsistencias" para los casos que tienen soportes sin los datos completos del paciente, el profesional tratante e IPS que presta la atención y los que no cuentan con el sustento diagnóstico para cáncer.

A partir de lo anterior, se obtiene como producto una base de datos robusta y veraz, como insumo para el análisis epidemiológico, la medición de los indicadores en salud y de gestión del riesgo, generando un resultado confiable. En la **tabla 2** se presentan los resultados de la calidad del reporte de información a nivel nacional para la cohorte de cáncer de acuerdo con el régimen del aseguramiento. Otros hallazgos relevantes, propios del proceso de auditoría pueden ser consultados en el **suplemento 1**.

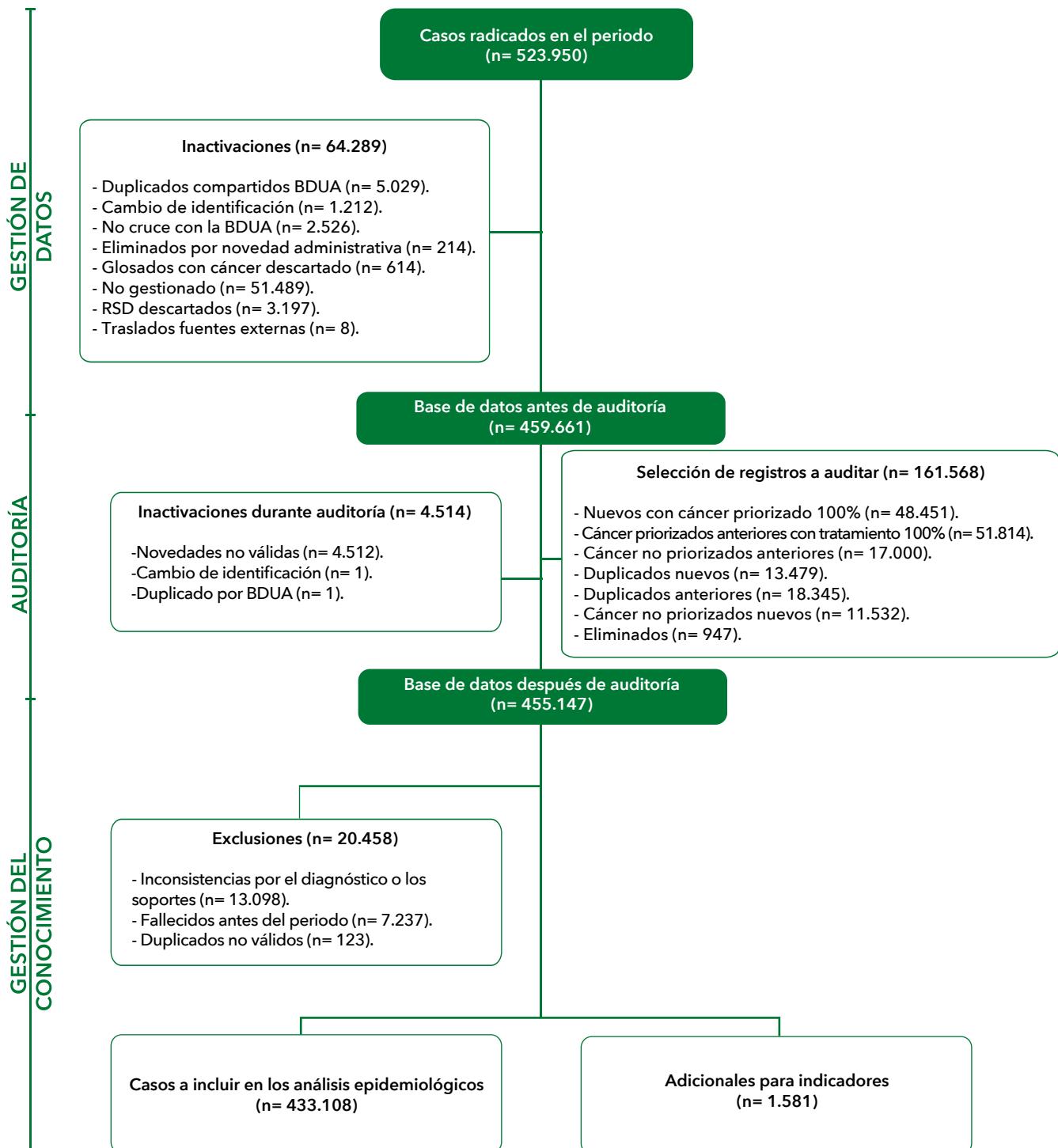
Tabla 2. Calidad de la información reportada en la cohorte de personas con cáncer, en la auditoría del 2022 según el renglón del aseguramiento

Régimen	Pacientes auditados	Pacientes con inconsistencia	% inconsistencia	% datos con calidad	% datos ajustados	% ausencia de datos	% datos no gestionados
Ente territorial	83	27	32,50	60,40	8,00	30,60	1,05
EPS Contributivo	100.785	9.392	9,30	86,80	4,00	8,70	0,56
EPS Subsidiado	48.669	5.133	10,50	85,10	4,40	9,90	0,61
Prepagada y Especial	2.338	43	1,80	94,40	3,10	2,00	0,49
Excepción	9.693	1.116	11,50	82,50	5,70	11,00	0,74
Total	161.568	15.711	9,70	86,10	4,20	9,10	0,59

Fuente: base de datos después de auditoría, cohorte de cáncer periodo 2022.



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



Ajuste de datos posterior a la auditoría

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

En conclusión, para el periodo de interés se identificaron 455.147 casos reportados con diagnóstico de cáncer en la base de datos posterior a la auditoría. Luego de la depuración de la información, se excluyeron 20.458 registros por los siguientes motivos: inconsistencias (n= 13.098), fallecidos antes del periodo (n= 7.237) y duplicados no válidos (n= 123). Si bien el total de inconsistencias en la auditoría, fue de 15.711, un total de 2.613 casos correspondieron a "cáncer diferente al reportado", lo que implica la existencia de un diagnóstico de cáncer confirmado, pero en el que la EAPB reportó un tipo de cáncer diferente, según la histología y las demás características; por lo anterior, estos casos son incluidos en los análisis, con el ajuste del diagnóstico correcto. Finalmente, la población que se incluyó en los análisis epidemiológicos estuvo conformada por 433.108 reportes con cáncer.

Para la estimación de los indicadores de la gestión del riesgo, se adicionaron 1.581 registros, para un total de 434.689; este número fue mayor debido a que es posible que una persona reciba atención por una EAPB y por la entidad de medicina prepagada lo que conduce a una duplicidad válida. Por lo tanto, debe ser incluido en las dos para la evaluación de la gestión del riesgo de cada una de ellas. En el análisis epidemiológico no se incluyen estos casos reportados por más de una entidad. En la **figura 1** se observa el proceso de consolidación de los registros.

2. Análisis epidemiológico

2.1. Generalidades

Las neoplasias priorizadas por la CAC se clasifican en los mismos grupos definidos por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) según el CIE-10 (3). Adicionalmente, en el registro se incluyen casos no invasivos o *in situ* que comienzan por la letra "D", el uso de dicho parámetro de clasificación obedece a su ausencia en la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O-3), que además las agrupa de forma histológica (4). Sin embargo, los códigos CIE-10 y CIE-O-3 se presentan al inicio de cada capítulo. Para los análisis de la morbimortalidad solo se utilizaron los códigos de cáncer invasivo (letra C), exceptuando el cáncer de cérvix en el que se incluyeron tumores *in situ* (letra D).

2.2. Análisis descriptivo

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

2.3. Estimación de la morbilidad y mortalidad

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

- **PCNR:** agrupa el número de casos nuevos reportados (CNR), definidos como aquellos con fecha de diagnóstico oncológico (clínico o por cualquier método diagnóstico) durante el periodo de reporte. Se informó como el número de CNR por 100.000 habitantes/afiliados.



- **Prevalencia:** es el número total de las personas con diagnóstico de cáncer que fue reportado a la CAC en el periodo analizado, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se reportó como el número de casos por 100.000 habitantes/afiliados.
- **Mortalidad:** los fallecimientos se definieron según las novedades administrativas relacionadas con la muerte e informadas por las entidades y validadas con la base de datos de mortalidad de la BDUA, que constituye la fuente oficial. Se reportó como el número de defunciones por 100.000 habitantes/afiliados.

Las medidas de morbimortalidad se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia a la población colombiana estimada por el DANE ($n= 51.049.498$) por quinquenios, con corte al 30 de junio de 2021 (**figura 2**). Para el cáncer de mama y el de cérvix, el denominador DANE se restringió al total de las mujeres ($n= 26.137.267$); en próstata, a la población masculina ($n= 24.912.231$) y en las neoplasias hematológicas a las personas con edad ≥ 18 años ($n= 36.759.634$), estos datos fueron tomados antes de la actualización post COVID-19. La morbimortalidad se calculó para las regiones del país, definidas por el DANE según el producto interno bruto (**mapa 1**). La estandarización de las estimaciones nacionales se realizó con la población proyectada para el 2021 por Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe (5).

En los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB ($n= 44.322.322$) con corte al 30 de junio de 2021, obtenido de la BDUA y en el caso de las entidades de los regímenes de excepción (RES003) y especial (RES011), la información se obtuvo a través de los datos de afiliados proporcionados por las entidades (**figura 3**). Para las estimaciones de cáncer de mama y de cérvix se utilizó el total de las mujeres afiliadas ($n= 22.782.486$), en próstata, el de los hombres ($n= 21.539.836$) y en los hematolinfáticos, el de la población adulta ($n= 32.886.507$).

Por otro lado, a la base de datos después de la auditoría se adicionaron 29.749 casos de cáncer, correspondientes a las EAPB liquidadas en los años previos, que no se encontraron en el reporte 2022, pero sí en los períodos previos como prevalentes. Adicionalmente, se identificó que 1.288 de estos, fallecieron entre el 2 de enero de 2021 al 1º de enero de 2022. Los casos en mención fueron tenidos en cuenta únicamente para el análisis de la morbimortalidad a nivel demográfico, debido a que no se cuenta con la información actualizada del seguimiento clínico y farmacoterapéutico.

2.4. Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

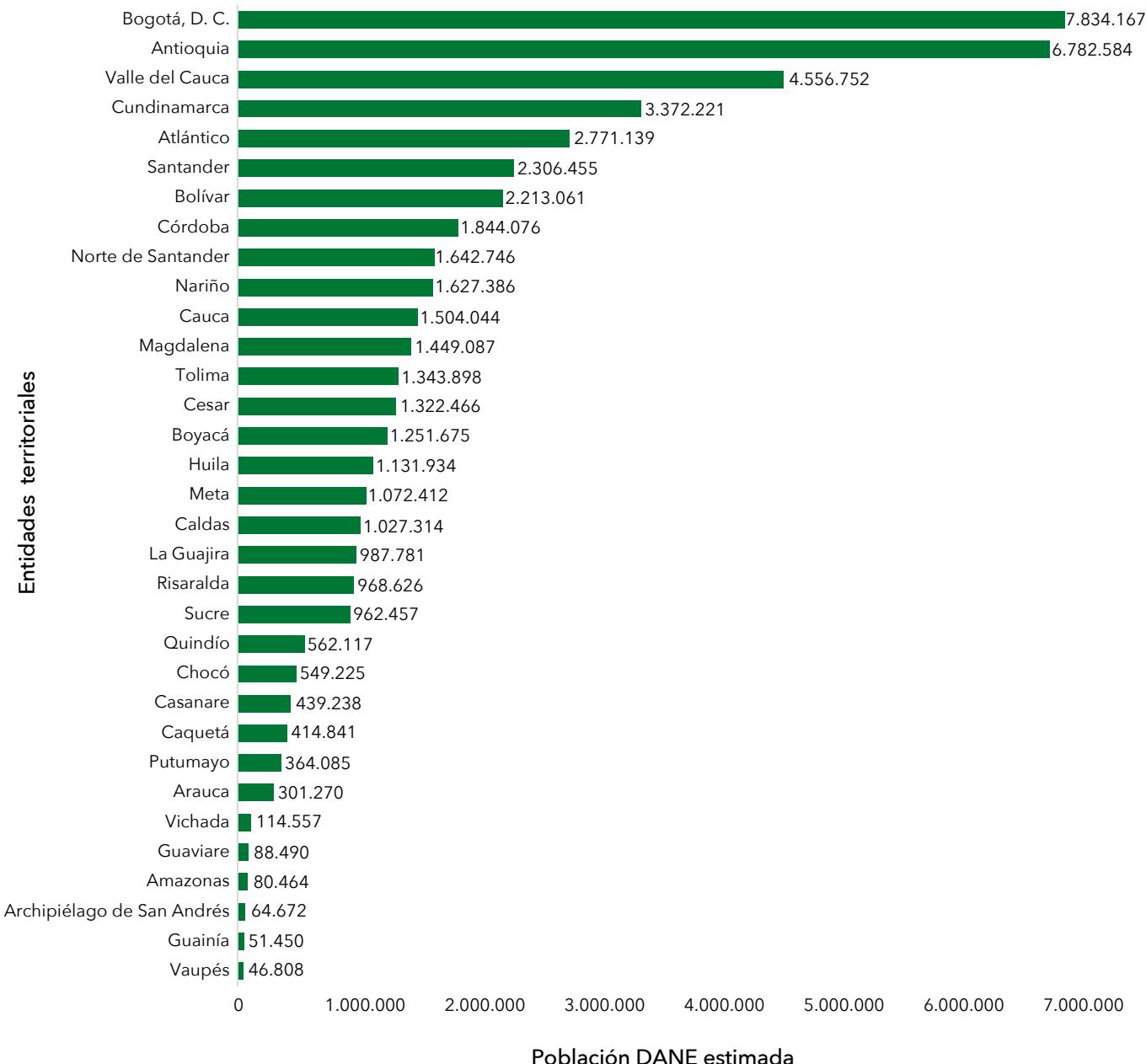
Se calcularon los indicadores para la evaluación de la gestión del riesgo de las personas con diagnóstico de cáncer, establecidos previamente en los consensos basados en la evidencia (6 - 12). Adicionalmente, se estimaron dos indicadores globales de oportunidad de la atención, que pueden variar con respecto a los definidos por consenso. El primero, mide los días transcurridos entre la sospecha médica (remisión) y la confirmación diagnóstica (reporte histopatológico que define la conducta terapéutica); sin embargo, es válido usar la fecha del diagnóstico clínico en ausencia del diagnóstico patológico; el valor máximo permitido es de 2 años (730 días). El segundo, cuantifica los días entre la confirmación diagnóstica y el inicio del primer tratamiento (terapia sistémica, radioterapia o cirugía). Ambos se midieron en los CNR y se reportó la media y la mediana para un mejor análisis de la situación. Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa Stata versión 17.

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

Aspectos metodológicos

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2021

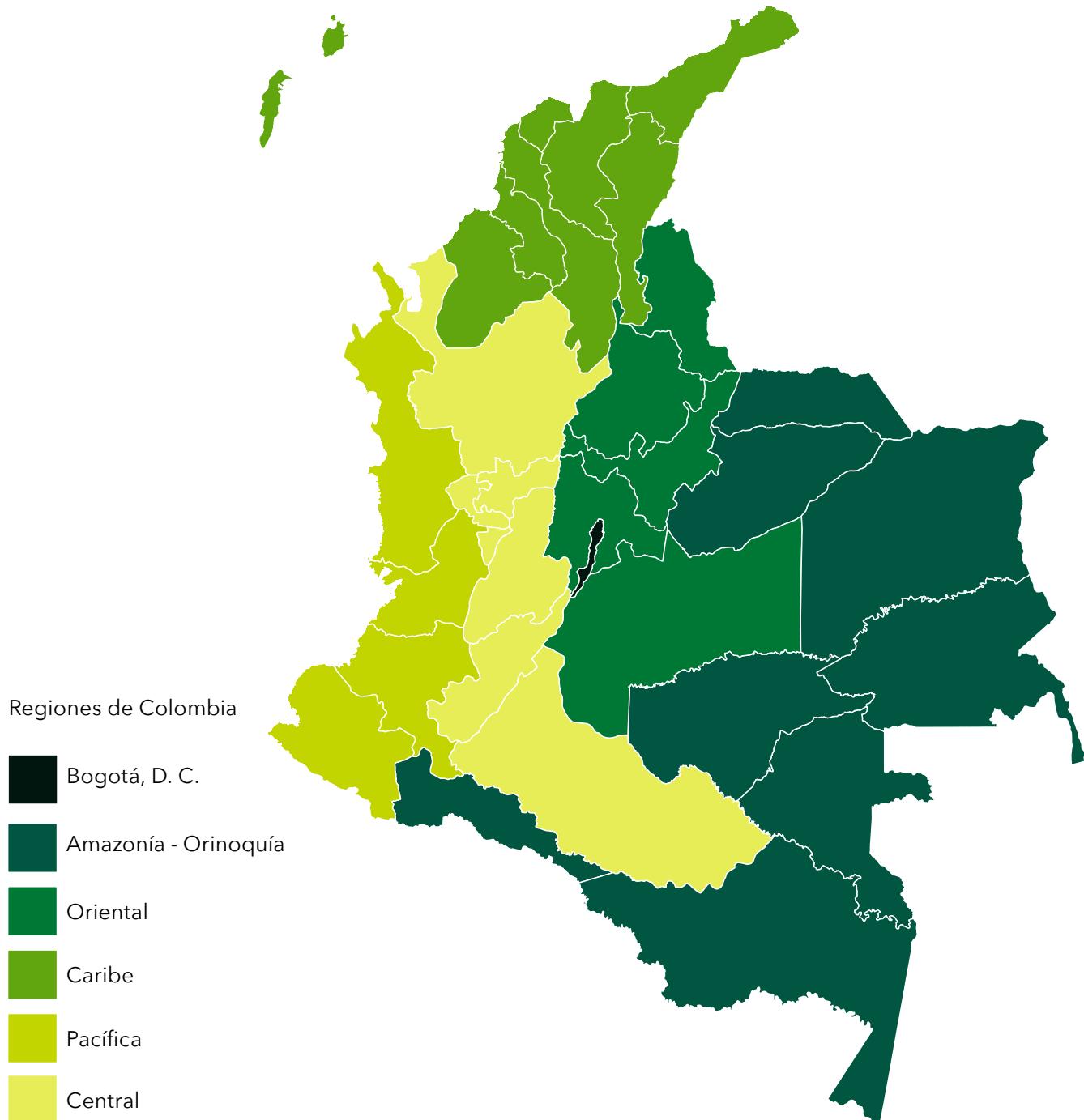


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección al 30 de junio de 2021, previa actualización post COVID-19.

[Descargar figura](#)



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



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Clasificación 2020.

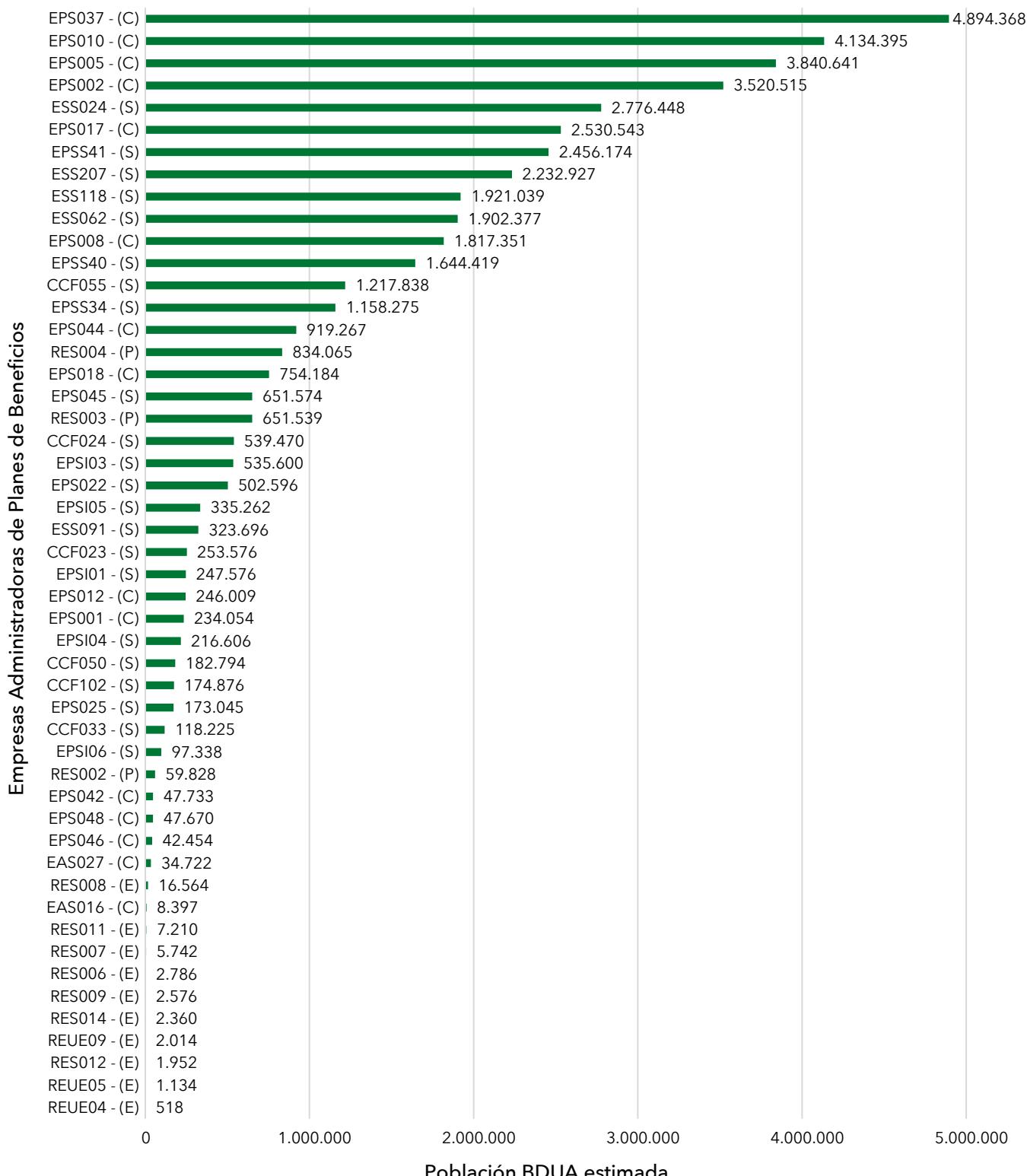
[Descargar figura](#)

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

Aspectos metodológicos

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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



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

[Descargar figura](#)



Tablas complementarias

Durante la auditoría de campo, más allá del proceso de calificación acuciosa por parte del equipo auditor, se busca contribuir con la verificación de la verdadera gestión de los pacientes, desde la sospecha clínica hasta el diagnóstico y la puesta en marcha del tratamiento, sumado a los desenlaces que son producto de las intervenciones realizadas.

A continuación, se listan los principales hallazgos obtenidos tras la auditoría de la cohorte de cáncer del periodo 2022, los cuales involucran aspectos clínicos, del aseguramiento y de la calidad en la construcción de la información disponible, lo cual ofrece oportunidades de mejora por parte de los diferentes actores del sistema.

Suplemento 1. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de cáncer, Colombia 2022

Temática o hallazgo	Descripción de la temática y/o hallazgo
Pacientes reportados por primera vez con diagnóstico de cáncer priorizado	<p>Para el periodo 2022, se verificaron 161.568 registros, correspondientes a 144.838 pacientes, de los cuales, 25.246 corresponden a personas con diagnóstico nuevo de cáncer priorizado (casos incidentes) en el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2021 y el 1º de enero de 2022. Al analizar comparativamente el periodo 2021 y el 2022, se observa un incremento del 13,70% entre los pacientes diagnosticados en el año 2020 (periodo 2021) y los diagnosticados en el 2021 (periodo 2022).</p> <p>Llama la atención, que 15.889 pacientes, si bien fueron reportados por primera vez a la CAC, su diagnóstico se dio entre el año 1954 y 2020. Para el caso particular del periodo inmediatamente anterior (2020), se dejaron de reportar como diagnósticos incidentes, 6.960 pacientes, lo que denota inoportunidad en la gestión para el reporte de los casos en los tiempos que corresponde.</p> <p>Una dificultad importante para la auditoría fue la falta de información respecto a las fechas de diagnóstico para 1.504 pacientes reportados por primera vez, cuya información permite confirmar la enfermedad oncológica, pero no el momento en que se llevó a cabo, siendo una limitante para los cálculos de oportunidad.</p> <p>El 81,90% (n= 43.828) de los pacientes reportados por primera vez, fueron diagnosticados mediante histopatología; el 1,80% (n= 965), corresponden a diagnósticos clínicos; y en el 4,40% (n= 2.383) se desconoce el estudio con el que se confirmó el diagnóstico.</p>
Disponibilidad de patología básica e inmunohistoquímica	<p>Para el caso particular de los dos tipos de cáncer priorizados más frecuentes, en cáncer de mama, el 83,40% (n= 6.678) de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama infiltrante entre el 2 de enero de 2021 y el 1º de enero de 2022 (incidentes), cuentan con información sobre los resultados del HER2. Para los hombres con cáncer de próstata, entre el 2 de enero de 2021 y el 1º de enero de 2022 (incidentes) la disponibilidad del puntaje Gleason en diagnósticos histopatológicos, fue del 94,80% (n= 3.829).</p> <p>La fecha de recolección de la muestra de la patología estuvo ausente en el 52,00% (n= 27.862) de los pacientes reportados por primera vez, siendo un hecho reiterativo, ya que, en la vigencia anterior, ocurrió con el 67,80% de los casos nuevos.</p>
Estadificación	<p>En cuanto a la verificación del estadiaje de los pacientes incidentes, el 14,00% (n= 3.559) de los casos con tumores sólidos priorizados y el 31,90% (n= 601) de los pacientes incidentes con diagnóstico de linfoma Hodgkin y no Hodgkin, no cuentan con el estadio en sus notas clínicas.</p> <p>Para los tumores sólidos reportados por primera vez, que sí cuentan con el estadio clínico al momento del diagnóstico, basados en el sistema TNM de la AJCC, fue necesario ajustar la información en el 22,30% (n= 7.644) de los casos, ante la elección errada del dato al momento del reporte.</p> <p>Del universo de casos auditados, el 14,10% (n= 22.816) recibieron al menos un tipo de terapia oncológica (terapia sistémica, radioterapia, cuidado paliativo, cirugía curativa/paliativa o trasplante de progenitores hematopoyéticos) durante el periodo.</p>
Reporte de tratamiento y red prestadora de terapias oncológicas	<p>A pesar de la disponibilidad de los datos en los soportes clínicos suministrados, fue necesaria la captura de tratamientos no reportados durante la auditoría a 9.250 pacientes, distribuidos así: 42,90% (n= 3.974) terapia sistémica, 11,90% (n= 1.109) radioterapia, 3,20% (n= 2.983) cirugía, 1,20% (n= 1.147) cuidado paliativo y trasplantes 0,40% (n= 37).</p> <p>Un paso esencial durante el proceso de validación de la información es la verificación de la institución responsable de la prestación. Esta no fue posible de validar en el 1,33% (n= 2.149) para el caso de pacientes con terapia sistémica, el 0,66% (n= 1.082) con radioterapia, el 0,99% (n= 648) con cirugía, el 0,55% (n= 840) en cuidado paliativo y el 0,03% (n= 57) que recibieron trasplante durante el periodo de reporte. Lo anterior es producto de la falta de disponibilidad de los soportes de suministro de tratamientos efectivos, limitando su captura a lo transcrita en las historias clínicas de seguimiento.</p> <p>Llama la atención, que en el 16,60% (n= 5.456) de los pacientes diagnosticados entre los meses de enero y octubre de 2021 con cánceres priorizados, no se logró capturar ningún tipo de tratamiento.</p>
Diagnóstico descuidado	<p>En general, no fue posible validar el diagnóstico de cáncer para el 9,70% (n= 15.711) de la población auditada, al no contar con los elementos mínimos necesarios dentro de los soportes suministrados.</p> <p>De estos, el 16,60% (n= 2.615), corresponde a pacientes con malignidad confirmada, cuya elección del tipo de cáncer difiere del tipo histológico evidenciado en sus soportes.</p> <p>Para el 0,60% (n= 98), hubo evidencia de tratamiento oncológico en la documentación disponible; sin embargo, se identificó que carecen de los elementos requeridos para la validación diagnóstica.</p>

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

Aspectos metodológicos

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Suplemento 1. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de cáncer, Colombia 2022

Temática o hallazgo	Descripción de la temática y/o hallazgo
Pacientes con más de un tumor primario	En total, se auditaron 31.449 registros correspondientes a 14.989 pacientes, reportados por la misma o diferente entidad en más de un registro en la base de datos. De ellos, 26.313 registros (12.484 pacientes), fueron reportados por la misma entidad, indicando que padecen de más de un tipo de cáncer primario.
Estado vital	Tras el proceso de verificación de los 14.989 pacientes reportados con más de un tumor primario, se identificó que el 80,10% (n= 12.008) efectivamente padece de una segunda neoplasia. El número restante, correspondió a errores del reporte, al seleccionar tumores secundarios (metástasis) de un primario conocido como un segundo tumor, o dos registros con diferentes códigos CIE-10, que corresponden a una misma neoplasia primaria.

Fuente: Base de datos después de auditoría cohorte de cáncer periodo 2022.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 del 2014. Bogotá, D.C.; 2014. p. 1-22. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/images/pdf/NORMATIVA/RESOLUCIONES/RESOLUCIÓN_000247_DE_2014.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3974 del 2009. Bogotá, D.C.; 2009. p. 1-4. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_3974_2009.htm
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Demografía y Epidemiología. Catálogo de patologías CIE-10. Actualización 26-01-2019.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera Edición. Primera Revisión. [En línea]; 2016. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/producto/clasificacion-internacional-de-enfermedades-para-oncologia-cie-o/>
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects. 2022, Online Edition.
6. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2016. 1-115 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-en-colombia/>
7. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de próstata en Colombia [en línea]. 2017. p. 1-44. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-ca/>
8. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia de indicadores de gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2017. 1-86 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-gastrico-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/>
9. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia de indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer de pulmón en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1-98 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/>
10. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1-114 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/>
11. Cuenta de Alto Costo. Indicadores de gestión del riesgo en adultos con leucemia linfoide y leucemia mieloide aguda en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2018. 1-74 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/>
12. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para la definición de indicadores de gestión del riesgo en pacientes con melanoma cutáneo en Colombia [en línea]. Bogotá, D.C.; 2020. 1-105 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-colombia/>



Generalidades del cáncer

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

Descripción general de los casos reportados

Se notificaron

46.870 casos nuevos reportados (CNR)

durante el periodo, de los cuales el 94,7% (n= 44.376) fueron invasivos.



Los tipos de cáncer de mayor frecuencia, en los CNR, en las mujeres fueron: mama (29,2%), cérvix (9,4%) y colon y recto (7,6%).



En los hombres, los más comunes fueron el de próstata (21,6%), colon y recto (9,5%) y el de estómago (7,4%).

Morbimortalidad del cáncer general invasivo

La PCNR estandarizada fue de

84 casos nuevos (IC 95%: 83,2 - 84,8)

por 100.000 habitantes.



La mayor PCNR se observó en los siguientes tipos de cáncer: mama, próstata y colorrectal con 27, 16 y 7 casos nuevos por 100.000 personas.



La mortalidad general estandarizada más alta se presentó en los siguientes tipos de cáncer: mama, próstata y cérvix con 16, 13 y 6 muertes por 100.000 personas.

Caracterización clínica de los casos nuevos

El 91,8% de los casos nuevos

fueron tumores sólidos,

el 4,3% linfomas y el 1,8% leucemias.



En el país, la mediana de espera para el diagnóstico en los CNR fue de 30 días (representando un aumento del 8,3% con respecto al 2021). Para el inicio del tratamiento el incremento fue del 20,0% (mediana: 52 días).

Resumen

Capítulo 1. Generalidades del cáncer



En el 60,9% de los tumores sólidos y en el 65,8% de los linfomas se reportó la estadificación TNM.



La mejor oportunidad del diagnóstico se presentó en las leucemias agudas en adultos (mediana: 6 días). El menor tiempo de espera para acceder al tratamiento se registró en los casos de LLA (mediana: 2 días).

[Descargar figura](#)



1. Generalidades del cáncer

1.1. Descripción general de los casos reportados

En el periodo 2022 el registro de cáncer alcanzó un total de 462.857 casos prevalentes. El número de CNR fue de 46.870, de los cuales el 94,68% (n= 44.376) fueron invasivos. En cuanto a las muertes, se informaron 32.734 fallecimientos, 97,65% (n= 31.964) de estos ocurridos en las personas con cáncer invasivo. En el país, en términos de las medidas de frecuencia estandarizadas, la PCNR fue de 83,99, la prevalencia fue de 824,95 y la mortalidad general de 58,91 defunciones por 100.000 habitantes.

En cuanto a los casos nuevos de cáncer reportados, el 58,59% fueron mujeres, la mediana de edad fue de 63 años (RIC: 51 - 73), el 64,26% estaban afiliados al régimen contributivo y el 31,53% se concentraron en la región Central. En la **tabla 1.1** se describen las características generales de los casos nuevos reportados (CNR), prevalentes y fallecidos.

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

Variables ¹	CNR ¹	Prevalentes ¹	Fallecidos ^{1,2}
Casos totales	46.870	462.857	32.734
Casos invasivos	44.376 (94,68)	438.120 (94,66)	31.964 (97,65)
Medida de frecuencia estandarizada (IC 95%)³	83,99 (83,21 - 84,78)	824,95 (822,50 - 827,40)	58,91 (58,26 - 59,56)
Sexo			
Mujeres	27.463 (58,59)	290.239 (62,71)	17.179 (52,48)
Hombres	19.407 (41,41)	172.618 (37,29)	15.555 (47,52)
Edad	63 (51 - 73)	65 (53 - 75)	71 (59 - 81)
Régimen de aseguramiento			
Contributivo	30.120 (64,26)	286.283 (61,85)	18.896 (57,73)
Subsidiado	14.555 (31,05)	120.417 (26,02)	11.455 (34,99)
Excepción	2.017 (4,30)	23.657 (5,11)	1.030 (3,15)
Especial	141 (0,30)	2.654 (0,57)	71 (0,22)
No afiliado	37 (0,08)	97 (0,02)	7 (0,02)
Entidades liquidadas	0 (0,00)	29.749 (6,43)	1.275 (3,90)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	495 (1,06)	5.043 (1,09)	422 (1,29)
Bogotá, D. C.	9.664 (20,62)	106.942 (23,10)	6.905 (21,09)
Caribe	7.516 (16,04)	59.236 (12,80)	4.977 (15,20)
Central	14.780 (31,53)	142.683 (30,83)	9.755 (29,80)
Oriental	5.911 (12,61)	72.472 (15,66)	5.022 (15,34)
Pacífica	8.504 (18,14)	76.481 (16,52)	5.653 (17,27)

¹ Los valores reportados son números absolutos (%) para todas las variables, excepto la edad, en la que se presenta la mediana (rango intercuartílico). La descripción de las variables sociodemográficas se realizó sobre el total de los casos (*in situ* e invasivos).

² Corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

³ Datos estimados incluyendo únicamente los casos invasivos reportados a la CAC. Se presentan los valores estandarizados por la edad, reportados por 100.000 habitantes.

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

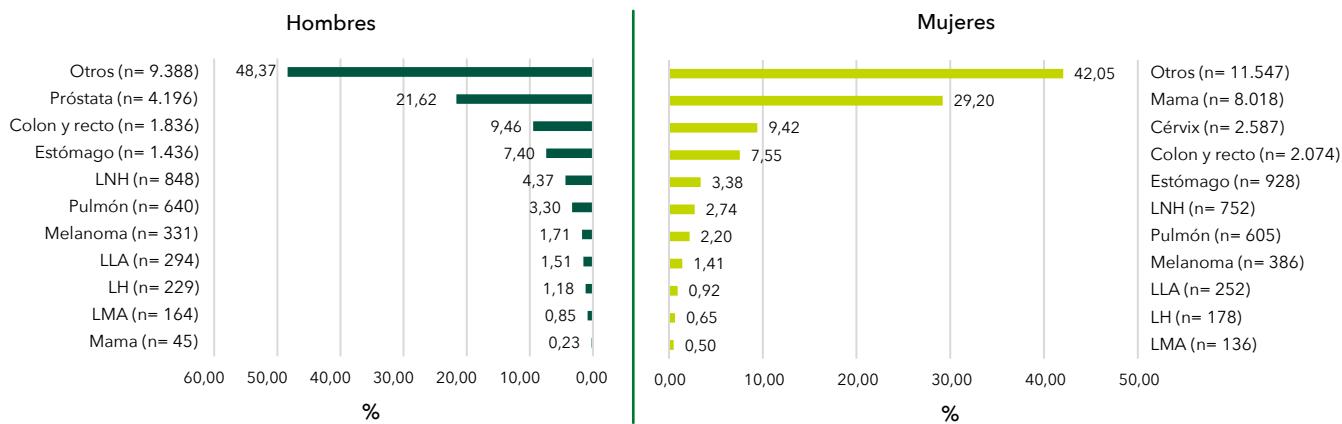
Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En la **figura 1.1** se observa la distribución de los casos nuevos reportados para los tipos de cáncer priorizados por la CAC, según el sexo. Entre estos, el de mama (29,20%), el de cérvix (9,42%) y el de colon y recto (7,55%) fueron los más frecuentes en las mujeres. Por su parte, en los hombres, los más comunes fueron el de próstata (21,62%), el de colon y recto (9,46%) y el de estómago (7,40%).

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



Incluye todos los casos nuevos de cáncer de todas las edades que fueron reportados en el periodo.

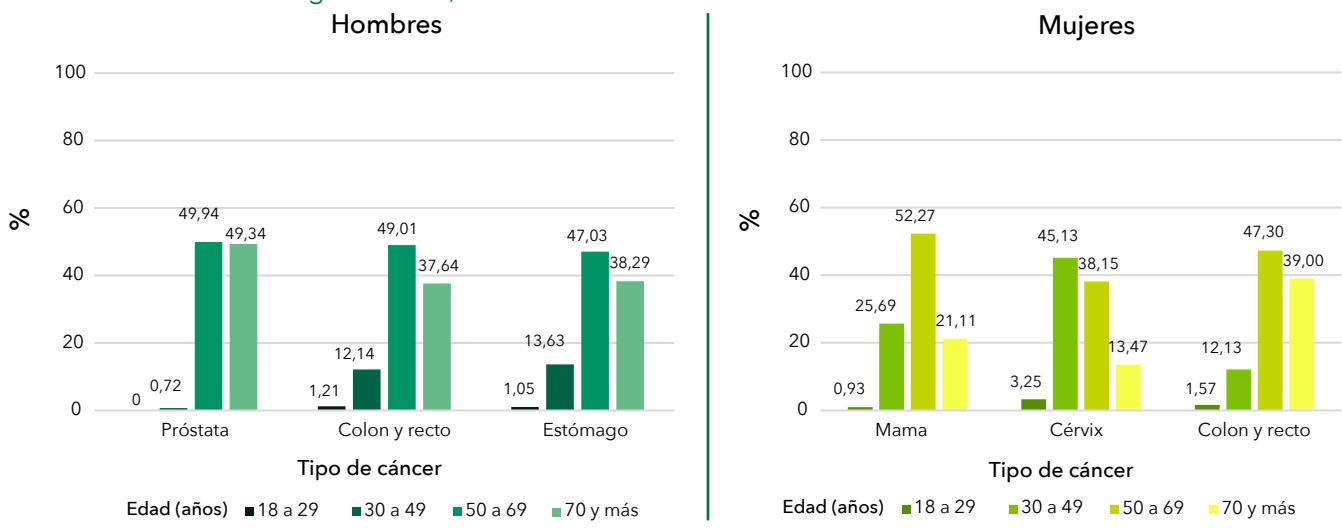
Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros", que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

1.2. CNR de cáncer general

La **figura 1.2** muestra la distribución de los CNR para los tipos de cáncer más frecuentes por el sexo y por los grupos de edad, en las personas de 18 años o más. En los hombres para los 3 tipos con el mayor número de CNR, se presentó una mayor concentración de casos entre los 50 a 69 años (próstata, colon y recto y estómago). En las mujeres, el rango de edad en el que se registraron más casos nuevos de cáncer de cérvix es menor (30 – 40 años) con respecto a los CNR de mama. En este último grupo, la mayoría (52,27%) se presentó en las mujeres entre los 50 y 69 años; este comportamiento es similar al periodo anterior.

Figura 1.2. Distribución porcentual de los CNR de cáncer invasivo para los tipos de mayor frecuencia según el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



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

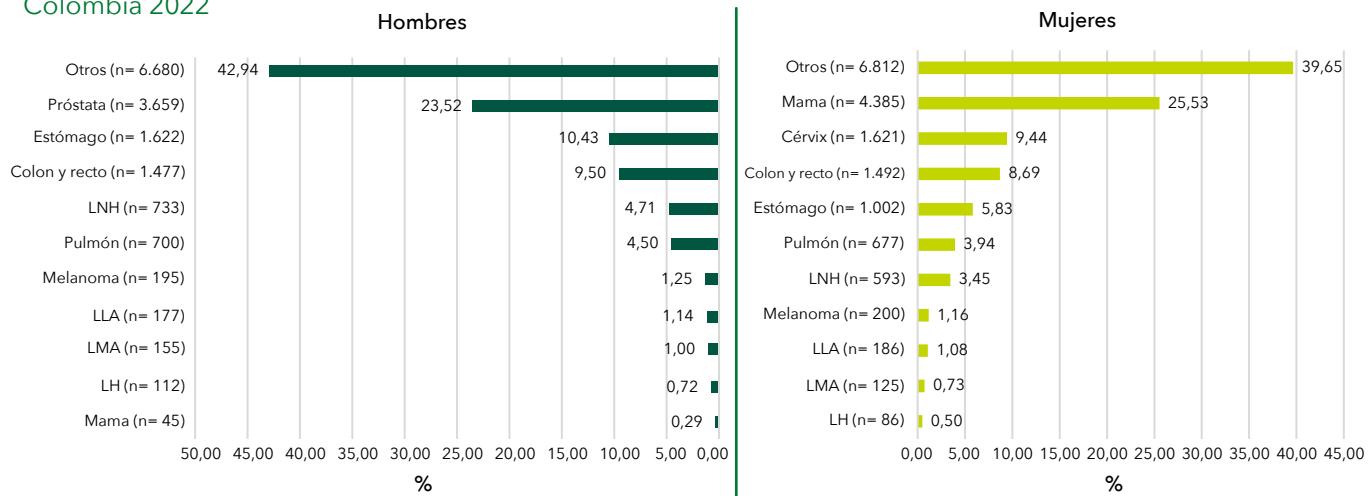
[Descargar figura](#)



1.3. Mortalidad general del cáncer invasivo

Como se observa en la **figura 1.3**, en las mujeres la mayor proporción de las muertes se presentó en aquellas con cáncer de mama, cérvix y colon y recto. Por su parte, en los hombres, los tipos de cáncer en los que se reportaron la mayor cantidad de muertes fueron el de próstata, estómago y colon y recto.

Figura 1.3. Distribución porcentual de las muertes según el tipo de cáncer y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



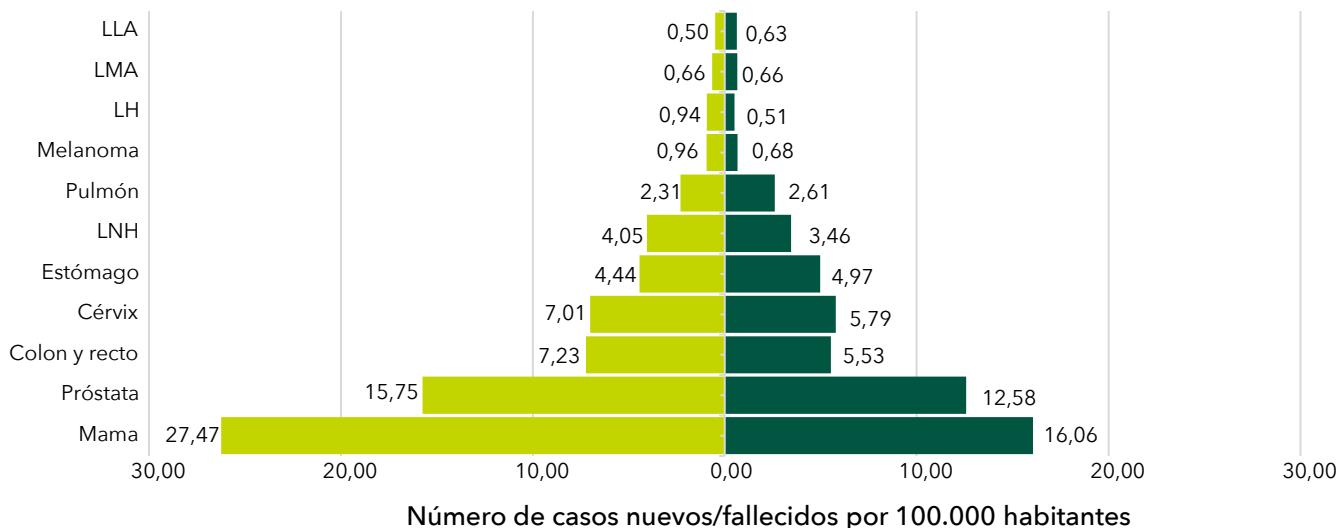
Incluye los fallecimientos por todas las causas reportados a la CAC, independiente de la edad.

Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros", que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

La **figura 1.4** muestra la relación entre la PCNR y la mortalidad general estandarizadas por la edad para los 11 tipos de cáncer priorizados. Los tipos de cáncer con la mayor PCNR fueron mama, próstata y colon y recto. De manera similar, las tasas de mortalidad más altas se presentaron en mama, próstata y cérvix. Por su parte, el cáncer de estómago y pulmón presentaron una mortalidad más alta con respecto a la PCNR.

Figura 1.4. Relación entre la PCNR y la mortalidad general en los tipos de cáncer priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye únicamente los casos invasivos.

La mortalidad presentada es general, es decir, corresponde a los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC.

[Descargar figura](#)

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

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

1.4. Morbimortalidad del cáncer general en la población evaluada

1.4.1. PCNR del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial

Al analizar el comportamiento de la PCNR por las regiones, Bogotá, D. C., presentó la cifra más alta con 112,29 (IC 95%: 109,99 - 114,63), seguida por la región Central con 105,22 (IC 95%: 103,48 - 106,98); en cambio, la Amazonía-Orinoquía tuvo la más baja con 43,20 (IC 95%: 39,30 - 47,37) casos nuevos por 100.000 habitantes (**tabla 1.2**). Por su parte, Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca fueron las entidades territoriales con la PCNR más alta (135,43, 121,26 y 112,90 respectivamente), mientras que las tasas más bajas se presentaron en Vaupés, Vichada y Chocó con una PCNR de 16,64, 24,14 y 25,64. El departamento de Guainía no reportó casos nuevos.

Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a visitar **HIGIA**

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

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	471	1.486.362	31,69	43,20	39,30 - 47,37
Bogotá, D. C.	9.082	7.834.167	115,93	112,29	109,99 - 114,63
Caribe	7.219	11.614.739	62,15	70,70	69,08 - 72,36
Central	14.005	12.231.314	114,50	105,22	103,48 - 106,98
Oriental	5.579	9.645.509	57,84	57,53	56,03 - 59,07
Pacífica	8.020	8.237.407	97,36	93,11	91,08 - 95,17
Nacional	44.376	51.049.498	86,93	83,99	83,21 - 84,78

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

1.4.2. PCNR del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada por la edad fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 1.3**). El régimen de excepción registró 1.873 casos nuevos y el especial 134, adicional para este periodo se cuenta con 36 CNR en los usuarios no afiliados al sistema de salud. Las entidades EPS048, EPS046 y EPS012 con 342,91, 341,51 y 276,30 casos nuevos por 100.000 afiliados registraron la PCNR estandarizada más alta. Por el contrario, las entidades con la PCNR más baja en el periodo fueron la CCF033, la ESS091 y la EPSI03 (0,79, 3,36 y 3,96, respectivamente). La EPS042 y la REUE04 no reportaron casos nuevos.

Tabla 1.3. PCNR estandarizada del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	28.489	23.072.303	123,48	122,38	120,96 - 123,81
Subsidiado	13.844	19.661.731	70,41	73,04	72,81 - 74,21

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

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

³ La PCNR es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



1.4.3. Prevalencia del cáncer general invasivo según la región y la entidad territorial

La región del país con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 1.256,91 (IC 95%: 1.249,16 - 1.264,70) casos por 100.000 habitantes y la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 436,58 (IC 95%: 423,97 - 449,45) (**tabla 1.4**). Las entidades territoriales con las prevalencias más elevadas (excluyendo a Bogotá, D. C.) fueron Antioquia, Risaralda, Amazonas y Valle del Cauca con 1.209,40, 1.157,79, 1.108,37 y 1.033,13, respectivamente. En contraste, las estimaciones más bajas se observaron en los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada, con 147,82, 151,06 y 184,45, en ese orden.

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

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

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	4.743	1.486.362	319,10	436,58	423,97 - 449,45
Bogotá, D. C.	101.173	7.834.167	1.291,43	1.256,91	1.249,16 - 1.264,70
Caribe	56.248	11.614.739	484,28	555,05	550,47 - 559,67
Central	135.543	12.231.314	1.108,16	1.014,72	1.009,31 - 1.020,14
Oriental	68.792	9.645.509	713,20	709,00	703,71 - 714,31
Pacífica	71.621	8.237.407	869,46	824,94	818,90 - 831,02
Nacional	438.120	51.049.498	858,23	824,95	822,50 - 827,40

¹ Incluye todos los casos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.4.4. Prevalencia del cáncer general invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada por la edad fue significativamente mayor en el régimen contributivo con respecto al subsidiado, con una diferencia de 574,66 casos por cada 100.000 afiliados (**tabla 1.5**). Para el periodo 2022 se reportaron adicionalmente, 22.213 casos prevalentes de cáncer invasivo afiliados en el régimen de excepción, 2.444 en el especial, 95 en la población no afiliada y 28.337 correspondientes a casos de entidades liquidadas, de los que no se cuenta con la información sobre la afiliación vigente para el periodo.

Entre tanto, la prevalencia más alta se estimó en las entidades: RES011, RES006 y RES009 con 2.335,04, 2.276,34 y 2.264,96 casos por 100.000 afiliados. Por el contrario, las medidas más bajas se estimaron en la REUE09, la CCF102 y la EPSI01 con 76,74, 211,95 y 240,44 casos por 100.000 afiliados, respectivamente. La REUE04 no reportó casos prevalentes para este periodo.

Tabla 1.5. Prevalencia estandarizada del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	271.364	23.072.303	1.176,15	1.172,70	1.168,28 - 1.177,13
Subsidiado	113.667	19.661.731	578,11	598,04	594,56 - 601,54

¹ Incluye todos los casos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

La región del país con la mortalidad estandarizada por la edad más alta fue Bogotá, D. C., con 85,69 (IC 95%: 83,65 - 87,77) muertes por 100.000 habitantes, por el contrario, en la Amazonía-Orinoquía se presentó la más baja con 41,23 (IC 95%: 37,29 - 45,43) (**tabla 1.6**). Las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad, además de Bogotá, D. C., fueron Antioquia y Valle del Cauca con 85,32 y 74,58 muertes por 100.000 personas, respectivamente. En contraste, Guainía con 13,30, Chocó con 16,35 y Vaupés con 17,59 muertes presentaron las más bajas.

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

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

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	417	1.486.362	28,06	41,23	37,29 - 45,43
Bogotá, D. C.	6.729	7.834.167	85,89	85,69	83,65 - 87,77
Caribe	4.852	11.614.739	41,77	48,26	46,91 - 49,63
Central	9.559	12.231.314	78,15	71,01	69,59 - 72,45
Oriental	4.907	9.645.509	50,87	50,44	49,04 - 51,87
Pacífica	5.500	8.237.407	66,77	61,93	60,30 - 63,60
Nacional	31.964	51.049.498	62,61	58,91	58,26 - 59,56

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer invasivo reportadas a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

1.4.6. Mortalidad general en las personas con cáncer invasivo según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada por la edad en las personas con cáncer invasivo fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 1.7**). En los otros regímenes se reportaron: 1.001 defunciones en el de excepción, 68 en el especial, 7 en los no afiliados y 1.223 correspondientes a casos de entidades liquidadas en periodos previos.

Al analizar por la EAPB, las cifras más altas se observaron en la EPS018 (116,35 muertes por 100.000 afiliados), la EPS044 (113,07) y la EPS012 (109,85), por el contrario, la RES007, la CCF102 y la EPSI03 reportaron la mortalidad más baja en el periodo (11,36, 20,22 y 21,18 muertes por 100.000 afiliados, respectivamente). Las entidades que no reportaron fallecimientos para este periodo fueron la REUE04 y la REUE09.

Tabla 1.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	18.464	23.072.303	80,03	81,57	80,39 - 82,75
Subsidiado	11.201	19.661.731	56,97	58,32	57,24 - 59,41

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer invasivo reportadas a la CAC, sin discriminar por el sexo, la edad o el tipo de cáncer.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

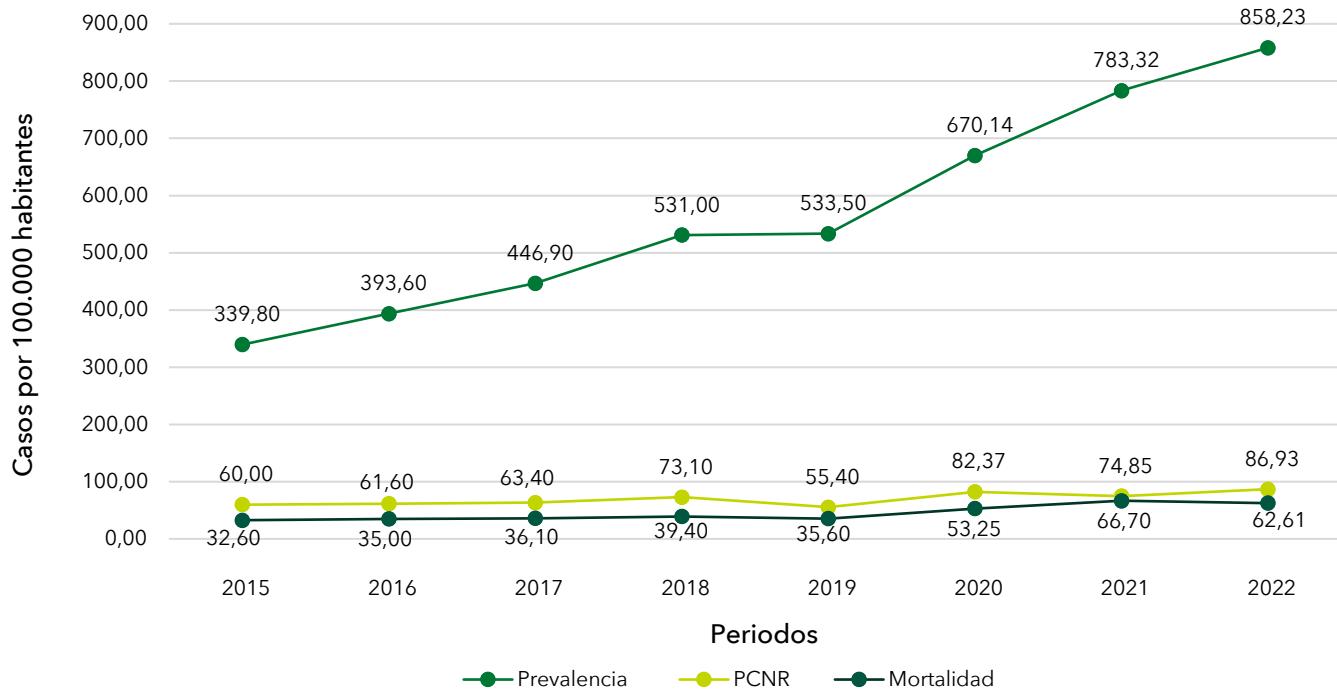
IC: intervalo de confianza.



1.4.7. Evolución del registro de cáncer general invasivo en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 1.5**, la prevalencia y la PCNR aumentaron en 9,56% y 16,14%. En contraste, la mortalidad general registró una disminución del 6,13%.

Figura 1.5. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer general invasivo en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos de cáncer invasivo reportados a la CAC, sin discriminar por la edad o el tipo de cáncer.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

1.5. Caracterización de los casos nuevos reportados de cáncer

1.5.1. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer

La **tabla 1.8** describe las características clínicas de los CNR de acuerdo con el régimen de afiliación al sistema de salud. La proporción de casos invasivos más alta se registró en la población no afiliada, seguida por el régimen subsidiado. Así mismo, se presentó una mayor proporción de casos diagnosticados en estadios avanzados en el subsidiado con respecto al contributivo; este comportamiento puede estar relacionado con dificultades para el diagnóstico en esta población.

Entre las neoplasias sólidas que contaron con estadificación (n= 26.232) a nivel nacional, el 25,79% se identificaron en el estadio II y el 23,13% en el estadio III, mientras que la mayoría de los linfomas se clasificaron como avanzados (67,45%). Adicionalmente, entre los CNR de leucemias que contaron con clasificación del riesgo (n= 539) el 46,57% estaba en un riesgo alto.

En el régimen contributivo se reportó la mayor proporción de casos con estadificación clínica, tanto en los tumores sólidos como en los linfomas. En cuanto a la clasificación del riesgo de las leucemias agudas, fue mayor la proporción de casos clasificados con riesgo alto en el régimen subsidiado.

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

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Es importante tener en cuenta que los estadios I y II son considerados como tempranos, a excepción de algunos tipos de cáncer como el de cérvix y el de pulmón, en los que la etapa tardía de la enfermedad se presenta desde el estadio II, debido al mal pronóstico y la alta mortalidad de estos tumores. Los casos diagnosticados en estadios III y IV, en general, son clasificados como tardíos. Debido a que estos aspectos clínicos son factores determinantes para el manejo y el pronóstico de la enfermedad, el registro adecuado de esta información permite la generación de análisis claves para mejorar la gestión del riesgo de esta población.

Tabla 1.8. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación					Total n= 46.870 (100,00%)
	Contributivo n= 30.120 (64,26%)	Subsidiado n= 14.555 (31,05%)	Excepción n= 2.017 (4,30%)	Especial n= 141 (0,30%)	No afiliado n= 37 (0,08%)	
Extensión²						
In situ	1.631 (5,42)	711 (4,88)	144 (7,14)	7 (4,96)	1 (2,70)	2.494 (5,32)
Invasivo	28.489 (94,58)	13.844 (95,12)	1.873 (92,86)	134 (95,04)	36 (97,30)	44.376 (94,68)
Clasificación general²						
Tumores sólidos	27.615 (91,68)	13.375 (91,89)	1.890 (93,70)	137 (97,16)	30 (81,08)	43.047 (91,84)
Linfomas	1.339 (4,45)	587 (4,03)	76 (3,77)	1 (0,71)	4 (10,81)	2.007 (4,28)
Leucemias	501 (1,66)	322 (2,21)	19 (0,94)	1 (0,71)	3 (8,11)	846 (1,80)
Otros hematológicos	665 (2,21)	271 (1,86)	32 (1,59)	2 (1,42)	0 (0,00)	970 (2,07)
Estadificación (sí)³						
Tumores sólidos	16.874 (61,10)	8.125 (60,75)	1.147 (60,69)	69 (50,36)	17 (56,67)	26.232 (60,94)
Linfomas	921 (68,78)	349 (59,46)	49 (64,47)	0 (0,00)	2 (50,00)	1.321 (65,82)
Estadio al diagnóstico (tumores sólidos)^{3,4}						
In situ	1.756 (10,41)	737 (9,07)	155 (13,51)	10 (14,49)	1 (5,88)	2.659 (10,14)
I	3.554 (21,06)	1.203 (14,81)	215 (18,74)	23 (33,33)	0 (0,00)	4.995 (19,04)
II	4.516 (26,76)	1.919 (23,62)	309 (26,94)	16 (23,19)	4 (23,53)	6.764 (25,79)
III	3.650 (21,63)	2.161 (26,60)	246 (21,45)	7 (10,14)	7 (41,18)	6.071 (23,14)
IV	3.394 (20,11)	2.101 (25,86)	222 (19,35)	13 (18,84)	5 (29,41)	5.735 (21,86)
V	4 (0,02)	4 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,03)
Estadio al diagnóstico (linfomas)³						
Temprano	275 (29,86)	118 (33,81)	17 (34,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	410 (31,04)
Avanzado	630 (68,40)	227 (65,04)	32 (65,31)	0 (0,00)	2 (100,00)	891 (67,45)
Extraganglionar	16 (1,74)	4 (1,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	20 (1,51)
Clasificación del riesgo (sí)⁵						
Leucemias agudas	308 (61,48)	212 (65,84)	15 (78,95)	1 (100,00)	3 (100,00)	539 (63,71)
Linfomas	752 (56,16)	291 (49,57)	40 (52,63)	0 (0,00)	1 (25,00)	1.084 (54,01)
Clasificación del riesgo (leucemias agudas)⁵						
Estándar	61 (19,81)	37 (17,45)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	98 (18,18)
Intermedio	110 (35,71)	72 (33,96)	8 (53,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	190 (35,25)
Alto	137 (44,48)	103 (48,58)	7 (46,67)	1 (100,00)	3 (100,00)	251 (46,57)

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

² Definida según el código CIE-10.

³ Definida según la clasificación TNM.

⁴ Incluye todos los casos nuevos reportados en el periodo que fueron estadificados, sin discriminar por el sexo o la edad. En el caso de los linfomas, los estadios tempranos corresponden a I-II y, los avanzados a III-IV. Los tumores linfáticos extraganglionares incluyen: extranodal, primario del sistema nervioso central, primario mediastinal o primario de otros órganos.

⁵ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.



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

En la **tabla 1.9** se presenta la distribución del tipo de tratamiento recibido por los CNR y su ubicación temporal según el régimen de afiliación. Para el análisis no se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas. La cirugía fue el tratamiento más frecuente (38,73%), seguida por la terapia sistémica (37,51%). De acuerdo con el régimen de afiliación la terapia más frecuente en el contributivo, el de excepción y el especial fue la cirugía, mientras que en el subsidiado y la población no afiliada fue la terapia sistémica.

De forma general, según la temporalidad del tratamiento, la mayoría de las personas sometidas a cirugía recibieron esta alternativa como manejo inicial (97,85%). Por su parte, la terapia sistémica se administró con más frecuencia como neoadyuvancia (33,84%) y tratamiento inicial curativo sin cirugía asociada (26,61%), y la radioterapia fue usada en mayor proporción como alternativa adyuvante (36,93%).

El 32,81% de los CNR (n= 15.379) no había recibido ningún tipo de tratamiento a la fecha de corte, siendo la mayor proporción de estos casos población no afiliada (45,95%) y personas del régimen subsidiado (37,71%). En este grupo se encuentran los casos diagnosticados cerca al corte, aquellos que estaban en observación, que estaban en manejo por cuidado paliativo o que fallecieron antes del inicio del tratamiento. Para el 2022, la cantidad de personas que no recibió tratamiento, presentó un leve aumento en comparación con el periodo anterior (0,65%).

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

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación					Total n= 46.870 (100,00%)
	Contributivo n= 30.120 (64,26%)	Subsidiado n= 14.555 (31,05%)	Excepción n= 2.017 (4,30%)	Especial n= 141 (0,30%)	No afiliado n= 37 (0,08%)	
Cirugía (sí)	12.693 (42,14)	4.536 (31,16)	843 (41,79)	76 (53,90)	5 (13,51)	18.153 (38,73)
Manejo inicial	12.485 (98,36)	4.368 (96,30)	828 (98,22)	76 (100,00)	5 (100,00)	17.762 (97,85)
Manejo de recaída	17 (0,13)	18 (0,40)	1 (0,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	36 (0,20)
Manejo de enfermedad metastásica	188 (1,48)	143 (3,15)	14 (1,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	345 (1,90)
Sin información	3 (0,02)	7 (0,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,06)
Terapia sistémica (sí)³	11.300 (37,52)	5.421 (37,24)	795 (39,41)	49 (34,75)	14 (37,84)	17.579 (37,51)
Neoadyuvancia	3.689 (32,65)	1.995 (36,80)	247 (31,07)	13 (26,53)	5 (35,71)	5.949 (33,84)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	2.996 (26,51)	1.451 (26,77)	211 (26,54)	13 (26,53)	6 (42,86)	4.677 (26,61)
Adyuvancia	3.041 (26,91)	1.074 (19,81)	203 (25,53)	17 (34,69)	1 (7,14)	4.336 (24,67)
Manejo de recaída	76 (0,67)	48 (0,89)	18 (2,26)	1 (2,04)	0 (0,00)	143 (0,81)
Manejo de enfermedad metastásica	649 (5,74)	557 (10,27)	58 (7,30)	3 (6,12)	1 (7,14)	1.268 (7,21)
Manejo paliativo	843 (7,46)	293 (5,40)	58 (7,30)	2 (4,08)	1 (7,14)	1.197 (6,81)
Sin información	6 (0,05)	3 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,05)
Radioterapia (sí)	3.860 (12,82)	1.822 (12,52)	240 (11,90)	21 (14,89)	6 (16,22)	5.949 (12,69)
Neoadyuvancia	779 (20,18)	509 (27,94)	44 (18,33)	3 (14,29)	4 (66,67)	1.339 (22,51)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	854 (22,12)	498 (27,33)	54 (22,50)	2 (9,52)	2 (33,33)	1.410 (23,70)
Adyuvancia	1.559 (40,39)	523 (28,70)	104 (43,33)	11 (52,38)	0 (0,00)	2.197 (36,93)
Manejo de recaída	115 (2,98)	13 (0,71)	2 (0,83)	2 (9,52)	0 (0,00)	132 (2,22)
Manejo de enfermedad metastásica	350 (9,07)	174 (9,55)	19 (7,92)	3 (14,29)	0 (0,00)	546 (9,18)

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

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1.9. Caracterización del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación					Total n= 46.870 (100,00%)
	Contributivo n= 30.120 (64,26%)	Subsidiado n= 14.555 (31,05%)	Excepción n= 2.017 (4,30%)	Especial n= 141 (0,30%)	No afiliado n= 37 (0,08%)	
Manejo paliativo	191 (4,95)	103 (5,65)	15 (6,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	309 (5,19)
Sin información	12 (0,31)	2 (0,11)	2 (0,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (0,27)
Sin tratamiento	9.235 (30,66)	5.488 (37,71)	601 (29,80)	38 (26,95)	17 (45,95)	15.379 (32,81)

¹ No se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.

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

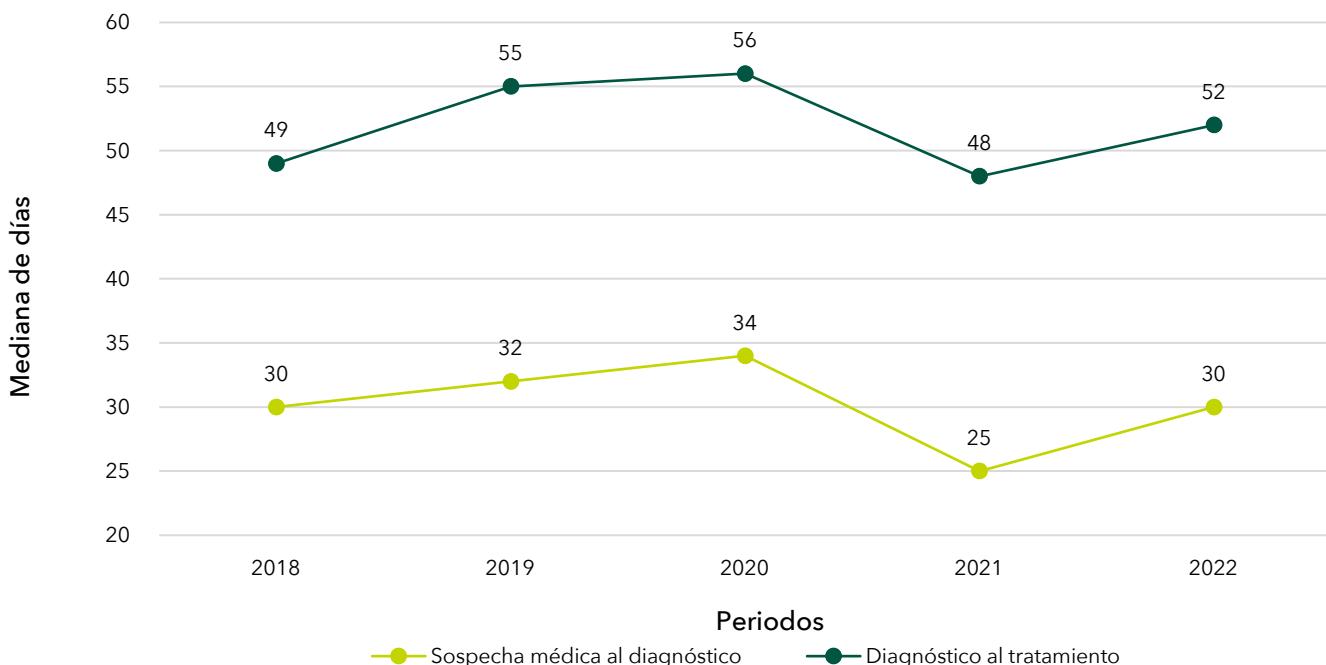
³ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

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

La operacionalización de la oportunidad de la atención fue definida previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 1.6** se observa la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento para los CNR de cáncer en el ámbito nacional. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico aumentó 4 días (8,33%) y entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento también se incrementó en 5 días (20,00%). Probablemente el retorno a los procesos asistenciales a la normalidad, posterior a la emergencia sanitaria por COVID-19, está relacionado con la variación de los tiempos de oportunidad, con un comportamiento similar en los períodos previos al 2021.

En este sentido, es de vital importancia mejorar los tiempos de espera, especialmente para el inicio del tratamiento, considerándose como un aspecto para ser priorizado por parte de las entidades, con el fin de optimizar la atención de esta población y disminuir los efectos negativos asociados.

Figura 1.6. Tendencia de la oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2018 - 2022



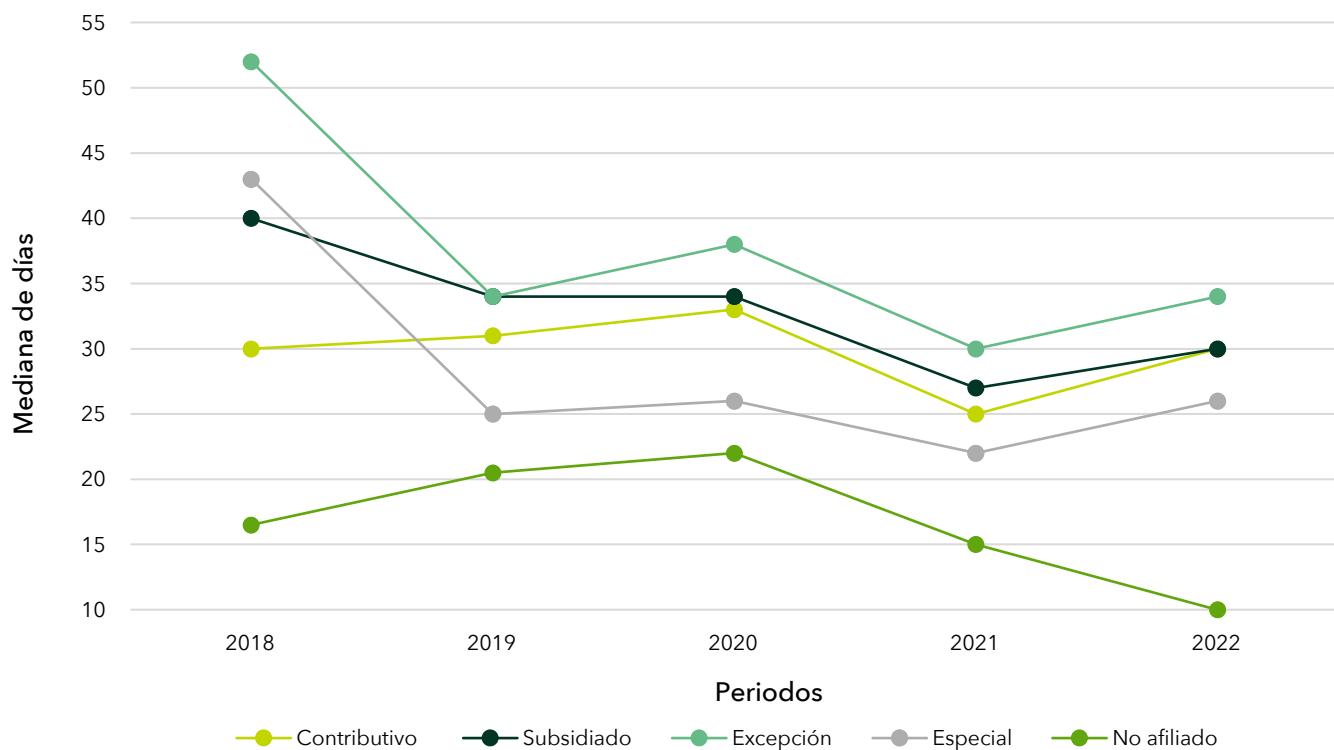
Incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos, todas las edades y tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)



En las **figuras 1.7 y 1.8** se observan el comportamiento de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento entre los períodos 2018 y 2022, según el régimen de afiliación. En general, la mediana del tiempo hasta la confirmación diagnóstica aumentó en todos los regímenes con respecto al periodo anterior, y fue mayor en el contributivo (5 días, 20,00%). Por su parte, el régimen de excepción tuvo la mediana de tiempo de espera más prolongada para el 2022, contrario a los casos no afiliados, en los que se registró el valor más bajo.

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



Incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos, todas las edades y tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

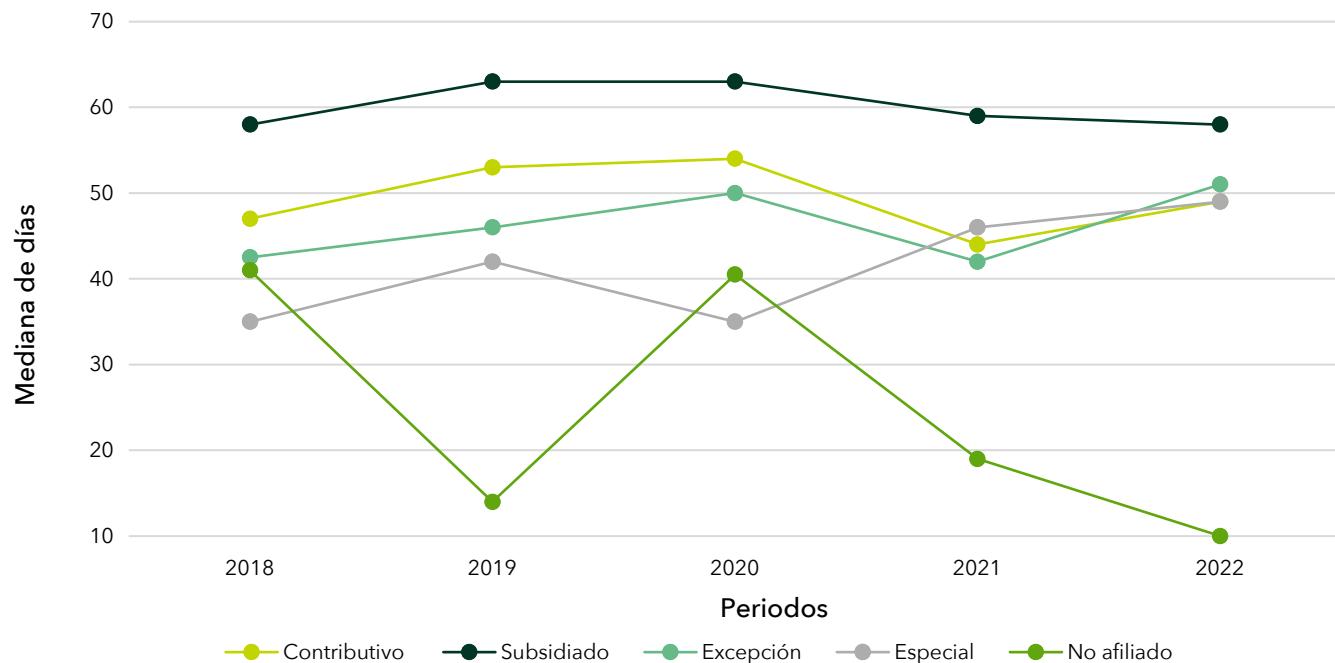
A excepción de los no afiliados, los regímenes con la mejor oportunidad del tratamiento para el año 2022 fueron el contributivo y el especial con una mediana de 49 días. Con respecto al periodo anterior, los regímenes que presentaron incremento fueron: el contributivo, el de excepción y el especial. Llama la atención que en el régimen subsidiado se ha presentado una mayor estimación al tiempo de inicio a los tratamientos con respecto a los demás grupos de aseguramiento, sin embargo, para los dos últimos períodos se observa una disminución, por lo que se esperaría que en algún momento sus tiempos sean cercanos a los de los otros regímenes. En los no afiliados al sistema de aseguramiento, el comportamiento es diferente, con una tendencia a la reducción desde el periodo 2021.

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

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 1.8. Tendencia en la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer según el régimen de afiliación, Colombia 2018 – 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos, todas las edades y tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 1.10** se describe en detalle la oportunidad de la atención según el tipo de cáncer. Los menores tiempos de espera para el diagnóstico se identificaron en las leucemias agudas, con una mediana de 6 días [LLA (RIC: 2 - 12); LMA (RIC: 3 - 18)]; entre los tumores sólidos, la mediana del tiempo de espera más baja se presentó en los casos con cáncer de estómago con 17 días (RIC: 8 - 33), mientras que la más prolongada se registró para el cáncer de próstata [44 días (RIC: 27 - 79)].

Con relación al inicio del tratamiento, el menor tiempo de espera se reportó para la LLA, con una mediana de 2 días (RIC: 0 - 8). Por su parte, los CNR de melanoma y de cáncer de próstata, experimentaron las mayores demoras, con medianas de 65 días en ambos casos (melanoma (RIC: 44 - 104); próstata (RIC: 32 - 107)).



Tabla 1.10. Oportunidad de la atención según el tipo de cáncer priorizado en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tipo de cáncer	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
Mama	44,73 (58,78)	27 (14 - 52)	63,83 (45,60)	52 (31 - 83)
Próstata	63,63 (67,27)	44 (27 - 79)	76,61 (57,48)	65 (32 - 107)
Cérvix	48,08 (58,41)	30 (18 - 56)	73,17 (48,28)	63 (40 - 97)
Estómago	28,65 (36,73)	17 (8 - 33)	53,59 (43,83)	43 (21 - 76)
Colon y recto	32,87 (41,83)	20 (8 - 40)	60,29 (48,45)	50 (25 - 84)
Pulmón	40,20 (46,33)	27 (13 - 47)	49,99 (44,97)	39 (19 - 68)
Melanoma	48,88 (53,61)	33 (22 - 55)	79,08 (53,12)	65 (44 - 104)
LH	47,38 (56,63)	28 (13 - 59)	37,84 (43,23)	23 (10 - 54)
LNH	41,29 (44,86)	29 (14 - 49)	37,78 (44,02)	23 (8 - 53)
LLA	12,93 (23,78)	6 (2 - 12)	11,06 (29,41)	2 (0 - 8)
LMA	15,32 (23,47)	6 (3 - 18)	14,04 (27,21)	3 (1 - 15)
Otros	55,37 (68,57)	33 (19 - 65)	70,51 (59,70)	57 (26 - 100)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

Incluye cáncer *in situ* e invasivo, ambos sexos, todas las edades y tipos de cáncer reportados.

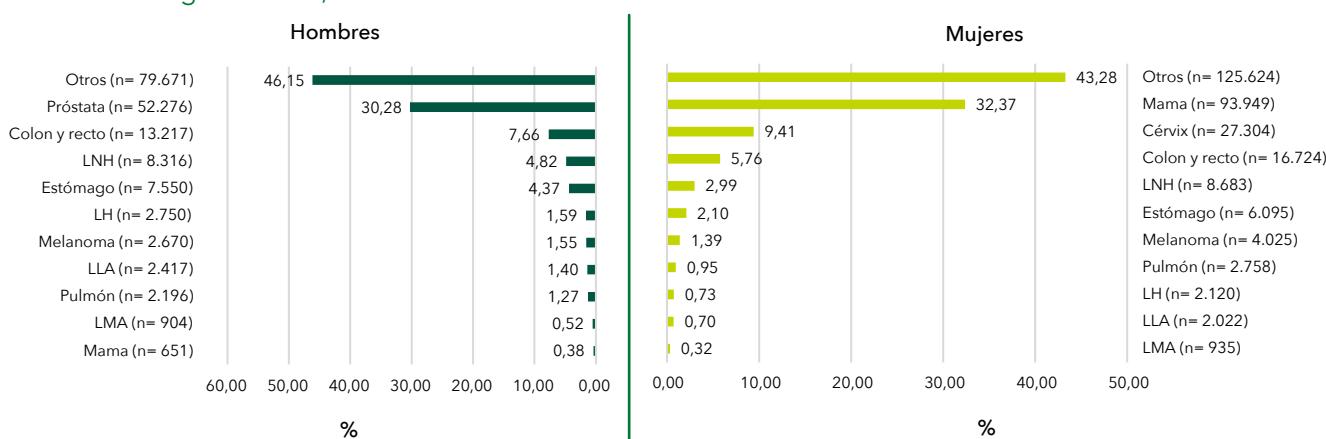
De forma general, llama la atención que los tipos de cáncer con la mayor carga de enfermedad registraron los tiempos de atención más prolongados, patrón que persiste con respecto al periodo 2021. Lo anterior consolida la necesidad de seguir trabajando para mejorar el acceso a la atención de estos pacientes con el fin de mejorar los desenlaces en salud y aumentar su calidad de vida.

1.6. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer

1.6.1. Caracterización clínica de los casos prevalentes de cáncer reportados

El 91,25% (n= 422.365) de los casos prevalentes correspondió a tumores sólidos y de ellos, el 94,14% (n= 397.628) se clasificaron como invasivos. La **figura 1.9** muestra la distribución según el sexo y el tipo de cáncer priorizado por la CAC. Excluyendo los "otros tipos", el cáncer de próstata fue el más frecuente en los hombres, seguido por el de colon y recto y el linfoma no Hodgkin. Entre tanto, el cáncer de mama, el de cérvix y el de colon y recto, fueron las neoplasias con mayor prevalencia entre las mujeres.

Figura 1.9. Distribución porcentual de los casos prevalentes según el tipo de cáncer priorizado y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye los casos prevalentes de cáncer de todas las edades que fueron reportados en el periodo.

Se muestran los 11 tipos de cáncer priorizados y la categoría "otros", que reúne los demás tipos de cáncer reportados.

[Descargar figura](#)

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

Generalidades del cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

1.6.2. Caracterización del tratamiento en los casos prevalentes de cáncer

En la **tabla 1.11** se presenta la distribución del tipo de tratamiento recibido por los casos prevalentes durante el periodo según la ubicación temporal y el régimen de afiliación. Los porcentajes presentados en la tabla para cada tratamiento no son excluyentes, lo que quiere decir que cada individuo pudo recibir más de una alternativa de tratamiento durante el periodo. A diferencia de los CNR, la terapia sistémica fue el tratamiento más usado (17,42%), seguida por la cirugía (7,15%). Esta misma relación se observó en los regímenes de afiliación, a excepción de los no afiliados, en los que la radioterapia se posicionó en segundo lugar.

En cuanto a la ubicación temporal, la terapia sistémica y la radioterapia fueron prescritas como parte del tratamiento adyuvante en el 40,03% y 38,56% de los casos, respectivamente. Por su parte, la cirugía se realizó como parte del manejo inicial en más del 90% de los casos, en todos los regímenes de afiliación.

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

Tratamiento/ubicación temporal ^{1,2}	Régimen de afiliación					Total ³ n= 433.108 (100,00%)
	Contributivo n= 286.283 (66,10%)	Subsidiado n= 120.417 (27,80%)	Excepción n= 23.657 (5,46%)	Especial n= 2.654 (0,61%)	No afiliado n= 97 (0,02%)	
Cirugía (sí)	21.192 (7,40)	8.348 (6,93)	1.318 (5,57)	106 (3,99)	7 (7,22)	30.971 (7,15)
Manejo inicial	20.011 (94,43)	7.679 (91,99)	1.188 (90,14)	101 (95,28)	6 (85,71)	28.985 (93,59)
Manejo de recaída	473 (2,23)	255 (3,05)	79 (5,99)	3 (2,83)	1 (14,29)	811 (2,62)
Manejo de enfermedad metastásica	548 (2,59)	354 (4,24)	40 (3,03)	1 (0,94)	0 (0,00)	943 (3,04)
Sin información	160 (0,76)	60 (0,72)	11 (0,83)	1 (0,94)	0 (0,00)	232 (0,75)
Terapia sistémica (sí)⁴	47.977 (16,76)	22.296 (18,52)	4.785 (20,23)	350 (13,19)	24 (24,74)	75.432 (17,42)
Neoadyuvancia	7.724 (16,10)	4.979 (22,33)	671 (14,02)	26 (7,43)	6 (25,00)	13.406 (17,77)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	11.305 (23,56)	4.651 (20,86)	894 (18,68)	56 (16,00)	9 (37,50)	16.915 (22,42)
Adyuvancia	19.548 (40,74)	7.824 (35,09)	2.019 (42,19)	201 (57,43)	2 (8,33)	29.594 (39,23)
Manejo de recaída	2.571 (5,36)	1.374 (6,16)	490 (10,24)	21 (6,00)	4 (16,67)	4.460 (5,91)
Manejo de enfermedad metastásica	3.023 (6,30)	2.013 (9,03)	318 (6,65)	22 (6,29)	1 (4,17)	5.377 (7,13)
Manejo paliativo	2.730 (5,69)	1.086 (4,87)	343 (7,17)	19 (5,43)	2 (8,33)	4.180 (5,54)
Sin información	1.076 (2,24)	369 (1,66)	50 (1,04)	5 (1,43)	0 (0,00)	1.500 (1,99)
Radioterapia (sí)	10.142 (3,54)	5.033 (4,18)	681 (2,88)	47 (1,77)	14 (14,43)	15.917 (3,68)
Neoadyuvancia	1.365 (13,46)	1.137 (22,59)	90 (13,22)	3 (6,38)	7 (50,00)	2.602 (16,35)
Tratamiento inicial curativo (sin cirugía)	2.049 (20,20)	1.032 (20,50)	96 (14,10)	4 (8,51)	3 (21,43)	3.184 (20,00)
Adyuvancia	3.948 (38,93)	1.761 (34,99)	283 (41,56)	21 (44,68)	0 (0,00)	6.013 (37,78)
Manejo de recaída	751 (7,40)	185 (3,68)	37 (5,43)	5 (10,64)	2 (14,29)	980 (6,16)
Manejo de enfermedad metastásica	1.324 (13,05)	491 (9,76)	85 (12,48)	6 (12,77)	2 (14,29)	1.908 (11,99)
Manejo paliativo	542 (5,34)	323 (6,42)	37 (5,43)	4 (8,51)	0 (0,00)	906 (5,69)
Sin información	163 (1,61)	104 (2,07)	53 (7,78)	4 (8,51)	0 (0,00)	324 (2,04)
Sin tratamiento	221.995 (77,54)	91.565 (76,04)	17.896 (75,65)	2.226 (83,87)	60 (61,86)	333.742 (77,06)

¹ No se tuvo en cuenta si el tratamiento fue prescrito de forma concomitante con otra de las alternativas terapéuticas.

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

³ No se incluyen los datos de 29.749 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene información actualizada.

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



Cáncer de mama

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



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

Morbimortalidad del cáncer de mama

Fue el más **frecuente**

entre los 11 tipos de cáncer priorizados y el más común entre las mujeres (29,2% del total de CNR en mujeres).



Se notificaron 7.346 casos nuevos invasivos lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 28 casos nuevos (IC 95%: 26,9 - 28,1) por 100.000 mujeres.



La mortalidad general presentó un incremento del 10,2% en el 2022.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama

La mediana de la edad fue de

59 años (RIC: 49 - 68).



A nivel nacional, el 89,6% contó con la estadificación, y esta proporción fue mayor en el régimen contributivo.



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 27 días (RIC: 14 - 52) y hasta el primer tratamiento de 52 días (RIC: 31 - 83).

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

En el 2022, en general se registró el

incumplimiento

de los indicadores de oportunidad en los diferentes momentos de la atención, en el ámbito nacional y según la región de residencia.

Resumen

Capítulo 2. Cáncer de mama



Los indicadores de detección temprana, además de los relacionados con el estudio HER2 y la detección de receptores hormonales, presentaron un mejor desempeño en el régimen contributivo con respecto al subsidiado y a lo reportado a nivel nacional.

[Descargar figura](#)



2. Cáncer de mama

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

2.1. Morbimortalidad del cáncer de mama

El cáncer de mama fue el más frecuente entre los 11 tipos priorizados en ambos sexos. En las mujeres sigue siendo la neoplasia más común, representando el 29,20% del total de los casos nuevos. En el periodo, incluyendo los tumores *in situ* e invasivos, se reportaron 93.949 mujeres con cáncer de mama, de las cuales el 8,53% (n= 8.018) fueron casos nuevos; además, se registraron 4.449 muertes. Las medidas de morbimortalidad fueron estimadas incluyendo únicamente los casos invasivos (**tabla 2.1**).

Este capítulo hace referencia exclusivamente al cáncer de mama en la población femenina. Sin embargo, se destaca que 651 hombres fueron reportados con esta enfermedad, de los cuales 45 se diagnosticaron en el periodo y 45 fallecieron.

Tabla 2.1. Medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida ajustada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	7.346	28,11	27,47	26,85 - 28,11
Prevalencia	88.842	339,91	329,16	327,00 - 331,34
Mortalidad ⁵	4.353	16,65	16,06	15,58 - 16,54

¹ Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Informadas por 100.000 mujeres.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

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

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue la Central con 33,97 (IC 95%: 32,60 - 35,39) casos nuevos por 100.000 mujeres, mientras que la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 14,89 (IC 95%: 11,75 - 18,57) (**tabla 2.2**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor PCNR fueron Antioquia, Atlántico y Valle del Cauca, mientras que Chocó, Vichada y Amazonas tuvieron las estimaciones más bajas. En los departamentos de Guainía y Vaupés no se reportaron casos nuevos.

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

Tabla 2.2. PCNR estandarizada del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	81	732.062	11,06	14,89	11,75 - 18,57
Bogotá, D. C.	1.371	4.082.618	33,58	31,33	29,69 - 33,04
Caribe	1.504	5.876.099	25,60	29,39	27,92 - 30,92
Central	2.308	6.285.772	36,72	33,97	32,60 - 35,39
Oriental	841	4.884.480	17,22	17,20	16,05 - 18,40
Pacífica	1.241	4.276.236	29,02	28,25	26,69 - 29,86
Nacional	7.346	26.137.267	28,11	27,47	26,85 - 28,11

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

Cáncer de mama

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

La PCNR fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 2.3**). Por otro lado, en el de excepción y en el especial se reportaron 361 y 31 casos nuevos, respectivamente; 2 fueron identificados en la población no afiliada. Entre las EAPB, la PCNR más alta se observó en las entidades RES006, EPS048 y EAS016 con 178,43, 135,12 y 76,66 casos nuevos por 100.000 mujeres afiliadas, respectivamente. La más baja fue estimada en la EPSI01, la ESS091 y la EPSI03, con 3,95, 0,58 y 0,56 respectivamente. Seis entidades no reportaron casos nuevos en el periodo.

Tabla 2.3. PCNR estandarizada del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	4.691	11.821.485	39,68	36,81	35,76 - 37,88
Subsidiado	2.261	10.187.537	22,19	23,37	22,41 - 24,36

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

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

³ La PCNR es informada por 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

La región del país con la estimación más alta fue Bogotá, D. C., con 421,85 (IC 95%: 415,76 - 428,01) casos por cada 100.000 mujeres, mientras que la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 150,48 (IC 95%: 139,75 - 161,78) casos (**tabla 2.4**). Las entidades territoriales con la mayor prevalencia fueron Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca; en contraste, los departamentos con las prevalencias más bajas fueron Vichada, Guainía y Vaupés.

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

Tabla 2.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	759	732.062	103,68	150,48	139,75 - 161,78
Bogotá, D. C.	18.324	4.082.618	448,83	421,85	415,76 - 428,01
Caribe	15.061	5.876.099	256,31	300,10	295,32 - 304,94
Central	27.301	6.285.772	434,33	394,32	389,65 - 399,04
Oriental	12.625	4.884.480	258,47	258,77	254,27 - 263,32
Pacífica	14.772	4.276.236	345,44	330,38	325,06 - 335,76
Nacional	88.842	26.137.267	339,91	329,16	327,00 - 331,34

¹ Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

La prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 2.5**); por su parte, en el de excepción y en el especial se reportaron 5.749 y 580 casos de cáncer de mama, respectivamente. Adicionalmente, fueron reportados 10 en la población no afiliada y 6.102 correspondían a entidades liquidadas, de los cuales no se tiene la información de afiliación.



Al comparar por las entidades, las estimaciones más altas se registraron en la REUE05, la RES006 y la EPS001 con 887,92, 735,06 y 673,28, casos por 100.000 mujeres afiliadas, respectivamente. En contraste, las estimaciones más bajas se obtuvieron en la EPSI03, EPSI01 y la EPSI06, con 79,68, 74,41 y 68,95 casos por 100.000 mujeres afiliadas, respectivamente. Dos entidades no reportaron casos en el periodo.

Tabla 2.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	55.388	11.821.485	468,54	435,35	431,73 - 438,99
Subsidiado	21.103	10.187.537	207,15	215,88	212,97 - 218,82

¹ Incluye todos los casos de cáncer de mama invasivo en las mujeres reportados a la CAC.

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 17,96 (IC 95%: 16,71 - 19,28) muertes, por cualquier causa, en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama por cada 100.000 mujeres y la más baja en la Amazonía-Orinoquía con 7,38 (IC 95%: 7,86 - 13,81) fallecimientos (**tabla 2.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad general fueron Atlántico, Valle del Cauca y Antioquia; los departamentos con el resultado más bajo fueron Amazonas, Boyacá y Chocó. En Guainía no se reportaron defunciones en el periodo para esta cohorte.

Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a visitar **HIGIA**

Tabla 2.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	54	732.062	7,38	10,55	7,86 - 13,81
Bogotá, D. C.	767	4.082.618	18,79	17,96	16,71 - 19,28
Caribe	868	5.876.099	14,77	17,37	16,23 - 18,56
Central	1.247	6.285.772	19,84	18,02	17,03 - 19,05
Oriental	616	4.884.480	12,61	12,57	11,60 - 13,61
Pacífica	801	4.276.236	18,73	17,66	16,45 - 18,93
Nacional	4.353	26.137.267	16,65	16,06	15,58 - 16,54

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de mama invasivo, reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

La mortalidad general estandarizada fue más alta en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 2.7**); en el de excepción y en el especial se reportaron 177 y 8 fallecimientos, respectivamente. 267 muertes adicionales correspondieron a EAPB liquidadas en años previos.

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

Cáncer de mama

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Con respecto a las entidades, las estimaciones más altas se observaron en la RES012, la EPS048 y la EPS012, con tasas de 93,34, 47,92 y 28,57, respectivamente. Por el contrario, las cifras más bajas se hallaron en la EPSI04, EPS042 y la EPSI03, con 6,43, 6,27 y 6,17 defunciones por 100.000 mujeres. Ocho EAPB no reportaron muertes en el periodo.

Tabla 2.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.418	11.821.485	20,45	18,91	18,17 - 19,68
Subsidiado	1.483	10.187.537	14,56	14,92	14,16 - 15,70

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de mama invasivo, reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 mujeres afiliadas.

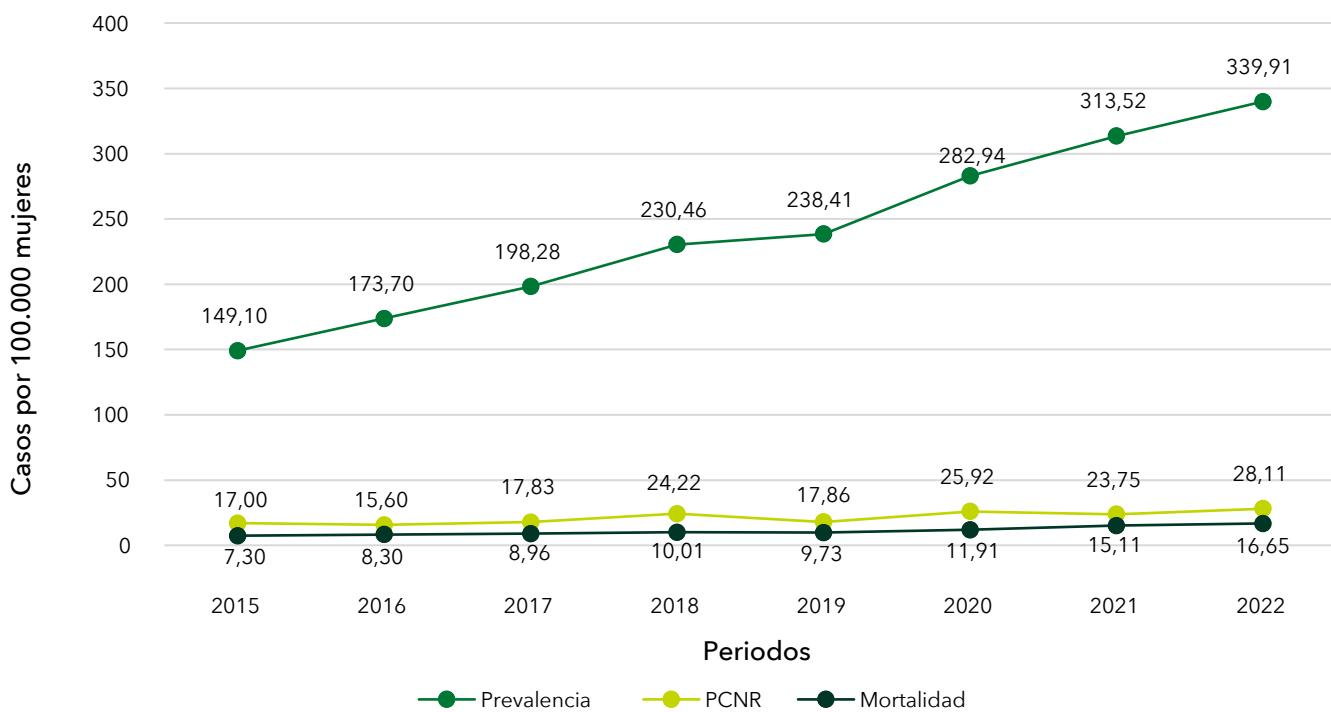
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

En la **figura 2.1** se muestra la tendencia de la morbimortalidad del cáncer de mama del registro desde el 2015. Con respecto al periodo anterior, en el 2022 se registró un incremento de las tres medidas, siendo más alto para la PCNR que pasó de 23,75 a 28,11 casos nuevos por 100.000 mujeres, lo que representa un aumento del 18%. La mortalidad general presentó un incremento del 10% en el 2022.

Figura 2.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos con cáncer de mama invasivo reportados en las mujeres.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 mujeres.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



2.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de mama

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

La **tabla 2.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el periodo según el régimen de aseguramiento. La mediana de edad en el ámbito nacional fue de 59 años y la más alta se observó en el régimen especial. La mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo y la región que agrupó el mayor número fue la Central tanto en el consolidado nacional como en los regímenes contributivo y de excepción.

Tabla 2.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 8.018 (100,00%)
	Contributivo n= 5.214 (65,03%)	Subsidiado n= 2.374 (29,61%)	Excepción n= 393 (4,90%)	Especial n= 35 (0,44%)	
Edad	58 (49 - 67)	58 (49 - 67)	61 (52 - 70)	65 (52 - 75)	59 (49 - 68)
Etnia					
Ninguna	5.175 (99,25)	2.324 (97,89)	370 (94,15)	35 (100,00)	7.906 (98,60)
Indígena	4 (0,08)	30 (1,26)	2 (0,51)	0 (0,00)	36 (0,45)
Negro	34 (0,65)	19 (0,80)	15 (3,82)	0 (0,00)	68 (0,85)
Otra ³	1 (0,02)	1 (0,04)	6 (1,53)	0 (0,00)	8 (0,10)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	38 (0,73)	41 (1,73)	8 (2,04)	0 (0,00)	87 (1,09)
Bogotá, D. C.	1.344 (25,78)	84 (3,54)	77 (19,59)	14 (40,00)	1.519 (18,94)
Caribe	649 (12,45)	866 (36,48)	79 (20,10)	3 (8,57)	1.597 (19,92)
Central	1.776 (34,06)	660 (27,80)	117 (29,77)	10 (28,57)	2.563 (31,97)
Oriental	549 (10,53)	264 (11,12)	85 (21,63)	6 (17,14)	906 (11,30)
Pacífica	858 (16,46)	459 (19,33)	27 (6,87)	2 (5,71)	1.346 (16,79)

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

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

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

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

La **tabla 2.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud. La proporción de tumores de mama invasivos fue superior al 90% en el ámbito nacional; entre los regímenes, esta fue mayor en el subsidiado. La estadificación TNM se reportó en el 89,56% de las mujeres, con una proporción similar entre los distintos grupos del aseguramiento, a excepción del régimen especial, en el que solo se realizó en el 74,29%.

En este sentido, se debe enfatizar en la priorización de acciones para lograr el reporte de la estadificación adecuada y completa; lo anterior teniendo en cuenta la relevancia que esta tiene para el manejo y el pronóstico de la enfermedad.

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

Cáncer de mama

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 2.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de mama reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 8.018 (100,00%)
	Contributivo n= 5.214 (65,03%)	Subsidiado n= 2.374 (29,61%)	Excepción n= 393 (4,90%)	Especial n= 35 (0,44%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	523 (10,03)	113 (4,76)	32 (8,14)	4 (11,43)	672 (8,38)
Invasivo	4.691 (89,97)	2.261 (95,24)	361 (91,86)	31 (88,57)	7.346 (91,62)
Estadificación (sí)⁴	4.730 (90,72)	2.086 (87,87)	337 (85,75)	26 (74,29)	7.181 (89,56)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	536 (11,33)	113 (5,42)	32 (9,50)	4 (15,38)	685 (9,54)
I	908 (19,20)	220 (10,55)	52 (15,43)	11 (42,31)	1.191 (16,59)
II	1.936 (40,93)	815 (39,07)	133 (39,47)	8 (30,77)	2.892 (40,27)
III	1.085 (22,94)	732 (35,09)	97 (28,78)	1 (3,85)	1.917 (26,70)
IV	265 (5,60)	206 (9,88)	23 (6,82)	2 (7,69)	496 (6,91)
HER2⁶					
Sí	4.436 (85,08)	1.854 (78,10)	347 (88,30)	30 (85,71)	6.669 (83,18)
No	284 (5,45)	350 (14,74)	14 (3,56)	1 (2,86)	649 (8,09)
No aplica	442 (8,48)	92 (3,88)	21 (5,34)	3 (8,57)	558 (6,96)
Desconocido	52 (1,00)	78 (3,29)	11 (2,80)	1 (2,86)	142 (1,77)
Resultado del HER2⁷					
Positivo (+++)	679 (15,31)	370 (19,96)	73 (21,04)	4 (13,33)	1.127 (16,90)
Negativo (0)	1.889 (42,58)	826 (44,55)	101 (29,11)	19 (63,33)	2.835 (42,51)
Negativo (+)	1.413 (31,85)	517 (27,89)	143 (41,21)	6 (20,00)	2.079 (31,17)
Equívoco o indeterminado (++)	455 (10,26)	2 (0,11)	30 (8,65)	1 (3,33)	628 (9,42)
Estudio de receptores hormonales					
Sí	4.811 (92,27)	1.931 (81,34)	370 (94,15)	33 (94,29)	7.147 (89,14)
No	327 (6,27)	409 (17,23)	19 (4,83)	2 (5,71)	757 (9,44)
No aplica/desconocido	76 (1,46)	34 (1,43)	4 (1,02)	0 (0,00)	114 (1,42)
Resultado de los receptores hormonales⁸					
Progesterona (+) y estrógeno (+)	3.233 (67,20)	1.163 (60,23)	252 (68,11)	22 (66,67)	4.670 (65,34)
Progesterona (-) y estrógeno (-)	1.040 (21,62)	550 (28,48)	77 (20,81)	5 (15,15)	1.674 (23,42)
Progesterona (-) y estrógeno (+)	421 (8,75)	193 (9,99)	35 (9,46)	5 (15,15)	654 (9,15)
Progesterona (+) y estrógeno (-)	100 (2,08)	25 (1,29)	5 (1,35)	1 (3,03)	131 (1,83)
Progesterona (+) y estrógeno (no se realizó)	4 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,06)
Estrógeno (+) y progesterona (no se realizó)	12 (0,25)	0 (0,00)	1 (0,27)	0 (0,00)	13 (0,18)
Progesterona (-) y estrógeno (no se realizó)	1 (0,02)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,01)

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

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

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de mama que fueron estadificados.

⁶ Determinado utilizando la técnica de inmunohistoquímica. La categoría de "no aplica" se refiere a las mujeres con cáncer de mama *in situ* o aquellas que recibieron la atención por el ente territorial durante el periodo.

⁷ Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba HER2 durante el periodo.

⁸ Incluye solo los casos nuevos de cáncer de mama a los que se les realizó la prueba de receptores hormonales durante el periodo.



La mediana de la edad de las mujeres diagnosticadas con tumores *in situ* en el país fue de 59 años (RIC: 52 - 65) siendo muy similar al comportamiento de los casos invasivos (58 años, RIC: 49 - 68). Según el estadio clínico, no se observan mayores diferencias; sin embargo, en los casos diagnosticados en estadio IV, la mediana de la edad fue la más alta (62 años, RIC: 52 - 71).

Gran parte de los casos estadificados se clasificaron en los estadios II y III, con una tendencia similar en la mayoría de regímenes. En el especial, por el contrario, se presentó una mayor proporción de casos en los estadios I y II.

El estudio de HER2 fue realizado en el 83,18% de los casos nuevos; entre los regímenes, esta proporción fue más baja en el subsidiado (**tabla 2.9**). En las mujeres que contaron con la prueba, el 73,68% tuvo un resultado negativo (0 y +) y en el 9,42% (n= 628) fue equívoco o indeterminado. De acuerdo con el algoritmo diagnóstico, en este último grupo se debe realizar un estudio adicional de expresión genética, el que se utiliza principalmente es la técnica de FISH.

En la **tabla 2.10** se observa la concordancia entre las dos pruebas, incluyendo únicamente a las mujeres a quienes se les realizó el estudio HER2 (n= 6.669). Solo al 42,68% de los casos (n= 268) con HER2 equívoco se les realizó la prueba FISH; de estos la mayoría (30,10%, n= 189) obtuvo un resultado negativo. Así mismo, 1.206 mujeres tuvieron HER2 equívoco con prueba FISH positiva, esto significa que el porcentaje de positividad del estudio HER2 llega a ser del 18,08%. Es importante tener en cuenta que el acceso a la ampliación del estudio de los casos con resultado de HER2 equívoco es crucial para evaluar la viabilidad de la terapia dirigida en estas mujeres.

El estudio de los receptores hormonales fue reportado en el 89,14% de los casos nuevos. De acuerdo con el régimen, esta proporción fue mayor en el especial y en el contributivo, mientras que la más baja fue en el subsidiado. De las mujeres con resultado de la prueba, el 65,34% obtuvo positivo tanto para receptores de progesterona como de estrógeno, mientras que en el 23,42% de los casos se reportó negatividad para ambos receptores; adicionalmente, el porcentaje de expresión de receptores hormonales fue del 76,56% si se tiene en cuenta cualquier combinación positiva. Es importante garantizar la adecuada calidad de las pruebas de inmunohistoquímica como aspecto esencial en el algoritmo terapéutico del cáncer de mama.

Tabla 2.10. Concordancia entre los resultados de las pruebas HER2 y FISH en los casos nuevos de cáncer de mama reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Resultado del FISH	Resultado del HER2 ¹			
	Positivo (++) n (%)	Equívoco (++) n (%)	Negativo (+) n (%)	Negativo (0) n (%)
Positivo	0 (0,00)	79 (12,58)	0 (0,00)	1 (0,04)
Negativo	0 (0,00)	189 (30,10)	3 (0,14)	0 (0,00)
No se realizó/desconocido	1.127 (100,00)	360 (57,32)	2.076 (99,86)	2.834 (99,96)
Total	1.127 (100,00)	628 (100,00)	2.079 (100,00)	2.835 (100,00)

¹ Determinado utilizando la técnica de inmunohistoquímica.

Al analizar los resultados de los receptores hormonales en las mujeres con HER2 positivo (n= 1.127), se observó que el 44,72% (n= 504) tuvo un resultado positivo tanto para receptores de progesterona como de estrógeno; mientras que, el 40,20% (n= 453) fue negativo para ambos receptores, y en el 1,60% (n= 18) no se realizó la prueba o no se contó con el dato. El 13,49% restante (n= 152) se distribuye en las otras categorías de resultado.

Es de resaltar que la clasificación del cáncer de mama por inmunohistoquímica (positividad de receptores de estrógeno, progesterona y sobre-expresión o amplificación de HER2) es parte fundamental del manejo en las mujeres con cáncer de mama. Lo anterior es un aspecto clave para facilitar la toma de decisiones del manejo individualizado de cada caso, buscando optimizar los desenlaces clínicos en esta población.

Adicionalmente, los resultados observados ratifican la importancia de priorizar la adecuada realización de las pruebas de inmunohistoquímica, teniendo en cuenta que en una proporción importante de mujeres con HER2 ++ (equívoco) no se reportó la realización del estudio FISH, CISH o DISH (57,32%) para establecer el nivel de sobre-expresión. Los anteriores aspectos deben ser evaluados por las entidades para garantizar el cumplimiento del algoritmo de manejo en esta población.

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

Durante el periodo, del total de casos nuevos, el 78,62% recibieron algún tipo de tratamiento. La terapia sistémica fue administrada en el 63,25% (n= 5.071), siendo el tratamiento más frecuente, seguido por la cirugía, realizada en el 40,56% (n= 3.252) de las mujeres y la radioterapia en el 16,36% (n= 1.312). El 1,26% de los casos nuevos recibieron cirugía reconstructiva de la mama. Por otra parte, solo el 20,40% (n= 1.636) registró algún tipo de atención por cuidados paliativos y el 21,38% (n= 1.714) no recibió ningún tipo de tratamiento.

En el subgrupo de las mujeres que no recibió tratamiento durante el periodo, el 14,29% de los casos (n= 245) fueron diagnosticados en el mes previo a la fecha de corte y de estos, 87 no contaron con la estadificación TNM. En las 1.469 mujeres restantes, el 30,97% (n= 455) y el 17,77% (n= 261) se diagnosticaron en los estadios I y III, respectivamente. Se resalta que una proporción importante de estos casos (23,62%, n= 347) no fue estadificado.

En la **tabla 2.11** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con la estadificación clínica al diagnóstico. En las mujeres que recibieron terapia sistémica, la mayoría (39,46%) se encontraban en el estadio II, mientras que la radioterapia fue más frecuente en las mujeres diagnosticadas en el I. La cirugía fue la opción terapéutica de elección en las etapas tempranas de la enfermedad (I y II), específicamente la reconstructiva, se realizó con mayor frecuencia en las mujeres en el estadio II y en los casos *in situ*.

Tabla 2.11. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de mama según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

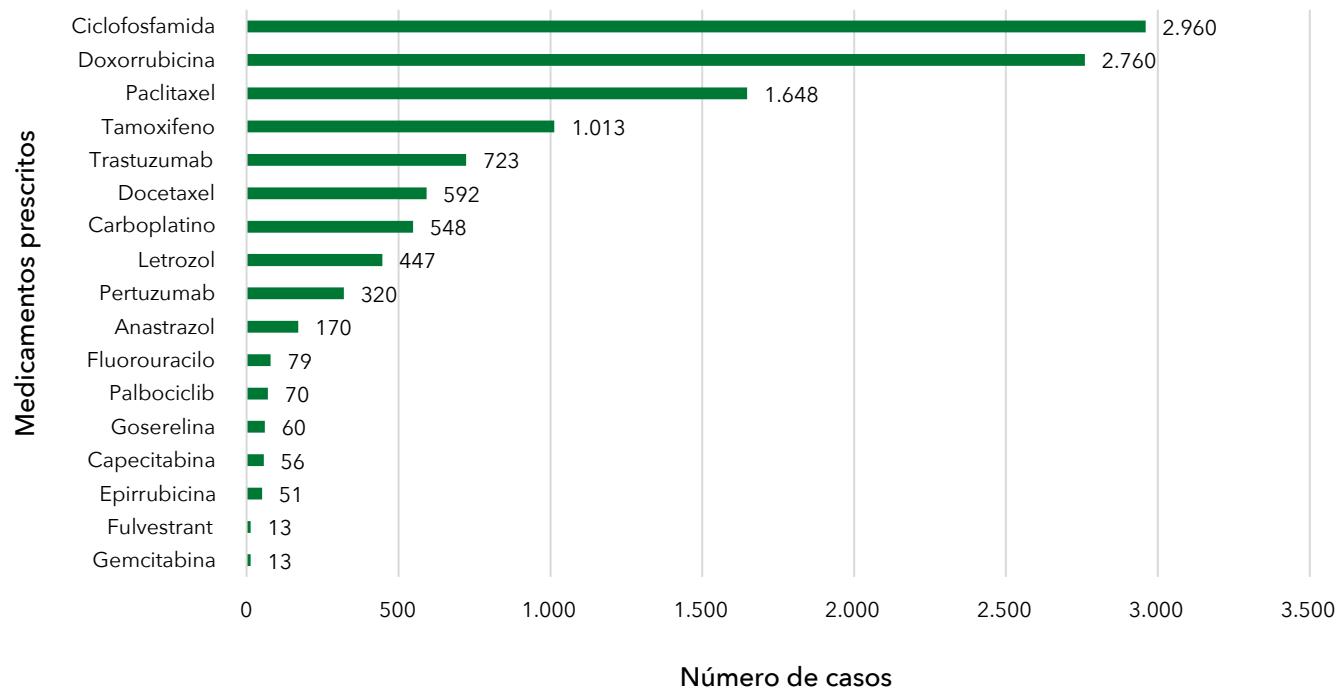
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	<i>In situ</i> n (%)	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)	
Terapia sistémica ¹	285 (5,62)	626 (12,34)	2.001 (39,46)	1.550 (30,57)	379 (7,47)	230 (4,54)	5.071 (100,00)
Cirugía	490 (15,07)	872 (26,81)	1.188 (36,53)	392 (12,05)	42 (1,29)	268 (8,24)	3.252 (100,00)
Radioterapia	183 (13,95)	421 (32,09)	379 (28,89)	130 (9,91)	105 (8,00)	94 (7,16)	1.312 (100,00)
Cirugía reconstructiva	24 (23,76)	20 (19,80)	38 (37,62)	12 (11,88)	0 (0,00)	24 (23,76)	101 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 2.2** describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia a las mujeres con nuevo diagnóstico de cáncer de mama. El agente terapéutico más usado fue la ciclofosfamida, seguido de la doxorrubicina y el paclitaxel. El metrotexato y el cisplatino fueron prescritos en una baja proporción de casos. Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.



Figura 2.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



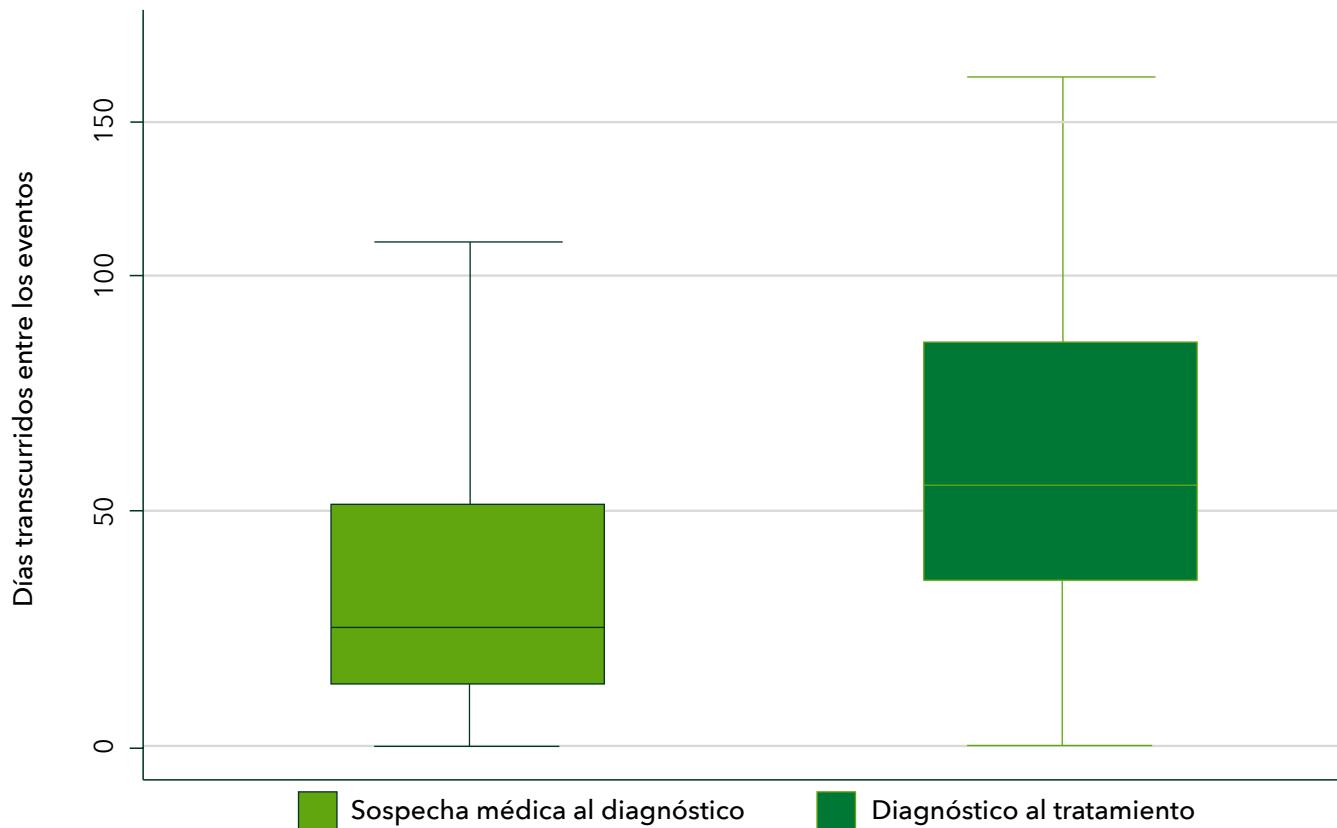
Incluye cáncer *in situ* e invasivo y todas las edades.

[Descargar figura](#)

2.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de mama

La definición del cálculo de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) se realizó en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 2.3** se observa la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento en el país. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 27 días (RIC: 14 - 52) y hasta el primer tratamiento fue de 52 días (RIC: 31 - 83).

Figura 2.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

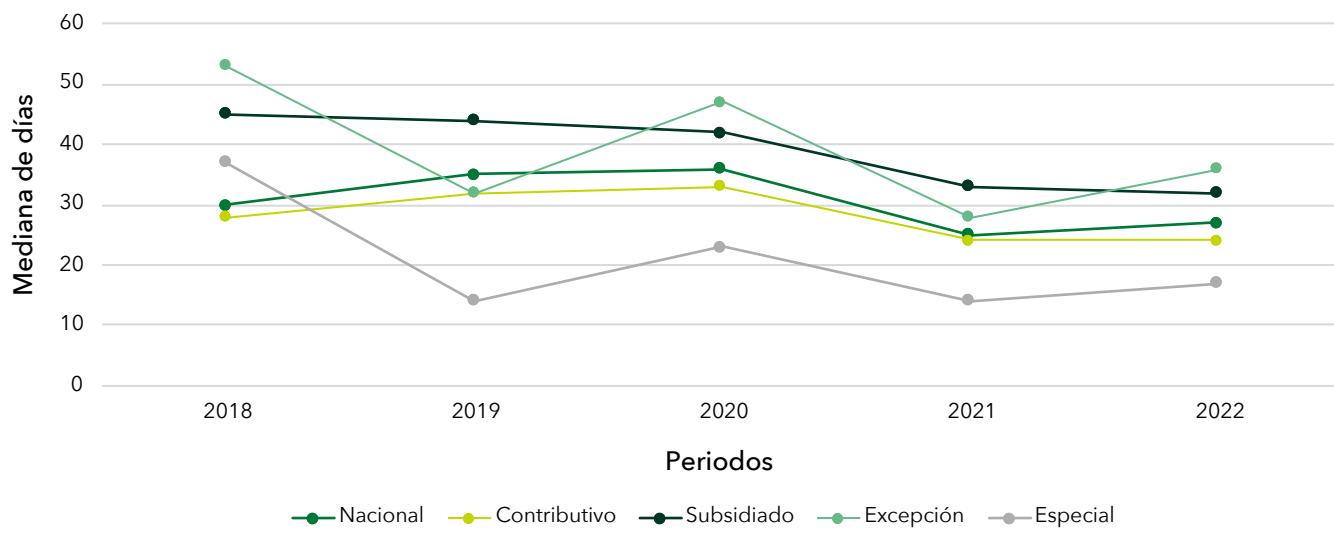
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 44,69 días ($\pm 58,51$) y para el inicio del tratamiento fue de 63,79 días ($\pm 45,50$).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 2.4 y 2.5** se observan la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación, respectivamente. En el ámbito nacional, para el periodo 2022 la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico tuvo un ligero incremento con respecto al año anterior, llegando a ser de 27 días (RIC: 14 - 52). El régimen con la mejor oportunidad fue el especial con 17 días (RIC: 8 - 40), mientras que la espera más prolongada se estimó en el de excepción (mediana: 36 días, RIC: 17 - 60) (**figura 2.4**).



Figura 2.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de mama en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



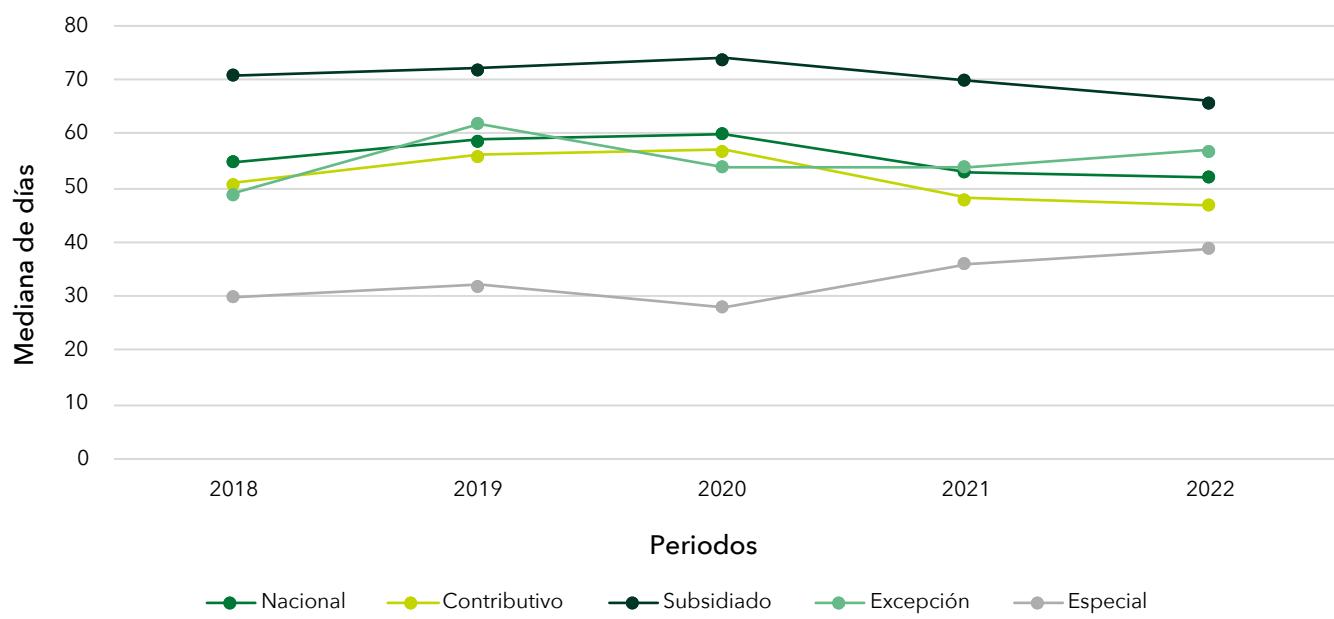
Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 44,69 días ($\pm 58,51$), régimen contributivo: 38,58 días ($\pm 47,19$), subsidiado: 56,74 días ($\pm 73,34$), excepción: 58,30 días ($\pm 85,94$), especial: 35,71 días ($\pm 58,52$).

[Descargar figura](#)

Como se observa en la **figura 2.5**, el régimen con la mejor oportunidad del tratamiento fue el especial con una mediana de 39 días (RIC: 26 - 61); también, se evidenció una leve disminución en la mediana del tiempo de espera hasta el inicio del primer tratamiento, siendo de 52 días (RIC: 31 - 83). Por su parte, las mujeres afiliadas al régimen subsidiado registraron el tiempo de espera más largo con una mediana de 66 días (RIC: 41 - 99).

Figura 2.5. Tendencia en la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de mama en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 63,79 días ($\pm 45,50$), régimen contributivo: 58,41 días ($\pm 42,73$), subsidiado: 76,40 días ($\pm 49,00$), excepción: 68,47 días ($\pm 47,96$), especial: 47,83 días ($\pm 33,92$).

[Descargar figura](#)

Al comparar la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento, a nivel nacional se presentó un aumento en el tiempo de espera para acceder al diagnóstico y tiempos más cortos para el inicio del tratamiento con respecto al periodo anterior. Por el contrario, en el régimen subsidiado hubo una disminución en la mediana de días para acceder a ambos momentos de la atención. En los regímenes de excepción y especial se observaron tiempos de espera para la atención mayores con respecto al último periodo.

Adicionalmente, al realizar el análisis de la oportunidad de la atención según el estadio clínico al diagnóstico (**tabla 2.12**), se reportaron tiempos de espera menores para acceder a la confirmación diagnóstica y el tratamiento en el estadio IV en comparación con los demás grupos. En contraste, para los tumores *in situ*, el tiempo entre la sospecha médica al diagnóstico fue el más alto entre los diferentes estadios y en comparación con las mujeres sin estadificación; por su parte, entre los casos estadificados, las principales demoras para el inicio del tratamiento se presentaron en el estadio II.

Tabla 2.12. Oportunidad de la atención en el cáncer de mama según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio al diagnóstico	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
<i>In situ</i>	56,29 (68,66)	34 (19 - 68)	62,22 (43,91)	50 (32 - 80)
I	40,94 (55,00)	24 (13 - 50)	59,50 (40,61)	51 (30 - 79)
II	41,11 (54,16)	25 (13 - 45)	65,69 (44,96)	55 (33 - 86)
III	46,46 (62,66)	29 (15 - 54)	63,44 (46,29)	51 (31 - 81)
IV	40,24 (53,92)	24 (11 - 45)	55,67 (46,48)	42 (23 - 72)
Desconocido	52,25 (62,02)	32 (16 - 21)	75,22 (54,94)	63 (37 - 99)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

2.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de mama

La **tabla 2.13** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de cáncer de mama informados en el periodo, según el régimen del aseguramiento. La mediana de edad fue de 63 años (RIC: 54 - 72); la mayoría estaban afiliadas al contributivo y residían en la región Central. La mediana de edad más alta se observó en el especial y la más baja en la población no afiliada. En cuanto a la región, en el régimen contributivo, la mayoría de las mujeres residían en la región Central y en Bogotá, D. C., mientras que en el subsidiado se concentraron en las regiones Caribe y Central.



Tabla 2.13. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación					
	Contributivo n= 59.202 (67,54%)	Subsidiado n= 21.805 (24,88%)	Excepción n= 6.000 (6,84%)	Especial n= 641 (0,73%)	No afiliado n= 10 (0,01%)	Total ² n= 87.658 (100,00%)
Edad	63 (54 - 72)	61 (53 - 71)	66 (57 - 73)	67 (59 - 75)	53 (43 - 61)	63 (54 - 72)
Etnia						
Ninguna	58.700 (99,15)	21.129 (96,90)	5.774 (96,23)	641 (100,00)	10 (100,00)	86.254 (98,40)
Indígena	22 (0,04)	418 (1,92)	4 (0,07)	0 (0,00)	0 (0,00)	444 (0,51)
Negro	446 (0,75)	251 (1,15)	212 (3,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	909 (1,04)
Otra ³	34 (0,06)	7 (0,03)	10 (0,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	51 (0,06)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	265 (0,45)	383 (1,76)	77 (1,28)	2 (0,31)	0 (0,00)	727 (0,83)
Bogotá, D. C.	16.351 (27,62)	1.640 (7,52)	750 (12,50)	276 (43,06)	3 (30,00)	19.020 (21,70)
Caribe	6.141 (10,37)	6.536 (29,97)	1.549 (25,82)	55 (8,58)	0 (0,00)	14.281 (16,29)
Central	19.379 (32,73)	6.194 (28,41)	1.827 (30,45)	147 (22,93)	3 (30,00)	27.550 (31,43)
Oriental	7.916 (13,37)	3.112 (14,27)	1.094 (18,23)	74 (11,54)	3 (30,00)	12.199 (13,92)
Pacífica	9.150 (15,46)	3.940 (18,07)	703 (11,72)	87 (13,57)	1 (10,00)	13.881 (15,84)

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

² No se incluyen los datos de 6.291 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

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

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las mujeres con cáncer de mama en el marco del aseguramiento en Colombia (2):

1. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en los casos nuevos reportados (CNR).
2. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en los casos prevalentes.
2. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinoma *in situ* al momento del diagnóstico.
3. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.
4. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios avanzados al momento del diagnóstico.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico histopatológico antes de cirugía.
6. Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos/progesterona).
7. Proporción de pacientes con estudio de HER2.
8. Proporción de mujeres con cáncer de mama *in situ* a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.

- 8.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
9. Proporción de pacientes con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.
10. Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.
11. Proporción de pacientes HER2 (+) con terapia anti- HER2.
- 12.1. Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con valoración por cuidado paliativo, estadios tempranos en los CNR.
- 12.2. Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados en los CNR.
13. Oportunidad de la atención general.
14. Oportunidad de la atención en cáncer.
15. Oportunidad de la atención por el médico tratante.
16. Oportunidad de inicio de tratamiento.
17. Oportunidad de inicio de terapia adyuvante.
18. Letalidad del cáncer de mama (estadios tempranos).
- 18.1. Letalidad del cáncer de mama (estadios avanzados).
19. Mortalidad general en cáncer de mama.
20. Supervivencia general a los 5 años.
21. Proporción de mujeres con cáncer de mama que cumplen criterios de seguimiento (aún no disponible).

👉 [Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a HIGIA](#)

El indicador 19, relacionado con la mortalidad, se presenta en la sección de morbimortalidad de este capítulo. Con respecto al indicador 20, con una periodicidad de análisis establecida cada 5 años, puede ser consultado en el [Libro de situación del cáncer 2019](#). La información para la medición del indicador 21 no está disponible.

En la **tabla 2.14** se observan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En general se registró el incumplimiento de los indicadores de oportunidad en los diferentes momentos de la atención, tanto en el ámbito nacional como en las distintas regiones del país. Con respecto al manejo con bloqueo hormonal y terapia anti-HER2 en las mujeres con esta indicación, se debe continuar trabajando en todas las regiones para lograr la meta de estos indicadores. Lo anterior teniendo en cuenta que el acceso a los estudios de inmunohistoquímica para establecer la viabilidad de este tipo de manejo determina el mayor uso de la terapia dirigida.

En cuanto al diagnóstico histopatológico antes de la cirugía y la estadificación en los casos nuevos, se evidenció el cumplimiento alto del indicador en la mayor parte de las regiones, a excepción de la Pacífica, en la que este último indicador alcanzó el cumplimiento medio de desempeño. Por otro lado, en todas las regiones y a nivel nacional se observó un ligero aumento en la proporción de mujeres detectadas en estadios tempranos con respecto al periodo anterior, sin embargo, solamente en Bogotá, D. C., y en la región Central se logró el cumplimiento alto.



Tabla 2.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.1.	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.1.	8.2.	9.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 12%	≥ 50%	< 50%	≥ 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 70%	≥ 90%
	80 a 90%	80 a 90%	6 a < 12%	42 a < 50%	50 a ≤ 57%	≥ 40 a 70%	≥ 70 a < 90%	≥ 50 a 70%			
	< 80%	< 80%	< 6%	< 42%	≥ 58%	< 40%	< 70%	< 70%	< 70%	< 50%	< 70%
Amazonía-Orinoquía	● 92,11	● 88,21	● 7,14	● 29,23	● 70,77	● 92,00	● 93,42	● 92,31	● 75,00	● 55,55	● 23,08
Bogotá, D. C.	● 91,03	● 82,97	● 11,78	● 52,95	● 47,05	● 93,61	● 91,32	● 92,82	● 78,43	● 80,63	● 36,76
Caribe	● 91,86	● 84,23	● 6,46	● 38,67	● 61,33	● 94,94	● 86,01	● 86,46	● 78,85	● 58,76	● 43,63
Central	● 94,82	● 89,19	● 10,65	● 53,79	● 46,21	● 95,85	● 93,80	● 95,92	● 80,87	● 70,62	● 51,21
Oriental	● 90,88	● 85,58	● 8,55	● 43,23	● 56,77	● 92,43	● 86,33	● 88,55	● 77,42	● 74,43	● 42,58
Pacífica	● 87,16	● 83,48	● 8,91	● 46,38	● 53,62	● 94,74	● 83,45	● 87,55	● 73,77	● 76,78	● 43,69
Nacional	● 91,76	● 85,55	● 9,53	● 48,05	● 51,95	● 94,74	● 89,27	● 91,28	● 78,75	● 71,71	● 44,93

Tabla 2.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	10.	11.	12.1.	12.2.	13.	14.	15.	16.	17.	18.1.	18.2.
	≥ 90%	≥ 70%	Por definir	Por definir	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 42 días	≤ 1,3%	≤ 4,4%
	80 a < 90%	≥ 34,1 a < 70%			> 60 a ≤ 75 días	> 30 a ≤ 45 días	> 15 a ≤ 30 días	> 15 a ≤ 30 días	> 42 a ≤ 56 días	> 1,3 a ≤ 2%	> 4,4 a ≤ 5%
	< 80%	< 34,1%			> 75 días	> 45 días	> 30 días	> 30 días	> 56 días	> 2%	> 5%
Amazonía-Orinoquía	● 16,67	● 60,00	28,26	9,87	● 122,43	● 81,83	● 50,35	● 34,77	● 73,67	● 4,62	● 9,42
Bogotá, D. C.	● 30,50	● 50,88	27,80	12,82	● 84,10	● 52,43	● 28,23	● 25,69	● 60,01	● 1,74	● 5,33
Caribe	● 26,02	● 56,32	25,40	11,66	● 117,04	● 64,69	● 40,52	● 26,13	● 66,31	● 2,66	● 8,89
Central	● 33,23	● 63,08	24,55	16,57	● 87,48	● 52,57	● 25,81	● 27,92	● 50,11	● 2,94	● 6,91
Oriental	● 26,21	● 46,73	24,72	9,29	● 119,35	● 74,39	● 41,13	● 36,22	● 58,09	● 2,42	● 7,72
Pacífica	● 27,37	● 60,74	26,19	12,47	● 116,58	● 68,67	● 37,67	● 31,84	● 60,01	● 2,95	● 9,64
Nacional	● 29,64	● 57,28	25,66	13,13	● 100,47	● 59,91	● 32,91	● 28,62	● 56,31	● 2,58	● 7,61

Con respecto a los resultados según el régimen de afiliación (**tabla 2.15**), durante el periodo, los indicadores de detección temprana, además de los relacionados con el estudio HER2 y la detección de receptores hormonales, presentaron un mejor desempeño en el régimen contributivo con respecto al subsidiado, con resultados superiores a lo reportado a nivel nacional. Similar a lo observado en las regiones y en el país, en general se continúan registrando tiempos de oportunidad fuera de las metas de cumplimiento en la mayoría de los indicadores.

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

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

Cáncer de mama

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 2.15. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.1.	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.1.	8.2.	9.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 12%	≥ 50%	< 50%	≥ 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 70%	≥ 90%
	80 a 90%	80 a 90%	6 a < 12%	42 a < 50%	50 a ≤ 57%	≥ 40 a 70%	≥ 70 a < 90%	≥ 50 a 70%			
	< 80%	< 80%	< 6%	< 42%	≥ 58%	< 40%	< 70%	< 70%	< 70%	< 50%	< 70%
Contributivo	● 93,16	● 86,05	● 11,50	● 53,82	● 46,18	● 94,82	● 92,22	● 93,57	● 81,53	● 76,01	● 46,15
Subsidiado	● 89,46	● 86,86	● 5,41	● 36,23	● 63,77	● 94,53	● 81,67	● 85,54	● 67,19	● 63,00	● 37,87
Excepción	● 86,87	● 76,42	● 7,22	● 42,22	● 57,78	● 95,77	● 94,63	● 95,19	● 80,00	● 54,31	● 63,38
Especial	● 93,06	● 87,13	● 11,94	● 66,10	● 33,90	● 90,91	● 98,61	● 100,00	● 42,86	● 69,44	● 28,57
No afiliado	● 100,00	● 90,00	● 0,00	● 0,00	● 100,00	Sin dato	● 100,00	● 100,00	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Nacional	● 91,76	● 85,55	● 9,53	● 48,05	● 51,95	● 94,74	● 89,27	● 91,28	● 78,75	● 71,71	● 44,93

Tabla 2.15. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de mama según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	10.	11.	12.1.	12.2.	13.	14.	15.	16.	17.	18.1.	18.2.
	≥ 90%	≥ 70%	Por definir	Por definir	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 42 días	≤ 1,3%	≤ 4,4%
	80 a < 90%	≥ 34,1 a < 70%			> 60 a ≤ 75 días	> 30 a ≤ 45 días	> 15 a ≤ 30 días	> 15 a ≤ 30 días	> 42 a ≤ 56 días	> 1,3 a ≤ 2%	> 4,4 a ≤ 5%
	< 80%	< 34,1%			> 75 días	> 45 días	> 30 días	> 30 días	> 56 días	> 2%	> 5%
Contributivo	● 30,68	● 59,46	25,90	13,07	● 90,48	● 55,43	● 29,05	● 27,57	● 54,75	● 2,39	● 6,54
Subsidiado	● 25,19	● 51,18	27,78	15,32	● 124,59	● 71,25	● 41,35	● 31,48	● 61,14	● 3,64	● 10,35
Excepción	● 31,64	● 64,91	9,62	4,16	● 115,26	● 60,78	● 35,23	● 29,61	● 58,45	● 2,08	● 4,31
Especial	● 54,24	● 75,00	15,00	4,15	● 53,83	● 36,51	● 17,55	● 18,23	● 53,67	● 0,40	● 3,23
No afiliado	Sin dato	● 0,00	0,00	12,50	Sin dato	● 96,50	● 78,50	● 18,00	Sin dato	● 0,00	● 0,00
Nacional	● 29,64	● 57,28	25,66	13,13	● 100,47	● 59,91	● 32,91	● 28,62	● 56,31	● 2,58	● 7,61

Referencias

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



Cáncer de próstata

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



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

Morbimortalidad del cáncer de próstata

Ocupó el **segundo lugar**

entre los 11 tipos de cáncer priorizados y el primero en la población masculina, representando el 21,6% del total de CNR en hombres.



Se notificaron 4.191 CNR invasivos lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 16 casos nuevos (IC 95%: 15,3 - 16,2) por 100.000 hombres.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata

La mediana de la edad fue de

69 años (RIC: 64 - 75).



En el país, en el 73,9% de los casos se reportó la estadificación clínica. Esta proporción fue mayor en el régimen contributivo.



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 44 días (RIC: 27 - 79) y hasta el primer tratamiento de 65 días (RIC: 32 - 107).

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

Durante el periodo, el reporte de la estadificación TNM en los casos nuevos

no alcanzó la meta en el país.

Esta tendencia también se presentó en todos los regímenes del aseguramiento y en las regiones.

Resumen

Capítulo 3. Cáncer de próstata



Ninguno de los indicadores relacionados con la oportunidad de la atención alcanzó la meta de acuerdo con el régimen de afiliación, con resultados similares al escenario nacional.

[Descargar figura](#)



3. Cáncer de próstata

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

3.1. Morbimortalidad del cáncer de próstata

De los once tipos de cáncer priorizados para el seguimiento de la Cuenta de Alto Costo, el de próstata ocupó el segundo lugar entre los CNR. Además, continúa siendo el más común en la población masculina con el 21,62% del total de los casos. Esta enfermedad se presenta, según el reporte, en 52.281 personas, de las cuales se diagnosticaron 4.196 (8,02%) durante el periodo, esta cifra incluye los casos *in situ* e invasivos. El número de muertes reportadas por todas las causas fue de 3.720. Las medidas de morbimortalidad fueron estimadas incluyendo únicamente los casos invasivos (**tabla 3.1**).

Tabla 3.1. Medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	4.191	16,82	15,75	15,28 - 16,24
Prevalencia	51.786	207,87	187,17	185,56 - 188,80
Mortalidad ⁵	3.681	14,78	12,58	12,17 - 12,99

¹ Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Informados por 100.000 hombres.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

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

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue Bogotá, D. C., y la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía (**tabla 3.2**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor PCNR fueron San Andrés, Bogotá, D. C., y Córdoba. Entre tanto, las más bajas se estimaron en Arauca, Vichada y Guaviare. En los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés no se reportaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 3.2. PCNR estandarizada de cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	25	754.300	3,31	4,86	3,14 - 7,12
Bogotá, D. C.	1.044	3.751.549	27,83	28,41	26,71 - 30,19
Caribe	949	5.738.640	16,54	19,01	17,82 - 20,25
Central	1.075	5.945.542	18,08	16,08	15,14 - 17,08
Oriental	464	4.761.029	9,75	9,64	8,78 - 10,55
Pacífica	634	3.961.171	16,01	14,86	13,72 - 16,06
Nacional	4.191	24.912.231	16,82	15,75	15,28 - 16,24

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 hombres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

Cáncer de próstata

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

La PCNR estandarizada fue significativamente mayor en el contributivo que en el subsidiado (**tabla 3.3**). Para el de excepción se registraron 250 casos nuevos y en el especial 10. Se presentaron dos casos sin afiliación al sistema de salud.

Los valores más altos se observaron en la EPS048, la EPS046 y la EPS001, con 138,17, 80,76 y 57,51 casos nuevos por 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Por el contrario, los resultados más bajos los obtuvieron la EPS025, EPS045 y la EPSI03 con 2,56, 2,13 y 1,51 casos por 100.000 hombres afiliados. Nueve entidades no reportaron casos nuevos en el periodo.

Tabla 3.3. PCNR estandarizada de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.824	11.250.818	25,10	28,08	27,05 - 29,14
Subsidiado	1.105	9.474.194	11,66	12,02	11,33 - 12,75

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

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

³ La PCNR es informada por 100.000 hombres afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

La región del país con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., mientras que la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía (**tabla 3.4**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor prevalencia fueron Bogotá, D. C., San Andrés y Providencia y Antioquia, lo cual contrasta con departamentos como Vichada, Guaviare y Guainía que informaron menos de 10 casos cada uno. Vaupés no informó pacientes con este tipo de cáncer durante el periodo.

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

Tabla 3.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	300	754.300	39,77	59,55	53,00 - 66,65
Bogotá, D. C.	12.537	3.751.549	334,18	354,36	348,17 - 360,63
Caribe	8.793	5.738.640	153,22	176,22	172,55 - 179,94
Central	14.199	5.945.542	238,82	212,93	209,45 - 216,47
Oriental	7.010	4.761.029	147,24	145,19	141,81 - 148,63
Pacífica	8.947	3.961.171	225,87	203,86	199,64 - 208,14
Nacional	51.786	24.912.231	207,87	187,17	185,56 - 188,80

¹ Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 hombres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



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

En el análisis por los distintos regímenes del aseguramiento, la prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el contributivo que en el subsidiado (**tabla 3.5**). Para el de excepción se registraron 3.675 casos y para el especial 461. Se hallaron dos casos sin afiliación al sistema de salud. En las entidades liquidadas, se identificaron 3.003 registros con este tipo de cáncer.

Al analizar por las entidades, las estimaciones más altas correspondieron a la RES009, la EPS001 y la RES002 con 725,27, 639,33 y 633,33 casos por 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Entre tanto, las más bajas se identificaron en la CCF033, la ESS091 y la CCF050, con 25,18, 45,82 y 48,75 casos por 100.000 hombres afiliados. La REUE04 y REUE09 no reportaron personas con cáncer de próstata.

Tabla 3.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	34.961	11.250.818	310,74	366,60	362,74 - 370,48
Subsidiado	9.684	9.474.194	102,21	105,07	102,98 - 107,18

¹ Incluye todos los casos de cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 hombres afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

La mortalidad general estandarizada fue más alta en Bogotá, D. C., mientras que la tasa más baja se estimó en la región de la Amazonía-Orinoquía (**tabla 3.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor mortalidad fueron Bogotá, D. C., San Andrés y Providencia y Valle del Cauca. Por otro lado, Arauca, Chocó y Casanare presentaron las tasas más bajas. En los departamentos de Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no se reportaron defunciones durante el periodo.

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

Tabla 3.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de próstata según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	26	754.300	3,45	5,25	3,43 - 7,62
Bogotá, D. C.	842	3.751.549	22,44	24,78	23,13 - 26,51
Caribe	683	5.738.640	11,90	13,65	12,65 - 14,71
Central	914	5.945.542	15,37	13,83	12,95 - 14,76
Oriental	564	4.761.029	11,85	11,65	10,71 - 12,65
Pacífica	652	3.961.171	16,46	14,37	13,28 - 15,52
Nacional	3.681	24.912.231	14,78	12,58	12,17 - 13,00

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de próstata invasivo, reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La Mortalidad es informada por 100.000 hombres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Cáncer de próstata

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

La mortalidad general estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 3.7**). Para el de excepción se registraron 171 fallecidos por todas las causas y para el especial 11. En el caso de las entidades liquidadas, se identificaron 127 muertes.

Al analizar por las entidades la EPS001, la EPS018 y la EPS012, obtuvieron las estimaciones más elevadas con 39,26, 38,86 y 34,64 muertes por 100.000 hombres afiliados, respectivamente; por el contrario, las más bajas se observaron en la CCF033, la CCF050 y la CCF023, con 1,20, 3,28 y 3,66 defunciones por 100.000 hombres afiliados, respectivamente. Ocho entidades no reportaron fallecidos para este periodo.

Tabla 3.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.371	11.250.818	21,07	26,60	25,52 - 27,68
Subsidiado	1.001	9.474.194	10,57	10,85	10,19 - 11,54

¹ Incluye todas las defunciones en la población con cáncer de próstata invasivo que fueron, reportadas a la CAC.

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

³ La Mortalidad es informada por 100.000 hombres afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

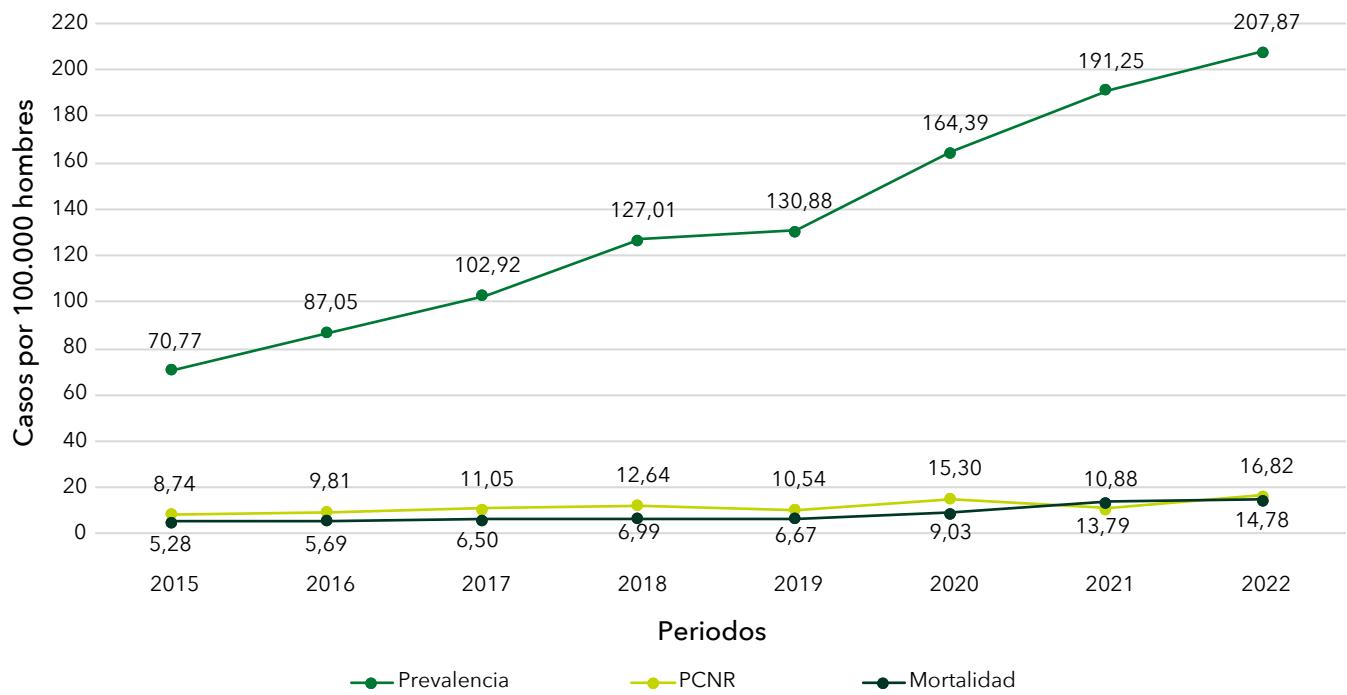
Para este periodo, la proporción de los casos nuevos de cáncer de próstata invasivo es ligeramente mayor que la mortalidad general, invirtiendo la tendencia observada en el año anterior. Este comportamiento muestra el aumento de los casos nuevos, similar a la tendencia observada en los años anteriores, a excepción del periodo 2021, correspondiente a la emergencia sanitaria por COVID-19.

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

Como se observa en la **figura 3.1**, con respecto al periodo anterior, hubo un aumento en la PCNR, la prevalencia y la mortalidad. Con respecto a los casos nuevos, hubo un incremento del 54,60%.



Figura 3.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos con cáncer de próstata invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 hombres.

Mortalidad general: corresponde a los casos fallecidos reportados a la CAC, por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

3.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de próstata

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

En la caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata, se observó una mediana nacional para la edad de 69 años (64 - 75), la mayoría pertenecen al régimen contributivo. También, se visualizó una mediana de la edad para el régimen contributivo de 68 años y para el subsidiado de 72 años. Con respecto a la región de residencia, el contributivo presentó una mayor concentración en Bogotá, D. C., y en la región Central. Para el subsidiado, su principal distribución se observó en las regiones Caribe y Central. Para la población no afiliada solo se reportaron 2 casos nuevos en el periodo, ubicados en las regiones Central y Oriental (**tabla 3.8**).

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

Cáncer de próstata

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 3.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 4.196 (100,00%)
	Contributivo n= 2.827 (67,37%)	Subsidiado n= 1.105 (26,33%)	Excepción n= 252 (6,01%)	Especial n= 10 (0,24%)	
Edad	68 (63 - 74)	72 (66 - 78)	71 (65 - 75)	72 (68 - 75)	69 (64 - 75)
Etnia					
Ninguna	2.790 (98,69)	1.066 (96,47)	231 (91,67)	9 (90,00)	4.098 (97,66)
Indígena	3 (0,11)	20 (1,81)	2 (0,79)	0 (0,00)	25 (0,60)
Negro	32 (1,13)	17 (1,54)	13 (5,16)	1 (10,00)	63 (2,34)
Otra ³	2 (0,07)	2 (0,18)	6 (2,38)	0 (0,00)	10 (0,23)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	12 (0,42)	12 (1,09)	1 (0,40)	0 (0,00)	25 (0,60)
Bogotá, D. C.	926 (32,76)	46 (4,16)	72 (28,57)	1 (10,00)	1.045 (24,90)
Caribe	348 (12,31)	567 (51,31)	36 (14,29)	0 (0,00)	951 (22,66)
Central	814 (28,79)	194 (17,56)	61 (24,21)	6 (60,00)	1.076 (25,64)
Oriental	300 (10,61)	102 (9,23)	59 (23,41)	2 (20,00)	464 (11,06)
Pacífica	427 (15,10)	184 (16,65)	23 (9,13)	1 (10,00)	635 (15,13)

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

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

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

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

La **tabla 3.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de cáncer de próstata según el régimen de afiliación al sistema salud. La proporción de los casos invasivos, determinada por el código CIE-10, fue superior al 90% en el país y el comportamiento fue similar entre los regímenes.

En el ámbito nacional, la estadificación TNM se reportó en el 74% (n= 3.100) de los casos nuevos. Esta proporción fue mayor en el régimen contributivo en comparación con los demás. Teniendo en cuenta únicamente los casos estadificados, en el país la mayoría se agrupó en el estadio II (37,35%), seguido por el IV (29,13%). En el caso del subsidiado y especial, la mayor frecuencia de personas fue identificada en las etapas más avanzadas de la enfermedad.

La proporción de los casos con el resultado de la escala de Gleason a nivel nacional fue superior al 90%, evidenciando una leve mejora con respecto a los resultados del periodo anterior. De estos, el grupo 1 (Gleason igual o menor que 6) fue el más frecuente.

Con respecto a la realización del PSA al momento del diagnóstico, la proporción de los casos en el país a los que se les realizó el examen fue del 91,16%. El seguimiento posterior fue menor en comparación con la medición basal. Esta diferencia fue más acentuada en el régimen subsidiado.



Tabla 3.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de próstata reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 4.196 (100,00%)
	Contributivo n= 2.827 (67,37%)	Subsidiado n= 1.105 (26,33%)	Excepción n= 252 (6,01%)	Especial n= 10 (0,24%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	3 (0,11)	0 (0,00)	2 (0,79)	0 (0,00)	5 (0,12)
Invasivo	2.824 (99,89)	1.105 (100,00)	250 (99,21)	10 (100,00)	4.191 (99,88)
Estadificación (sí)⁴	2.154 (76,19)	763 (69,04)	176 (69,84)	6 (60,00)	3.100 (73,87)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	3 (0,14)	0 (0,00)	2 (1,14)	0 (0,00)	5 (0,16)
I	485 (22,52)	102 (13,37)	35 (19,89)	1 (16,67)	623 (20,10)
II	873 (40,53)	208 (27,26)	74 (42,05)	2 (33,33)	1.158 (37,35)
III	274 (12,72)	118 (15,47)	19 (10,80)	0 (0,00)	411 (13,26)
IV	519 (24,09)	335 (43,91)	46 (26,14)	3 (50,00)	903 (29,13)
Clasificación de Gleason (sí)⁶	2.619 (92,64)	976 (88,32)	239 (94,84)	8 (80,00)	3.843 (91,58)
Agrupación Gleason ⁶					
Grupo 1	717 (27,38)	312 (31,97)	49 (20,50)	1 (12,50)	1.079 (28,08)
Grupo 2	554 (21,15)	175 (17,93)	45 (18,83)	2 (25,00)	776 (20,19)
Grupo 3	510 (19,47)	143 (14,65)	50 (20,92)	2 (25,00)	705 (18,35)
Grupo 4	483 (18,44)	232 (23,77)	66 (27,62)	1 (12,50)	782 (20,35)
Grupo 5	355 (13,55)	114 (11,68)	29 (12,13)	2 (25,00)	501 (13,04)
PSA al diagnóstico (sí)⁷	2.609 (92,28)	945 (85,52)	236 (93,65)	8 (80,00)	3.800 (90,56)
PSA (ng/ml)⁸	12,64 (7,40-35,00)	46,70 (15,98-115,00)	11,20 (7,22-29,25)	24,42 (7,60-199,50)	15,90 (8,08-60,00)
PSA posterior al tratamiento (sí)	1.942 (68,69)	510 (46,15)	157 (62,30)	10 (100,00)	2.621 (62,46)
Frecuencia de la PSA post tratamiento					
Una vez al año	1.203 (42,55)	290 (26,24)	71 (28,17)	3 (30,00)	1.568 (37,37)
Dos veces al año	470 (16,63)	177 (16,02)	65 (25,79)	6 (60,00)	719 (17,14)
Tres veces al año	212 (7,50)	32 (2,90)	19 (7,54)	1 (10,00)	264 (6,29)
Más de tres veces al año	57 (2,02)	11 (1,00)	2 (0,79)	0 (0,00)	70 (1,67)
No se le realizó/desconocido	885 (31,30)	595 (53,84)	95 (37,69)	0 (0,00)	1.575 (37,54)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%), excepto para los valores del PSA.

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

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM (*in situ* no fue establecido por la AJCC en cáncer de próstata, sin embargo, se tiene reporte de casos en estadio 0).

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de próstata que fueron estadificados

⁶ Grupo 1: Gleason \leq 6, grupo 2: Gleason 3 + 4 = 7 (el primer valor determina el patrón principal de crecimiento celular), grupo 3: Gleason 4 + 3 = 7, grupo 4: Gleason 8 y grupo 5: Gleason 9 - 10.

⁷ PSA: antígeno prostático específico.

⁸ El valor corresponde a mediana (rango intercuartílico).

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

Durante el periodo, la terapia sistémica se administró al 43,37% (n= 1.820) de los casos nuevos, siendo el tratamiento más frecuente, seguido por la cirugía, en el 28,31% (n= 1.188) y por algún tipo de radioterapia en el 17,42% (n= 731). El 31,38% (n= 1.317) tuvo tratamiento reportado, lo que puede deberse a aquellos diagnosticados cerca al corte, los casos en observación o los que recibieron manejo paliativo o que fallecieron antes de acceder a alguna alternativa terapéutica.

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

Cáncer de próstata

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Al analizar el subgrupo que no recibió tratamiento, el 33,56% (n= 442) de los casos fueron diagnosticados en los dos meses previos a la fecha de corte. Además, el 38,49% (n= 507) no contaba con la estadificación TNM; y en aquellos que sí tenían este dato, el 28,40% (n= 374) se reportaron en estadio II, seguido del 18,60% (n= 245) en el estadio I.

La terapia sistémica y la radioterapia fueron más frecuentes en los hombres con estadios avanzados, entretanto, la cirugía tuvo una mayor representación en el estadio II (**tabla 3.10**).

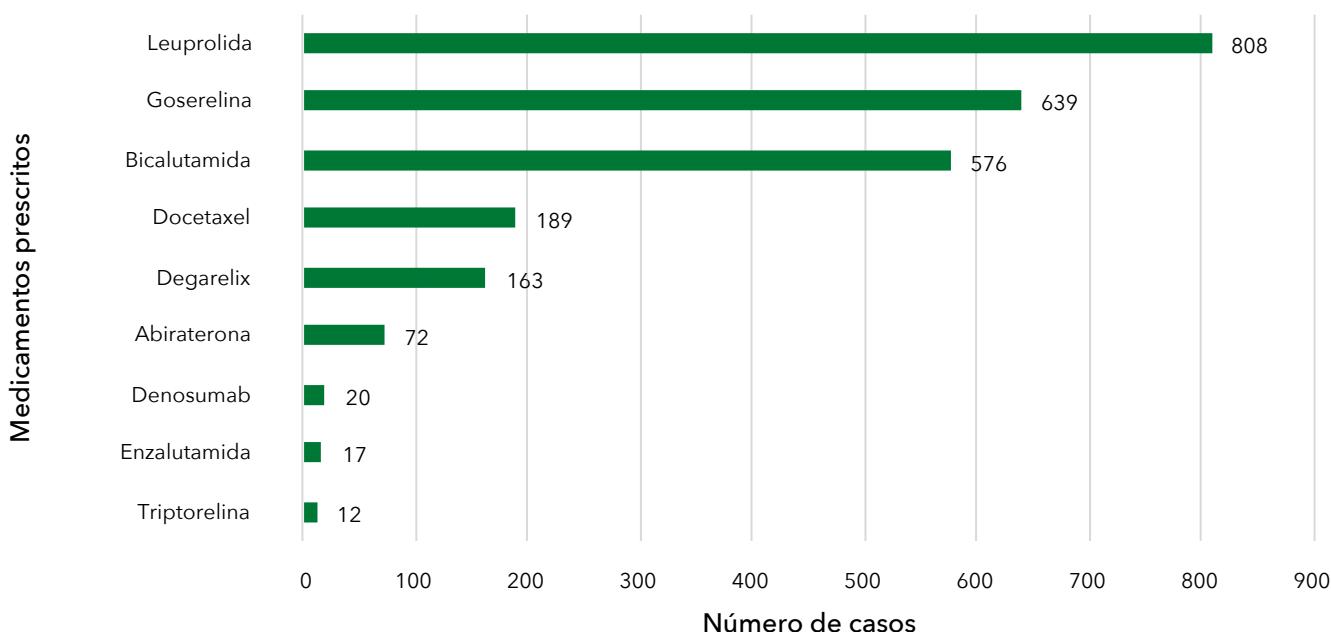
Tabla 3.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de próstata según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	In situ n (%)	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)	
Terapia sistémica ¹	2 (0,11)	145 (7,97)	407 (22,36)	241 (13,24)	690 (37,91)	335 (18,41)	1.820 (100,00)
Cirugía	3 (0,25)	218 (18,35)	387 (32,58)	109 (9,18)	214 (18,01)	257 (21,63)	1.188 (100,00)
Radioterapia	0 (0,00)	77 (10,53)	198 (27,09)	99 (13,54)	251 (34,34)	106 (14,50)	731 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 3.2** describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los CNR de cáncer de próstata. Los agentes terapéuticos más utilizados fueron la leuprolida, la goserelina y la bicalutamida. La ciproterona se registró en 7 casos. Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a las frecuencias de uso, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos, ni los medicamentos que a pesar de estar reportados no corresponden al tratamiento de elección para este tipo de cáncer.

Figura 3.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



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

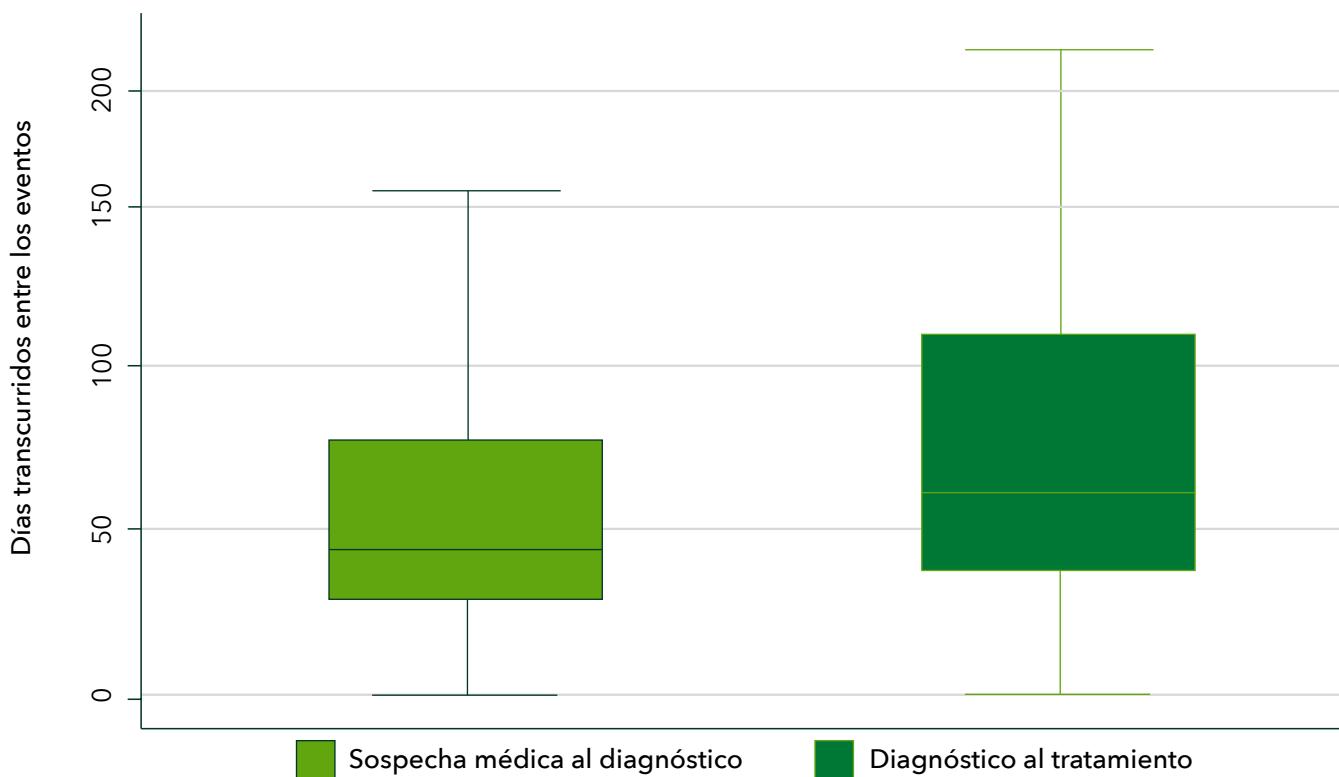
[Descargar figura](#)



3.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de próstata

La operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) fue definida previamente en la sección de los aspectos metodológicos. En la **figura 3.3** se observan la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento de este tipo de cáncer en el país. La mediana del tiempo de espera para acceder al diagnóstico fue de 44 días (RIC: 27 - 79) y hasta el primer tratamiento fue de 65 días (RIC: 32 - 107).

Figura 3.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 63,62 días ($\pm 67,27$) y para el inicio del tratamiento fue de 76,61 días ($\pm 57,48$).

[Descargar figura](#)

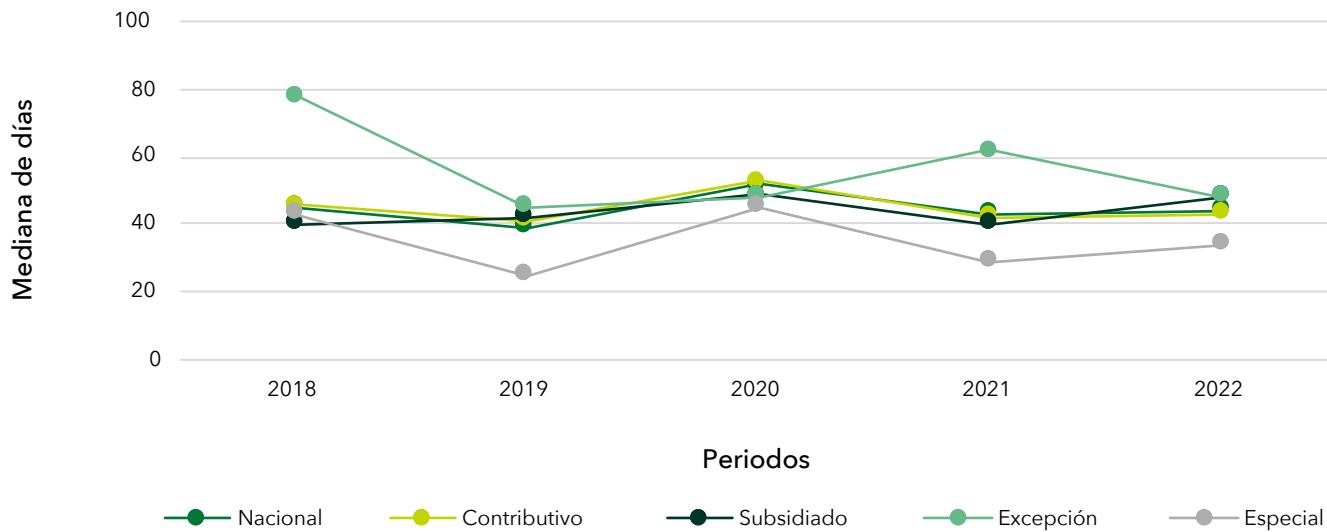
En las **figuras 3.4 y 3.5** se observan las tendencias en la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación, respectivamente. En el ámbito nacional, para el periodo 2022 la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 44 días (RIC: 27 - 79), manteniendo una tendencia similar al del 2021. El régimen con la mejor oportunidad fue el especial con una mediana de 34 días, aunque presentó una gran variabilidad alrededor de esta medida (RIC: 14 - 127). La oportunidad más prolongada se estimó en los regímenes subsidiado (mediana de 48, RIC: 21 - 85) y de excepción (mediana de 48, RIC: 24 - 91) (**figura 3.4**).

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

Cáncer de próstata

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 3.4. Tendencia en la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de próstata en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



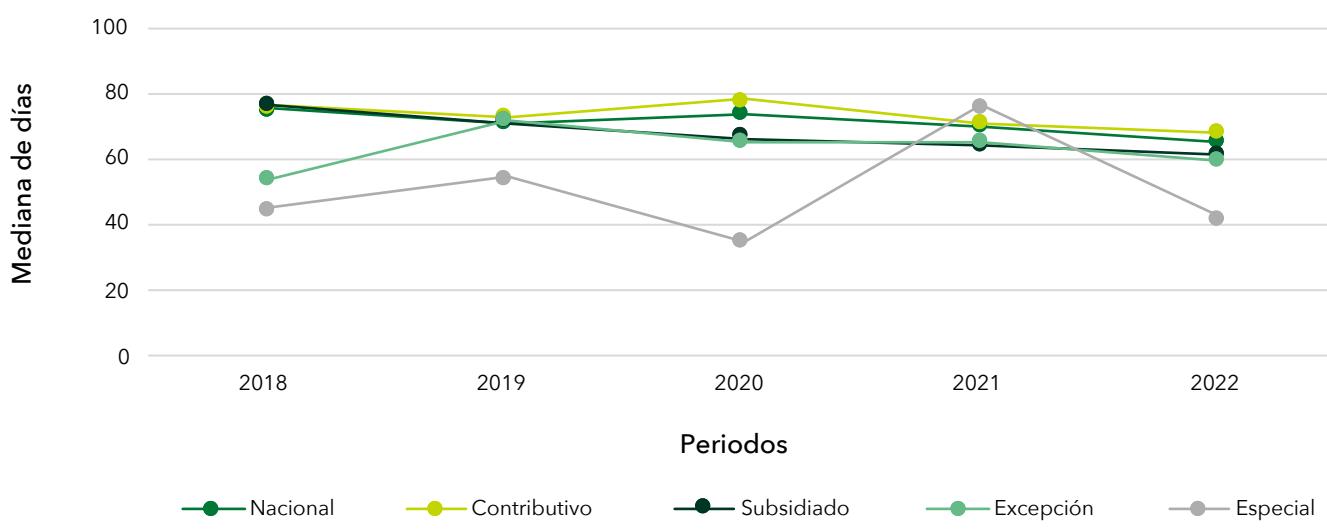
Incluye cáncer *in situ* e invasivo, reportado en medianas.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico para el año 2022 fue: nacional: 63,62 días ($\pm 67,27$), régimen contributivo: 62,34 días ($\pm 66,80$), subsidiado: 65,28 días ($\pm 64,09$), excepción: 69,40 días ($\pm 75,55$), y especial: 119,22 días ($\pm 211,04$).

[Descargar figura](#)

Con respecto a la oportunidad del tratamiento, se observa una ligera disminución en el país y en la mayoría de los regímenes. Como se observa en la **figura 3.5**, el régimen con el mejor resultado fue el especial con una mediana de 42 días, sin embargo, presenta también una variabilidad amplia (RIC: 20 - 153). Por su parte, en el contributivo se identificó el tiempo de espera más largo con una mediana de 68 días (RIC: 36 - 108).

Figura 3.5. Tendencia en la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de próstata en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo, reportado en medianas.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento para el año 2022 fue: nacional: 76,61 días ($\pm 57,48$), régimen contributivo: 78,71 días ($\pm 56,59$), subsidiado: 73,42 días ($\pm 49,74$), excepción: 68,84 días ($\pm 54,85$), y especial: 72,57 días ($\pm 81,78$).

[Descargar figura](#)



Al analizar la oportunidad de la atención según el estadio clínico al diagnóstico (**tabla 3.11**), se observa que, tanto para el diagnóstico como el tratamiento, en los estadios I y II hubo tiempos más prolongados. Por otro lado, en el estadio IV se registró una mejor oportunidad. Esto puede estar relacionado con la identificación de la enfermedad en las personas sintomáticas, pero que están en etapas no curativas, por lo que se deben fortalecer las estrategias de identificación temprana para evitar los desenlaces fatales y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

Tabla 3.11. Oportunidad de la atención del cáncer de próstata según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
<i>In situ</i>	41,00 (46,22)	20 (9 - 94)	101,50 (91,35)	63 (47 - 156)
I	71,61 (75,97)	51 (30 - 88)	87,39 (57,86)	78 (47 - 117)
II	66,60 (66,93)	46 (30 - 83)	89,25 (54,64)	79 (50 - 120)
III	64,97 (67,58)	46 (29 - 77)	78,89 (55,36)	67 (39 - 105)
IV	52,62 (65,10)	35 (17 - 65)	57,93 (56,60)	41 (18 - 78)
Desconocido	64,58 (62,75)	46 (30 - 85)	75,51 (56,67)	64 (32 - 105)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

3.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de próstata

La mediana de la edad de los casos prevalentes de cáncer de próstata fue de 74 años (RIC: 68 - 80), la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central. En el aseguramiento, las edades más altas se registraron en el subsidiado y en el de excepción. Se evidencia una mayor frecuencia de los casos que residen en Bogotá, D. C., y que pertenecen a los regímenes contributivo y especial, mientras que para el subsidiado y el de excepción hay una mayor representación en la región Caribe (**tabla 3.12**). Adicionalmente, se reportaron dos casos prevalentes en la población no afiliada incluidos en el total.

Tabla 3.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de próstata según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n=49.243 (100,00%)
	Contributivo n= 35.281 (71,65%)	Subsidiado n= 9.753 (19,81%)	Excepción n= 3.730 (7,57%)	Especial n= 477 (0,97%)	
Edad	74 (68 - 80)	75 (69 - 81)	75 (69 - 81)	74 (68 - 80)	74 (68 - 80)
Etnia					
Ninguna	34.728 (98,43)	9.380 (96,18)	3.576 (95,87)	475 (99,58)	48.161 (97,80)
Indígena	13 (0,04)	198 (2,03)	3 (0,08)	0 (0,00)	214 (0,43)
Negro	509 (1,44)	170 (1,74)	143 (3,83)	1 (0,21)	823 (1,67)
Otra ⁴	31 (0,09)	5 (0,05)	8 (0,21)	1 (0,21)	45 (0,09)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	117 (0,33)	145 (1,49)	29 (0,78)	0 (0,00)	291 (0,59)
Bogotá, D. C.	10.857 (30,77)	735 (7,54)	739 (19,81)	180 (37,74)	12.511 (25,41)
Caribe	3.670 (10,40)	3.510 (35,99)	927 (24,85)	31 (6,50)	8.138 (16,53)
Central	10.255 (29,07)	2.250 (23,07)	904 (24,24)	120 (25,16)	13.530 (27,48)
Oriental	4.542 (12,87)	1.335 (13,69)	673 (18,04)	52 (10,90)	6.603 (13,41)
Pacífica	5.840 (16,55)	1.778 (18,23)	458 (12,28)	94 (19,71)	8.170 (16,59)

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

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

³ No se incluyen los datos de 3.033 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

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

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

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

Con respecto al indicador 8, según la periodicidad de análisis establecida (5 años), y considerando que su estimación se realizó en el [periodo 2019](#), no fue calculado para esta medición. Finalmente, no se cuenta con las variables necesarias para evaluar el indicador 9.

En cuanto a los resultados por la región de residencia (**tabla 3.13**), se observó un incumplimiento en la mayoría de los indicadores de la gestión del riesgo. En comparación con el periodo anterior hubo un ligero aumento en los tiempos de espera del indicador de oportunidad del diagnóstico excepto en la región Pacífica, con una disminución del 18% en el promedio de días, aunque continúa en un nivel de cumplimiento bajo.

Por otra parte, la oportunidad del tratamiento mejoró ligeramente comparado con el periodo anterior, principalmente en las regiones Caribe, Central y Pacífica. A pesar de esto, continúa siendo una oportunidad de mejora por permanecer en un cumplimiento bajo.

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

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 90%	> 69%	< 31%	> 90%	< 30 días	Por definir
	30 a < 60 días	60 a 90%	> 62 a 69%	31 a < 37%	85 a 90%	30 a < 60 días	
	≥ 60 días	< 60%	≤ 62%	≥ 37%	< 85%	≥ 60 días	
Amazonía-Orinoquía	● 48,89	● 84,00	● 42,86	● 57,14	● 100,00	● 124,45	46,15
Bogotá, D. C.	● 64,96	● 81,34	● 71,06	● 28,94	● 94,43	● 87,95	74,73
Caribe	● 67,22	● 72,24	● 50,07	● 49,93	● 98,25	● 69,76	57,48
Central	● 62,64	● 72,58	● 60,44	● 39,56	● 97,35	● 78,70	69,22
Oriental	● 63,83	● 76,08	● 58,36	● 41,64	● 90,78	● 94,30	75,00
Pacífica	● 55,95	● 73,86	● 45,20	● 54,80	● 94,93	● 74,10	63,74
Nacional	● 63,30	● 75,33	● 58,43	● 41,57	● 95,80	● 79,42	67,23



Durante el periodo, la estadificación TNM tuvo un desempeño similar entre los diferentes regímenes, encontrándose en un nivel medio de cumplimiento. Con respecto al indicador de detección temprana, ninguno alcanzó la meta definida por consenso. Finalmente, con respecto al puntaje Gleason, el especial disminuyó su rendimiento en un 7,06% comparado con el 2021, ubicándolo en un nivel intermedio, en contraste con los demás regímenes que tuvieron resultados favorables en el periodo (**tabla 3.14**).

En general hubo un aumento en los tiempos de diagnóstico, menos en el régimen de excepción, que mejoró en un 22% comparado con el periodo anterior, aunque permanece en un nivel de cumplimiento bajo. En cuanto a la oportunidad de tratamiento, no se alcanzó la meta a nivel del aseguramiento. Es importante aclarar que los casos sin fechas válidas son excluidos de este análisis, evidenciando la necesidad del adecuado reporte de estas variables por parte de las entidades.

Tabla 3.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de próstata según el régimen de afiliación en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Régimen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 90%	> 69%	< 31%	> 90%	< 30 días	Por definir
	30 a < 60 días	60 a 90%	> 62 a 69%	31 a < 37%	85 a 90%	30 a < 60 días	
Contributivo	● 62,08	● 78,14	● 64,10	● 35,90	● 96,34	● 81,73	73,62
Subsidiado	● 64,74	● 69,50	● 41,02	● 58,98	● 94,01	● 75,69	51,39
Excepción	● 69,40	● 70,24	● 63,28	● 36,72	● 97,55	● 71,37	67,25
Especial	● 119,22	● 60,00	● 50,00	● 50,00	● 88,89	● 84,67	100,00
No afiliado	● 15,00	● 50,00	● 100,00	● 0,00	● 100,00	● 56,00	100,00
Nacional	● 63,30	● 75,33	● 58,43	● 41,57	● 95,80	● 79,42	67,23

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

Referencias

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



Cáncer de cérvix

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





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

Morbimortalidad del cáncer de cérvix

Ocupó el **cuarto lugar**

entre los 11 tipos de cáncer priorizados,
y el segundo en la población femenina.



Se notificaron 1.848 CNR invasivos, lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 7 casos nuevos (IC 95%: 6,7 - 7,3) por 100.000 mujeres.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de cérvix

La mediana de la edad fue de

46 años (RIC: 37 - 59).



El 31,0% de los casos fue diagnosticado con carcinoma *in situ*. El estadio III fue el más frecuente entre los invasivos, de acuerdo con la estadificación TNM/FIGO (23,2%).



En el ámbito nacional, la mediana del tiempo de espera para el diagnóstico fue de 30 días (RIC: 18 - 56), mientras que para el inicio del tratamiento fue de 63 días (RIC: 40 - 97).

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

En el país, el reporte de la estadificación clínica en los CNR se realizó en el

87,9%, con una tendencia similar
en todos los regímenes, menos en el especial, en el que se alcanzó en el 100% de los casos.

Resumen

Capítulo 4. Cáncer de cuello uterino



Ninguno de los indicadores relacionados con la oportunidad de la atención alcanzó la meta en las diferentes regiones, y en los regímenes contributivo y subsidiado, con resultados similares en el ámbito nacional.

[Descargar figura](#)

4. Cáncer de cuello uterino

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

4.1. Morbimortalidad del cáncer de cuello uterino

En términos de la PCNR, el cáncer de cuello uterino ocupó el cuarto lugar en frecuencia entre los 11 tipos de neoplasias priorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el segundo en la población femenina. En el periodo, incluyendo los tumores *in situ* e invasivos, se reportaron 27.304 mujeres con la enfermedad, de los cuales el 9,47% (n= 2.587) fueron casos nuevos; el número de defunciones registradas por todas las causas fue de 1.543. Las medidas de morbimortalidad se presentan en la **tabla 4.1**.

Tabla 4.1. Medidas de frecuencia del cáncer de cérvix en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Extensión	Indicador	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida ajustada ^{2,3}	IC 95% ⁴
Invasivo	PCNR	1.848	7,07	7,01	6,70 - 7,34
	Prevalencia	20.570	78,70	77,47	76,42 - 78,54
	Mortalidad ⁵	1.543	5,90	5,79	5,51 - 6,09
<i>In situ</i>	PCNR	739	2,83	2,85	2,65 - 3,06
	Prevalencia	6.734	25,76	25,81	25,19 - 26,43

¹ Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino reportados a la CAC.

² Informadas por 100.000 mujeres.

³ Población de referencia correspondiente a la proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

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

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue la Caribe y la más baja se observó en la Oriental. Las entidades territoriales con las tasas más altas fueron La Guajira con 13,30, San Andrés con 13,00 y el Guaviare con 12,88 casos invasivos por 100.000 mujeres; mientras que, las más bajas se estimaron para Quindío, Boyacá y Chocó con 4,02, 4,33 y 4,45, respectivamente. En los departamentos de Guainía y Vaupés no se reportaron casos invasivos nuevos en el periodo.

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

Tabla 4.2. PCNR estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR ajustada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	38	732.062	5,19	6,79	4,75 - 9,39
Bogotá, D. C.	289	4.082.618	7,08	6,55	5,82 - 7,36
Caribe	528	5.876.099	8,99	10,15	9,30 - 11,06
Central	395	6.285.772	6,28	6,01	5,43 - 6,64
Oriental	272	4.884.480	5,57	5,55	4,91 - 6,25
Pacífica	326	4.276.236	7,62	7,55	6,75 - 8,42
Nacional	1.848	26.137.267	7,07	7,01	6,70 - 7,34

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19

³ La PCNR es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



Por otra parte, la región del país con la PCNR de cáncer *in situ* estandarizada más alta fue la Pacífica y la más baja se registró en la Caribe (**tabla 4.3**). Las entidades territoriales con la mayor tasa de casos nuevos fueron Risaralda, Nariño y Santander con 13,95, 12,38 y 5,08 respectivamente. Por otra parte, La Guajira, Magdalena y Arauca tuvieron las estimaciones más bajas (0,25, 0,45 y 0,67) y cinco departamentos no reportaron casos nuevos *in situ*. Llama la atención la alta prevalencia del cáncer invasivo en el departamento de La Guajira, pero el bajo resultado en los casos *in situ*, razón por la que se deben fortalecer las estrategias de detección temprana para evitar desenlaces negativos en las mujeres con este tipo de neoplasia. En el caso de San Andrés, se destaca que, a pesar de su alta prevalencia de cáncer invasivo, no registró casos detectados *in situ*.

Tabla 4.3. PCNR estandarizada del cáncer de cérvix *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR ajustada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	16	732.062	2,19	2,30	1,31 - 3,79
Bogotá, D. C.	149	4.082.618	3,65	3,34	2,82 - 3,92
Caribe	95	5.876.099	1,62	1,73	1,40 - 2,12
Central	156	6.285.772	2,48	2,46	2,09 - 2,88
Oriental	137	4.884.480	2,80	2,79	2,34 - 3,29
Pacífica	186	4.276.236	4,35	4,47	3,85 - 5,16
Nacional	739	26.137.267	2,83	2,85	2,65 - 3,06

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino *in situ* reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

La PCNR estandarizada por la edad de la población con cáncer invasivo fue superior en el régimen subsidiado comparado con el contributivo (**tabla 4.4**). Entre tanto, las PCNR más altas se observaron en las entidades aseguradoras EPSI04, EPS046 y ESS207, con 21,36, 19,46 y 17,13 CNR por 100.000 afiliadas, respectivamente. Por otro lado, las más bajas fueron estimadas para la EPS008, EAS027 y EPS044, con 0,09, 0,71 y 1,74 casos nuevos por 100.000 mujeres afiliadas, en ese orden. Catorce entidades no reportaron casos nuevos en el periodo.

En el régimen de excepción se reportaron 40 casos nuevos invasivos y en el especial solo 2. Adicionalmente, se informaron 4 casos en las pacientes no afiliadas al sistema de salud.

Tabla 4.4. PCNR estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR ajustada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	859	11.821.485	7,27	6,69	6,25 - 7,15
Subsidiado	943	10.187.537	9,26	9,84	9,22 - 10,49

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

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

³ La PCNR es informada por 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

Cáncer de cuello uterino

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

La región del país con la prevalencia estandarizada de cáncer de cuello uterino invasivo más elevada fue la Amazonía-Orinoquía con 108,12 (IC 95%: 99,20 - 117,60), mientras que la más baja se observó en Bogotá, D. C., con 73,21 (IC 95%: 70,70 - 75,79) casos por 100.000 mujeres (**tabla 4.5**). Por su parte, las entidades territoriales con la prevalencia más alta fueron Amazonas con 524,89 casos invasivos en 100.000 mujeres, Córdoba con 114,89 y Meta con 105,60. Las estimaciones más bajas se registraron en los departamentos de Guainía, Chocó y Santander con 31,22, 35,81 y 51,74 respectivamente.

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

Tabla 4.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	568	732.062	77,59	108,12	99,20 - 117,60
Bogotá, D. C.	3.222	4.082.618	78,92	73,21	70,70 - 75,79
Caribe	4.598	5.876.099	78,25	89,84	87,25 - 92,47
Central	5.728	6.285.772	91,13	85,31	83,11 - 87,56
Oriental	3.087	4.884.480	63,20	63,00	60,79 - 65,26
Pacífica	3.367	4.276.236	78,74	77,07	74,49 - 79,73
Nacional	20.570	26.137.267	78,70	77,47	76,42 - 78,54

¹ Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

Por otra parte, la región del país con la prevalencia estandarizada de cáncer *in situ* más alta fue la Pacífica con 34,05 (IC 95%: 32,31 - 35,85) casos y la más baja se estimó en la región Caribe con 17,05 (IC 95%: 15,95 - 18,21) casos por 100.000 mujeres. Las entidades territoriales con la prevalencia estandarizada más alta fueron Huila, Cauca y Amazonas con 84,76, 71,93 y 66,56 casos respectivamente; mientras que, las más bajas se presentaron en el Chocó, Córdoba y La Guajira con 1,89, 5,24 y 7,09. Los departamentos de Guainía y Vaupés no reportaron casos prevalentes *in situ* en el periodo.

Tabla 4.6. Prevalencia estandarizada del cáncer de cérvix *in situ* según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	163	732.062	22,27	27,05	22,96 - 31,66
Bogotá, D. C.	1.397	4.082.618	34,22	31,38	29,75 - 33,07
Caribe	897	5.876.099	15,27	17,05	15,95 - 18,21
Central	1.746	6.285.772	27,78	26,93	25,68 - 28,23
Oriental	1.089	4.884.480	22,30	22,15	20,85 - 23,50
Pacífica	1.442	4.276.236	33,72	34,05	32,31 - 35,85
Nacional	6.734	26.137.267	25,76	25,81	25,19 - 26,43

¹ Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino *in situ* reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



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

La prevalencia estandarizada del cáncer invasivo fue mayor en el régimen subsidiado que en el contributivo (**tabla 4.7**). Para este periodo, se reportaron 521 casos invasivos en el régimen de excepción, 31 en el especial, 19 en los pacientes no afiliados y 1.619 correspondientes a las entidades liquidadas, de los cuales no se tiene la información vigente de la afiliación. Al analizar por las EAPB, las prevalencias más altas se observaron en la RES011, la EPSI05 y la EPSS34 con 270,41, 141,03, 134,08 casos; mientras que, las más bajas se estimaron para la EAS016, la EAS027 y la RES008, con 8,01, 19,33 y 24,65 casos por 100.000 afiliadas, respectivamente. Las entidades RES006, RES009, RES012, RES014, REUE04 y REUE09 no registran casos prevalentes.

Tabla 4.7. Prevalencia estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	8.548	11.821.485	72,31	66,90	65,49 - 68,33
Subsidiado	9.832	10.187.537	96,51	101,94	99,93 - 103,98

¹ Incluye todos los casos de cáncer de cuello uterino invasivo reportados a la CAC.

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 mujeres afiliadas.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

La mortalidad general estandarizada fue mayor en la región de la Amazonía-Orinoquía con 8,05 (IC 95%: 5,73 - 10,95) defunciones, y menor en Bogotá, D. C., con 4,67 (IC 95%: 4,05 - 5,36) muertes por 100.000 mujeres (**tabla 4.8**). Por su parte, las entidades territoriales con las tasas más altas fueron Vaupés, Amazonas y Putumayo con 19,41, 17,68 y 11,27 respectivamente; mientras que las más bajas se observaron en Chocó con 1,10, Boyacá con 2,83 y Arauca con 3,38 defunciones por 100.000 mujeres. El departamento de Guainía no reportó fallecimientos para este periodo.

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

Tabla 4.8. Mortalidad general estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	41	732.062	5,60	8,05	5,73 - 10,95
Bogotá, D. C.	203	4.082.618	4,97	4,67	4,05 - 5,36
Caribe	407	5.876.099	6,93	7,92	7,17 - 8,73
Central	387	6.285.772	6,16	5,75	5,19 - 6,35
Oriental	242	4.884.480	4,95	4,94	4,34 - 5,60
Pacífica	263	4.276.236	6,15	5,93	5,23 - 6,69
Nacional	1.543	26.137.267	5,90	5,79	5,51 - 6,09

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de cuello uterino invasivo, reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 mujeres.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Cáncer de cuello uterino

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

La mortalidad general en el régimen subsidiado fue más de 2 veces que la estimada para el régimen contributivo (**tabla 4.9**). En otros regímenes de afiliación se registraron: 25 defunciones en el de excepción, 1 en el especial y 77 correspondientes a entidades liquidadas. De acuerdo con la EAPB, las tasas más altas se observaron en la EPSI04, la ESS207 y la EPSI05, con 17,79, 11,89, 10,91 muertes, respectivamente. Entre tanto, las más bajas se estimaron para la EAS027 con 0,49, la RES002 con 0,68 y la RES004 con 1,92 defunciones por 100.000 mujeres. Catorce entidades no informaron fallecimientos en el periodo.

Tabla 4.9. Mortalidad general estandarizada del cáncer de cérvix invasivo según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	524	11.821.485	4,43	4,09	3,75 - 4,46
Subsidiado	916	10.187.537	8,99	9,40	8,80 - 10,03

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de cuello uterino invasivo, reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 mujeres afiliadas.

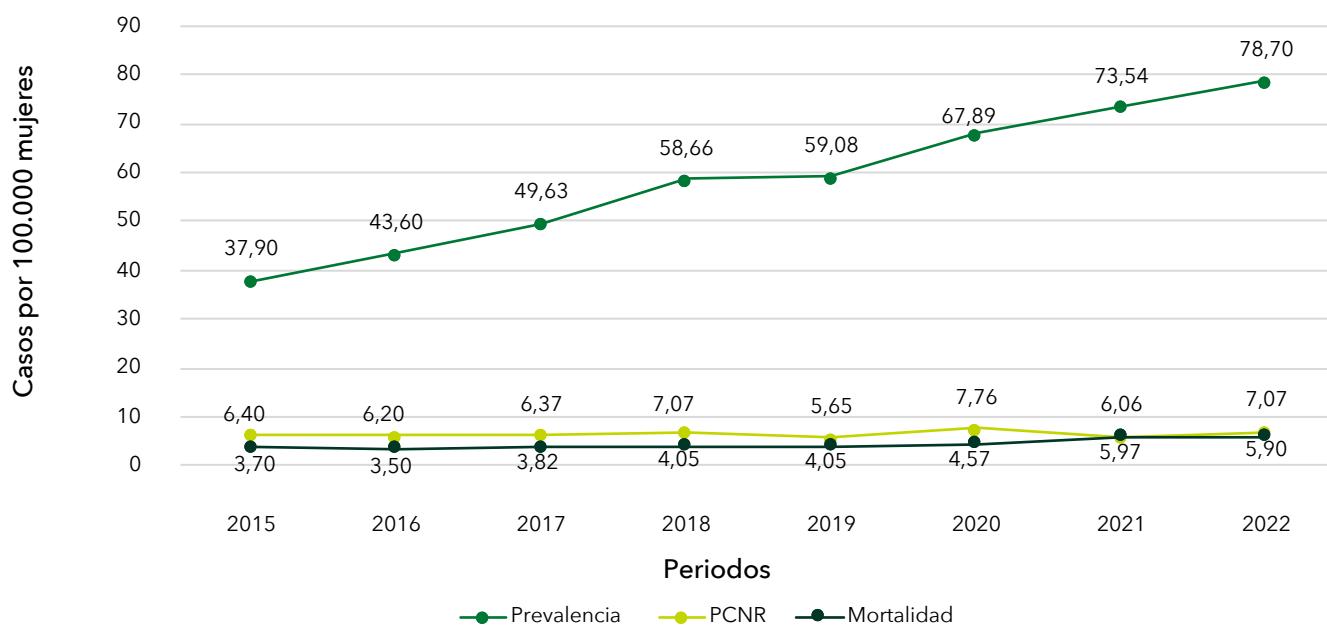
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

4.1.7. Evolución del registro de cáncer de cérvix en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 4.1**, para el periodo 2022 se registró un aumento importante de la PCNR, con una diferencia de 1,01 casos más con respecto al periodo anterior; mientras que, la tasa de mortalidad general tuvo una disminución de solo 0,07 defunciones por cada 100.000 mujeres. Por otro lado, se identificó un aumento de la prevalencia con un cambio porcentual del 7% en el último periodo.

Figura 4.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos de cáncer de cuello uterino invasivo que fueron reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 mujeres.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



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

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

La **tabla 4.10** presenta una caracterización general de los CNR del periodo (incluyendo los tumores *in situ* e invasivos) según el grupo del aseguramiento. La mediana de la edad fue de 46 años (RIC: 37 - 59), y se registró una mayor proporción de casos en la región Caribe. Con respecto al comportamiento de la edad, se observó una mediana más baja en el régimen contributivo con respecto a los otros grupos del aseguramiento, en los cuales también se presentó la mayor frecuencia de casos.

Tabla 4.10. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de cérvix reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 2.587 (100,00%)
	Contributivo n= 1.282 (49,56%)	Subsidiado n= 1.239 (47,89%)	Excepción n= 59 (2,28%)	
Edad	44 (35 - 57)	49 (39 - 61)	47 (38 - 61)	46 (37 - 59)
Etnia				
Ninguna	1.275 (99,45)	1.179 (95,16)	59 (100,00)	2.520 (97,41)
Negro	5 (0,39)	31 (2,50)	0 (0,00)	36 (1,39)
Indígena	2 (0,16)	28 (2,26)	0 (0,00)	30 (1,16)
Otro ³	0 (0,00)	1 (0,08)	0 (0,00)	1 (0,04)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	11 (0,86)	40 (3,23)	3 (5,08)	54 (2,09)
Bogotá, D. C.	378 (29,49)	48 (3,87)	11 (18,64)	438 (16,93)
Caribe	115 (8,97)	503 (40,60)	5 (8,47)	623 (24,08)
Central	351 (27,38)	178 (14,37)	19 (32,20)	551 (21,30)
Oriental	238 (18,56)	153 (12,35)	15 (25,42)	409 (15,81)
Pacífica	189 (14,74)	317 (25,59)	6 (10,17)	512 (19,79)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos reportados en el régimen especial y cinco como población no afiliada.

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

4.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cuello uterino reportados

La **tabla 4.11** describe las características clínicas de los CNR según el régimen de afiliación. En el país, la proporción de los casos invasivos determinada por el código CIE-10 C53, fue del 71,43%; siendo mayor para el régimen subsidiado. El porcentaje de los casos *in situ* fue más elevado en el contributivo, seguido por el de excepción.

A nivel nacional, la estadificación TNM/FIGO se reportó en el 92,00% (n= 2.380) de los casos nuevos. Con respecto al estadio al diagnóstico, la mayoría fueron diagnosticados *in situ* (30,97%), seguido por el estadio III (23,15%), en la distribución de los estadios por el régimen se observa en el subsidiado, la mayor proporción de los casos nuevos se identificaron el estadio III.

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

Cáncer de cuello uterino

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 4.11. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de cérvix reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n=2.587 (100,00%)
	Contributivo n= 1.282 (49,56%)	Subsidiado n= 1.239 (47,89%)	Excepción n= 59 (2,28%)	
Extensión³				
<i>In situ</i>	423 (33,00)	296 (23,89)	19 (32,20)	739 (28,57)
Invasivo	859 (67,00)	943 (76,11)	40 (67,80)	1.848 (71,43)
Estadificación (sí)⁴	1.195 (93,21)	1.125 (90,80)	53 (89,83)	2.380 (92,00)
Estadio al diagnóstico^{4,5}				
<i>In situ</i>	423 (35,40)	294 (26,13)	19 (35,85)	737 (30,97)
I	303 (25,36)	169 (15,02)	6 (11,32)	479 (20,13)
II	199 (16,65)	267 (23,73)	16 (30,19)	483 (20,29)
III	224 (18,74)	317 (28,18)	8 (15,09)	551 (23,15)
IV	46 (3,85)	78 (6,93)	4 (7,55)	130 (5,46)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos reportados en el régimen especial y cinco como población no afiliada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de cérvix que fueron estadificados.

4.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino

Durante el periodo, la cirugía fue realizada en el 36,22% (n= 937) de los CNR, siendo el tratamiento más frecuentemente utilizado; la terapia sistémica fue administrada en el 34,17% (n= 884) y la cirugía en el 33,13% (n= 857) de las mujeres. El 28,14% (n= 728) de las pacientes no recibió ningún tipo de tratamiento; aunque el 9,08 % de los casos (n= 235), se diagnosticó en los meses previos a la fecha de corte. El restante de las mujeres sin tratamiento puede corresponder a aquellos casos que recibieron manejo paliativo o que fallecieron antes de acceder a alguna alternativa terapéutica.

En la **tabla 4.12** se muestra la distribución del tratamiento según el estadio clínico al diagnóstico. Se observa un mayor uso de la terapia sistémica y de la radioterapia en los estadios II y III. Por otro lado, la cirugía tuvo una mayor representación en los casos detectados *in situ* y en el estadio I.

Tabla 4.12. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

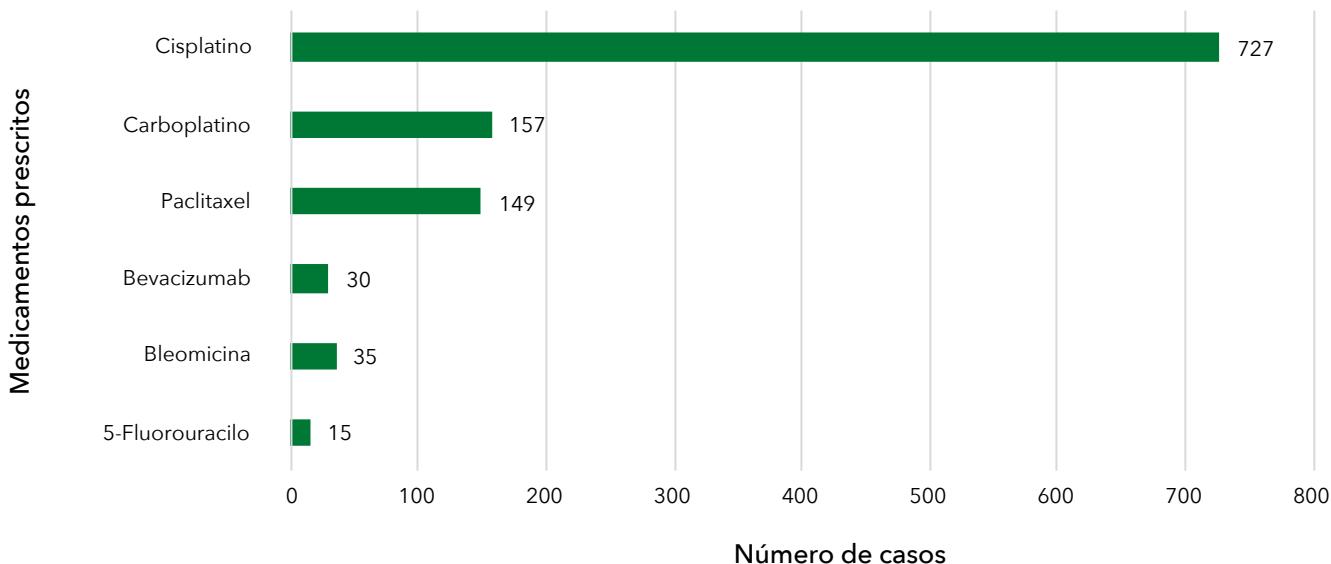
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	<i>In situ</i> n (%)	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)	
Terapia sistémica ¹	10 (1,36)	112 (23,43)	322 (66,94)	349 (63,34)	75 (57,69)	16 (9,64)	884 (100,00)
Cirugía	542 (73,54)	281 (58,66)	26 (5,38)	30 (5,44)	5 (3,85)	53 (32,12)	937 (100,00)
Radioterapia	11 (1,49)	134 (27,97)	322 (66,67)	321 (58,68)	55 (42,31)	14 (8,43)	857 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.



La **figura 4.2** describe los medicamentos administrados con más frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino. El agente terapéutico de mayor uso fue el cisplatino, seguido del carboplatino y el paclitaxel. Los datos presentados corresponden a las frecuencias absolutas de uso, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 4.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



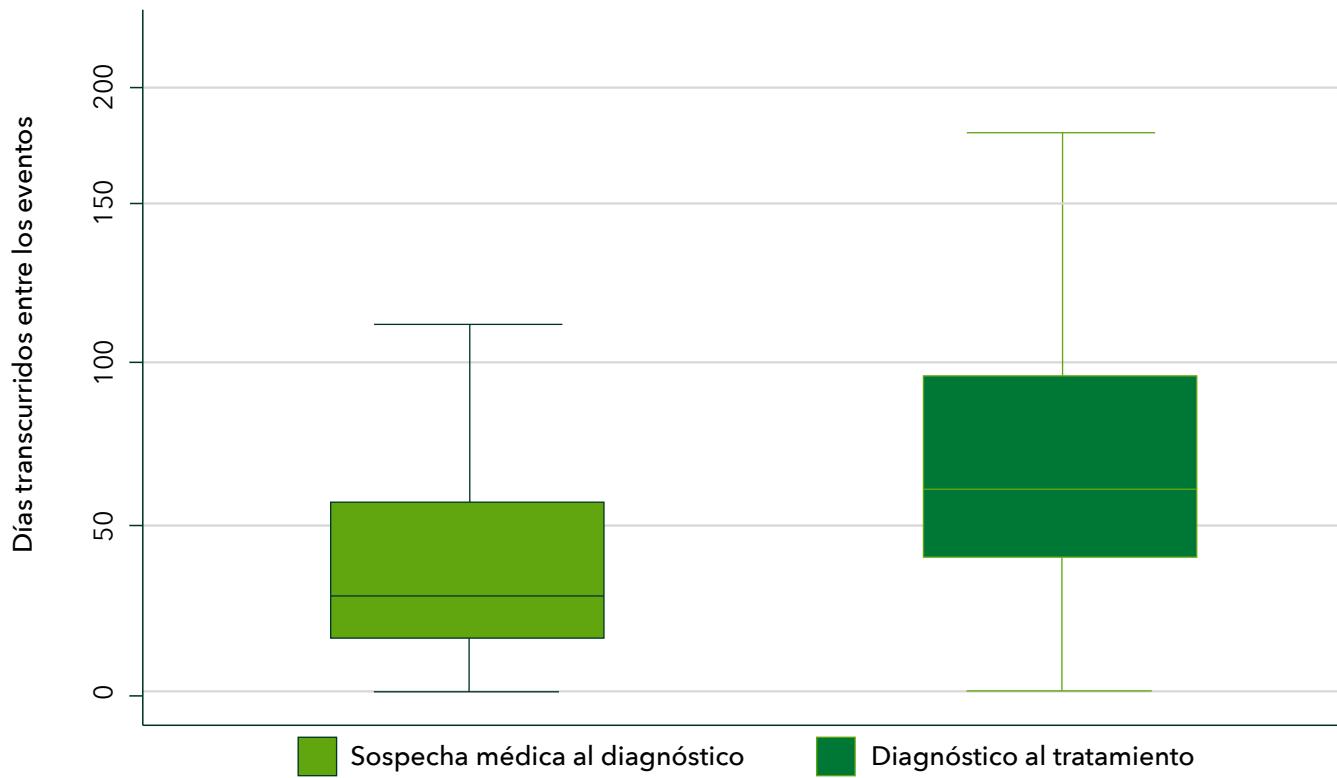
Incluye cáncer *in situ* e invasivo y todas las edades.

[Descargar figura](#)

4.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino

La operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) fue descrita en la sección de aspectos metodológicos. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 30 días (RIC: 18 - 56) y hasta el primer tratamiento fue de 63 días (RIC: 40 - 97). Lo anterior pone en evidencia tiempos más cortos de acceso a los servicios de diagnóstico y una espera importante para el iniciar el tratamiento (**figura 4.3**).

Figura 4.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de cérvix en el marco del aseguramiento en Colombia, 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

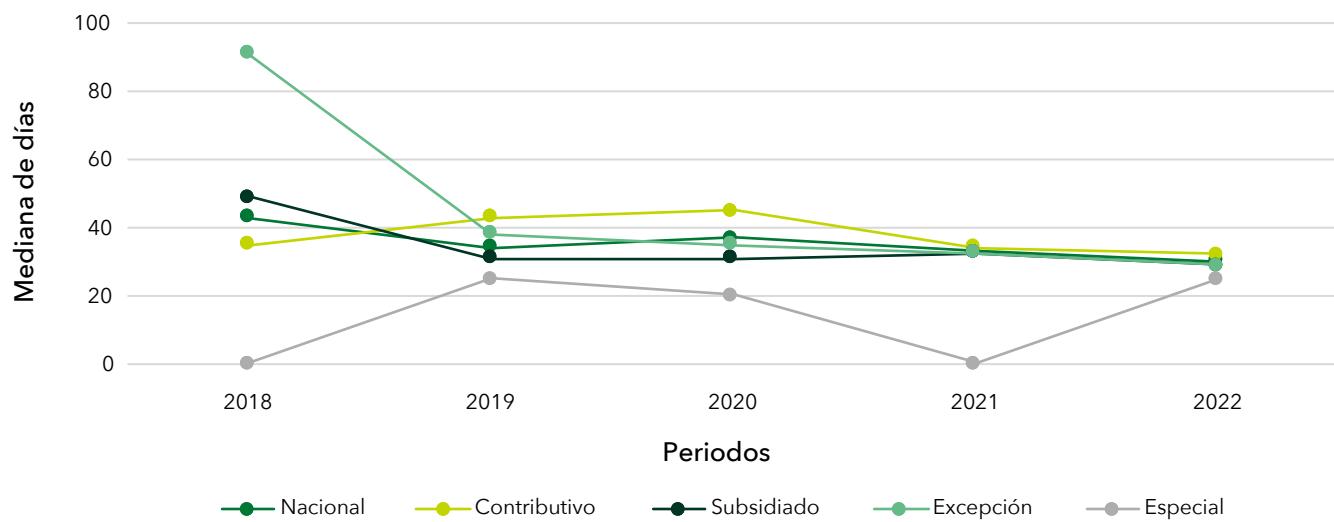
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 48,08 días ($\pm 58,41$) y para el inicio del tratamiento fue de 73,17 días ($\pm 48,27$).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 4.4 y 4.5** se observan la tendencia en la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos 5 períodos. En el ámbito nacional, para el 2022, la mediana del tiempo de espera para el diagnóstico disminuyó en un 9% con respecto al año anterior. Al analizar según el régimen se registra un patrón homogéneo. En general se evidencia una tendencia a la mejora en la oportunidad del diagnóstico para el 2022, principalmente en el subsidiado y el de excepción (**figura 4.4**).



Figura 4.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de cérvix en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

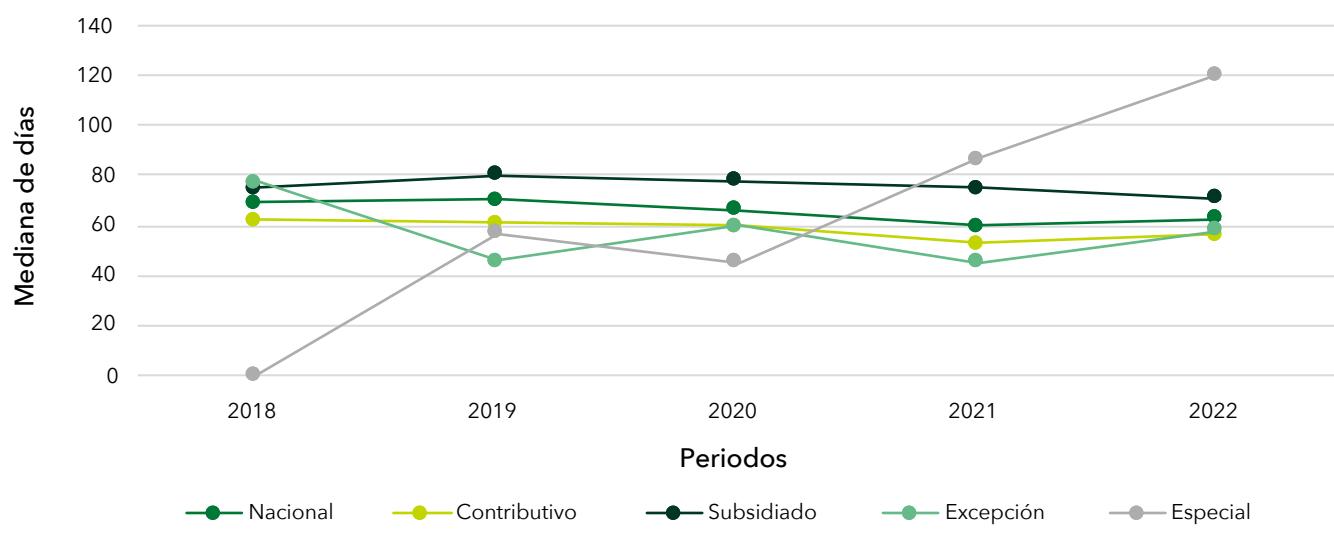
En 2018 y 2021 no se notificó la información para el régimen especial.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 48,08 días ($\pm 58,40$), régimen contributivo: 47,52 días ($\pm 49,52$), subsidiado: 48,63 días ($\pm 66,90$), excepción: 50,93 días ($\pm 55,18$) y especial: 25 días (NA).

[Descargar figura](#)

La **figura 4.5** muestra la tendencia en la oportunidad del tratamiento. En el país, para el año 2022 hubo un aumento en la mediana del tiempo de espera entre el diagnóstico y el inicio del manejo terapéutico de un 5% con respecto al año anterior. El comportamiento entre los regímenes es homogéneo, excepto por el especial, que ha mantenido una tendencia a tener tiempos más prolongados en los últimos dos años. Adicionalmente, el contributivo presenta el menor tiempo de espera para el inicio del tratamiento, siendo más bajo con respecto al resultado nacional.

Figura 4.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cérvix en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

En 2018 no se notificó la información para el régimen especial.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 73,17 días ($\pm 48,27$), régimen contributivo: 66,68 días ($\pm 44,10$), subsidiado: 81 días ($\pm 51,78$), excepción: 58,83 días ($\pm 26,95$) y especial: 120,50 ($\pm 170,41$).

[Descargar figura](#)

Por otra parte, se realizó el análisis de la oportunidad de la atención según el estadio clínico al diagnóstico (**tabla 4.13**). Es importante resaltar que se observaron tiempos de espera más prolongados para el acceso al diagnóstico en los carcinomas en estadio I seguidos por los casos *in situ*. Con respecto a la oportunidad del tratamiento, se registraron tiempos de espera menores en las mujeres diagnosticadas en los estadios III y IV.

Tabla 4.13. Oportunidad de la atención en el cáncer de cérvix según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio al diagnóstico	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
<i>In situ</i>	51,88 (56,18)	34 (22 - 61)	67,14 (45,79)	57 (36 - 87)
Estadio I	54,70 (56,28)	36 (25 - 72)	81,26 (50,04)	70 (46 - 107)
Estadio II	43,88 (56,77)	30 (14 - 50)	78,83 (47,85)	69 (45 - 104)
Estadio III	42,84 (61,41)	26 (13 - 48)	69,52 (49,56)	55 (35 - 89)
Estadio IV	35,71 (46,62)	19 (11 - 38)	61,81 (38,63)	56 (32 - 85)
Desconocido	48,14 (74,67)	30 (16 - 57)	77,09 (52,54)	65 (37 - 107)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

4.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de cuello uterino

La **tabla 4.14** presenta una caracterización general de los casos prevalentes reportados en el periodo (incluyendo los tumores *in situ* e invasivos), comparados por el régimen del aseguramiento. La mediana de la edad fue de 27 años (RIC: 21 - 40). El régimen con más casos fue el subsidiado (50,85%), seguido del contributivo (46,27%); en cuanto a la distribución por las regiones, el 28,11% de las mujeres residía en la Central y el 19,20% en la Caribe.

Al analizar por el régimen de afiliación, la mediana de la edad más alta se observó en el especial y la más baja en los no afiliados. Con respecto al comportamiento regional, en el contributivo, la mayoría de los casos residían en la Central y en Bogotá, D. C., mientras que, en el régimen subsidiado los casos se concentraron en las regiones Central y Caribe.

Tabla 4.14. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de cérvix según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación					Total ² n= 25.241 (100,00%)
	Contributivo n= 11.680 (46,27%)	Subsidiado n= 12.836 (50,85%)	Excepción n= 656 (2,60%)	Especial n= 48 (0,19%)	No afiliado n= 21 (0,08%)	
Edad	50 (40 - 62)	55 (45 - 65)	55 (45 - 67)	56 (44 - 68)	42 (35 - 58)	53 (42 - 64)
Etnia						
Ninguna	11.572 (99,08)	12.084 (94,14)	630 (96,04)	48 (100,00)	21 (100,00)	24.355 (96,49)
Indígena	7 (0,06)	490 (3,82)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	497 (1,97)
Negro	92 (0,79)	258 (2,01)	25 (3,81)	0 (0,00)	0 (0,00)	375 (1,49)
Otra ³	9 (0,08)	4 (0,03)	1 (0,15)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (0,06)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	120 (1,03)	535 (4,17)	27 (4,12)	0 (0,00)	0 (0,00)	682 (2,70)
Bogotá, D. C.	3.475 (29,75)	918 (7,15)	55 (8,38)	21 (43,75)	5 (23,81)	4.474 (17,73)
Caribe	962 (8,24)	3.711 (28,91)	166 (25,30)	5 (10,42)	2 (9,52)	4.846 (19,20)



Tabla 4.14. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de cérvix según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación					Total ² n= 25.241 (100,00%)
	Contributivo n= 11.680 (46,27%)	Subsidiado n= 12.836 (50,85%)	Excepción n= 656 (2,60%)	Especial n= 48 (0,19%)	No afiliado n= 21 (0,08%)	
Central	3.593 (30,76)	3.270 (25,48)	216 (32,93)	9 (18,75)	8 (38,10)	7.096 (28,11)
Oriental	1.874 (16,04)	1.755 (13,67)	123 (18,75)	6 (12,50)	5 (23,81)	3.763 (14,91)
Pacífica	1.656 (14,18)	2.647 (20,62)	69 (10,52)	7 (14,58)	1 (4,76)	4.380 (17,35)

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

² No se incluyen los datos de 2.063 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

4.4. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de cuello uterino

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

- 1.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (CNR).
- 1.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica (prevalentes).
2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA-IB2 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía).
3. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró radioterapia.
4. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró quimioterapia.
5. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio II-IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con la braquiterapia.
- 6.1. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (CNR).
- 6.2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con valoración por cuidado paliativo, estadios avanzados (prevalentes).
7. Oportunidad de la atención general.
8. Oportunidad de la atención en cáncer.
9. Oportunidad por médico tratante.
10. Oportunidad de inicio del tratamiento.
11. Proporción de mujeres con cáncer de cérvix con diagnóstico nuevo (dentro del periodo de reporte).
12. Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.
13. Supervivencia general a los 5 años.
14. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen criterio de seguimiento.

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

Cáncer de cuello uterino

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Los indicadores 11 y 12 fueron presentados en la sección de morbimortalidad y el indicador 13 de supervivencia se estimó para el [periodo 2019](#). El indicador 14, por su parte, no puede ser calculado ya que aún no hay variables disponibles para su medición.

👉 [Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con una mayor desagregación ingresando a HIGIA](#)

A nivel nacional, y según la región de residencia, en general no hay un adecuado rendimiento en los resultados de los indicadores. En la Amazonía-Orinoquía y la Caribe se logró el cumplimiento del indicador de estadificación clínica. Sin embargo, se observa en general una disminución en estos resultados comparado con el periodo anterior. En los indicadores de acceso a manejo quirúrgico, radioterapia y quimioterapia, no se logró cumplir con las metas en ninguno de los casos. Este mismo hallazgo se observa en los resultados de los indicadores de oportunidad ([tabla 4.15](#)).

Tabla 4.15. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cérvix según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.1.	1.2.	2.	3.	4.	5.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	80 a 90%	80 a 90%	60 a 90%	60 a 90%	60 a 90%	60 a 90%
	< 80%	< 80%	< 60%	< 60%	< 60%	< 60%
Amazonía-Orinoquía	● 93,94	● 86,93	● 83,33	● 56,00	● 56,00	● 44,00
Bogotá, D. C.	● 83,13	● 82,88	● 59,26	● 49,57	● 58,26	● 40,87
Caribe	● 92,29	● 86,42	● 49,35	● 59,81	● 66,04	● 50,16
Central	● 88,66	● 87,04	● 65,91	● 66,83	● 68,81	● 56,44
Oriental	● 88,79	● 82,74	● 51,85	● 55,64	● 60,15	● 46,62
Pacífica	● 83,27	● 82,47	● 53,45	● 59,51	● 60,12	● 49,69
Nacional	● 87,99	● 84,91	● 57,14	● 59,33	● 63,61	● 49,64

Tabla 4.15. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cérvix según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	6.1.	6.2.	7.	8.	9.	10.
	Por definir	Por definir	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 30 días	≤ 15 días
			60 a 75 días	30 a 45 días	30 a 45 días	15 a 30 días
			> 75 días	> 45 días	> 45 días	> 30 días
Amazonía-Orinoquía	8,00	9,47	● 125,57	● 80,58	● 54,22	● 39,53
Bogotá, D. C.	29,57	15,29	● 97,10	● 64,42	● 33,58	● 31,84
Caribe	18,38	11,63	● 114,61	● 70,67	● 37,92	● 32,58
Central	27,23	14,02	● 107,63	● 63,81	● 32,35	● 31,50
Oriental	24,06	11,99	● 111,84	● 73,37	● 37,09	● 34,85
Pacífica	47,85	18,84	● 123,68	● 81,90	● 50,25	● 37,14
Nacional	27,11	14,07	● 111,78	● 70,79	● 38,35	● 33,42

En la [tabla 4.16](#) se observan los resultados de la gestión de riesgo según el régimen de afiliación. Durante el periodo, en el aseguramiento, se observa una tendencia similar a la disminución en el cumplimiento de los indicadores. La proporción de la estadificación clínica de los CNR mantuvo un alto rendimiento en el régimen especial, mientras que en los demás hubo una leve reducción de los resultados.



Con respecto a los indicadores de tratamiento, la proporción de las mujeres que se sometieron a manejo con cirugía, radioterapia y quimioterapia, de acuerdo con el régimen, registraron un cumplimiento medio y bajo en la mayoría de los casos. Para el subsidiado, hubo una leve mejora con respecto al periodo anterior, pero continúa siendo una oportunidad de mejora al mantenerse en un resultado bajo. En cuanto a los indicadores de oportunidad, se conserva la tendencia evidenciada en el año pasado, en la cual no se alcanzan las metas en la mayoría de los regímenes.

Tabla 4.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cérvix según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.1.	1.2.	2.	3.	4.	5.
	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	80 a 90%	80 a 90%	60 a 90%	60 a 90%	60 a 90%	60 a 90%
	< 80%	< 80%	< 60%	< 60%	< 60%	< 60%
Contributivo	● 88,58	● 85,35	● 60,00	● 62,30	● 65,57	● 52,46
Subsidiado	● 87,65	● 85,77	● 53,13	● 56,54	● 61,66	● 46,82
Excepción	● 81,82	● 62,83	● 40,00	● 86,36	● 86,36	● 77,27
Especial	● 100,00	● 78,13	● 0,00	● 100,00	● 100,00	● 100,00
No afiliado	● 100,00	● 94,12	Sin dato	● 25,00	● 25,00	● 25,00
Nacional	● 87,99	● 84,91	● 57,14	● 59,33	● 63,61	● 49,64

Tabla 4.16. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de cérvix según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	6.1.	6.2.	7.	8.	9.	10.
	Por definir	Por definir	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 30 días	≤ 15 días
			60 a 75 días	30 a 45 días	30 a 45 días	15 a 30 días
			> 75 días	> 45 días	> 45 días	> 30 días
Contributivo	28,96	15,64	● 104,01	● 65,60	● 31,22	● 33,82
Subsidiado	27,03	13,48	● 120,25	● 76,37	● 44,67	● 33,46
Excepción	4,55	8,26	● 91,56	● 55,35	● 26,60	● 24,52
Especial	0,00	12,50	Sin dato	● 0,00	● 148,00	Sin dato
No afiliado	0,00	6,25	● 133,00	● 114,00	● 80,75	● 26,00
Nacional	27,11	14,07	● 111,78	● 70,79	● 38,35	● 33,42

Referencias

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



Cáncer de colon y recto

CIE10: C18-C21, D01; CIE-O-3: C18-C21





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

Morbimortalidad del cáncer de colon y recto

Ocupó el **tercer lugar** en términos de frecuencia, entre los 11 tipos de cáncer priorizados, representando el 8,3% de los CNR.



Se notificaron 3.851 casos nuevos invasivos, lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 7 casos nuevos (IC 95%: 7,0 - 7,5) por 100.000 habitantes.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto

La mediana de la edad fue de

66 años (RIC: 56 - 74).



El 38,8% de los casos fueron diagnosticados en estadio III, con una distribución similar en los regímenes contributivo y subsidiado.



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 20 días (RIC: 8 - 40) y hasta el primer tratamiento de 50 días (RIC: 25 - 84).

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de cáncer de colon y recto

En el país y en todos los grupos del aseguramiento, **se alcanzó la meta** de detección temprana (27,7%).

Esta proporción fue mayor en el contributivo (29,7%) que en el subsidiado (22,1%).

Resumen

Capítulo 5. Cáncer colorrectal



Con respecto al indicador de oportunidad del diagnóstico, se alcanzó la meta de cumplimiento en la mayoría de las regiones. Este mismo comportamiento se presentó en el ámbito nacional con un promedio de 28,1 días.

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

Cáncer de colon y recto

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5. Cáncer de colon y recto

CIE10:C18-C21, D01; CIE-O-3: C18-C21

5.1. Morbimortalidad del cáncer de colon y recto

Entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el reporte de casos nuevos de colon y recto ocupó el tercer lugar de frecuencia con el 8,34% (n= 3.910), incluyendo los tumores *in situ* e invasivos. Para este periodo, se reportó un total de 29.941 tumores de este tipo de cáncer, de los cuales el 13,06% (n= 3.910) fueron diagnosticados en el periodo y el número de fallecimientos llegó a 3.036 muertes por todas las causas. En la **tabla 5.1** se muestran las medidas de morbimortalidad que fueron estimadas, incluyendo únicamente los casos invasivos.

Tabla 5.1. Medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	3.851	7,54	7,23	7,01 - 7,46
Prevalencia	29.368	57,53	54,87	54,24 - 55,50
Mortalidad ⁵	3.001	5,88	5,53	5,34 - 5,74

¹ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por 100.000 habitantes.

³ Población de referencia correspondiente a la proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

5.1.1. PCNR del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue Bogotá, D. C., con 9,51 (IC 95%: 8,85 - 10,21) casos nuevos por 100.000 habitantes y la más baja se observó en la Oriental con 5,76 (IC 95%: 5,29 - 6,26) (**tabla 5.2**). Por su parte, las entidades territoriales con la estimación más alta fueron Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá, D. C., con 11,07, 9,79 y 9,51, respectivamente; entre tanto, las más bajas se presentaron en Chocó con 1,24, Caquetá con 2,64 y Amazonas con 2,72. En los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada no se reportaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 5.2. PCNR estandarizada del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	45	1.486.362	3,03	4,51	3,28 - 6,03
Bogotá, D. C.	766	7.834.167	9,78	9,51	8,85 - 10,21
Caribe	630	11.614.739	5,42	6,26	5,78 - 6,77
Central	1.201	12.231.314	9,82	8,90	8,41 - 9,42
Oriental	558	9.645.509	5,79	5,76	5,29 - 6,26
Pacífica	651	8.237.407	7,90	7,50	6,93 - 8,10
Nacional	3.851	51.049.498	7,54	7,23	7,01 - 7,46

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



5.1.2. PCNR de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada para el régimen contributivo fue casi el doble de la del subsidiado (**tabla 5.3**). En los otros regímenes de afiliación se reportaron: 182 casos nuevos en el de excepción, 8 en el especial y 5 en los no afiliados. Al comparar las entidades aseguradoras, las cifras más altas se observaron en la REUE09, la EPS048 y la RES012, con 65,33, 42,22 y 27,94 casos nuevos por 100.000 afiliados, respectivamente. Por otra parte, las más bajas fueron en la ESS091, EPS045 y CCF102 con 0,25, 1,15 y 1,64, en ese orden. No fueron reportados casos nuevos en el periodo por ocho entidades.

Tabla 5.3. PCNR estandarizada del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.540	23.072.303	11,01	11,01	10,59 - 11,45
Subsidiado	1.116	19.661.731	5,68	5,92	5,58 - 6,28

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

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

³ La PCNR es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

5.1.3. Prevalencia del cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., fue la región del país con la estimación más alta con 85,35 (IC 95%: 83,34 - 87,40) casos prevalentes por 100.000 habitantes, con una diferencia importante con respecto a las demás regiones; especialmente con la Amazonía-Orinoquía, que presenta el valor más bajo con 24,81 (IC 95%: 21,81 - 28,09) casos (**tabla 5.4**). Las entidades territoriales con la mayor prevalencia, exceptuando a Bogotá, D. C., fueron: Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca con 81,98, 72,30 y 70,89; en contraste, los departamentos con las cifras más bajas fueron Vaupés, Guainía y Chocó con 4,09, 8,36 y 14,60 respectivamente. El departamento del Vichada no informó casos prevalentes de este tipo de cáncer para el periodo 2022.

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

Tabla 5.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia, 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	253	1.486.362	17,02	24,81	21,81 - 28,09
Bogotá, D. C.	6.839	7.834.167	87,30	85,35	83,34 - 87,40
Caribe	3.777	11.614.739	32,52	37,77	36,57 - 38,99
Central	9.203	12.231.314	75,24	68,08	66,69 - 69,49
Oriental	4.654	9.645.509	48,25	47,99	46,62 - 49,39
Pacífica	4.642	8.237.407	56,35	53,11	51,59 - 54,67
Nacional	29.368	51.049.498	57,53	54,87	54,24 - 55,50

¹ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

5.1.4. Prevalencia del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada en el régimen contributivo es 2,24 veces la del régimen subsidiado (**tabla 5.5**). Adicionalmente, para el 2022 se reportaron 1.524 casos prevalentes del régimen de excepción, 140 del especial, 9 en los no afiliados y 1.908 de entidades liquidadas, de los cuales no se tiene la información vigente de la afiliación. Al analizar por las entidades aseguradoras, las estimaciones más altas se observaron en la RES006, la RES009 y EPS018, con 191,08, 173,03 y 126,63 casos por 100.000 afiliados. Por otra parte, las más bajas se presentaron en la EPSI03 con 11,99, la EPSI01 con 13,62 y la EPSI04 con 16,02. La REUE04 y la REUE05 no reportaron casos en el periodo.

Tabla 5.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	18.846	23.072.303	81,68	82,23	81,06 - 83,42
Subsidiado	6.941	19.661.731	35,30	36,67	35,81 - 37,54

¹ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

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

³ La Prevalencia es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

5.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de colon y recto según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 8,90 (IC 95%: 8,25 - 9,59) muertes por 100.000 habitantes y la más baja en Amazonía-Orinoquía con 2,45 (IC 95%: 1,55 - 3,65) fallecimientos (**tabla 5.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad, a excepción de Bogotá, D. C., fueron Antioquia con 7,74, Risaralda con 7,25 y Valle del Cauca con 6,91; las más bajas se estimaron en Arauca, Chocó y Putumayo con 1,40, 1,61, 2,26, respectivamente. Guainía, Vaupés, Vichada y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina no reportaron defunciones de personas con este tipo de cáncer.

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

Tabla 5.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	23	1.486.362	1,55	2,45	1,55 - 3,65
Bogotá, D. C.	701	7.834.167	8,95	8,90	8,25 - 9,59
Caribe	447	11.614.739	3,85	4,50	4,09 - 4,93
Central	888	12.231.314	7,26	6,54	6,12 - 6,99
Oriental	474	9.645.509	4,91	4,88	4,45 - 5,34
Pacífica	468	8.237.407	5,68	5,29	4,82 - 5,79
Nacional	3.001	51.049.498	5,88	5,53	5,34 - 5,74

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de colon y recto invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



5.1.6. Mortalidad del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo presentó una mortalidad general estandarizada significativamente mayor que el subsidiado, lo que está dentro de lo esperado porque es el que mayor número de casos concentra (**tabla 5.7**). Se reportaron 88 fallecimientos en el régimen de excepción, 5 en el especial, 2 en los no afiliados al sistema y 102 de entidades liquidadas. Entre las distintas EAPB, la mortalidad más alta se observó en la RES012, EPS048 y EPS046 con 20,46, 14,83 y 13,19 muertes por 100.000 afiliados; mientras que las más bajas se estimaron en la CCF033 con 1,52, la EPSI03 con 1,69 y la CCF102 con 1,73 defunciones. Nueve EAPB no reportaron fallecidos para este periodo.

Tabla 5.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.868	23.072.303	8,10	8,27	7,90 - 8,65
Subsidiado	936	19.661.731	4,76	4,90	4,59 - 5,23

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de colon y recto invasivo reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.

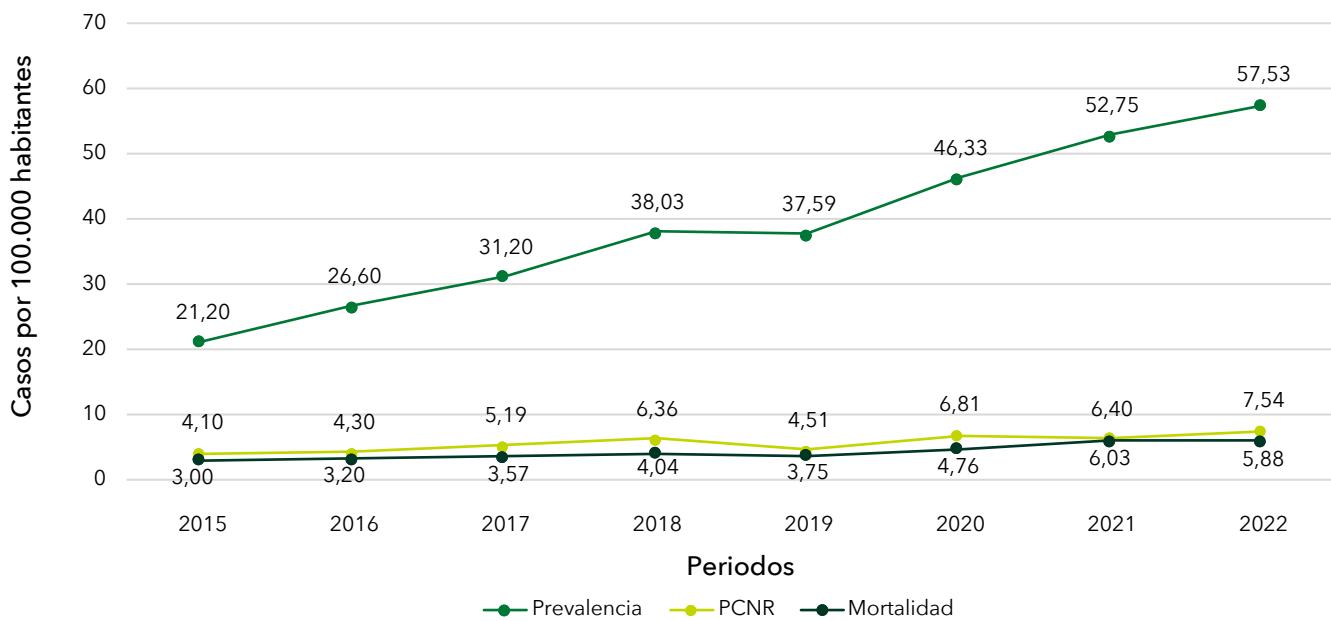
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

5.1.7. Evolución del registro de cáncer de colon y recto en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 5.1**, comparando las medidas de morbimortalidad con el periodo anterior, dos de estas presentaron un incremento importante, especialmente la PCNR con un crecimiento del 17,81%. La prevalencia registró un incremento del 9,06%, mientras que la mortalidad disminuyó en un 2,49%.

Figura 5.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento en Colombia, 2015 - 2022



Incluye los casos con cáncer de colon y recto invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

5.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de colon y recto

5.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de colon y recto

La **tabla 5.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados en el periodo, de acuerdo con el régimen del aseguramiento. El 53,04% corresponde a los casos en las mujeres, la mediana de la edad fue de 66 años (RIC: 56 - 74); la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central. Al analizar por los regímenes, la mediana de la edad más alta se observó en el de excepción y la más baja en el especial y en el subsidiado (**tabla 5.8**).

Para el periodo 2022 se informaron 5 casos correspondientes a los pacientes no afiliados, 3 de ellos en las mujeres con una mediana de la edad de 63 años (RIC: 53 - 64) que en su mayoría se ubicaron en la región Oriental (80,00%).

Tabla 5.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n = 3.910 (100,00%)
	Contributivo n= 2.577 (65,91%)	Subsidiado n= 1.135 (29,03%)	Excepción n= 185 (4,73%)	Especial n= 8 (0,20%)	
Sexo					
Femenino	1.340 (52,00)	630 (55,51)	99 (53,51)	2 (25,00)	2.074 (53,04)
Masculino	1.237 (48,00)	505 (44,49)	86 (46,49)	6 (75,00)	1.836 (46,96)
Edad	66 (57 - 74)	65 (55 - 74)	70 (59 - 78)	65 (62 - 78)	66 (56 - 74)
Etnia					
Ninguna	2.563 (99,46)	1.110 (97,80)	177 (95,68)	8 (100,00)	3.863 (98,80)
Indígena	0 (0,00)	10 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,26)
Negro	13 (0,50)	14 (1,23)	6 (3,24)	0 (0,00)	33 (0,84)
Otra ³	1 (0,04)	1 (0,09)	2 (1,08)	0 (0,00)	4 (0,10)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	12 (0,47)	28 (2,47)	5 (2,70)	0 (0,00)	45 (1,15)
Bogotá, D. C.	675 (26,19)	69 (6,08)	33 (17,84)	0 (0,00)	777 (19,87)
Caribe	250 (9,70)	366 (32,25)	27 (14,59)	2 (25,00)	645 (16,50)
Central	908 (35,23)	259 (22,82)	52 (28,11)	5 (62,50)	1.225 (31,33)
Oriental	327 (12,69)	179 (15,77)	53 (28,65)	1 (12,50)	564 (14,42)
Pacífica	405 (15,72)	234 (20,62)	15 (8,11)	0 (0,00)	654 (16,73)

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

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

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

5.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de colon y recto

La **tabla 5.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud. La proporción de los casos invasivos determinada por el código CIE-10, fue de 98,49%, comportamiento similar en todos los regímenes. La estadificación TNM en el país fue realizada en el 72,94% (n= 2.852) de los casos nuevos para este tipo de cáncer; comparando este resultado nacional, se observa una proporción superior en los regímenes contributivo, de excepción y especial. La mediana de la edad fue similar entre los diferentes estadios clínicos, oscilando entre los 64 y 66 años.



Teniendo en cuenta únicamente los casos estadificados en el país, la mayoría se agrupó en los estadios III y II (38,81% y 25,81%, respectivamente). Observando la estadificación al momento del diagnóstico por los distintos regímenes, se estableció que estos dos estadios son los más frecuentes con el mismo orden, excepto en el especial, en el cual la mayoría de los casos nuevos se corresponden a los estadios II y III.

Tabla 5.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de colon y recto reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 3.910 (100,00%)
	Contributivo n= 2.577 (65,91%)	Subsidiado n= 1.135 (29,03%)	Excepción n= 185 (4,73%)	Especial n= 8 (0,20%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	37 (1,44)	19 (1,67)	3 (1,62)	0 (0,00)	59 (1,51)
Invasivo	2.540 (98,56)	1.116 (98,33)	182 (98,38)	8 (100,00)	3.851 (98,49)
Estadificación (sí)⁴	1.956 (75,90)	745 (65,64)	141 (76,22)	7 (87,50)	2.852 (72,94)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	37 (1,89)	19 (2,55)	3 (2,13)	0 (0,00)	59 (2,07)
I	187 (9,56)	39 (5,23)	18 (12,77)	1 (14,29)	245 (8,59)
II	514 (26,28)	182 (24,43)	36 (25,53)	3 (42,86)	736 (25,81)
III	774 (39,57)	289 (38,79)	42 (29,79)	2 (28,57)	1.107 (38,81)
IV	444 (22,70)	216 (28,99)	42 (29,79)	1 (14,29)	705 (24,72)

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

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

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos de cáncer de colon y recto que fueron estadificados.

5.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto

Durante el periodo, la terapia sistémica fue administrada en el 50,41% (n= 1.971) de los casos nuevos, siendo el tratamiento más frecuente, seguido por la cirugía realizada en el 46,93% (n= 1.835). Por otra parte, el 24,22% (n= 947) no recibió ningún tipo de tratamiento, de estos el 21,75% (n= 206) fue diagnosticado en los dos meses previos a la fecha de corte. La proporción de los casos nuevos sin tratamiento fue levemente mayor a la observada en los de mama, pero considerablemente menor a los de próstata. Más de la mitad de los casos que no recibieron ningún tipo de tratamiento, reportaron estadio al diagnóstico desconocido (52,27%; n= 495).

En la **tabla 5.10** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. Se evidencia que la terapia sistémica se administró en su mayoría, en los casos diagnosticados en estadios III y IV, mientras que la cirugía y la radioterapia fue más frecuente en los estadios II y III.

Tabla 5.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de colon y recto según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

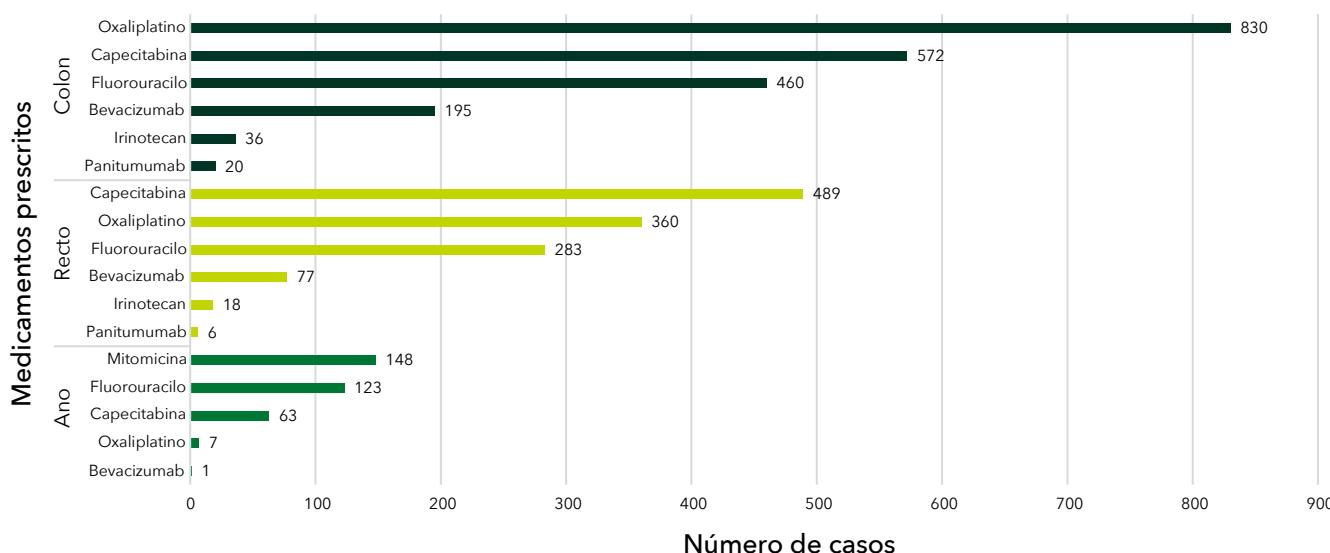
Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n(%)
	<i>In situ</i> n (%)	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)	
Terapia sistémica ¹	12 (0,61)	39 (1,98)	423 (21,46)	780 (39,57)	449 (22,78)	268 (13,60)	1.971 (100,00)
Cirugía	20 (1,09)	162 (8,83)	465 (25,34)	589 (32,10)	235 (12,81)	364 (19,84)	1.835 (100,00)
Radioterapia	10 (1,37)	25 (3,42)	156 (21,34)	318 (43,50)	85 (11,63)	137 (18,74)	731 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 5.2** muestra cuáles son los medicamentos más frecuentemente administrados a las personas con nuevo diagnóstico de cáncer de colon y recto; los principios activos administrados con más frecuencia fueron: oxaliplatino, capecitabina y fluorouracilo. Con respecto a los medicamentos biológicos, en general para los CNR de colon y recto, se observó un mayor uso de bevacizumab que de panitumumab. Según la ubicación del tumor, se observa que citotóxicos como la mitomicina, son usados principalmente en los tumores de ano, mientras que el irinotecan en los tumores de colon y recto.

Es importante tener en cuenta que los datos presentados corresponden a las frecuencias absolutas, es decir, no se muestra el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 5.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



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

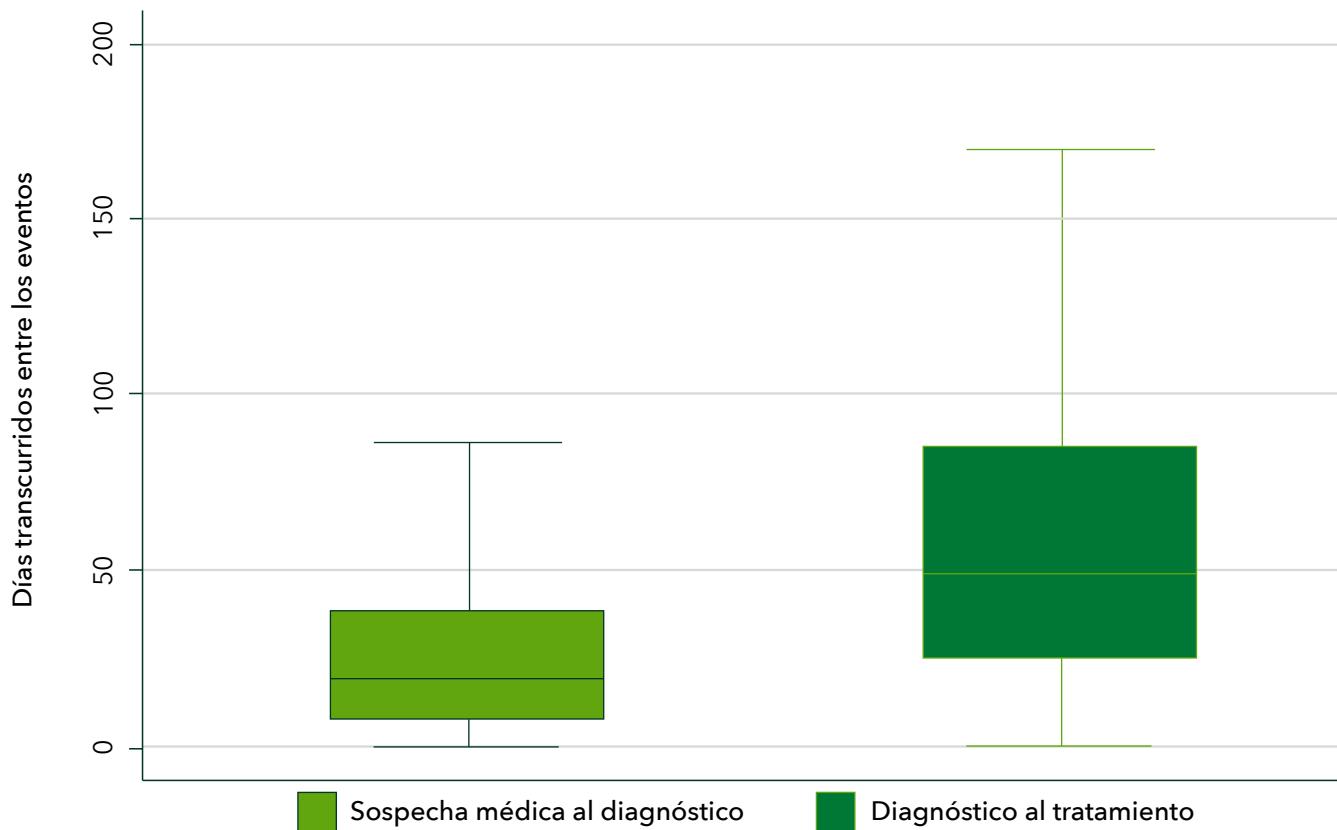
[Descargar figura](#)

5.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de colon y recto

La operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) fue definida previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 5.3** se observan la oportunidad del diagnóstico y la del tratamiento para este tipo de cáncer en el país. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 20 días (RIC: 8 - 40) y hasta el primer tratamiento fue de 50 días (RIC: 25 - 84). Lo anterior evidencia que continúa presentándose una brecha importante entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento; además de una heterogeneidad en los tiempos de espera, dados los amplios rangos entre el primer y tercer cuartil. Es importante que las entidades identifiquen las particularidades en su red de prestadores y los procesos de atención para disminuir esta fuente de variabilidad que puede tener repercusiones negativas en los resultados en salud, especialmente en la supervivencia y en la calidad de vida.



Figura 5.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 32,87 días ($\pm 41,82$) y para el inicio del tratamiento fue de 60,29 días ($\pm 48,45$).

[Descargar figura](#)

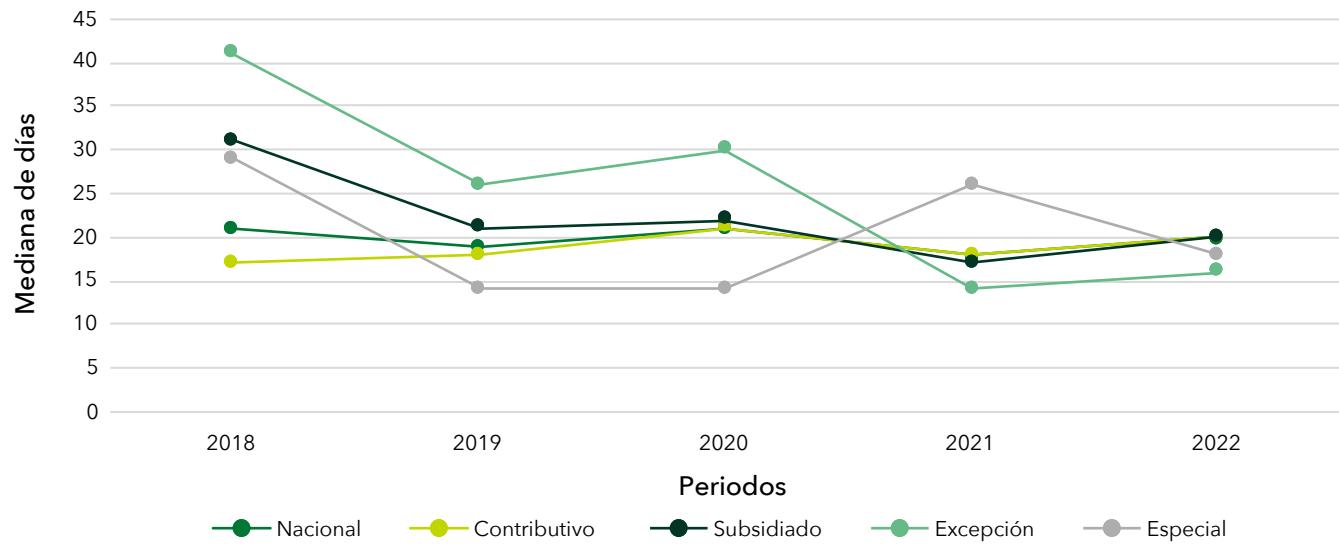
En las **figuras 5.4 y 5.5** se muestran la tendencia en la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento en el país y según el régimen de afiliación en los últimos cinco períodos. Para el 2022 en el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico en general aumentó en 2 días con respecto al periodo anterior. El régimen con la mejor oportunidad fue el de excepción con 16 días (RIC: 6 - 40), mientras que la espera más prolongada se identificó en los regímenes contributivo y subsidiado con una mediana de 20 días ((RIC: 8 - 41) y (RIC: 10 - 39) respectivamente) (**figura 5.4**).

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

Cáncer de colon y recto

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 5.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



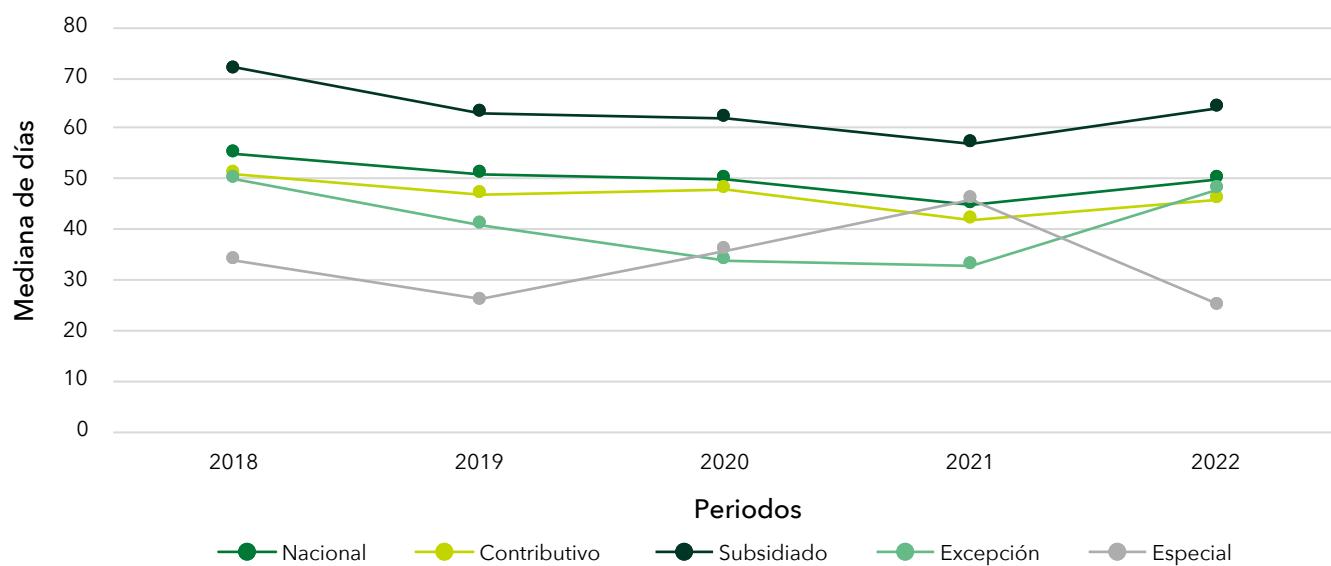
Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 32,87 días ($\pm 41,82$), régimen contributivo: 32,38 días ($\pm 39,89$), subsidiado: 34,47 días ($\pm 47,02$), excepción: 30,79 días ($\pm 37,01$) y especial: 26,00 días ($\pm 20,26$).

[Descargar figura](#)

Como se observa en la **figura 5.5**, en el país, durante el 2022, la mediana del tiempo de espera hasta el inicio del tratamiento aumentó en comparación con el periodo anterior (5 días). El régimen con la mejor oportunidad fue el especial con una mediana de 25 días (RIC: 20 - 42), mientras que, el subsidiado reportó la oportunidad más prolongada para iniciar un tratamiento (64 días (RIC: 33 - 100).

Figura 5.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 60,29 días ($\pm 48,45$), régimen contributivo: 56,19 días ($\pm 46,38$), subsidiado: 72,90 días ($\pm 53,02$), excepción: 54,51 días ($\pm 41,71$) y especial: 30,75 días ($\pm 16,28$).

[Descargar figura](#)



Al comparar la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento, en los últimos cinco periodos, se observa una disminución en los tiempos de espera, a excepción del 2022 en el cual, este comportamiento cambió afectando el acceso oportuno en el manejo de la enfermedad, siendo datos similares a los del periodo 2020. En la mayoría de los regímenes, excluyendo el especial, aumentaron los días para acceder al diagnóstico y al tratamiento en el último periodo.

Adicionalmente, al realizar el análisis de la oportunidad según el estadio clínico al diagnóstico (**tabla 5.11**), llama la atención que los menores tiempos para el diagnóstico y el inicio del tratamiento se presentan en los estadios avanzados, en particular el estadio IV registró los tiempos más cortos en comparación con los demás, lo cual refuerza la necesidad de realizar programas de tamización para la búsqueda de la enfermedad en las personas asintomáticas cuando las terapias son altamente curativas y de bajo costo.

En cuanto al subtipo anatómico, los tiempos de espera para ser diagnosticado e iniciar el tratamiento fueron mayores en los casos nuevos de cáncer de ano o canal anal. Particularmente en la oportunidad del tratamiento se observó un comportamiento heterogéneo, con tiempos de espera prolongados.

Tabla 5.11. Oportunidad de la atención en cáncer de colon y recto según el estadio al diagnóstico y el subtipo anatómico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio al diagnóstico	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
<i>In situ</i>	46,77 (41,63)	32 (12 - 64)	78,38 (55,89)	67 (32 - 106)
I	43,39 (48,03)	29 (1 - 60)	66,55 (52,18)	56 (29 - 91)
II	32,62 (41,99)	22 (9 - 42)	60,98 (48,96)	49 (27 - 82)
III	30,29 (36,76)	19 (8 - 36)	60,66 (46,81)	50 (28 - 84)
IV	26,52 (33,74)	16 (8 - 32)	53,10 (45,15)	44 (20 - 71)
Desconocido	37,13 (49,09)	21 (10 - 46)	63,27 (51,77)	53 (22 - 90)
Subtipo anatómico				
Colon	31,72 (38,45)	20 (9 - 39)	54,92 (48,90)	43 (19 - 78)
Recto	32,25 (43,81)	18 (7 - 38)	64,77 (47,83)	55 (30 - 88)
Ano o canal anal	43,76 (53,36)	27 (12 - 54)	72,21 (44,49)	62 (42 - 96)
Ubicación¹				
Derecho	30,60 (32,71)	19 (8 - 40)	52,78 (44,73)	45 (17 - 75)
Izquierdo	32,97 (45,03)	19 (8 - 40)	61,61 (48,36)	51 (27 - 85)

¹ El derecho incluye los códigos CIE-10: C180 a C183 y el izquierdo: C184 a C187; C19X y C20X.

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

5.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto

La **tabla 5.12** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. El 55,68% eran mujeres, la mediana de la edad fue de 67 años (RIC: 58 - 76) y la mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo (64,21%). En cuanto a la distribución por regiones, un gran porcentaje residía en la región central (31,70%).

Según el sexo, en las mujeres se presentó una mayor proporción de casos en los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción. La mediana de la edad más alta se observó en el especial. Con respecto a la región, Bogotá, D. C., y la Central concentraron la mayor cantidad de los casos afiliados al contributivo y el especial; mientras que, en el subsidiado y el de excepción, el mayor número de afiliados se concentró en las regiones central y caribe. También se reportaron 9 casos no afiliados al aseguramiento, de los cuales más de la mitad fueron mujeres (66,67%) y la mayoría residía en la región Pacífica (77,78%).

Tabla 5.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de colon y recto según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 27.982 (100,00%)
	Contributivo n= 19.224 (68,70%)	Subsidiado n= 7.047 (25,18%)	Excepción n= 1.557 (5,56%)	Especial n= 145 (0,52%)	
Sexo					
Femenino	10.482 (54,53)	4.154 (58,95)	868 (55,75)	70 (48,28)	15.580 (55,68)
Masculino	8.742 (45,47)	2.893 (41,05)	689 (44,25)	75 (51,72)	12.402 (44,32)
Edad	67 (58 - 76)	66 (56 - 75)	70 (61 - 77)	72 (64 - 78)	67 (58 - 76)
Etnia					
Ninguna	19.040 (99,04)	6.859 (97,33)	1.490 (95,70)	145 (100,00)	27.543 (98,43)
Indígena	14 (0,07)	109 (1,55)	0 (0,00)	0 (0,00)	123 (0,44)
Negro	157 (0,82)	75 (1,06)	64 (4,11)	0 (0,00)	296 (1,06)
Otra ⁴	13 (0,07)	4 (0,06)	3 (0,19)	0 (0,00)	20 (0,07)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	83 (0,43)	127 (1,80)	24 (1,54)	0 (0,00)	234 (0,85)
Bogotá, D. C.	5.810 (30,22)	704 (9,99)	263 (16,89)	56 (38,62)	6.833 (24,42)
Caribe	1.461 (7,60)	1.710 (24,27)	347 (22,29)	10 (6,90)	3.528 (12,61)
Central	6.339 (32,97)	2.058 (29,20)	434 (27,87)	39 (26,90)	8.871 (31,70)
Oriental	2.690 (13,99)	1.249 (17,72)	336 (21,58)	16 (11,03)	4.298 (15,36)
Pacífica	2.841 (14,78)	1.199 (17,01)	153 (9,83)	24 (16,55)	4.218 (15,07)

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

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

³ No se incluyen los datos de 1.959 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

5.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las personas con cáncer de colon y recto en Colombia (1):

1. Oportunidad de diagnóstico (promedio de días).
2. Proporción de pacientes con cáncer de colon y recto clasificado *in situ*.
3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos.
4. Proporción de pacientes con estadificación por TNM.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de recto con estadificación TNM antes del inicio del tratamiento.
6. Oportunidad de tratamiento (promedio de días).
7. Oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa en pacientes con cáncer de recto (promedio de días).
8. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia (promedio de días).
9. Proporción de pacientes estadio I a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo.



10. Oportunidad entre el inicio de tratamiento y el primer abordaje multidisciplinario (nutrición - psicología) (promedio de días).
11. Proporción de paciente con valoración por nutrición.
12. Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica número de ganglios examinados, número de ganglios positivos y estado de los márgenes, el tamaño del tumor y el grado histológico. Informe completo.
- 12.1. Proporción de pacientes sometidos a cirugía cuyo informe de patología indica doce o más ganglios resecados reportados.
13. Supervivencia a 5 años.
14. Tasa de mortalidad general.
15. Incidencia del cáncer de colon y recto.

De acuerdo con la periodicidad de análisis establecida (5 años), el indicador 13 puede ser consultado en el [libro de la situación del cáncer, 2019](#). Por otra parte, los indicadores 14 y 15 relacionados con la frecuencia de este tipo de cáncer son abordados al inicio del capítulo, en la sección de morbimortalidad.

 [Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a HIGIA](#)

En cuanto a los resultados según la residencia (**tabla 5.13**), se observó un alto cumplimiento de la meta en la oportunidad del diagnóstico junto con la proporción de CNR identificados en estadios tempranos en gran parte de las regiones. Otros indicadores como la oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia y la proporción del paciente con valoración por nutrición, muestran en todo el territorio un bajo desempeño. Al comparar los resultados con los del periodo anterior, es evidente que se requieren de nuevas estrategias para mejorar el porcentaje de la tamización de los casos en todo el país, junto con la proporción de los casos estadificados antes de iniciar un tratamiento.

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

Cáncer de colon y recto

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 5.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	< 30 días	> 3,6%	> 19%	> 90%	> 90%	< 30 días
	30 a < 60 días	> 2,2 a 3,6%	> 15 a 19%	> 60 a 90%	> 60 a 90%	30 a < 60 días
	≥ 60 días	≤ 2,2%	≤ 15%	≤ 60%	≤ 60%	≥ 60 días
Amazonía-Orinoquía	● 37,21	● 0,00	● 18,18	● 73,33	● 66,67	● 53,17
Bogotá, D. C.	● 30,29	● 2,03	● 29,07	● 75,93	● 61,04	● 55,66
Caribe	● 29,57	● 3,04	● 28,81	● 76,59	● 67,74	● 64,03
Central	● 25,74	● 2,43	● 28,32	● 80,65	● 77,41	● 53,92
Oriental	● 25,26	● 1,22	● 26,17	● 72,70	● 68,22	● 78,05
Pacífica	● 29,99	● 0,60	● 25,76	● 75,84	● 63,95	● 62,20
Nacional	● 28,05	● 1,96	● 27,71	● 77,01	● 69,06	● 60,46

Tabla 5.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	7.	8.	9.	10.	11.	12.	12.1.
	8-12 semanas	≤ 8 semanas	> 90%	Por definir	> 90%	Por definir	Por definir
	> 12 semanas (84 días)	> 8 semanas (56 días)	≤ 60%		> 60 a 90%		
Amazonía-Orinoquía	Sin dato	● 57,67	● 50,00	35,83	● 33,33	35,00	55,00
Bogotá, D. C.	● 174,88	● 63,13	● 61,10	47,20	● 29,99	56,18	61,80
Caribe	● 152,38	● 66,60	● 51,90	59,30	● 29,92	54,51	29,32
Central	● 137,42	● 59,42	● 56,93	33,12	● 32,49	64,46	60,54
Oriental	● 141,60	● 63,78	● 45,86	56,21	● 23,05	54,03	56,40
Pacífica	● 69,17	● 67,66	● 53,11	37,05	● 34,56	53,33	54,07
Nacional	● 143,17	● 63,20	● 54,69	43,07	● 30,56	57,69	54,25

En la **tabla 5.14** se observan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación. Durante el periodo, el diagnóstico temprano presentó un mejor desempeño por parte de los no afiliados y el régimen especial la mayor proporción de los casos nuevos detectados de manera temprana. Por otra parte, el cumplimiento de las metas propuesta en los indicadores de la estadificación por TNM y la oportunidad en los tratamientos no se cumplen para ninguno de los regímenes, especialmente el régimen subsidiado registra el tiempo más prolongado para iniciar una terapia.



Tabla 5.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2022

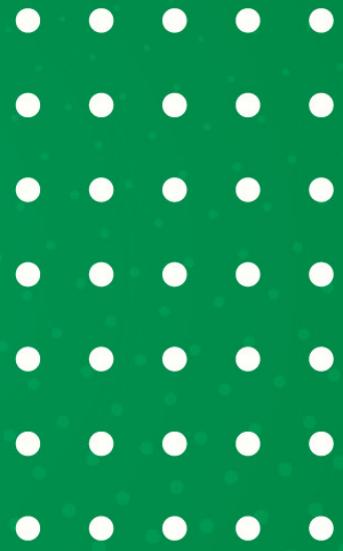
Régimen	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	< 30 días	> 3,6%	> 19%	> 90%	> 90%	< 30 días
	30 a < 60 días	> 2,2 a 3,6%	> 15 a 19%	> 60 a 90%	> 60 a 90%	30 a < 60 días
	≥ 60 días	≤ 2,2%	≤ 15%	≤ 60%	≤ 60%	≥ 60 días
Contributivo	● 28,75	● 1,79	● 29,68	● 80,02	● 67,94	● 56,29
Subsidiado	● 27,57	● 2,40	● 22,09	● 69,87	● 73,60	● 73,03
Excepción	● 22,43	● 2,05	● 29,37	● 78,92	● 69,70	● 55,59
Especial	● 13,00	● 0,00	● 42,86	● 87,50	● 0,00	● 34,67
No afiliado	● 2,50	● 0,00	● 33,33	● 60,00	● 0,00	● 42,25
Nacional	● 28,05	● 1,96	● 27,71	● 77,01	● 69,06	● 60,46

Tabla 5.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de colon y recto según el régimen del aseguramiento, Colombia 2022

Régimen	7.	8.	9.	10.	11.	12.	12.1.
	8-12 semanas	≤ 8 semanas	> 90%	Por definir	> 90%	Por definir	Por definir
			> 60 a 90%		> 60 a 90%		
	> 12 semanas (84 días)	> 8 semanas (56 días)	≤ 60%		≤ 60%		
Contributivo	● 146,65	● 61,59	● 59,10	40,54	● 32,21	58,97	57,21
Subsidiado	● 135,63	● 70,13	● 40,18	56,13	● 29,25	57,10	42,60
Excepción	● 126,33	● 61,67	● 63,37	25,53	● 16,22	41,24	54,64
Especial	● 149,00	● 39,00	● 100,00	Sin dato	● 25,00	85,71	71,43
No afiliado	Sin dato	Sin dato	● 0,00	Sin dato	● 20,00	Sin dato	Sin dato
Nacional	● 143,17	● 63,20	● 54,69	43,07	● 30,56	57,69	54,25

Referencias

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. 2017. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastri-co-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/>



Cáncer de estómago

CIE10: C16 Y D002; CIE-O-3: C16 Y D002





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

Morbimortalidad del cáncer de estómago

Ocupó el **quinto lugar** en términos de frecuencia, entre los 11 tipos de cáncer priorizados, representando el 5,0% de los casos nuevos reportados.



Se notificaron 2.353 casos nuevos invasivos lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 4 casos nuevos (IC 95%: 4,3 - 4,6) por 100.000 habitantes.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago

La mediana de la edad fue de

64 años (RIC: 54 - 74).



El 52,2% de los casos fue diagnosticado en estadio IV, con una distribución similar entre los regímenes.



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 17 días (RIC: 8 - 33) y hasta el primer tratamiento de 43 días (RIC: 21 - 76), incrementando dos días con respecto al periodo anterior.

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

En el país y en la mayoría de las regiones, se logró el **cumplimiento alto**

en la oportunidad del diagnóstico,

y en el tiempo de espera entre la cirugía y el inicio de adyuvancia.

Resumen

Capítulo 6. Cáncer de estómago



En el indicador de detección temprana se logró el cumplimiento de la meta en el ámbito nacional y en los regímenes contributivo y de excepción.

[Descargar figura](#)

6. Cáncer de estómago

CIE10:C16 Y D002; CIE-O-3: C16 Y D002

6.1. Morbimortalidad del cáncer de estómago

Para el 2022 el número de casos nuevos reportados de cáncer de estómago ocupó el quinto lugar de frecuencia con el 5,04% (n= 2.364), incluyendo los tumores *in situ* e invasivos. En este periodo se reportó un total de 13.645 tumores de este tipo de cáncer, de los cuales el 98,83% (n= 13.485) fueron casos invasivos y se informaron 2.673 muertes por todas las causas. En la **tabla 6.1** se presentan las medidas de morbimortalidad que fueron estimadas incluyendo únicamente los casos invasivos.

Tabla 6.1. Medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	2.353	4,61	4,44	4,26 - 4,62
Prevalencia	13.485	26,42	25,28	24,86 - 25,72
Mortalidad ⁵	2.656	5,20	4,97	4,78 - 5,16

¹ Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por 100.000 habitantes.

³ Población de referencia correspondiente a la proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

6.1.1. PCNR del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue la Pacífica, con 6,44 (IC 95%: 5,91 - 7,00) casos nuevos por 100.000 habitantes y la más baja se presentó en la Caribe con 1,92 (IC 95%: 1,66 - 2,21) (**tabla 5.2**). Por su parte, las entidades territoriales con la estimación más alta fueron Guaviare, Huila y Nariño, con 10,53, 8,10 y 7,81, respectivamente; entre tanto, las más bajas se presentaron en La Guajira con 0,94, Chocó con 1,32 y Magdalena con 1,41. En los departamentos del Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina no se reportaron diagnósticos de este tipo de cáncer durante las fechas del periodo 2022.

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

Tabla 6.2. PCNR estandarizada del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	41	1.486.362	2,76	4,16	2,97 - 5,63
Bogotá, D. C.	474	7.834.167	6,05	5,85	5,33 - 6,40
Caribe	194	11.614.739	1,67	1,92	1,66 - 2,21
Central	715	12.231.314	5,85	5,36	4,97 - 5,77
Oriental	373	9.645.509	3,87	3,85	3,47 - 4,26
Pacífica	556	8.237.407	6,75	6,44	5,91 - 7,00
Nacional	2.353	51.049.498	4,61	4,44	4,26 - 4,62

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



6.1.2. PCNR de cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La proporción de casos nuevos estandarizada para el régimen contributivo fue mayor con respecto a la del subsidiado (**tabla 5.3**). También se reportaron casos nuevos en los otros regímenes de afiliación: 71 en el de excepción, 3 en el especial y 1 en los no afiliados. Al comparar las entidades aseguradoras, las cifras más altas se observaron en la EPS046, la EPS012 y la CCF024, con 18,72, 14,72 y 12,28 casos nuevos por 100.000 afiliados, respectivamente. Por otra parte, las más bajas se estimaron en la EPSI03, EPSI04 y EPSI01 con 0,23, 0,62 y 1,10. Trece entidades no reportaron casos nuevos en el periodo.

Tabla 6.3. PCNR estandarizada del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.364	23.072.303	5,91	5,86	5,55 - 6,18
Subsidiado	914	19.661.731	4,65	4,85	4,54 - 5,17

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

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

³ La PCNR es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

6.1.3. Prevalencia del cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

Bogotá, D. C., es la región del país con la estimación más alta, 35,47 (IC 95%: 34,18 - 36,80) casos prevalentes por 100.000 habitantes, con una diferencia importante con respecto a la región Caribe que presenta la tasa estandarizada más baja con 7,16 (IC 95%: 6,64 - 7,70) casos (**tabla 6.4**). Las entidades territoriales con la mayor prevalencia fueron Norte de Santander, Risaralda y Huila con 57,60, 49,81 y 43,17; en contraste, los departamentos con las cifras más bajas fueron La Guajira, Sucre y Córdoba con 2,89, 4,94 y 6,50 respectivamente. Para el periodo 2022 los departamentos de Guainía y Vichada no informaron casos prevalentes de este tipo de cáncer.

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

Tabla 6.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia, 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	179	1.486.362	12,04	17,93	15,36 - 20,77
Bogotá, D. C.	2.854	7.834.167	36,43	35,47	34,18 - 36,80
Caribe	720	11.614.739	6,20	7,16	6,64 - 7,70
Central	4.483	12.231.314	36,65	33,32	32,35 - 34,31
Oriental	2.846	9.645.509	29,51	29,34	28,28 - 30,44
Pacífica	2.403	8.237.407	29,17	27,59	26,49 - 28,72
Nacional	13.485	51.049.498	26,42	25,28	24,86 - 25,72

¹ Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

6.1.4. Prevalencia del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Para el 2022 el régimen contributivo registró 2,10 veces más casos prevalentes que el subsidiado (**tabla 5.5**). Adicionalmente, se informaron 443 casos en el régimen de excepción, 59 del especial, 2 en los no afiliados y 1.154 de entidades liquidadas. Las estimaciones más altas se observaron en la EPS044, la RES009 y EAS016, con 151,06, 143,15 y 55,68 casos por 100.000 afiliados. Por otra parte, las cifras más bajas se presentaron en la CCF023 con 2,36, la EPS104 con 2,53 y la EPS048 con 2,55. Un total de cinco entidades no reportaron casos en el periodo.

Tabla 6.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	8.006	23.072.303	34,70	34,71	33,95 - 35,48
Subsidiado	3.821	19.661.731	19,43	20,14	19,51 - 20,79

¹ Incluye todos los casos de cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

6.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de estómago según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 7,12 (IC 95%: 6,55 - 7,73) muertes por 100.000 habitantes y la más baja en la región Caribe con 1,89 (IC 95%: 1,63 - 2,17) fallecimientos (**tabla 6.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad fueron Caquetá con 10,75, Huila con 8,46 y Norte de Santander con 8,11; las tasas más bajas se estimaron en Chocó, La Guajira y Magdalena con 0,79, 0,80, 1,13, respectivamente. Los departamentos de Guainía y Vaupés no reportaron defunciones.

👉 Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a visitar **HIGIA**

Tabla 6.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	43	1.486.362	2,89	4,43	3,20 - 5,95
Bogotá, D. C.	569	7.834.167	7,26	7,12	6,55 - 7,73
Caribe	191	11.614.739	1,64	1,89	1,63 - 2,17
Central	841	12.231.314	6,88	6,27	5,86 - 6,71
Oriental	464	9.645.509	4,81	4,78	4,36 - 5,24
Pacífica	548	8.237.407	6,65	6,30	5,78 - 6,85
Nacional	2.656	51.049.498	5,20	4,97	4,78 - 5,16

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de estómago invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



6.1.6. Mortalidad del cáncer de estómago según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo presentó una mortalidad general estandarizada mayor con respecto al del subsidiado (**tabla 5.7**). También, se reportaron 55 fallecimientos en el régimen de excepción, 3 en el especial, 1 en los no afiliados y 39 corresponden a entidades en proceso de liquidación. La mortalidad más alta se observó en las entidades aseguradoras: EPS044, EPS042 y ESS118, con 15,86, 13,43 y 9,98 muertes por 100.000 afiliados; mientras que, las tasas más bajas se estimaron en la EAS027 con 0,59, la CCF023 con 0,64 y la EPSI01 con 0,85 defunciones. Once entidades no reportaron fallecidos para este periodo.

Tabla 6.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.537	23.072.303	6,66	6,67	6,34 - 7,01
Subsidiado	1.021	19.661.731	5,19	5,38	5,06 - 5,72

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de estómago invasivo reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.

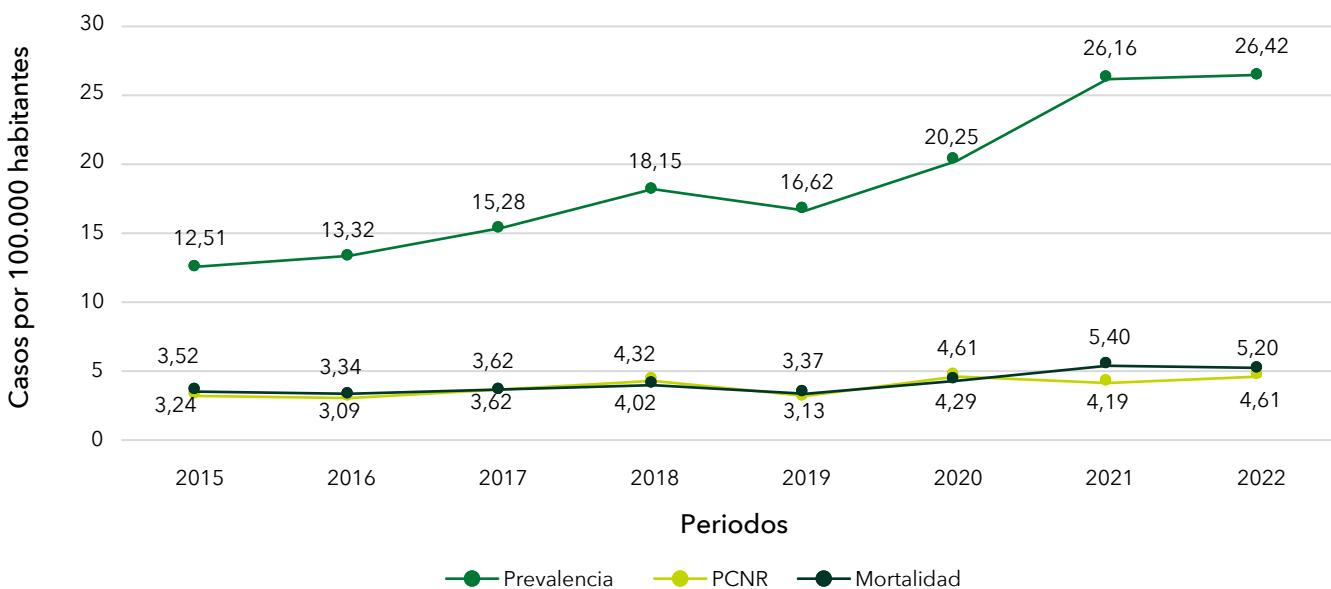
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

6.1.7. Evolución del registro de cáncer de estómago en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 6.1**, las medidas de morbimortalidad en el tiempo han presentado un comportamiento diferente entre periodos. Mientras que, la prevalencia desde el 2020 registra un aumento de más del 20%, en el 2022 su incremento fue tan solo del 0,99%. En el caso de la PCNR y la mortalidad, se observa un cambio en la tendencia del periodo anterior, con un aumento del 9,90% y una disminución del 3,63%, respectivamente.

Figura 6.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos con cáncer de estómago invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

6.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de estómago

6.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de estómago

La **tabla 6.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados en el periodo, de acuerdo con el régimen del aseguramiento. El 60,74% corresponde a casos en los hombres, la mediana de edad fue de 64 años (RIC: 54 - 74); un poco más de la mitad de los CNR estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central o en Bogotá, D. C. Al analizar por los regímenes, a excepción del régimen especial, fueron más frecuentes los casos en los hombres, la mediana de edad más alta se observó en el especial y la más baja en el contributivo. Independiente del régimen del aseguramiento, la región Central se mantuvo con una mayor proporción de casos diagnosticados en el periodo.

Para el 2022, se informó un caso femenino de 63 años, residente en la ciudad de Bogotá, D. C., sin afiliación al sistema de salud.

Tabla 6.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 2.364 (100,00%)
	Contributivo n= 1.370 (57,95%)	Subsidiado n= 916 (38,75%)	Excepción n= 74 (3,13%)	Especial n= 3 (0,13%)	
Sexo					
Femenino	581 (42,41)	316 (34,50)	28 (37,84)	2 (66,67)	928 (39,26)
Masculino	789 (57,59)	600 (65,50)	46 (62,16)	1 (33,33)	1.436 (60,74)
Edad	63 (52 - 73)	66 (55 - 75)	66 (57 - 76)	81 (76 - 81)	64 (54 - 74)
Etnia					
Ninguna	1.362 (99,42)	900 (98,25)	73 (98,65)	3 (100,00)	2.339 (98,94)
Indígena	2 (0,15)	8 (0,87)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,42)
Negro	6 (0,44)	8 (0,87)	1 (1,35)	0 (0,00)	15 (0,63)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	7 (0,51)	33 (3,60)	1 (1,35)	0 (0,00)	41 (1,73)
Bogotá, D. C.	406 (29,64)	55 (6,00)	14 (18,92)	0 (0,00)	476 (20,14)
Caribe	56 (4,09)	134 (14,63)	7 (9,46)	0 (0,00)	197 (8,33)
Central	440 (32,12)	251 (27,40)	24 (32,43)	2 (66,67)	717 (30,33)
Oriental	201 (14,67)	150 (16,38)	24 (32,43)	1 (33,33)	376 (15,91)
Pacífica	260 (18,98)	293 (31,99)	4 (5,41)	0 (0,00)	557 (23,56)

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

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado en la población no afiliada.

6.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de estómago

La **tabla 6.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de este tipo de cáncer según su afiliación al sistema de salud. En el país el 99,53% (n= 2.353) de los CNR fueron tumores invasivos, la estadificación TNM se realizó en el 67,55% (n= 1.597) de estos, siendo una proporción menor a la del periodo anterior (70,33%). Teniendo en cuenta únicamente los que fueron estadificados, la mayor cantidad de casos diagnosticados durante el periodo, fueron detectados en estadios avanzados: estadio IV (52,16%) y estadio III (24,05%).

Entre los regímenes del aseguramiento, la estadificación al momento del diagnóstico fue mayor en el contributivo, siendo superior a la proporción nacional. En cuanto a los diferentes estadios, en todos los regímenes se mantiene un comportamiento similar al país, con una mayor proporción de casos en los estadios III y IV.



Tabla 6.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de estómago reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 2.364 (100,00%)
	Contributivo n= 1.370 (57,95%)	Subsidiado n= 916 (38,75%)	Excepción n= 74 (3,13%)	Especial n= 3 (0,13%)	
Extensión³					
<i>In situ</i>	6 (0,44)	2 (0,22)	3 (4,05)	0 (0,00)	11 (0,47)
Invasivo	1.364 (99,56)	914 (99,78)	71 (95,95)	3 (100,00)	2.353 (99,53)
Estadificación (sí)⁴	978 (71,39)	579 (63,21)	38 (51,35)	1 (33,33)	1.597 (67,55)
Estadio al diagnóstico^{4,5}					
<i>In situ</i>	6 (0,61)	2 (0,35)	3 (7,89)	0 (0,00)	11 (0,69)
I	83 (8,49)	25 (4,32)	3 (7,89)	0 (0,00)	111 (6,95)
II	183 (18,71)	70 (12,09)	5 (13,16)	0 (0,00)	258 (16,16)
III	223 (22,80)	152 (26,25)	8 (21,05)	1 (100,00)	384 (24,05)
IV	483 (49,39)	330 (56,99)	19 (50,00)	0 (0,00)	833 (52,16)

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

² Para los valores totales se tiene en cuenta un caso reportado como población no afiliada.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de estómago que fueron estadificados.

6.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago

Durante el periodo, la terapia sistémica fue administrada en el 46,40% (n= 1.097) de los casos nuevos, siendo el tratamiento más frecuente, seguido por la cirugía realizada en el 32,66% (n= 772). Solo el 8,16% recibieron radioterapia. Además, se identificó que el 38,32% (n= 906) no recibió ningún tipo de tratamiento, porcentaje que aumentó con respecto al periodo anterior (35,84%) y superó la proporción reportada para el cáncer de colon y recto para el 2022.

Al analizar estos casos que no reportaron ningún tratamiento, se estableció que más de la mitad de los casos reportaron estadio al diagnóstico desconocido (50,99%, n= 462) y que el 16,12% (n= 146) fue diagnosticado en los dos meses previos a la fecha de corte.

En la **tabla 6.10** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. Se observó que la indicación de terapia sistémica o de radioterapia se presentó en mayor porcentaje en los estadios III y IV, mientras que la cirugía se practicó en una mayor proporción en el estadio III, seguido por aquellos sin estadificación.

Tabla 6.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de estómago según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tratamiento	Estadio al diagnóstico							Total n (%)
	<i>In situ</i> n (%)	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)		
Terapia sistémica ¹	1 (0,09)	31 (2,83)	154 (14,04)	255 (23,25)	463 (42,21)	193 (17,59)	1.097 (100,00)	
Cirugía	4 (0,52)	83 (10,75)	148 (19,17)	233 (30,18)	123 (15,93)	181 (23,45)	772 (100,00)	
Radioterapia	0 (0,00)	7 (3,63)	31 (16,06)	62 (32,12)	58 (30,05)	35 (18,13)	193 (100,00)	

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

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

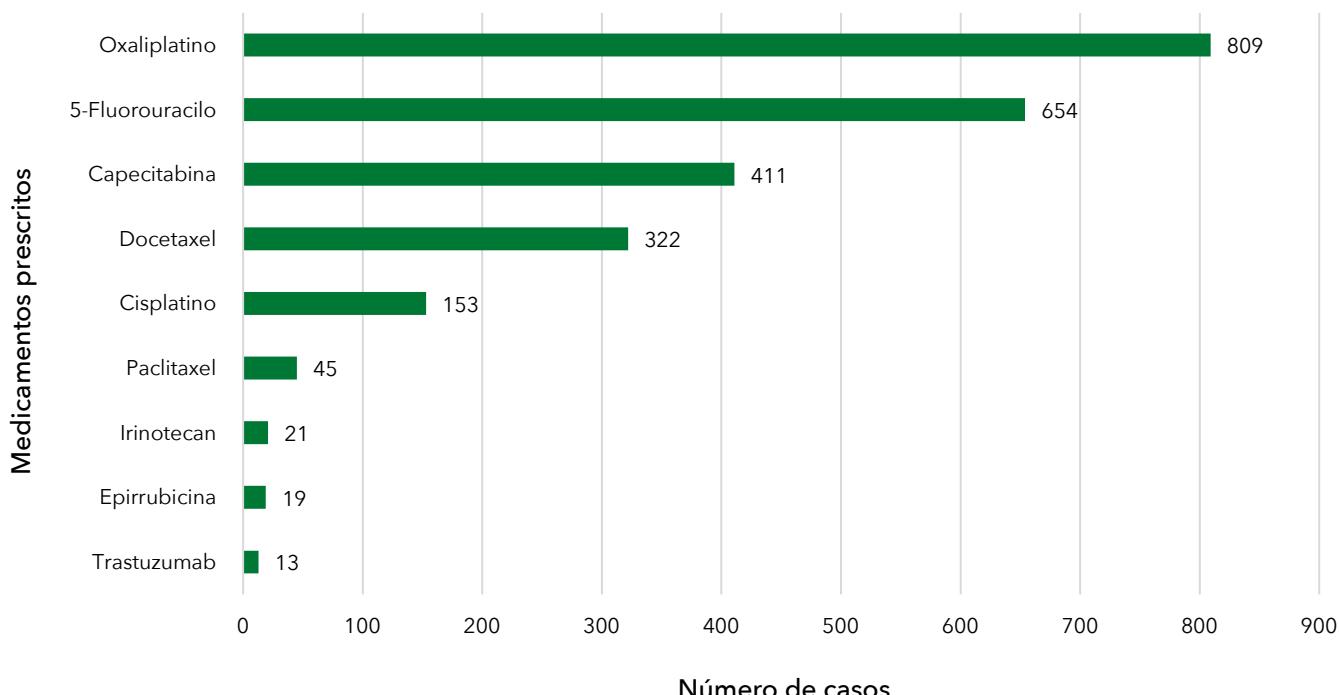
Cáncer de estómago

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

La **figura 6.2** describe los medicamentos prescritos con mayor frecuencia a las personas con nuevo diagnóstico de cáncer de estómago. Los cuatro principios activos citotóxicos más frecuentemente administrados fueron: oxaliplatino, 5-fluorouracilo, capecitabina y docetaxel.

Es importante tener en cuenta que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 6.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo, en todas las edades.

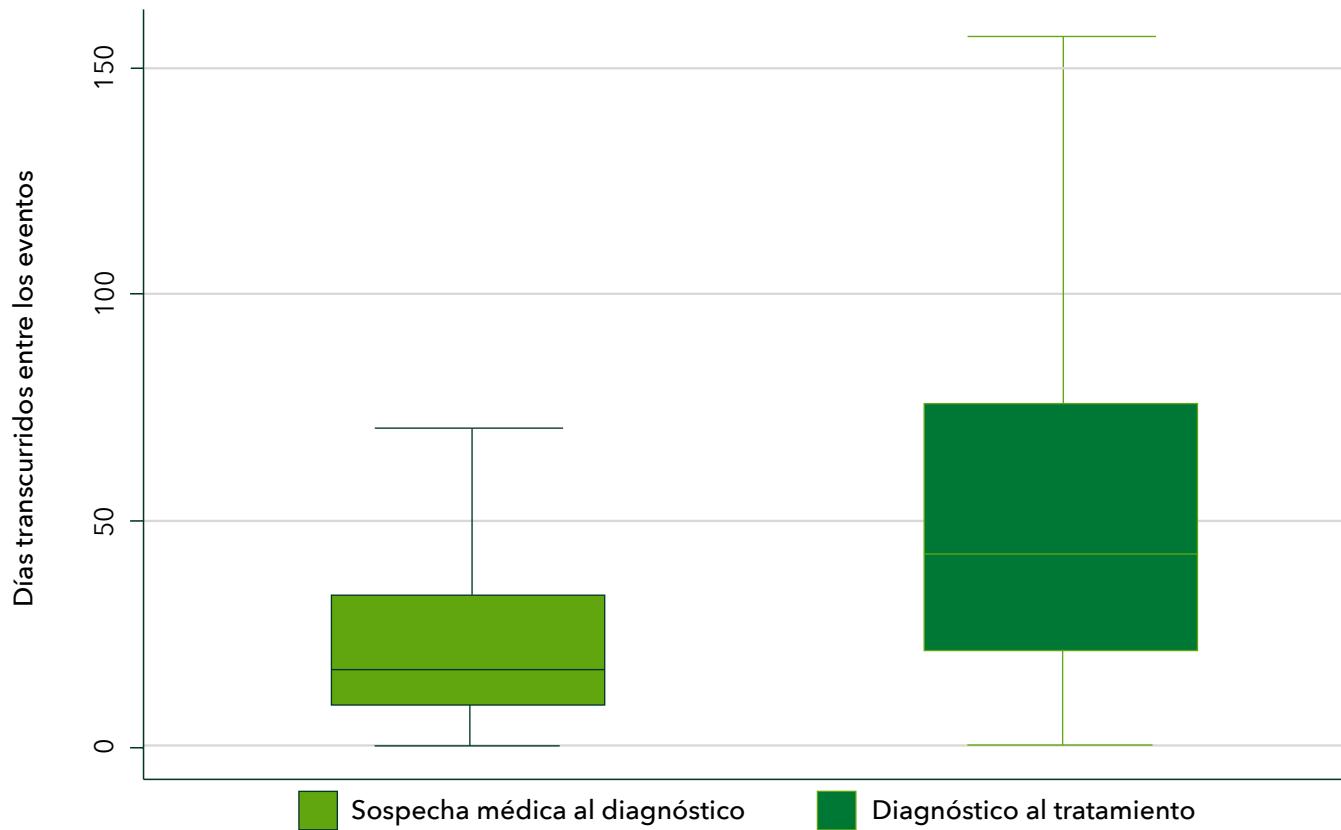
[Descargar figura](#)

6.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de estómago

La operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) fue definida previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 6.3** se observa la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento para este tipo de cáncer en el país. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 17 días (RIC: 8 - 33) y hasta el primer tratamiento fue de 43 días (RIC: 21 - 76). Para este tipo de cáncer se continúa presentando un tiempo importante entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, que requiere ser gestionado, identificando las particularidades en la red de prestadores y los procesos de atención, de tal manera que se pueda aumentar la oportunidad en el acceso de las terapias, y así disminuir las repercusiones negativas en los resultados en salud.



Figura 6.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de estómago en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 28,65 días ($\pm 36,73$) y para el inicio del tratamiento fue de 53,59 días ($\pm 43,82$).

[Descargar figura](#)

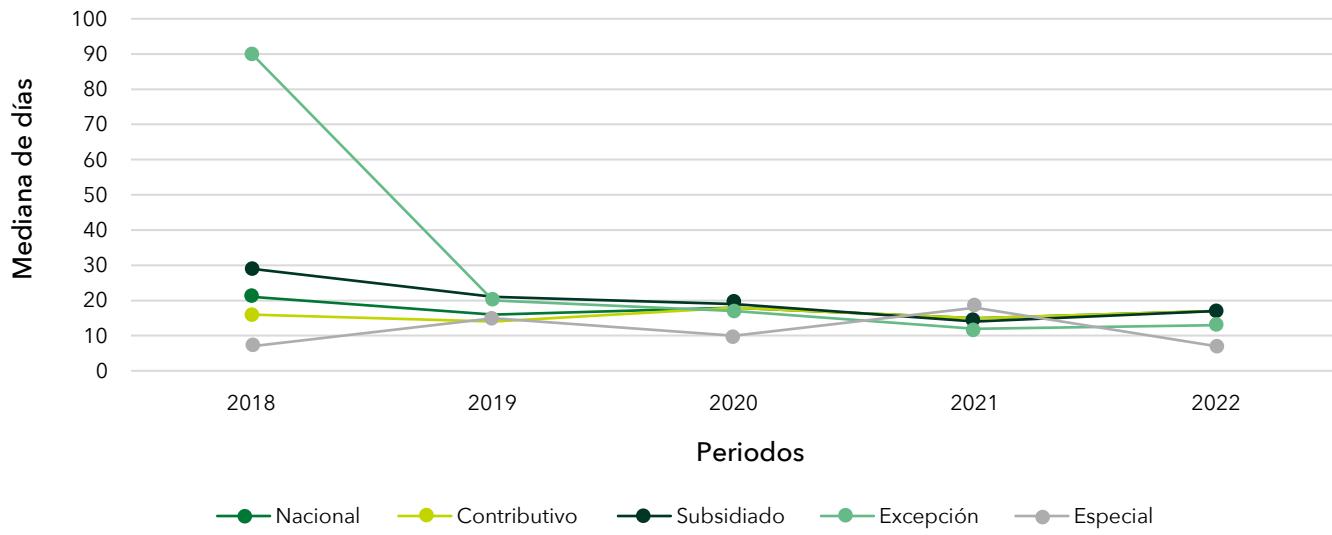
En las **figuras 6.4 y 6.5** se muestran la tendencia en la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento en el país y según el régimen de afiliación en los últimos cinco períodos. Para el 2022, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico en el país aumentó en 2 días con respecto al periodo anterior. Los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción tuvieron una tendencia similar al comportamiento nacional, con un incremento entre 1 y 2 días en la mediana del tiempo de espera (17, 17 y 13 días, respectivamente). Solo los casos reportados por el especial muestran una mejor oportunidad con la reducción del 61% (mediana: 7 días; RIC: 4 - 20) (**figura 6.4**).

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

Cáncer de estómago

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 6.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de estómago en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



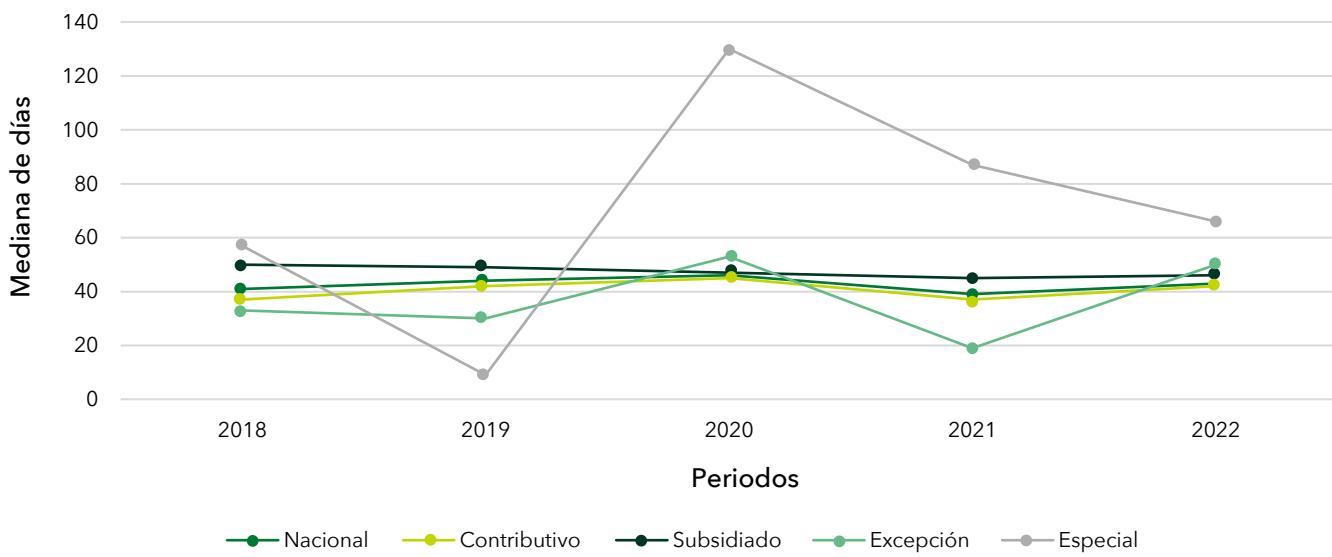
Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 28,65 días ($\pm 36,73$), régimen contributivo: 28,39 días ($\pm 36,03$), subsidiado: 29,24 días ($\pm 37,93$), excepción: 26,45 días ($\pm 35,08$) y especial: 10,34 días ($\pm 8,51$).

[Descargar figura](#)

En comparación con el periodo 2021, la mediana del tiempo de espera hasta el inicio del primer tratamiento aumentó en 4 días. Excepto en el régimen especial, se observa una menor oportunidad para acceder a una terapia en los demás grupos del aseguramiento. El tiempo de espera en el contributivo y el subsidiado ha registrado un comportamiento similar (mediana de 42 y 46 días, respectivamente), mientras que el de excepción reporta los tiempos de espera más prolongados con 66 días (RIC: 25 - 86). Se resalta una tendencia a la reducción en los tiempos de espera en todos los regímenes desde el periodo 2020.

Figura 6.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de estómago en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 53,59 días ($\pm 43,82$), régimen contributivo: 51,82 días ($\pm 42,53$), subsidiado: 57,08 días ($\pm 46,43$), excepción: 53,02 días ($\pm 42,01$) y especial: 59,00 días ($\pm 31,09$).

[Descargar figura](#)



Al comparar el comportamiento de la oportunidad de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento, en los últimos 5 periodos, se observa que a partir del 2020 los tiempos de los regímenes contributivo y subsidiado son muy cercanos a los datos nacionales y que, aunque para el 2021 se evidenció una disminución en estos, para el 2022 la tendencia fue al aumento.

Adicionalmente, al realizar el análisis de la oportunidad según el estadio clínico (**tabla 6.11**), se estableció que el estadio IV, el cual reporta el mayor número de los casos nuevos, presenta el menor tiempo para la confirmación del diagnóstico. En particular para el inicio del tratamiento los tiempos son más cortos a medida que se tiene un estadio más avanzado. Estos resultados confirman la necesidad de reforzar los programas de tamización para la búsqueda de la enfermedad en las personas asintomáticas, así como fortalecer el acceso oportuno al tratamiento entre quienes están en estadios tempranos de la enfermedad cuando las terapias son altamente curativas y de menor costo.

Tabla 6.11. Oportunidad de la atención en cáncer de estómago según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, 2022

Estadio al diagnóstico	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
<i>In situ</i>	31,33 (31,87)	15 (13 - 42)	66,60 (54,93)	56 (38 - 96)
I	40,47 (50,10)	19 (8 - 49)	69,54 (48,98)	62 (31 - 95)
II	27,18 (31,62)	18 (7 - 33)	59,60 (45,07)	50 (28 - 84)
III	31,38 (34,81)	21 (9 - 38)	56,17 (45,08)	48 (20 - 83)
IV	25,94 (36,20)	15 (8 - 31)	43,50 (39,05)	35 (17 - 56)
Desconocido	28,95 (37,40)	17 (9 - 33)	60,87 (44,77)	52 (27 - 85)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

6.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de estómago

La **tabla 6.12** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de cáncer de estómago reportados en el periodo según el régimen del aseguramiento. Para el 2022, el 55,71% fueron registros en hombres, la mediana de la edad fue de 66 años (RIC: 56 - 75) y la mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo (64,94%). En cuanto a la distribución por las regiones, un gran porcentaje residían en la Central (32,10%).

En todos los regímenes la mayor proporción de los casos se presentan en los hombres y la mediana de la edad más alta se observó en el especial. Con respecto a la región de residencia, la mayor concentración de los casos se presenta en la Central para el contributivo, el subsidiado y el de excepción, mientras que, en el especial la mayoría se ubica en Bogotá, D. C. Adicionalmente se reportaron dos casos en la población no afiliada, residentes en Bogotá, D. C.

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

Cáncer de estómago

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 6.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de estómago según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 12.487 (100,00%)
	Contributivo n= 8.109 (64,94%)	Subsidiado n= 3.857 (30,89%)	Excepción n= 460 (3,68%)	Especial n= 59 (0,47%)	
Sexo					
Femenino	3.708 (45,73)	1.620 (42,00)	174 (37,83)	28 (47,46)	5.531 (44,29)
Masculino	4.401 (54,27)	2.237 (58,00)	286 (62,17)	31 (52,54)	6.956 (55,71)
Edad	65 (56 - 75)	67 (57 - 76)	70 (60 - 78)	73 (63 - 81)	66 (56 - 75)
Etnia					
Ninguna	8.039 (99,14)	3.711 (96,21)	448 (97,39)	59 (100,00)	12.259 (98,17)
Indígena	6 (0,07)	100 (2,59)	0 (0,00)	0 (0,00)	106 (0,85)
Negro	62 (0,76)	44 (1,14)	12 (2,61)	0 (0,00)	118 (0,94)
Otra ⁴	2 (0,02)	2 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,03)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	61 (0,75)	102 (2,64)	4 (0,87)	0 (0,00)	167 (1,34)
Bogotá, D. C.	2.317 (28,57)	385 (9,98)	84 (18,26)	29 (49,15)	2.817 (22,56)
Caribe	227 (2,80)	393 (10,19)	54 (11,74)	1 (1,69)	675 (5,41)
Central	2.579 (31,80)	1.249 (32,38)	163 (35,43)	17 (28,81)	4.008 (32,10)
Oriental	1.720 (21,21)	748 (19,39)	108 (23,48)	3 (5,08)	2.579 (20,65)
Pacífica	1.205 (14,86)	980 (25,41)	47 (10,22)	9 (15,25)	2.241 (17,95)

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

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

³ No se incluyen los datos de 1.158 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

6.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago

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

1. Oportunidad de diagnóstico (promedio del tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y el reporte histopatológico).
2. Proporción de pacientes con cáncer gástrico clasificado *in situ*.
3. Proporción de casos nuevos identificados en estadios tempranos.
4. Proporción de pacientes con estadificación por TNM.
5. Oportunidad de tratamiento (promedio del tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento).
6. Oportunidad entre la neoadyuvancia y la cirugía curativa (promedio de días).
7. Oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia (promedio de días).
8. Proporción de pacientes estadio 0 a III sometidos a cirugía como tratamiento curativo indicador.
9. Proporción de pacientes con evaluación por grupo interdisciplinario para definición del tratamiento.
10. Valoración por cuidados paliativos (CNR, estadio invasivo).
11. Calidad de la cirugía.



12. Proporción de pacientes con valoración por nutrición.
13. Proporción de pacientes posquirúrgicos con soporte nutricional.
14. Supervivencia a 2 y 5 años.
15. Tasa de mortalidad general.
16. Mortalidad operatoria.

De acuerdo con la periodicidad del análisis del indicador 14 de supervivencia, este puede ser consultado en el [libro de la situación del cáncer 2019](#). Por otra parte, los resultados del indicador 15 para este tipo de cáncer son abordados al inicio del capítulo, en la sección de morbimortalidad.

ⓘ Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a [HIGIA](#)

En cuanto a los resultados de los indicadores según la región de residencia (**tabla 6.13**), se observó que la mayoría de las regiones presenta un alto cumplimiento en la oportunidad del diagnóstico y entre la cirugía y el inicio de adyuvancia. También se evidencia un buen desempeño en gran parte de las regiones en la detección temprana de los casos nuevos. Para este periodo, no son notorias las diferencias entre las regiones en el indicador de estadificación TNM, así mismo, se mantiene un bajo porcentaje de valoración y seguimiento por nutrición en los pacientes con cáncer de estómago.

Tabla 6.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 3,4%	> 12%	> 90%	< 30 días	≤ 84 días (≤ 12 semanas)	≤ 84 días (≤ 12 semanas)
	30 a < 60 días	1,8 a 3,4%	> 8 a 12%	> 60 a 90%	30 a < 60 días		
Amazonía-Orinoquía	● 32,29	● 0,00	● 10,34	● 70,73	● 55,55	Sin dato	● 64,00
Bogotá, D. C.	● 25,51	● 0,57	● 16,47	● 73,11	● 54,31	● 84,00	● 63,48
Caribe	● 23,23	● 2,13	● 10,87	● 71,57	● 47,93	● 85,33	● 85,59
Central	● 21,95	● 0,40	● 19,05	● 70,57	● 55,88	● 97,44	● 54,25
Oriental	● 24,55	● 1,13	● 13,69	● 70,74	● 62,49	● 79,78	● 61,67
Pacífica	● 20,21	● 0,25	● 16,08	● 71,63	● 46,12	● 113,88	● 69,55
Nacional	● 22,90	● 0,65	● 16,15	● 71,45	● 53,63	● 93,90	● 62,62

Tabla 6.13. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	8.	9.	10.	11.	12.	13.	16.
	> 90%	Por definir	Por definir	Por definir	> 90%	> 90%	≤ 20%
	> 60 a 90%				> 60 a 90%	> 60 a 90%	
Amazonía-Orinoquía	● 42,86	2,44	24,14	55,56	● 29,27	● 44,44	● 0,00
Bogotá, D. C.	● 58,39	12,18	44,22	42,07	● 50,00	● 23,45	● 4,17
Caribe	● 48,78	4,57	28,26	29,55	● 35,53	● 38,64	● 6,25
Central	● 61,31	4,74	47,82	47,60	● 45,47	● 28,38	● 1,07
Oriental	● 47,27	7,45	29,66	40,74	● 38,03	● 21,30	● 0,00
Pacífica	● 58,62	7,72	49,50	33,13	● 46,86	● 35,54	● 5,80
Nacional	● 56,53	7,32	42,61	40,94	● 44,42	● 28,82	● 2,96

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

Cáncer de estómago

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En la **tabla 6.14** se observan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación. Durante el periodo, el de excepción presentó la mayor proporción de casos detectados tempranamente, mientras que en el indicador de estadificación TNM su desempeño fue bajo. Así mismo, en el contributivo también se registró un alto porcentaje de casos detectados tempranamente.

Por otra parte, en el indicador de oportunidad entre la cirugía y el inicio de adyuvancia, así como en la proporción de casos con valoración por nutrición se registró un desempeño bajo en todos los regímenes.

Tabla 6.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según el régimen de aseguramiento, Colombia 2022

Régimen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	< 30 días	> 3,4%	> 12%	> 90%	< 30 días	≤ 84 días (≤ 12 semanas)	≤ 84 días (≤ 12 semanas)
	30 a < 60 días	1,8 a 3,4%	> 8 a 12%	> 60 a 90%	30 a < 60 días		
	≥ 60 días	< 1,8%	≤ 8%	≤ 60%	≥ 60 días	> 84 días (> 12 semanas)	> 84 días (> 12 semanas)
Contributivo	● 22,88	● 0,58	● 18,68	● 75,84	● 51,82	● 93,05	● 60,08
Subsidiado	● 23,71	● 0,33	● 11,42	● 66,16	● 57,20	● 95,41	● 68,26
Excepción	● 14,00	● 7,14	● 23,08	● 56,76	● 53,03	● 133,00	● 50,80
Especial	● 10,33	● 0,00	● 0,00	● 33,33	● 59,00	Sin dato	Sin dato
No afiliado	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 100,00	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Nacional	● 22,90	● 0,65	● 16,15	● 71,45	● 53,63	● 93,90	● 62,62

Tabla 6.14. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de estómago según el régimen de aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	8.	9.	10.	11.	12.	13.	16.
	> 90%	Por definir	Por definir	Por definir	> 90%	> 90%	≤ 20%
	> 60 a 90%				> 60 a 90%	> 60 a 90%	
	≤ 60%				≤ 60%	≤ 60%	> 20%
Contributivo	● 58,50	9,64	45,30	43,17	● 50,00	● 30,15	● 1,81
Subsidiado	● 52,02	4,15	39,07	34,26	● 37,66	● 27,31	● 5,81
Excepción	● 55,56	4,05	25,64	57,14	● 27,03	● 19,05	● 0,00
Especial	● 100,00	0,00	0,00	66,67	● 0,00	● 0,00	● 0,00
No afiliado	Sin dato	0,00	100,00	Sin dato	● 0,00	Sin dato	Sin dato
Nacional	● 56,53	7,32	42,61	40,94	● 44,42	● 28,82	● 2,96

Referencias

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con cáncer gástrico y cáncer de colon y recto en Colombia [en línea]. 2017. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/consenso-basado-en-evidencia-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-cancer-gastri-co-y-cancer-de-colon-y-recto-en-colombia/>



Cáncer de pulmón

CIE10: C33-C34; D02.1-D02.2; CIE-O-3: C33-C34



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

Morbimortalidad del cáncer de pulmón

Se notificaron **1.243**

casos nuevos invasivos,

lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 2 casos nuevos (IC 95%: 2,2 - 2,5) por 100.000 habitantes.



Se registraron 1.412 muertes entre las personas con cáncer invasivo, lo que representa una mortalidad general estandarizada de 3 fallecimientos (IC 95%: 2,5 - 2,8) por 100.000 habitantes.

Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón

La mediana de la edad fue de

69 años (RIC: 62 - 76).



El 74,2% de los casos fue diagnosticado en estadio IV.



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 27 días (RIC: 13 - 47) y hasta el primer tratamiento de 39 días (RIC: 19 - 68).

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

En el país y en la mayoría de las regiones, **no se alcanzaron**

las metas de los indicadores

relacionados con la estadificación de los casos nuevos y la detección temprana.

Resumen

Capítulo 7. Cáncer de pulmón



En el país, la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento fue, en promedio, de 40,2 y 50,0 días, respectivamente, con un cumplimiento medio de la meta. En los regímenes contributivo y subsidiado se registró un comportamiento similar.

[Descargar figura](#)



7. Cáncer de pulmón

CIE10: C33-C34; D02.1-D02.2; CIE-O-3: C33-C34

7.1. Morbimortalidad del cáncer de pulmón

Entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el de pulmón ocupó el séptimo lugar y representó el 2,66% del total de los casos nuevos reportados (CNR). Para el año 2022, se informaron 4.954 registros en total, de los cuales el 25,13% (n= 1.245) fueron diagnosticados en el periodo. Con respecto a la mortalidad, para el 2022 se registraron 1.417 muertes por todas las causas.

Las medidas de morbimortalidad fueron estimadas incluyendo únicamente los casos invasivos (**tabla 7.1**).

Tabla 7.1. Medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Indicador	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	1.243	2,43	2,31	2,19 - 2,45
Prevalencia	4.921	9,64	9,16	8,91 - 9,42
Mortalidad ⁵	1.412	2,77	2,61	2,48 - 2,75

¹ Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por 100.000 habitantes.

³ Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

7.1.1. PCNR de cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada de cáncer de pulmón más elevada fue la Central con 3,97 (IC 95%: 3,65 - 4,32) casos nuevos por 100.000 habitantes y la más baja se observó en la región de la Amazonía-Orinoquía con 0,56 (IC 95%: 0,20 - 1,21) casos nuevos (**tabla 7.2**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor PCNR fueron Antioquia (6,05), Bolívar (3,12) y Córdoba (3,10), mientras que las más bajas se observaron en Caquetá (0,34), Tolima (0,57) y Putumayo (0,76). Seis departamentos no reportaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 7.2. PCNR estandarizada del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizadas ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	6	1.486.362	0,40	0,56	0,20 - 1,21
Bogotá, D. C.	164	7.834.167	2,09	2,06	1,76 - 2,41
Caribe	218	11.614.739	1,88	2,20	1,92 - 2,51
Central	544	12.231.314	4,45	3,97	3,65 - 4,32
Oriental	119	9.645.509	1,23	1,23	1,02 - 1,47
Pacífica	192	8.237.407	2,33	2,17	1,87 - 2,50
Nacional	1.243	51.049.498	2,43	2,31	2,19 - 2,45

¹ Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

Cáncer de pulmón

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.1.2. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada de cáncer de pulmón fue significativamente mayor en el régimen contributivo con respecto al subsidiado (**tabla 7.3**). En el régimen de excepción se informaron 58 casos nuevos y en el especial siete. Al comparar las entidades aseguradoras, la PCNR más alta se observó en la RES009, la RES012 y la EPS010, con 21,53, 20,46 y 9,34 casos nuevos por 100.000 afiliados, respectivamente. Por el contrario, las más bajas se estimaron en la EPS008, la EPS03 y la EPS045 con 0,26, 0,27 y 0,58 casos nuevos. Once entidades no reportaron casos nuevos en el periodo.

Tabla 7.3. PCNR de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	760	23.072.303	3,29	3,34	3,10 - 3,58
Subsidiado	418	19.661.731	2,13	2,19	1,99 - 2,41

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA y la reportada por las entidades de los regímenes de excepción y especial, con corte al 30 de junio de 2021.

³ La PCNR es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

7.1.3. Prevalencia del cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La región del país con la prevalencia estandarizada más alta de cáncer de pulmón fue la Central con 14,58 (IC 95%: 13,94 - 15,23) casos por 100.000 habitantes, seguida de Bogotá, D. C., con 11,39 (IC 95%: 10,66 - 12,16) casos. Por el contrario, la más baja se observó en la región de la Amazonía-Orinoquía con 3,46 (IC 95%: 2,40 - 5,81) casos por 100.000 habitantes (**tabla 7.4**). Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron Antioquia (21,78), Bogotá, D. C., (11,39), y Valle del Cauca (11,05); en cambio, Guaviare, Arauca y Boyacá tuvieron las más bajas. Tres departamentos (Guainía, Vaupés y Vichada) no reportaron casos en el periodo.

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

Tabla 7.4. Prevalencia estandarizada del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	35	1.486.362	2,35	3,46	2,40 - 4,81
Bogotá, D. C.	905	7.834.167	11,55	11,39	10,66 - 12,16
Caribe	753	11.614.739	6,48	7,60	7,07 - 8,16
Central	1.989	12.231.314	16,26	14,58	13,94 - 15,23
Oriental	516	9.645.509	5,35	5,33	4,88 - 5,81
Pacífica	723	8.237.407	8,78	8,22	7,63 - 8,85
Nacional	4.921	51.049.498	9,64	9,16	8,91 - 9,42

¹ Incluye todos los casos de cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



7.1.4. Prevalencia del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada del cáncer de pulmón para el régimen contributivo duplicó la del subsidiado (**tabla 7.5**). Se reportaron 260 casos en el régimen de excepción, 39 en el especial y 2 en la población no afiliada. El restante de los casos corresponde a las entidades liquidadas en los años anteriores, en los que no se cuenta con información del aseguramiento vigente (n= 232). Al analizar por las entidades aseguradoras, las estimaciones más altas se observaron en las EAPB RES011, EPS010 y EAS016, con 32,48, 30,72 y 27,83 casos por 100.000 afiliados, respectivamente. Por el contrario, la ESS091, la EPSI03 y la EPSI04 fueron las aseguradoras con las medidas más bajas, con 0,84, 1,88 y 2,35 casos, respectivamente. Cuatro EAPB no reportaron casos en el periodo.

Tabla 7.5. Prevalencia estandarizada del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	3.156	23.072.303	13,68	13,87	13,39 - 14,36
Subsidiado	1.232	19.661.731	6,27	6,48	6,12 - 6,85

¹ Incluye todos los casos de cáncer del pulmón invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA y la reportada por las entidades de los regímenes de excepción y especial, con corte al 30 de junio de 2021.

³ La prevalencia es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

7.1.5. Mortalidad en las personas con cáncer de pulmón según la región y la entidad territorial

La región Central, con 4,33 (IC 95%: 3,99 - 4,69) muertes por 100.000 habitantes, tuvo la mortalidad general estandarizada más alta mientras que la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 1,06 (IC 95%: 0,50 - 1,91) fallecidos (**tabla 7.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad fueron Antioquia (6,33), San Andrés (3,50) y Risaralda (3,23); entre tanto, las más bajas se estimaron en Putumayo (0,32), Boyacá (0,94) y Meta (0,99). Los departamentos de Arauca, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no reportaron defunciones durante el periodo.

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

Tabla 7.6. Mortalidad general estandarizada del cáncer de pulmón según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	10	1.486.362	0,67	1,06	0,50 - 1,91
Bogotá, D. C.	225	7.834.167	2,87	2,84	2,48 - 3,23
Caribe	244	11.614.739	2,10	2,47	2,17 - 2,80
Central	593	12.231.314	4,85	4,33	3,99 - 4,69
Oriental	134	9.645.509	1,39	1,38	1,16 - 1,64
Pacífica	206	8.237.407	2,50	2,33	2,02 - 2,67
Nacional	1.412	51.049.498	2,77	2,61	2,48 - 2,75

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de pulmón invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Cáncer de pulmón

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7.1.6. Mortalidad del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada más alta se registró en el régimen contributivo (**tabla 7.7**). En los regímenes de excepción y especial se informaron 36 y 5 defunciones, respectivamente. Catorce fallecimientos adicionales corresponden a las entidades liquidadas en los años previos, en los que no se cuenta con datos vigentes de la afiliación en el periodo.

Al analizar por las entidades aseguradoras, la mortalidad más alta se observó en la EPS042, la RES011 y la EPS010, con 16,58, 9,15 y 8,38 muertes por 100.000 afiliados, respectivamente. La mortalidad más baja se presentó en la ESS091, la EPS022 y la EPS103 con 0,27, 0,59 y 0,78 defunciones. Diez entidades no reportaron fallecidos para este periodo.

Tabla 7.7. Mortalidad general estandarizada del cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	861	23.072.303	3,73	3,81	3,56 - 4,07
Subsidiado	496	19.661.731	2,52	2,60	2,38 - 2,84

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con cáncer de pulmón invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población de la BDUA y la reportada por las entidades de los regímenes de excepción y especial, con corte al 30 de junio de 2021

³ La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.

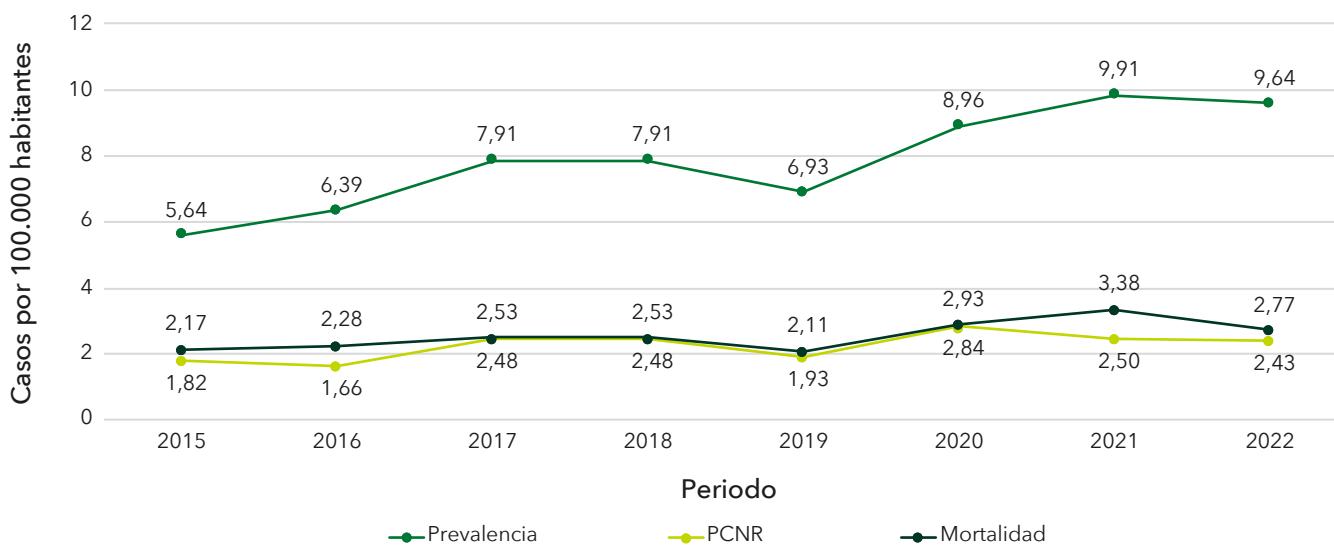
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

7.1.7. Evolución del registro de cáncer de pulmón en el aseguramiento en Colombia

En la **figura 7.1** se presenta la tendencia de la morbitmortalidad del cáncer de pulmón en los últimos ocho periodos. En el 2022 se visualizó un decremento en las tres medidas de morbitmortalidad. Se observó una reducción del 2,60% en la PCNR y del 2,73% en la prevalencia; la mayor disminución se presentó en la mortalidad con el 18,17%.

Figura 7.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos con cáncer de pulmón invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



7.2. Caracterización de los casos nuevos de cáncer de pulmón

7.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de cáncer de pulmón

La **tabla 7.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados en el periodo, de acuerdo con el régimen del aseguramiento. La mediana de la edad fue de 69 años (RIC: 62 - 76), el 51,41% de los casos se presentaron en los hombres y la región de residencia con la mayor proporción de casos fue la Central.

Al hacer el análisis según el régimen, la mayoría de los casos nuevos estaban afiliados al contributivo, que también presentó la mediana de edad más alta en comparación con el subsidiado y el de excepción. Adicionalmente, en el régimen especial se reportaron siete casos nuevos en el periodo, de los cuales, el 85,71% eran mujeres y el 42,86% se presentaron en la región Central.

Tabla 7.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 1.245 (100,00)
	Contributivo n= 761 (61,12)	Subsidiado n= 419 (33,65)	Excepción n= 58 (4,66)	
Sexo				
Femenino	390 (51,25)	177 (42,24)	32 (55,17)	605 (48,59)
Masculino	371 (48,75)	242 (57,76)	26 (44,83)	640 (51,41)
Edad	70 (62 - 77)	68 (61 - 76)	68,50 (63 - 75)	69 (62 - 76)
Etnia				
Ninguna	753 (98,95)	412 (98,33)	51 (87,93)	1.223 (98,23)
Indígena	0 (0,00)	4 (0,95)	0 (0,00)	4 (0,32)
Negro	8 (1,05)	1 (0,24)	7 (12,07)	16 (1,29)
Otra ³	0 (0,00)	2 (0,48)	0 (0,00)	2 (0,16)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	2 (0,26)	4 (0,95)	0 (0,00)	6 (0,48)
Bogotá, D. C.	148 (19,45)	9 (2,15)	7 (12,07)	164 (13,17)
Caribe	68 (8,94)	139 (33,17)	10 (17,24)	218 (17,51)
Central	382 (50,20)	140 (33,41)	21 (36,21)	546 (43,86)
Oriental	62 (8,15)	42 (10,02)	14 (24,14)	119 (9,56)
Pacífica	99 (13,01)	85 (20,29)	6 (10,34)	192 (15,42)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos reportados correspondientes a población del régimen especial.

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

7.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de cáncer de pulmón

La **tabla 7.9** describe las características clínicas de los casos nuevos de cáncer de pulmón según su afiliación al sistema de salud. El porcentaje de los eventos invasivos, determinada por el código CIE-10, fue superior al 99%, con un comportamiento similar en todos los regímenes. En el ámbito nacional, la estadificación TNM se realizó en el 83,61% (n= 1.041) de los CNR; este porcentaje fue superior en el régimen de excepción, siendo mayor al reportado en el ámbito nacional.

Teniendo en cuenta únicamente los registros estadificados, en el país, el 74,16% de los CNR se clasificaron en el estadio IV y este comportamiento fue similar en todos los regímenes. De acuerdo con los estadios clínicos, la mediana de la edad fue menor en los eventos diagnosticados *in situ* (57 años). Entre los casos del régimen especial, cuatro de ellos se diagnosticaron en estadio IV, dos en estadio II y el restante en estadio I.

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

Cáncer de pulmón

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 7.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de cáncer de pulmón reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 1.245 (100,00%)
	Contributivo n= 761 (61,12%)	Subsidiado n= 419 (33,65%)	Excepción n= 58 (4,66%)	
Extensión³				
<i>In situ</i>	1 (0,13)	1 (0,24)	0 (0,00)	2 (0,16)
Invasivo	760 (99,87)	418 (99,76)	58 (100,00)	1.243 (99,84)
Estadificación (sí)⁴	653 (85,81)	328 (78,28)	53 (91,38)	1.041 (83,61)
Estadio al diagnóstico^{4,5}				
<i>In situ</i>	1 (0,15)	1 (0,30)	0 (0,00)	2 (0,19)
I	43 (6,58)	10 (3,05)	4 (7,55)	58 (5,57)
II	24 (3,68)	10 (3,05)	1 (1,89)	37 (3,55)
III	113 (17,30)	48 (14,63)	11 (20,75)	172 (16,52)
IV	472 (72,28)	259 (78,96)	37 (69,81)	772 (74,16)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta siete casos reportados correspondientes a población del régimen especial.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón que fueron estadificados.

7.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón

Durante el periodo, la terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente, ya que se administró al 45,46% (n= 566) de los casos nuevos. En segundo y tercer lugar se ubicaron la radioterapia en el 22,25% (n= 277) y la cirugía en el 17,11% (n= 213), respectivamente. Por su parte, el 37,59% (n= 468) de los CNR no recibió ningún tipo de tratamiento. De estos casos, el 16,45% (n= 77) fueron diagnosticados cerca a la fecha del corte, el 55% (n= 256) fallecieron durante el periodo y el 5% (n= 21) estaban en cuidados paliativos.

En la **tabla 7.10** se presenta el manejo terapéutico administrado en los CNR según el estadio clínico al diagnóstico. Entre los casos que recibieron terapia sistémica, el 89,05% fueron diagnosticados en etapas avanzadas. Con respecto a los casos intervenidos quirúrgicamente, la mayoría correspondió a casos en estadio IV (49,30%). De estos, el 49,52% correspondió a procedimientos que comúnmente son realizados con fines diagnósticos, o para el manejo, tanto paliativo, como de enfermedad oligo-residual o de oligo-persistencia. Adicionalmente, se observa que la administración de radioterapia en los CNR presentó una distribución similar, en relación con el estadio, en comparación con el uso de la terapia sistémica.

Tabla 7.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de cáncer de pulmón según el estadio clínico, Colombia 2022

Tratamiento	Estadio al diagnóstico ¹						Total n (%)
	<i>In situ</i> n (%)	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)	
Terapia sistémica ²	1 (0,18)	11 (1,94)	18 (3,18)	91 (16,08)	413 (72,97)	32 (5,65)	566 (100,00)
Cirugía	2 (0,94)	35 (16,43)	13 (6,10)	30 (14,08)	105 (49,30)	28 (13,15)	213 (100,00)
Radioterapia	0 (0,00)	3 (1,08)	5 (1,81)	33 (11,91)	218 (78,70)	18 (6,50)	277 (100,00)

¹ Incluye todos los casos nuevos de cáncer de pulmón que fueron reportados a la CAC durante el periodo.

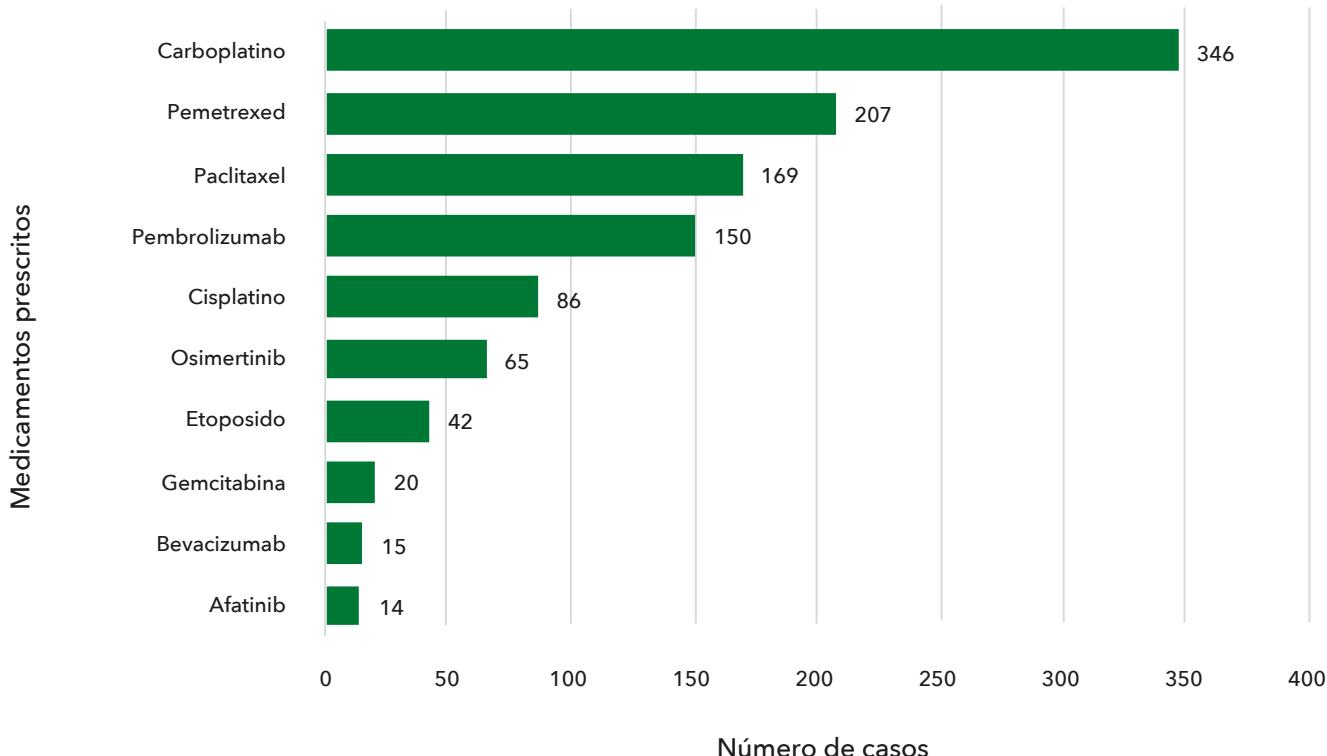
² En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.



La **figura 7.2** describe los medicamentos administrados con mayor frecuencia en los casos nuevos. Los principios activos de mayor uso fueron el carboplatino, seguido del pemetrexed y el paclitaxel.

Es importante tener en cuenta que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas, sin que se considere el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 7.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



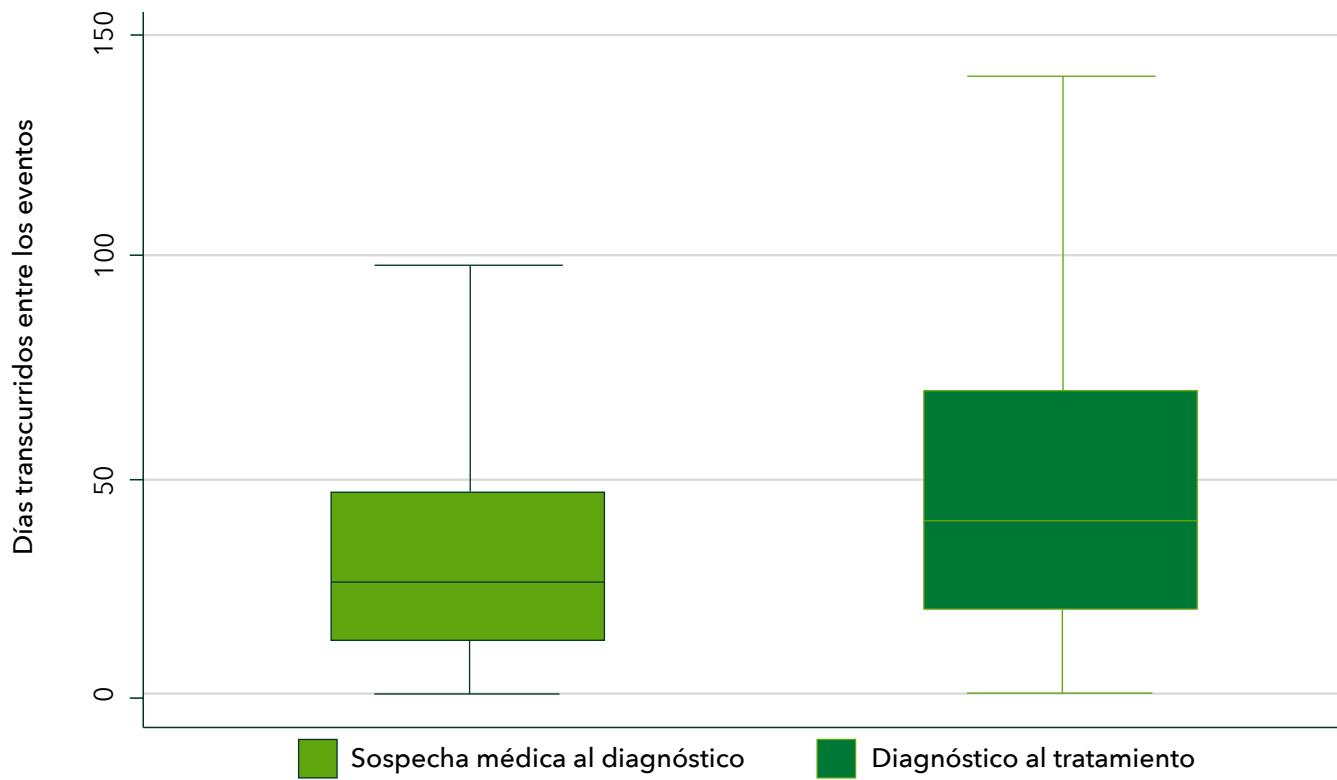
Incluye cáncer *in situ* e invasivo, en todas las edades.

[Descargar figura](#)

7.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de cáncer de pulmón

La operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) se definió previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 7.3** se muestra la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento de los casos nuevos en el ámbito nacional. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 27 días (RIC: 13 - 47) y hasta el primer tratamiento fue de 39 días (RIC: 19 - 68). Lo anterior sugiere que aún se presenta una brecha importante entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Es importante que las entidades identifiquen las particularidades en su red de prestadores y los procesos de atención para disminuir esta fuente de variabilidad que puede tener repercusiones negativas en los resultados en salud, especialmente en la supervivencia.

Figura 7.3. Oportunidad de la atención de los casos nuevos de cáncer de pulmón en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

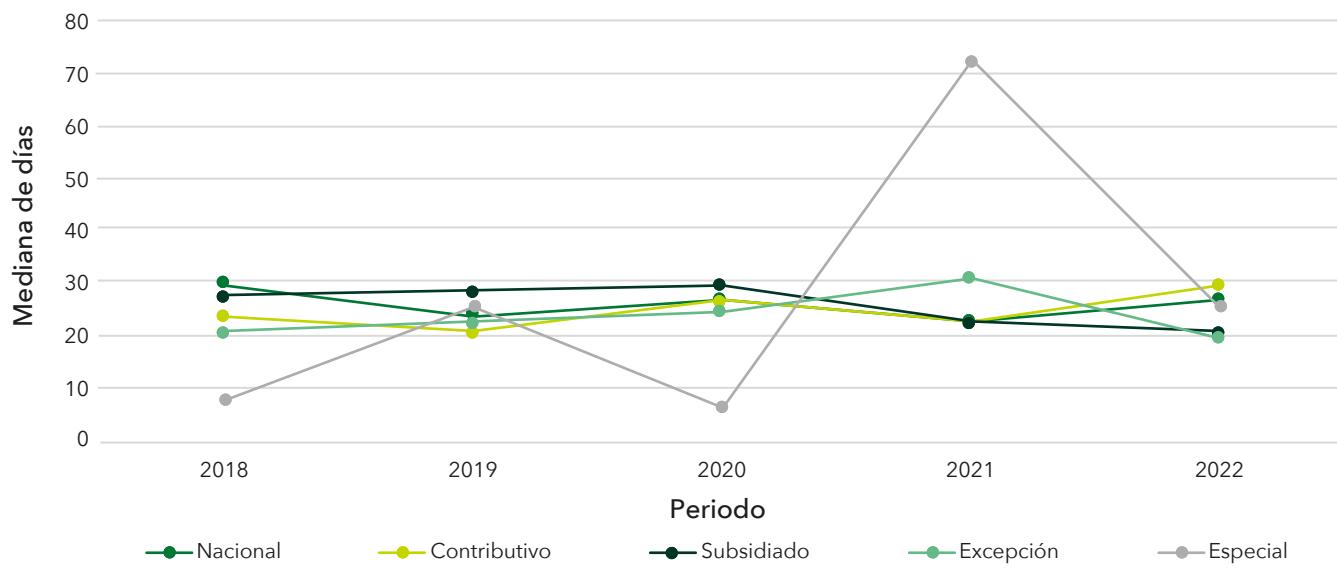
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 40,20 días ($\pm 46,33$) y para el inicio del tratamiento fue de 49,99 días ($\pm 44,97$).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 7.4 y 7.5** se visualizan la tendencia de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos 5 períodos. En el ámbito nacional, para el 2022 se observa un incremento en la mediana del tiempo de espera de 4 días con respecto al periodo anterior. Según el régimen, para el 2022 se registran los mayores tiempos de espera en el contributivo con respecto al 2021, por el contrario, en el régimen especial se obtuvo una mejor oportunidad para el diagnóstico pasando de 73 a 26 días (**figura 7.4**).



Figura 7.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



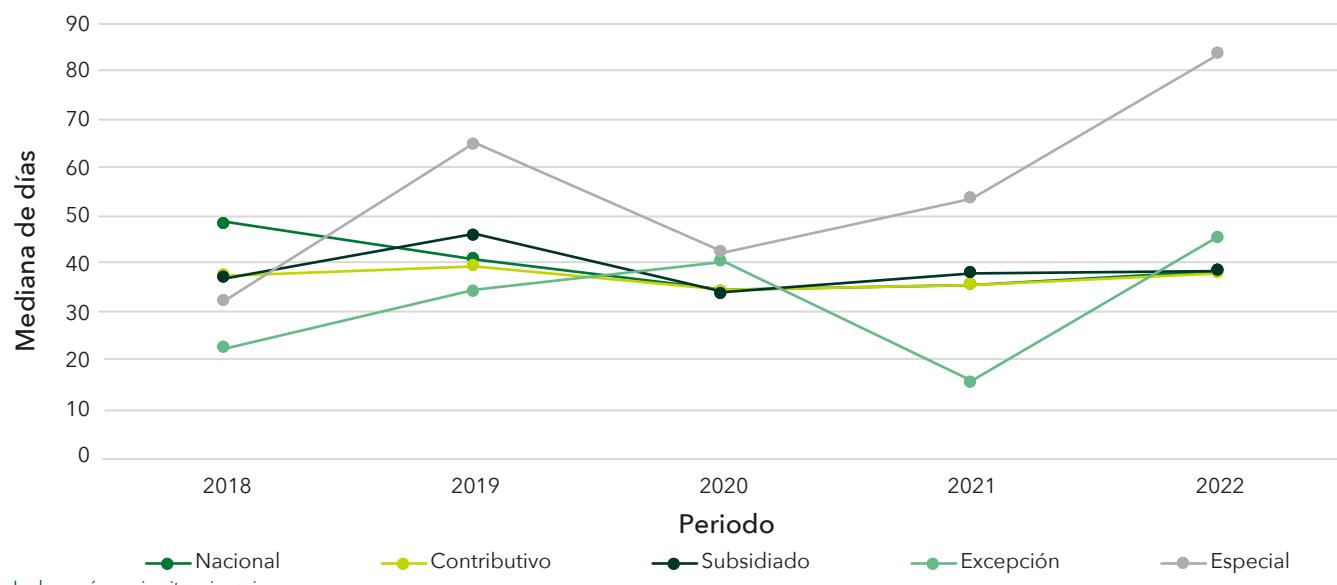
Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 40,20 días ($\pm 46,33$), régimen contributivo: 41,73 días ($\pm 45,55$), subsidiado: 37,64 días ($\pm 49,03$), excepción: 35,05 días ($\pm 34,57$) y especial: 51,57 días ($\pm 43,37$).

[Descargar figura](#)

Por otro lado, la **figura 7.5** presenta la tendencia en la oportunidad del tratamiento en el ámbito nacional y en los regímenes de afiliación. En el 2022, se observó un aumento en los tiempos de espera para el inicio del tratamiento tanto en el país como en la mayoría de los grupos del aseguramiento. Los incrementos más significativos se presentaron en los regímenes especial y de excepción. En el subsidiado, por el contrario, no se registró variación alguna en la mediana del tiempo para el inicio del tratamiento.

Figura 7.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de pulmón en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 49,99 días ($\pm 44,97$), régimen contributivo: 47,40 días ($\pm 40,81$), subsidiado: 51,52 días ($\pm 49,09$), excepción: 66,33 días ($\pm 65,59$) y especial: 66,66 días ($\pm 30,89$).

[Descargar figura](#)

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

Cáncer de pulmón

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En cuanto a la oportunidad de la atención en las personas con cáncer de pulmón según el estadio clínico (**tabla 7.11**), los tiempos de espera más cortos para el diagnóstico se observaron en los estadios III y IV; por el contrario, para el inicio del tratamiento, se presentaron en los casos *in situ* y en el estadio I.

Tabla 7.11. Oportunidad de la atención en cáncer de pulmón según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio al diagnóstico	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
<i>In situ</i> ¹	206,00 (***)	206 (206 - 206)	46,00 (***)	46 (46 - 46)
Estadio I	58,13 (58,90)	36 (22 - 72)	66,50 (72,38)	48 (13 - 89)
Estadio II	66,85 (73,47)	34 (19 - 91)	81,58 (65,30)	74 (28 - 125)
Estadio III	54,03 (62,67)	30 (15 - 65)	63,69 (44,94)	57 (34 - 78)
Estadio IV	34,58 (38,11)	23 (12 - 41)	44,85 (39,79)	35 (17 - 61)

¹ No se muestran las desviaciones estándar debido al número de casos (n= 2).

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

7.3. Caracterización de los casos prevalentes de cáncer de pulmón

La **tabla 7.12** presenta las características demográficas de los casos prevalentes de cáncer de pulmón reportados en el periodo (incluyendo a los tumores *in situ* e invasivos), comparado por el régimen de aseguramiento. La mediana de la edad fue de 69 años (RIC: 61 - 77), la mayoría de los casos estaban afiliados al régimen contributivo (67,33%) y residían en la región Central (40,81%) y en Bogotá, D. C., (18,83%).

De acuerdo con el régimen del aseguramiento, la mediana de edad más alta se observó en el especial (77 años) y la más baja en el subsidiado (68 años). La distribución según la región de residencia muestra que, en los regímenes contributivo y especial, la mayoría de los casos residían en la región Central y en Bogotá, D. C.; por el contrario, en el subsidiado y el de excepción, el mayor número de afiliados se concentró en las regiones Central y Caribe.

Tabla 7.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 4.720 (100,00)
	Contributivo n= 3.178 (67,33)	Subsidiado n= 1.236 (26,19)	Excepción n= 263 (5,57)	Especial n= 41 (0,87)	
Sexo					
Femenino	1.829 (57,55)	604 (48,87)	156 (59,32)	28 (68,29)	2.618 (55,47)
Masculino	1.349 (42,45)	632 (51,13)	107 (40,68)	13 (31,71)	2.102 (44,53)
Edad	70 (61 - 77)	68 (61 - 75)	71 (64 - 77)	77 (72 - 83)	69 (61 - 77)
Etnia					
Ninguna	3.145 (98,96)	1.196 (96,76)	255 (96,96)	41 (100,00)	4.639 (98,28)
Indígena	3 (0,09)	19 (1,54)	0 (0,00)	0 (0,00)	22 (0,47)
Negro	28 (0,88)	19 (1,54)	8 (3,04)	0 (0,00)	55 (1,17)
Otra ⁴	2 (0,06)	2 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,08)



Tabla 7.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 4.720 (100,00)
	Contributivo n= 3.178 (67,33)	Subsidiado n= 1.236 (26,19)	Excepción n= 263 (5,57)	Especial n= 41 (0,87)	
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	9 (0,28)	23 (1,86)	1 (0,38)	0 (0,00)	33 (0,70)
Bogotá, D. C.	789 (24,83)	52 (4,21)	35 (13,31)	13 (31,71)	889 (18,83)
Caribe	234 (7,36)	384 (31,07)	80 (30,42)	2 (4,88)	700 (14,83)
Central	1.399 (44,02)	428 (34,63)	81 (30,80)	17 (41,46)	1.926 (40,81)
Oriental	308 (9,69)	141 (11,41)	45 (17,11)	4 (9,76)	499 (10,57)
Pacífica	439 (13,81)	208 (16,83)	21 (7,98)	5 (12,20)	673 (14,26)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

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

³ No se incluyeron los datos de 234 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

7.4. Indicadores de la gestión del riesgo en cáncer de pulmón

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en las personas con cáncer de pulmón en Colombia (1).

1. Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la consulta general o nota de remisión o interconsulta o por sospecha clínica o paraclínica hasta el diagnóstico de cáncer de pulmón).
2. Proporción de pacientes con estudio morfológico e inmunológico completo (estudio en biopsia de pulmón).
3. Proporción de personas con cáncer de pulmón de célula no pequeña subtipo histológico adenocarcinoma en estadio IIIB y IV en quienes se realizó el biomarcador EGFR.
4. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón diagnosticados en estadios tempranos (IA-IIB, IIA-IIIB).
- 5.1. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón en quienes se realizó estadificación TNM previo al inicio del tratamiento, CNR.
- 6.1. Proporción de los pacientes en estadios tempranos (I-II) llevados a cirugía con intención curativa en quienes se realizó el estudio de función pulmonar y riesgo cardiovascular, CNR.
- 6.2. Proporción de los pacientes en estadios tempranos (I-II) llevados a cirugía con intención curativa en quienes se realizó el estudio de función pulmonar y riesgo cardiovascular, prevalentes.
7. Oportunidad de tratamiento (promedio de días entre el diagnóstico y el primer tratamiento).
8. Proporción de pacientes en estadios tempranos (I-II) que fueron sometidos a cirugía con intención curativa.
- 9.1. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (CNR).
- 9.2. Proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en estadio avanzado (IV) valorados por cuidado paliativo (prevalentes).
- 10.1. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento (CNR).
- 10.2. Proporción de personas atendidas por grupo multidisciplinario para definir el tratamiento, (prevalentes).
11. Supervivencia a 1 año y 2 años (tipo histológico: CPCP).
12. Supervivencia a 2 años y 5 años (tipo histológico: CPCNP).

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

Cáncer de pulmón

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Según la periodicidad establecida, los indicadores 11 y 12 se calcularon previamente, los resultados pueden consultarse en el [libro de situación del cáncer 2019](#).

En cuanto a los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia (**tabla 7.13**), se presentó un cumplimiento bajo en la mayoría de los indicadores para las personas con cáncer de pulmón. En cuanto a la oportunidad del diagnóstico se registró el cumplimiento medio de la meta tanto en el país como en cada una de las regiones. En cuanto a la oportunidad del tratamiento, se presentó un comportamiento similar, a excepción de la región Oriental, en donde se registró un desempeño bajo de esta métrica. En cuanto al indicador de valoración por cuidado paliativo en los casos nuevos y prevalentes, en todas las regiones y en el país, el cumplimiento fue bajo. Con respecto a la estadificación TNM no se alcanzó la meta establecida, a excepción de la región de la Amazonía-Orinoquía en donde el desempeño fue alto.

Tabla 7.13. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia, Colombia 2022

Región	1.	2.*	3.*	4.	5.1.	6.1.*	6.2.*
	< 30 días	Por definir	> 90%	> 20%	> 90%	Por definir	Por definir
	≥ 30 a < 60 días		> 70 a ≤ 90%	> 14 a ≤ 20%	> 70 a ≤ 90%		
	≥ 60 días		≤ 70%	≤ 14%	≤ 70%		
Amazonía-Orinoquía	● 51,50	0,00	● 0,00	● 33,33	● 100,00	Sin dato	Sin dato
Bogotá, D. C.	● 42,42	55,49	● 48,44	● 12,12	● 60,23	9,09	9,09
Caribe	● 44,12	40,37	● 51,19	● 6,45	● 69,11	0,00	0,00
Central	● 40,32	46,52	● 59,45	● 10,11	● 69,68	15,00	13,04
Oriental	● 38,02	47,90	● 49,02	● 8,74	● 64,29	0,00	0,00
Pacífica	● 34,95	51,04	● 55,41	● 9,93	● 53,33	0,00	0,00
Nacional	● 40,20	47,23	● 54,67	● 9,62	● 65,64	8,33	7,41

Tabla 7.13. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según la región de residencia, Colombia 2022 (continuación)

Región	7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
	< 30 días	> 90%	> 90%	> 90%	Por definir	Por definir
	≥ 30 a < 60 días	> 70 a ≤ 90%	> 70 a ≤ 90%	> 70 a ≤ 90%		
	≥ 60 días	≤ 70%	≤ 70%	≤ 70%		
Amazonía-Orinoquía	● 32,50	● 0,00	● 50,00	● 33,33	0,00	0,00
Bogotá, D. C.	● 49,05	● 68,75	● 45,05	● 36,18	12,20	3,77
Caribe	● 54,08	● 25,00	● 31,94	● 25,90	5,50	1,92
Central	● 46,84	● 41,67	● 59,48	● 50,37	16,67	5,90
Oriental	● 62,91	● 33,33	● 20,78	● 20,87	10,08	3,36
Pacífica	● 47,96	● 73,33	● 45,22	● 38,54	15,10	5,18
Nacional	● 49,99	● 47,52	● 46,63	● 38,96	13,17	4,50

En la **tabla 7.14** se observan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación. En los indicadores 4 (detección temprana) y 5.1 (estadificación TNM en los CNR) no se logró la meta en la mayoría de los grupos del aseguramiento y en el país. Durante el periodo, para el indicador de la valoración por cuidados paliativos de los casos nuevos y prevalentes en estadio avanzado, no se cumplió la meta en ninguno de los regímenes; este mismo comportamiento se presentó en relación con la medición del biomarcador EGFR en los casos en estadio IIIB y IV.



En cuanto a la oportunidad de la atención, los indicadores 1 (diagnóstico) y 7 (tratamiento) registraron un cumplimiento medio en los regímenes contributivo y subsidiado. En el de excepción y en el especial, el desempeño para la oportunidad del tratamiento fue bajo, incrementando los tiempos de espera con respecto al periodo anterior.

Tabla 7.14. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.	2.*	3.*	4.	5.1.	6.1.*	6.2.*
	< 30 días	Por definir	> 90%	> 20%	> 90%	Por definir	Por definir
	≥ 30 a < 60 días		> 70 a ≤ 90%	> 14 a ≤ 20%	> 70 a ≤ 90%		
	≥ 60 días		≤ 70%	≤ 14%	≤ 70%		
Contributivo	● 41,73	52,83	● 59,75	● 10,79	● 64,56	10,81	9,52
Subsidiado	● 37,65	36,99	● 41,73	● 6,36	● 70,53	0,00	0,00
Especial	● 51,57	57,14	● 50,00	● 42,86	● 80,00	0,00	0,00
Excepción	● 35,05	46,55	● 60,61	● 10,91	● 46,67	0,00	0,00
Nacional	● 40,20	47,23	● 54,67	● 9,62	● 65,64	8,33	7,41

Tabla 7.14. Indicadores de la gestión del riesgo en el cáncer de pulmón según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	7.	8.	9.1.	9.2.	10.1.	10.2.
	< 30 días	> 90%	> 90%	> 90%	Por definir	Por definir
	≥ 30 a < 60 días	> 70 a ≤ 90%	> 70 a ≤ 90%	> 70 a ≤ 90%		
	≥ 60 días	≤ 70%	≤ 70%	≤ 70%		
Contributivo	● 47,86	● 52,11	● 51,06	● 41,38	14,72	4,69
Subsidiado	● 51,52	● 23,81	● 42,08	● 37,14	10,98	4,67
Especial	● 66,67	● 66,67	● 25,00	● 7,69	28,57	3,45
Excepción	● 66,33	● 66,67	● 24,32	● 23,08	6,90	1,60
Nacional	● 49,99	● 47,52	● 46,63	● 38,96	13,17	4,50

👉 Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a **HIGIA**

Referencias

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



Melanoma

CIE10: C43 y D03; CIE-O-3: C44





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

Morbimortalidad del melanoma

Se notificaron **508**

casos nuevos invasivos,

lo que corresponde a una PCNR estandarizada de 1 caso nuevo (IC 95%: 0,9 - 1,1) por 100.000 habitantes.



Comparativamente con el 2021, la PCNR presentó un incremento de un 31,6%, mientras que la mortalidad general tuvo una reducción del 8,9%.

Caracterización de los casos nuevos del melanoma

La mediana de la edad fue de

63 años (RIC: 51 - 73).



En el país, en el 70,4% de los casos nuevos se reportó la estadificación clínica. Esta proporción fue mayor en el régimen contributivo (73,5%).



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 33 días (RIC: 22 - 55) y hasta el primer tratamiento fue de 65 días (RIC: 44 - 104).

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos del melanoma

La estadificación TNM

continúa siendo un reto

en el ámbito nacional y en la mayor parte de las regiones.

Resumen

Capítulo 8. Melanoma



Por su parte, el tiempo para la confirmación diagnóstica mostró un cumplimiento óptimo en el país, así como en la mayoría de los grupos del aseguramiento y las regiones geográficas.

[Descargar figura](#)

8. Melanoma

CIE10: C43 Y D03; CIE-O-3: C44

8.1. Morbimortalidad del melanoma

Entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el melanoma ocupó el octavo lugar de frecuencia, y representa el 1,53% de los casos nuevos. Incluyendo los tumores *in situ* e invasivos, se reportaron 6.695 personas con este tipo de cáncer, de las cuales el 10,71% (n= 717) fueron diagnosticadas en el periodo de evaluación. El número de muertes informadas fue de 409. Las medidas de morbimortalidad se calcularon incluyendo únicamente los casos invasivos y se presentan en la **tabla 8.1**.

Tabla 8.1. Medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ^{2,3}	Medida estandarizada ²	IC 95% ⁴
PCNR	508	1,00	0,96	0,88 - 1,05
Prevalencia	4.978	9,75	9,34	9,08 - 9,60
Mortalidad	370	0,72	0,68	0,61 - 0,75

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Informadas por 100.000 habitantes.

³ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

8.1.1. PCNR de melanoma según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue la Central con 1,53 (IC 95%: 1,33 - 1,76) casos nuevos por 100.000 habitantes y la más baja se estimó para la Caribe con 0,37 (IC 95%: 0,26 - 0,51) casos (**tabla 8.2**). En cuanto a las entidades territoriales, la estimación más alta se observó en Guaviare, Amazonas y Risaralda; entre tanto, aquellas con las cifras más bajas fueron La Guajira, Magdalena y Cesar. En cinco entidades territoriales no se reportaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 8.2. PCNR estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	8	1.486.362	0,54	0,85	0,36 - 1,64
Bogotá, D. C.	100	7.834.167	1,28	1,24	1,00 - 1,50
Caribe	38	11.614.739	0,33	0,37	0,26 - 0,51
Central	203	12.231.314	1,66	1,53	1,33 - 1,76
Oriental	76	9.645.509	0,79	0,78	0,62 - 0,98
Pacífica	83	8.237.407	1,01	0,95	0,75 - 1,18
Nacional	508	51.049.498	1,00	0,96	0,88 - 1,05

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



8.1.2. PCNR de melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 8.3**, en el régimen contributivo se registró la PCNR más alta. En los regímenes de excepción y especial se reportaron 15 y 3 casos nuevos, respectivamente.

Al comparar por las entidades, la PCNR fue mayor para la RES006, la EAS016 y la EPS046 con 15,15, 6,60 y 4,83 casos nuevos por 100.000 afiliados, respectivamente. Por el contrario, la CCF055, la EPS008 y la EPS044 tuvieron las más bajas, con 0,36, 0,29 y 0,25 casos nuevos. Dieciocho entidades no informaron casos nuevos.

Tabla 8.3. PCNR estandarizada del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	345	23.072.303	1,50	1,47	1,32 - 1,64
Subsidiado	145	19.661.731	0,74	0,76	0,64 - 0,90

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

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

³ La PCNR informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

8.1.3. Prevalencia del melanoma según la región y la entidad territorial

La región del país con la estimación más alta la Central con 14,69 (IC 95%: 14,05 - 15,36) casos por 100.000 habitantes, y la más baja se observó en la Caribe con 2,47 (IC 95%: 2,17 - 2,80) casos (**tabla 8.4**). Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron Amazonas, Antioquia y Risaralda; mientras que Cesar, Magdalena y La Guajira presentaron las más bajas. Los departamentos del Vaupés y Vichada no reportaron casos prevalentes en el periodo.

👉 Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a visitar **HIGIA**

Tabla 8.4. Prevalencia estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	52	1.486.362	3,50	5,20	3,86 - 6,82
Bogotá, D. C.	1.169	7.834.167	14,92	14,53	13,70 - 15,38
Caribe	248	11.614.739	2,14	2,47	2,17 - 2,80
Central	1.957	12.231.314	16,00	14,69	14,05 - 15,36
Oriental	756	9.645.509	7,84	7,79	7,24 - 8,36
Pacífica	796	8.237.407	9,66	9,10	8,48 - 9,76
Nacional	4.978	51.049.498	9,75	9,34	9,08 - 9,60

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Melanoma

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

8.1.4. Prevalencia del melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Los casos prevalentes se concentraron principalmente en el régimen contributivo con una medida estandarizada de 13,75 casos por 100.000 afiliados (**tabla 8.5**). En los regímenes de excepción y especial se reportaron 220 y 19 casos, respectivamente. Además, se identificaron 350 personas con melanoma de las entidades liquidadas, de las que no se cuenta con la información con respecto a la afiliación vigente para el periodo.

De acuerdo con las EAPB, las estimaciones más altas se observaron en la RES011, la RES006 y la RES009, con 56,68, 43,25 y 42,91 casos. Las prevalencias más bajas se presentaron en la EPSI04, la EPSI01 y la CCF023, con 1,38, 0,82 y 0,64 casos por 100.000 afiliados, respectivamente. Cinco entidades no informaron casos prevalentes en el periodo.

Tabla 8.5. Prevalencia estandarizada del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	3.193	23.072.303	13,84	13,75	13,28 - 14,24
Subsidiado	1.196	19.661.731	6,08	6,25	5,90 - 6,62

¹ Incluye todos los casos de melanoma invasivo reportados a la CAC.

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 afiliados.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

8.1.5. Mortalidad en las personas con melanoma según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada tuvo un comportamiento similar entre las regiones, no obstante, la más alta se observó en Bogotá, D. C., con 1,04 (IC 95%: 0,83 - 1,29) muertes por 100.000 habitantes y la más baja en la Caribe con 0,27 (IC 95%: 0,18 - 0,39) fallecimientos (**tabla 8.6**). Las entidades territoriales con las mayores tasas de mortalidad fueron Amazonas, Guaviare y Antioquia. Entre tanto, las más bajas se estimaron en Bolívar, Cesar y Magdalena. En los departamentos de San Andrés, Guainía, Vaupés y Vichada no se reportaron defunciones durante el periodo.

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

Tabla 8.6. Mortalidad general estandarizada del melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	7	1.486.362	0,47	0,76	0,30 - 1,53
Bogotá, D. C.	82	7.834.167	1,05	1,04	0,83 - 1,29
Caribe	27	11.614.739	0,23	0,27	0,18 - 0,39
Central	129	12.231.314	1,05	0,96	0,80 - 1,14
Oriental	62	9.645.509	0,64	0,64	0,49 - 0,82
Pacífica	63	8.237.407	0,76	0,70	0,54 - 0,89
Nacional	370	51.049.498	0,72	0,68	0,61 - 0,75

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con melanoma invasivo reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



8.1.6. Mortalidad del melanoma según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

En el régimen contributivo se registró el mayor número de muertes por todas las causas, con una tasa estandarizada de 1,01 fallecimientos por 100.000 habitantes (**tabla 8.7**). En el de excepción se reportaron 10 muertes y adicionalmente, 11 correspondieron a las entidades liquidadas. Con respecto al comportamiento por entidades, la RES002, la EPSI05 y la EPS044 presentaron las tasas más altas con 2,23, 1,72 y 1,70 defunciones. Entre tanto, las más bajas se estimaron en la RES004, la RES003 y la CCF055, con 0,20, 0,15 muertes, y 0,12 fallecimientos por 100.000 afiliados. Durante el periodo, dieciocho entidades no reportaron muertes.

Tabla 8.7. Mortalidad general estandarizada del melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	229	23.072.303	0,99	1,01	0,88 - 1,15
Subsidiado	120	19.661.731	0,61	0,62	0,51 - 0,74

¹ Incluye las muertes por todas las causas en la población con melanoma invasivo reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 afiliados.

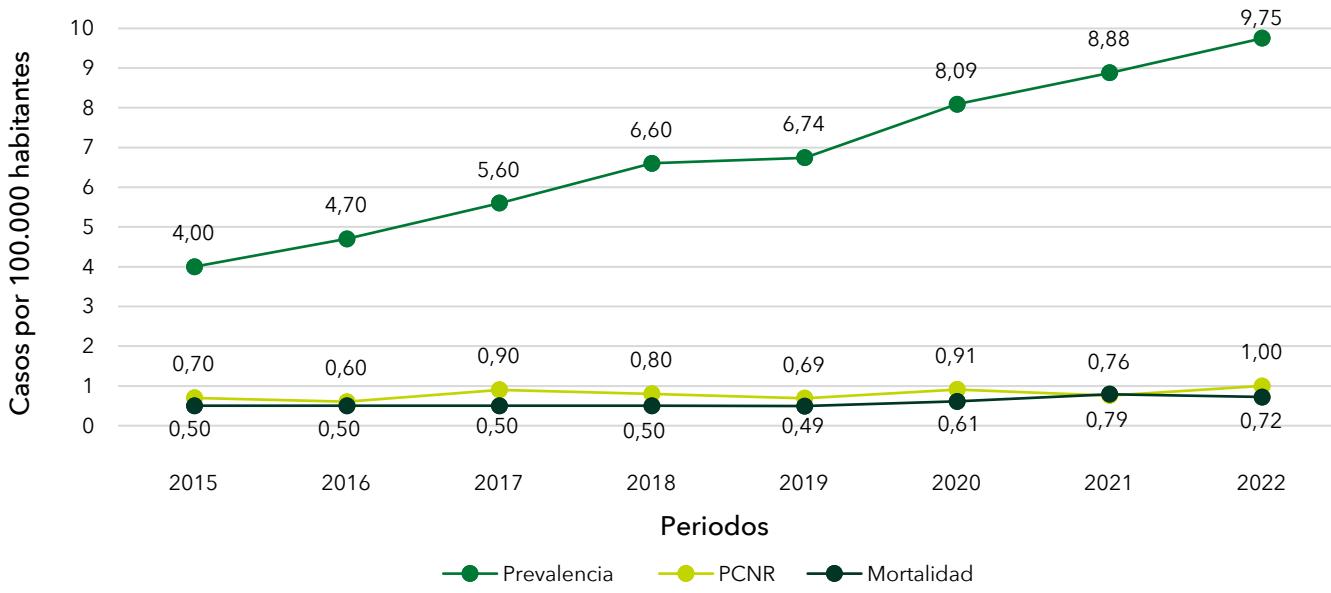
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

8.1.7. Evolución del registro de melanoma en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 8.1**, con respecto al periodo anterior, dos de las medidas de morbimortalidad registraron un aumento importante, especialmente llamativo en el caso de la PCNR, con un incremento del 31,58%; en cambio, la mortalidad tuvo una disminución del 8,86%.

Figura 8.1. Tendencia de las medidas de frecuencia del melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos con melanoma invasivo reportados a la CAC.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportadas por 100.000 habitantes.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

8.2. Caracterización de los casos nuevos de melanoma

8.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de melanoma

La **tabla 8.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de melanoma reportados en el periodo, según el régimen del aseguramiento. El 53,84% eran mujeres, la mediana de edad fue de 63 años (RIC: 51 - 73); la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo (72,52%) y residían en la región Central (40,31%). Al analizar por los regímenes, la frecuencia del diagnóstico fue mayor en los hombres (excepto por el contributivo). La mediana de la edad más alta se observó en el subsidiado (66 años) y la más baja en el contributivo (62 años). En todos los regímenes, la mayoría de los casos se concentró en la región Central.

Tabla 8.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 717 (100,00%)
	Contributivo n= 520 (72,52%)	Subsidiado n= 169 (23,57%)	Excepción n= 23 (3,21%)	
Sexo				
Femenino	290 (55,77)	84 (49,70)	10 (43,48)	386 (53,84)
Masculino	230 (44,23)	85 (50,30)	13 (56,52)	331 (46,16)
Edad	62 (51 - 73)	66 (51 - 74)	65 (63 - 73)	63 (51 - 73)
Etnia				
Ninguna	517 (99,42)	167 (98,82)	21 (91,30)	710 (99,02)
Indígena	0 (0,00)	2 (1,18)	0 (0,00)	2 (0,28)
Negro	3 (0,58)	0 (0,00)	1 (4,35)	4 (0,56)
Otra ³	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (4,35)	1 (0,14)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	1 (0,19)	7 (4,14)	0 (0,00)	8 (1,12)
Bogotá, D. C.	155 (29,81)	10 (5,92)	3 (13,04)	168 (23,43)
Caribe	17 (3,27)	27 (15,98)	2 (8,70)	46 (6,42)
Central	213 (40,96)	61 (36,09)	11 (47,83)	289 (40,31)
Oriental	62 (11,92)	22 (13,02)	5 (21,74)	90 (12,55)
Pacífica	72 (13,85)	42 (24,85)	2 (8,70)	116 (16,18)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta cinco casos reportados en el régimen especial.

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

8.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de melanoma

La **tabla 8.9** describe las características clínicas de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud. El porcentaje de los casos invasivos, determinada con el código CIE-10, fue del 70,85% a nivel nacional, siendo mayor en el régimen subsidiado. Por otra parte, la estadificación TNM se reportó en el 70,43% (n= 505) de los casos; esta frecuencia fue mayor en el régimen contributivo.

Es importante tener en cuenta que similar a lo observado en los períodos previos, la clasificación de los casos identificados *in situ* por CIE-10 y TNM debería ser coherente, sin embargo, se continúan presentando discrepancias. Se encontró una diferencia de dos casos en la proporción de casos *in situ* reportados según la extensión y el estadio clínico; además, en el 29,57% de los casos reportados se desconocía o no se reportó una estadificación TNM válida. Es importante que se continúe mejorando el registro del estadio al diagnóstico en la historia clínica, como aspecto fundamental para el manejo de la enfermedad.



Teniendo en cuenta únicamente los casos con reporte de estadificación según la clasificación TNM, la mayoría fueron diagnosticados como tumores *in situ* (40,99%). Este comportamiento fue diferente al observado en otros tipos de cáncer priorizados como el de mama y el de próstata. El régimen subsidiado presentó el porcentaje más bajo de casos estadificados *in situ* con el 23,08%.

En cuanto a los casos invasivos, en el ámbito nacional la mayoría se diagnosticaron en los estadios II y III. Según el régimen de afiliación, en el contributivo la mayoría de los casos fue diagnosticada en el estadio I, mientras que en el subsidiado el diagnóstico de la mayor parte de los CNR se presentó en etapas más avanzadas. El melanoma es una neoplasia de comportamiento agresivo, incluso en sus etapas tempranas. Por esta razón, es de vital importancia que se continúe trabajando en la detección temprana, con el fin de lograr mejores desenlaces en esta población.

Tabla 8.9. Caracterización clínica de los casos nuevos de melanoma reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 717 (100,00%)
	Contributivo n= 520 (72,52%)	Subsidiado n= 169 (23,57%)	Excepción n= 23 (3,21%)	
Extensión³				
<i>In situ</i>	175 (33,65)	24 (14,20)	8 (34,78)	209 (29,15)
Invasivo	345 (66,35)	145 (85,80)	15 (65,22)	508 (70,85)
Estadificación (sí)⁴	382 (73,46)	104 (61,54)	15 (65,22)	505 (70,43)
Estadio al diagnóstico^{4,5}				
<i>In situ</i>	173 (45,29)	24 (23,08)	8 (53,33)	207 (40,99)
I	63 (16,49)	7 (6,73)	2 (13,33)	74 (14,65)
II	54 (14,14)	24 (23,08)	1 (6,67)	79 (15,64)
III	49 (12,83)	27 (25,96)	3 (20,00)	79 (15,64)
IV	43 (11,26)	22 (21,15)	1 (6,67)	66 (13,07)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta cinco casos reportados en el régimen especial.

³ Definida según el código CIE-10.

⁴ Definida según la clasificación TNM.

⁵ Incluye los casos de melanoma que fueron estadificados.

8.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de melanoma

Durante el periodo, la cirugía fue la intervención terapéutica más frecuente y se realizó en el 52,72% (n= 378) de los casos nuevos, seguida de la terapia sistémica, que fue administrada en el 13,81% (n= 99).

Por el contrario, el 39,75% (n= 285) no recibió ningún tipo de tratamiento, 46 de estos diagnosticados en los dos meses previos a la finalización del periodo de reporte. Además, el 70,53% (n= 201) no recibió manejo, ya que al finalizar el periodo se encontraban en espera de iniciar el manejo luego del diagnóstico. Es importante aclarar que 17 de estos casos fallecieron en el periodo y 6 adicionales recibieron manejo por cuidado paliativo. Con respecto a la distribución por estadios, la mayoría de los CNR sin tratamiento fueron diagnosticados *in situ* (25,61%) o no fueron estadificados (45,96%).

La **tabla 8.10** describe la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. La mayoría de las personas que recibieron procedimientos quirúrgicos en el periodo (35,19%) fueron diagnosticadas con tumores *in situ*; cabe anotar que el 20,11% de los casos que recibieron este tipo de intervención no fueron estadificados. Por el contrario, la terapia sistémica fue más frecuente en los estadios III y IV, representando el 43,13% y el 36,36%, respectivamente. La radioterapia se administró principalmente a las personas en el grupo de la estadificación más avanzado (56,00%).

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

Melanoma

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

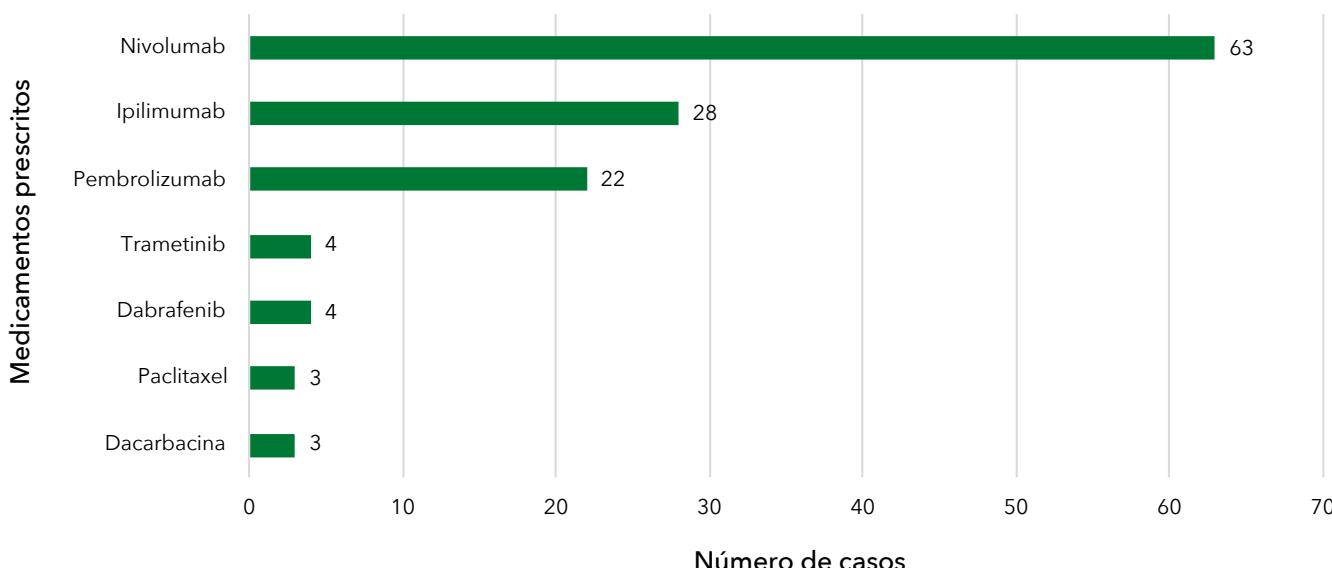
Tabla 8.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de melanoma según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tratamiento	Estadio al diagnóstico						Total n (%)
	In situ n (%)	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)	
Terapia sistémica ¹	3 (3,03)	1 (1,01)	9 (9,09)	43 (43,13)	36 (36,36)	7 (7,07)	99 (100,00)
Cirugía	133 (35,19)	51 (13,49)	48 (12,70)	52 (13,76)	18 (4,76)	76 (20,11)	378 (100,00)
Radioterapia	0 (0,00)	1 (4,00)	2 (8,00)	6 (24,00)	14 (56,00)	2 (8,00)	25 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

La **figura 8.2** describe los medicamentos administrados a las personas con nuevo diagnóstico de este tipo de cáncer en el periodo. El nivolumab y el ipilimumab fueron los agentes más usados (terapia dirigida), seguido del pembrolizumab (inhibidores del punto de chequeo inmune). Un caso recibió imiquimod en el periodo. Los datos presentados corresponden a las frecuencias absolutas; no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 8.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



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

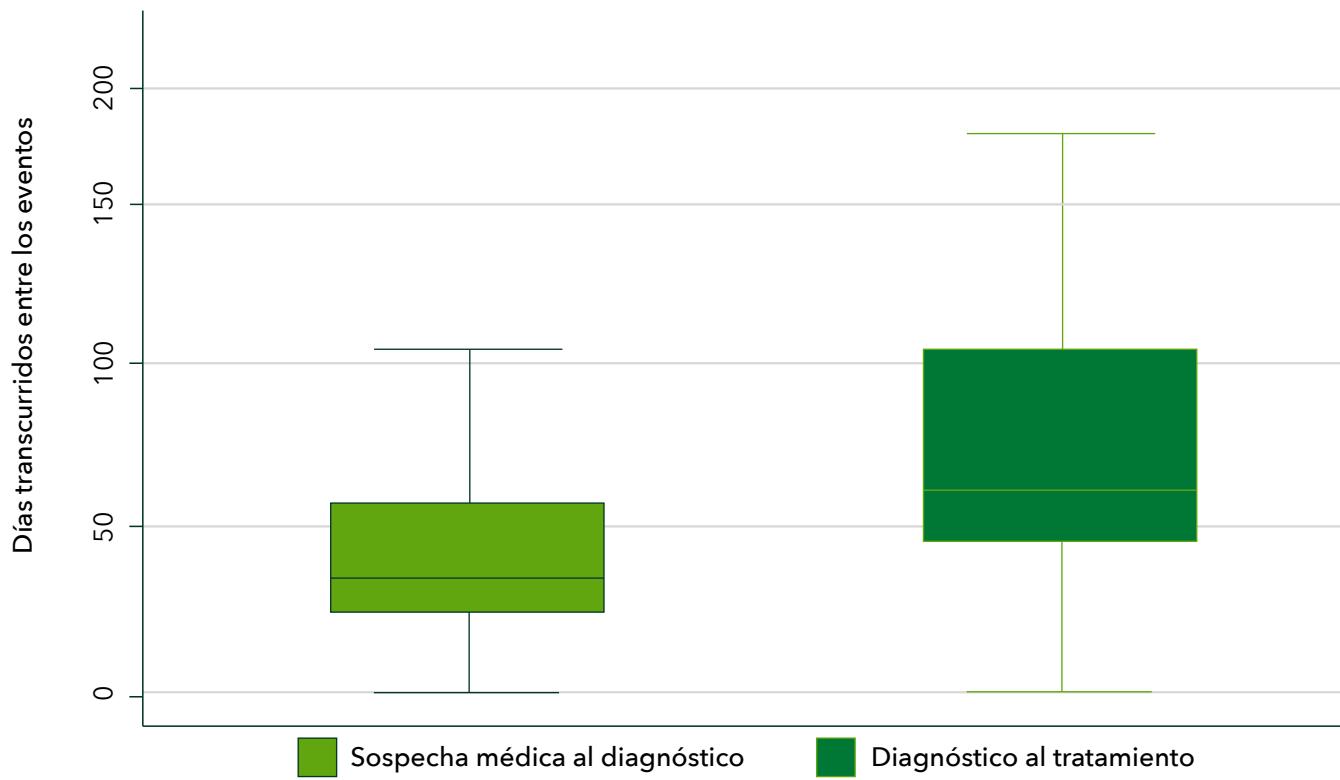
[Descargar figura](#)

8.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de melanoma

La operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) fue definida previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 8.3** se observan la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento para este tipo de cáncer en el país. La mediana del tiempo de espera desde la sospecha médica hasta el diagnóstico fue de 33 días (RIC: 22 - 55) y desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 65 días (RIC: 44 - 104). Con respecto al periodo anterior, en los casos nuevos de este tipo de cáncer se presentó una espera para el diagnóstico mayor; sin embargo, el tiempo para el inicio del tratamiento fue más corto. En este sentido, es fundamental que las entidades identifiquen los aspectos del proceso de atención que deben ser intervenidos, para garantizar el acceso oportuno a la atención, teniendo en cuenta las repercusiones que esto puede tener en la supervivencia de las personas con melanoma.



Figura 8.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de melanoma en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 48,88 días ($\pm 53,61$) y para la del tratamiento fue de 79,08 días ($\pm 53,12$).

[Descargar figura](#)

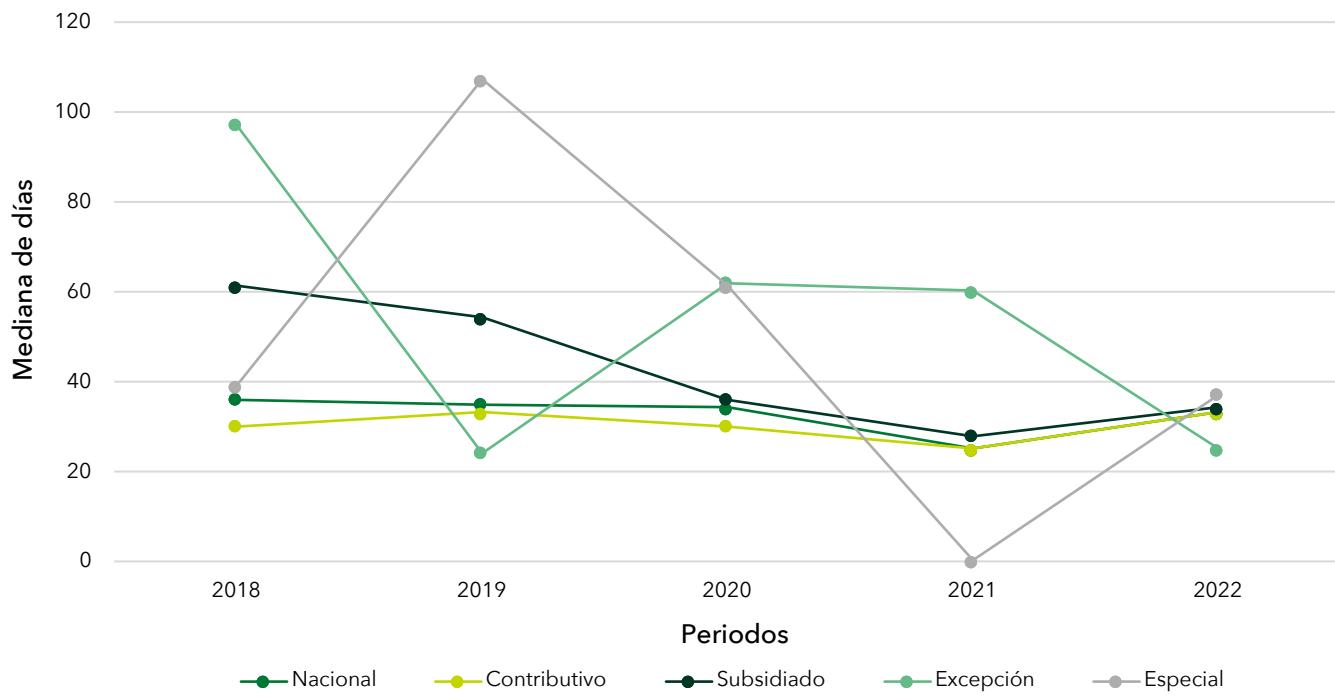
En las **figuras 8.4 y 8.5** se observan la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación en los últimos 5 períodos. En el de excepción se evidenció la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico más baja (mediana: 25 días, RIC: 12 - 38), siendo inferior a la estimada en el país. Entre tanto, la espera más larga se identificó en el régimen subsidiado (mediana: 34 días, RIC: 21 - 67). La fluctuación en la tendencia de los tiempos de espera para acceder al diagnóstico puede estar influenciada por la emergencia sanitaria por COVID-19, sin embargo, es importante anotar que, a pesar del cierre en la brecha entre los regímenes contributivo y subsidiado, en el 2022 se registró un incremento en los tiempos de espera, tanto en el país, como en estos dos grupos del aseguramiento.

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

Melanoma

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 8.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de melanoma en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

En 2021 no se notificaron casos del régimen especial.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 48,88 días ($\pm 53,61$), régimen contributivo: 46,25 días ($\pm 46,84$), subsidiado: 56,84 días ($\pm 67,44$), excepción: 49,80 días ($\pm 83,38$) y especial: 75,00 días ($\pm 86,50$).

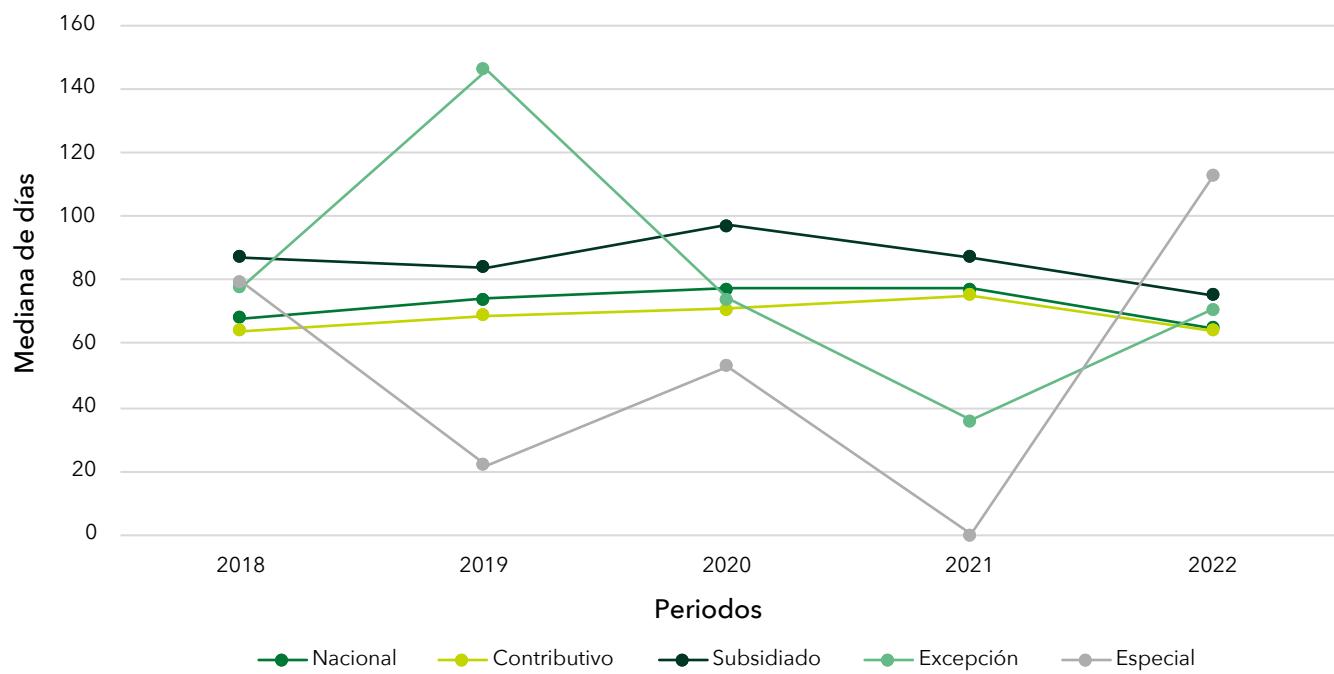
[Descargar figura](#)

Como se observa en la **figura 8.5**, el régimen con la menor espera para el inicio del tratamiento fue el contributivo con una mediana de 64 días (RIC: 43 - 99), en cambio, los tiempos más prolongados se registraron en el subsidiado (mediana: 75 días; RIC: 49 - 123) y el especial (mediana: 113 días; RIC: 96 - 129).

Contrario a lo observado en la oportunidad del diagnóstico, en el 2022 el tiempo de espera para acceder al tratamiento fue más bajo en el país y en los regímenes contributivo y subsidiado, mientras que en el de excepción aumentó.



Figura 8.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de melanoma en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye cáncer *in situ* e invasivo.

En 2021 no se notificaron casos del régimen especial.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 79,08 días ($\pm 53,12$), régimen contributivo: 74,86 días ($\pm 49,43$), subsidiado: 94,47 días ($\pm 64,72$), excepción: 74,60 días ($\pm 41,20$) y especial: 112,50 días ($\pm 23,33$).

[Descargar figura](#)

Adicionalmente, al realizar el análisis de la oportunidad de la atención según el estadio clínico (**tabla 8.11**), la mediana de espera hasta el diagnóstico fue mayor en los casos *in situ* y la del inicio del tratamiento fue más alta en los casos no estadificados. Teniendo en cuenta este comportamiento, es importante que se continúe fortaleciendo el acceso oportuno al diagnóstico para lograr la detección precoz de los casos. Además, se requieren estrategias para disminuir las demoras para iniciar el tratamiento, especialmente en los casos en estadios I y III, así como en aquellos sin reporte de estadificación.

Tabla 8.11. Oportunidad de la atención en el melanoma según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio al diagnóstico	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
<i>In situ</i>	54,10 (57,27)	35 (28 - 61)	64,23 (41,12)	57 (35 - 84)
Estadio I	42,17 (40,25)	33 (27 - 45)	82,26 (47,84)	74 (45 - 100)
Estadio II	41,63 (55,85)	30 (17 - 44)	76,14 (44,96)	65 (46 - 98)
Estadio III	41,03 (38,34)	32 (19 - 49)	94,53 (62,20)	79 (49 - 120)
Estadio IV	45,91 (38,39)	34 (20 - 61)	79,37 (61,28)	64 (38 - 102)
Desconocido	53,28 (62,46)	34 (22 - 57)	91,44 (60,19)	75 (44 - 120)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

8.3. Caracterización de los casos prevalentes de melanoma

La **tabla 8.12** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de melanoma reportados en el periodo según el régimen de aseguramiento. El 60,01% eran mujeres, la mediana de la edad fue de 65 años (RIC: 55 - 76). La mayoría (72,07%) estaban afiliados al régimen contributivo, y el 39,34% residían en la región Central. Según el régimen, en todos, excepto en el especial la proporción de casos fue mayor en las mujeres. La mediana de edad más alta se observó en el especial y la más baja en el contributivo.

Tabla 8.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 6.259 (100,00%)
	Contributivo n= 4.511 (72,07%)	Subsidiado n= 1.432 (22,88%)	Excepción n= 276 (4,41%)	Especial n= 40 (0,64%)	
Sexo					
Femenino	2.678 (59,37)	914 (63,83)	144 (52,17)	20 (50,00)	3.756 (60,01)
Masculino	1.833 (40,63)	518 (36,17)	132 (47,83)	20 (50,00)	2.503 (39,99)
Edad	64 (54 - 75)	67 (57 - 77)	67 (58 - 76)	70 (63 - 76)	65 (55 - 76)
Etnia					
Ninguna	4.488 (99,49)	1.391 (97,14)	271 (98,19)	40 (100,00)	6.190 (98,90)
Indígena	3 (0,07)	29 (2,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	32 (0,51)
Negro	17 (0,38)	12 (0,84)	4 (1,45)	0 (0,00)	33 (0,53)
Otra ³	3 (0,07)	0 (0,00)	1 (0,36)	0 (0,00)	4 (0,06)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	11 (0,24)	36 (2,51)	6 (2,17)	0 (0,00)	53 (0,85)
Bogotá, D. C.	1.512 (33,52)	175 (12,22)	60 (21,74)	9 (22,50)	1.756 (28,06)
Caribe	100 (2,22)	133 (9,29)	30 (10,87)	0 (0,00)	263 (4,20)
Central	1.786 (39,59)	557 (38,90)	100 (36,23)	19 (47,50)	2.462 (39,34)
Oriental	565 (12,52)	239 (16,69)	50 (18,12)	5 (12,50)	859 (13,72)
Pacífica	537 (11,90)	292 (20,39)	30 (10,87)	7 (17,50)	866 (13,84)

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

² No se incluyeron los datos de 436 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

8.4. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma

Los siguientes son los indicadores prioritarios para la medición, la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y de los prestadores en las personas con melanoma en Colombia (1):

1. Tiempo en que los pacientes con lesión sospechosa de melanoma son remitidos desde la atención primaria al dermatólogo/a u otro especialista competente en el tratamiento que define la conducta.
2. Tiempo entre la sospecha por médico general u otro profesional de la salud (remisión) ante la aparición de la lesión sospechosa de melanoma y la realización de la biopsia diagnóstica.
3. Tiempo entre la toma de biopsia diagnóstica y la confirmación diagnóstica de melanoma.
4. Tiempo entre el diagnóstico histológico y el primer tratamiento.
5. Proporción de pacientes con biopsia por escisión.
6. Proporción de pacientes con informe histopatológico completo en el espécimen quirúrgico.



7. Proporción de pacientes con biopsia selectiva de ganglio centinela.
8. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo con estadificación TNM.
9. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo *in situ*.
10. Proporción de pacientes con melanoma cutáneo en estadios tempranos (I y II).
11. Proporción de pacientes con márgenes quirúrgicos adecuados de acuerdo al tamaño tumoral (margen quirúrgico histopatológico) en melanoma temprano.
- 12.1. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben tratamiento adyuvante para enfermedad temprana en estadios IIC Y III.
- 12.2. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben tratamiento paliativo para enfermedad avanzada estadio IV.
- 13.1. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben radioterapia como tratamiento adyuvante para enfermedad en estadio III.
- 13.2. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma que reciben radioterapia como tratamiento paliativo para enfermedad en estadio IV.
14. Proporción de pacientes que suspenden la terapia sistémica.
15. Proporción de pacientes con diagnóstico de melanoma en estadios III y IV a quienes se les realizó BRAF.
16. Proporción de pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos (estadio IV).
17. Supervivencia global a 5 años.

Los indicadores 6, 7 y 11 no se estimaron para este periodo debido a que no se cuenta con las variables necesarias para su medición. En cuanto al indicador 17, aunque estaba fijado a 3 años se estimó a los 5 años y está disponible en el [libro de situación del cáncer de 2019](#).

Con respecto a los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia (**tabla 8.13**), la estadificación TNM en los casos nuevos continúa siendo un reto en el ámbito nacional y en la mayor parte de las regiones. En la oportunidad del tratamiento se mantienen los tiempos prolongados, sin que se logre el desempeño alto del indicador. Por su parte, el tiempo para la confirmación diagnóstica mostró un cumplimiento óptimo a nivel general, excepto en el Caribe.

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

Melanoma

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 8.13. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.	2.	3.	4.	5.	8.	9.
	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 90%	> 90%	> 25%
	61 a 89 días	31 a 44 días	16 a 29 días	31 a 44 días	> 80 - 90%	> 80 - 90%	> 15 - 25%
	≥ 90 días	≥ 45 días	≥ 30 días	≥ 45 días	≤ 80%	≤ 80%	≤ 15%
Amazonía-Orinoquía	● 61,88	● 24,17	● 13,67	● 43,75	● 12,50	● 50,00	● 0,00
Bogotá, D. C.	● 67,70	● 24,72	● 13,31	● 75,47	● 29,76	● 75,60	● 51,97
Caribe	● 91,25	● 27,42	● 17,44	● 79,77	● 17,39	● 80,43	● 21,62
Central	● 83,69	● 34,80	● 11,92	● 80,26	● 25,95	● 77,16	● 38,57
Oriental	● 75,06	● 15,00	● 10,74	● 86,00	● 24,44	● 60,00	● 25,93
Pacífica	● 77,34	● 25,84	● 11,84	● 76,10	● 13,79	● 63,79	● 44,59
Nacional	● 78,18	● 28,15	● 12,59	● 78,53	● 23,99	● 72,38	● 39,88

Tabla 8.13. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	10.	12.1.	12.2.	13.1.	13.2.	14.	15.	16.
	> 50%	> 60%	> 60%	> 20%	> 20%	≤ 10%	> 90%	> 80%
	> 40 - 50%	> 40 - 60%	> 40 - 60%	> 15 - 20%	> 15 - 20%	> 10 - 19%	> 70 - 90%	> 60 - 80%
	≤ 40%	≤ 40%	≤ 40%	≤ 15%	≤ 15%	≥ 20%	≤ 70%	≤ 60%
Amazonía-Orinoquía	● 50,00	● 50,00	Sin dato	● 0,00	Sin dato	● 0,00	● 100,00	Sin dato
Bogotá, D. C.	● 44,26	● 50,00	● 57,14	● 15,00	● 21,43	● 0,00	● 41,18	● 50,00
Caribe	● 31,03	● 44,44	● 41,67	● 0,00	● 33,33	● 0,00	● 35,00	● 58,33
Central	● 57,66	● 45,24	● 51,85	● 6,45	● 22,22	● 2,63	● 50,00	● 22,22
Oriental	● 62,50	● 28,57	● 60,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 33,33	● 40,00
Pacífica	● 60,98	● 46,67	● 75,00	● 12,50	● 12,50	● 0,00	● 37,50	● 25,00
Nacional	● 53,53	● 44,34	● 54,55	● 7,59	● 21,21	● 1,01	● 43,45	● 36,36

En la **tabla 8.14** se observan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación. Durante el periodo la detección temprana, tanto en el desempeño nacional como en los regímenes contributivo y especial alcanzó la meta establecida. En cuanto a la estadificación TNM en los casos nuevos, se mantiene el desempeño bajo en todos los regímenes. Finalmente, en relación con los indicadores de oportunidad, en todos los regímenes, a excepción del subsidiado, el tiempo promedio para la confirmación diagnóstica tuvo un cumplimiento alto; por el contrario, el desempeño de la oportunidad del tratamiento fue bajo en todos los regímenes y en el ámbito nacional.

👉 Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a **HIGIA**



Tabla 8.14. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.	2.	3.	4.	5.	8.	9.
	≤ 60 días	≤ 30 días	≤ 15 días	≤ 30 días	> 90%	> 90%	> 25%
	61 a 89 días	31 a 44 días	16 a 29 días	31 a 44 días	80 - 90%	80 - 90%	15 - 25%
	≥ 90 días	≥ 45 días	≥ 30 días	≥ 45 días	≤ 80%	≤ 80%	≤ 15%
Contributivo	● 73,30	● 27,43	● 11,21	● 74,09	● 29,42	● 75,19	● 44,25
Subsidiado	● 93,78	● 30,89	● 16,79	● 93,84	● 9,47	● 64,50	● 22,02
Excepción	● 77,93	● 9,89	● 5,78	● 74,60	● 8,70	● 65,22	● 53,33
Especial	● 133,00	● 78,50	● 9,00	● 112,50	● 20,00	● 80,00	● 50,00
Nacional	● 78,18	● 28,15	● 12,59	● 78,53	● 23,99	● 72,38	● 39,88

Tabla 8.14. Indicadores de la gestión del riesgo en melanoma según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	10.	12.1.	12.2.	13.1.	13.2.	14.	15.	16.
	> 50%	> 60%	> 60%	> 20%	> 20%	≤ 10%	> 90%	> 80%
	40 - 50%	40 - 60%	40 - 60%	15 - 20%	15 - 20%	10 - 19%	70 - 90%	60 - 80%
	≤ 40%	≤ 40%	≤ 40%	≤ 15%	≤ 15%	≥ 20%	≤ 70%	≤ 60%
Contributivo	● 57,80	● 50,77	● 53,49	● 8,16	● 25,58	● 1,47	● 47,83	● 32,56
Subsidiado	● 42,35	● 32,43	● 54,55	● 7,41	● 13,64	● 0,00	● 36,73	● 45,45
Excepción	● 42,86	● 50,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 25,00	● 0,00
Especial	● 100,00	Sin dato						
Nacional	● 53,53	● 44,34	● 54,55	● 7,59	● 21,21	● 1,01	● 43,45	● 36,36

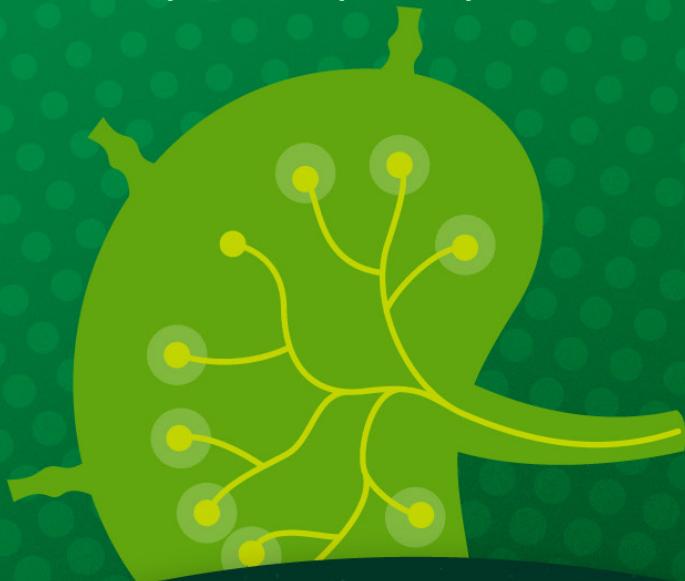
Referencias

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia para la definición de indicadores de gestión del riesgo en pacientes con melanoma cutáneo en Colombia [en línea] 2020. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-la-evidencia-para-la-definicion-de-indicadores-de-gestion-del-riesgo-en-pacientes-con-melanoma-cutaneo-en-colombia/>



Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

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





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

Morbimortalidad del LNH

La PCNR estandarizada fue de

4 casos nuevos

(IC 95%: 3,9 - 4,3) por 100.000 habitantes de 18 años o más.



Con respecto al 2021, en la mortalidad general se presentó una disminución del 12,4%, mientras que la PCNR no presentó cambios en su comportamiento.

Caracterización de los casos nuevos de LNH

A nivel nacional, el **63,3%**

contó con la estadificación de Lugano.

Esta proporción fue mayor en el régimen contributivo (66,6%).



La clasificación del riesgo se documentó en el 48,5% de los casos en el país.



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 30 días (RIC: 15 - 50) y hasta el primer tratamiento fue de 24 días (RIC: 9 - 55).

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LNH

En el ámbito nacional, los indicadores de oportunidad de la confirmación diagnóstica y del manejo por cuidado paliativo

en los estadios avanzados

alcanzaron la meta de cumplimiento.

Resumen

Capítulo 9. Linfoma no Hodgkin



En el indicador de la proporción de pacientes en estadios avanzados en manejo por cuidado paliativo, se registró un desempeño alto en los regímenes contributivo y subsidiado.

[Descargar figura](#)

9. Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

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

9.1. Morbimortalidad del LNH en la población adulta

Este capítulo corresponde exclusivamente a las personas con 18 años o más; la información en los menores de 18 años se describe en el libro de la situación del cáncer en la población pediátrica. Entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el LNH ocupó el sexto lugar de frecuencia y representa el 3,41% de los casos nuevos. En el periodo se reportaron 16.358 adultos con LNH, 1.524 CNR y 1.331 muertes (**tabla 9.1**).

Tabla 9.1. Medidas de frecuencia del LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Indicador	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	1.524	4,15	4,05	3,85 - 4,26
Prevalencia	16.358	44,50	43,30	42,64 - 43,97
Mortalidad ⁵	1.331	3,62	3,46	3,27 - 3,65

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

² Informadas por 100.000 habitantes de 18 años o más.

³ Población de referencia correspondiente a las proyecciones del DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

9.1.1. PCNR del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue Bogotá, D. C., con 5,59 (IC 95%: 5,00 - 6,23) casos nuevos por 100.000 adultos y la más baja se observó en la región Oriental con 2,49 (IC 95%: 2,13 - 2,89) (**tabla 9.2**). Por su parte, las entidades territoriales con la PCNR más alta fueron Antioquia (6,88), San Andrés (6,32) y Vaupés (6,08) y las más bajas se presentaron en Chocó (0,36), Norte de Santander (1,09) y Tolima (1,24). En el departamento del Guainía no se reportaron casos nuevos en el periodo.

👉 Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a visitar **HIGIA**

Tabla 9.2. PCNR estandarizada del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	24	956.659	2,51	3,03	1,92 - 4,53
Bogotá, D. C.	329	6.064.022	5,43	5,59	5,00 - 6,23
Caribe	258	7.844.150	3,29	3,47	3,06 - 3,92
Central	462	9.051.968	5,10	4,86	4,42 - 5,32
Oriental	174	6.958.378	2,50	2,49	2,13 - 2,89
Pacífica	277	5.884.457	4,71	4,46	3,95 - 5,02
Nacional	1.524	36.759.634	4,15	4,05	4,15 - 4,05

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

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



9.1.2. PCNR de LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Esta medida fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado. Adicionalmente, se notificaron 58 casos en el régimen de excepción, 1 caso en el especial y 2 en la población no afiliada (**tabla 9.3**). Al comparar las entidades aseguradoras, la PCNR más altas se observaron en la EPS048 (18,39), la RES002 (18,19) y la EAS027 (14,42). Por otra parte, las más bajas se estimaron en la EPS045, la EPS008 y la CCF023, con 0,33, 0,36 y 0,56 casos nuevos por 100.000 adultos afiliados, respectivamente. Diecisiete entidades no reportaron casos nuevos en el periodo.

Tabla 9.3. PCNR estandarizada del LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.031	17.923.959	5,75	5,90	5,55 - 6,27
Subsidiado	432	13.708.407	3,15	3,09	2,81 - 3,40

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

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

³ La PCNR es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

9.1.3. Prevalencia del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

En Bogotá, D. C., se registró la prevalencia más alta con 73,60 (IC 95%: 71,42 - 75,84) casos por 100.000 adultos y la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 21,50 (IC 95%: 18,32 - 25,06) (**tabla 9.4**). Entre las entidades territoriales, Amazonas, Bogotá, D. C., y Antioquia, con 88,94, 73,60 y 65,89 casos por 100.000 habitantes tuvieron las mayores prevalencias mientras que los departamentos de Guainía (6,38), Chocó (8,61) y Vichada (12,26) presentaron las más bajas.

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

Tabla 9.4. Prevalencia estandarizada del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	170	956.659	17,77	21,50	18,32 - 25,06
Bogotá, D. C.	4.311	6.064.022	71,09	73,60	71,42 - 75,84
Caribe	1.854	7.844.150	23,64	25,19	24,06 - 26,37
Central	5.039	9.051.968	55,67	52,80	51,35 - 54,28
Oriental	2.399	6.958.378	34,48	34,37	33,00 - 35,77
Pacífica	2.585	5.884.457	43,93	41,81	40,21 - 43,46
Nacional	16.358	36.759.634	44,50	43,30	42,64 - 43,97

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

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

9.1.4. Prevalencia del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 9.5**). En el régimen de excepción se reportaron 801 casos, en el especial 89, y 3 restantes en la población no afiliada. Al analizar por las entidades, las estimaciones más altas se observaron en la EPS001, la RES002 y la RES011 con 146,11, 111,23, 99,49 casos por 100.000 adultos afiliados. Por otra parte, las prevalencias más bajas se presentaron en la EPSI06, la CCF023 y la CCF102, con 6,36, 8,42, 8,81 eventos, respectivamente. Cuatro entidades no reportaron casos prevalentes en el periodo.

Tabla 9.5. Prevalencia estandarizada del LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	10.666	17.923.959	59,51	61,54	60,38 - 62,72
Subsidiado	3.610	13.708.407	26,33	25,87	25,04 - 26,73

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

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

9.1.5. Mortalidad del LNH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 5,81% (IC 95%: 5,20 - 6,46) muertes por 100.000 adultos y la más baja en la región de la Amazonía-Orinoquía con 1,06 (IC 95%: 0,45 - 2,07) fallecidos (**tabla 9.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor tasa de mortalidad fueron Bogotá, D. C., (5,81), Antioquia (5,34) y Risaralda (4,94), mientras que Arauca (0,74), Chocó (0,80) y Casanare (1,01) presentaron las más bajas. En los departamentos de San Andrés, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no se reportaron defunciones en el periodo.

Para consultar esta información con mayor desagregación, le invitamos a visitar **HIGIA**

Tabla 9.6. Mortalidad general estandarizada del LNH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	8	956.659	0,84	1,06	0,45 - 2,07
Bogotá, D. C.	333	6.064.022	5,49	5,81	5,20 - 6,46
Caribe	180	7.844.150	2,29	2,47	2,12 - 2,86
Central	401	9.051.968	4,43	4,14	3,74 - 4,57
Oriental	177	6.958.378	2,54	2,53	2,17 - 2,93
Pacífica	232	5.884.457	3,94	3,64	3,19 - 4,14
Nacional	1.331	36.759.634	3,62	3,46	3,62 - 3,46

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LNH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



9.1.6. Mortalidad del LNH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 9.7**). En adición, se reportaron 50 fallecimientos en el régimen de excepción, 4 en el régimen especial y 48 pertenecientes a entidades liquidadas. En cuanto al comportamiento según la entidad, la mortalidad más alta, expresada por 100.000 afiliados se registró en la RES009 (28,93), la EPS048 (12,93) y la EPS001 (8,78). Las tasas más bajas se calcularon para la ESS091 (0,34), la CCF050 (0,68) y la EPSI04 (0,72). Diez EAPB no reportaron fallecidos en el periodo.

Tabla 9.7. Mortalidad general estandarizada del LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	838	17.923.959	4,68	4,94	4,61 - 5,29
Subsidiado	391	13.708.407	2,85	2,76	2,49 - 3,05

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LNH reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

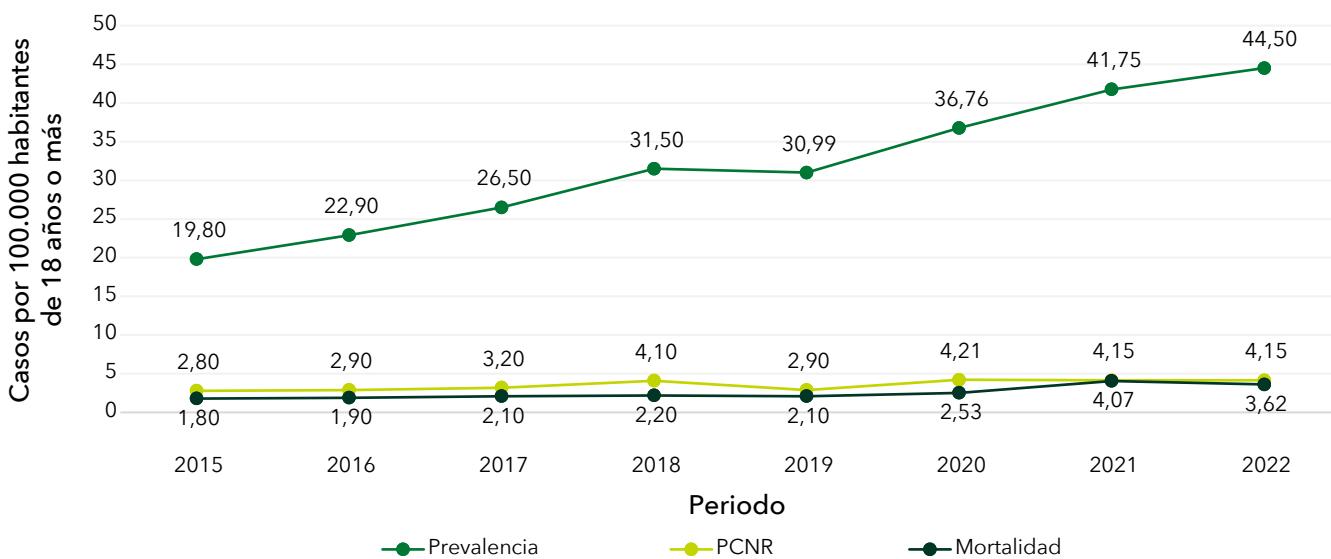
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

9.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LNH en el aseguramiento en Colombia

En la **figura 9.1** se visualiza la tendencia de la morbimortalidad del LNH en los adultos. Entre el 2015 y el 2018, la PCNR presentó un comportamiento ascendente, seguido por un descenso del 29,27% en el 2019. En los últimos dos periodos, la PCNR no presentó cambios en su comportamiento. Con respecto a la mortalidad, se observó un incremento notorio entre el 2020 y 2021, que podría estar explicado por la emergencia sanitaria por COVID-19, y contrasta con el descenso registrado en el último periodo (12,43%).

Figura 9.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LNH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos de LNH en la población adulta.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

9.2. Caracterización de los casos nuevos de LNH en la población adulta

9.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LNH

La **tabla 9.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LNH reportados en el periodo según el régimen de afiliación. El 51,84% de los CNR eran hombres, la mediana de la edad fue de 61 años (RIC: 48 - 72), la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central. Al comparar por los regímenes, la distribución por el sexo fue similar a la nacional, mismo comportamiento se observó por regiones, donde la mayor concentración de casos fue en la región central para el régimen contributivo.

Tabla 9.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 1.524 (100,00%)
	Contributivo n= 1.031 (67,65%)	Subsidiado n= 432 (28,35%)	Excepción n= 58 (3,81%)	
Sexo				
Femenino	495 (48,01)	204 (47,22)	34 (58,62)	734 (48,16)
Masculino	536 (51,99)	228 (52,78)	24 (41,38)	790 (51,84)
Edad				
	61 (47 - 72)	62 (50 - 73)	65 (49 - 74)	61 (48 - 72)
Etnia				
Ninguna	1.021 (99,03)	424 (98,15)	58 (100,00)	1.506 (98,82)
Indígena	0 (0,00)	7 (1,62)	0 (0,00)	7 (0,46)
Negro	10 (0,97)	1 (0,23)	0 (0,00)	11 (0,72)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	7 (0,68)	17 (3,94)	0 (0,00)	24 (1,57)
Bogotá, D. C.	293 (28,42)	26 (6,02)	8 (13,79)	329 (21,59)
Caribe	101 (9,80)	144 (33,33)	13 (22,41)	258 (16,93)
Central	339 (32,88)	111 (25,69)	11 (18,97)	462 (30,31)
Oriental	119 (11,54)	33 (7,64)	22 (37,93)	174 (11,42)
Pacífica	172 (16,68)	101 (23,38)	4 (6,90)	277 (18,18)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos reportados como no afiliados y uno en el régimen especial.

9.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LNH

La **tabla 9.9** describe las características clínicas de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud. En el país, la clasificación de Lugano se reportó en el 63,32% (n= 965) de los casos, y la mayoría de ellos se diagnosticaron en el estadio IV (45,18%).

Al comparar por los regímenes, la frecuencia de casos nuevos estadificados fue más alta en el contributivo y el especial. En el régimen contributivo, el porcentaje más alto se concentró en los estadios IV y III. En el subsidiado y el especial, los casos se agruparon principalmente en la fase IV al igual que los dos casos reportados con no afiliados.



Tabla 9.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ² n= 1.524 (100,00%)
	Contributivo n= 1.031 (67,65%)	Subsidiado n= 432 (28,35%)	Excepción n= 58 (3,81%)	
Estadificación (sí)³	687 (66,63)	240 (55,56)	36 (62,07)	965 (63,32)
Estadio al diagnóstico^{3,4}				
I	81 (11,79)	29 (12,08)	6 (16,67)	116 (12,02)
II	97 (14,12)	47 (19,58)	7 (19,44)	151 (15,65)
III	183 (26,64)	51 (21,25)	10 (27,78)	244 (25,28)
IV	311 (45,27)	110 (45,83)	13 (36,11)	436 (45,18)
Extraganglionares	15 (2,18)	3 (1,25)	0 (0,00)	18 (1,87)
Clasificación del riesgo (sí)⁵	522 (70,64)	188 (25,44)	28 (3,79)	739 (48,49)
Estadios de riesgo^{5,6}				
Bajo	100 (19,16)	35 (18,62)	8 (28,57)	143 (19,35)
Intermedio bajo	75 (14,37)	26 (13,83)	1 (3,57)	102 (13,80)
Intermedio	88 (16,86)	36 (19,15)	5 (17,86)	130 (17,59)
Intermedio alto	70 (13,41)	15 (7,98)	2 (7,14)	87 (11,77)
Alto	189 (36,21)	76 (40,43)	12 (42,86)	277 (37,48)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta dos casos reportados como no afiliados y uno en el régimen especial.

³ Definida según la clasificación de Lugano.

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

⁵ Clasificación del riesgo de acuerdo con el instructivo de reporte de la CAC.

⁶ Incluye todos los casos nuevos de LNH en los adultos con clasificación del riesgo.

Con respecto a la clasificación del riesgo, el 48,49% de los casos nuevos (n= 739) fueron clasificados, es importante destacar que, a pesar de no alcanzar la meta nacional (> 90%), se identificó un incremento del 3,50% en esta medida respecto al periodo anterior. En el régimen contributivo se reportó la mayor proporción de CNR que contó con este aspecto del manejo. Con respecto a la distribución por estadios de riesgo, la mayoría (37,48%) se clasificó como alto, seguido por los casos de exposición baja (19,35%). Es importante tener en cuenta que no se cuenta con la información desagregada para cada subtipo histológico y su respectiva clasificación del riesgo para el linfoma B de células grandes (IPI), el linfoma folicular (FLIPI) y el linfoma de células del manto (MIPI).

9.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LNH

Durante el periodo, el 74,87% de los CNR (n= 1.141) recibió algún tipo de tratamiento. La terapia sistémica se administró en el 72,81% (n= 1.106) de los casos, seguido por la cirugía (2,57%, n= 39) y la radioterapia (4,87%). Cuatro personas recibieron trasplante de células hematopoyéticas.

Por otra parte, el 25,35% de los casos (n= 385), no recibió ningún tipo de tratamiento, lo que puede deberse a los casos diagnosticados cerca al corte, los que recibieron manejo paliativo o que fallecieron antes de acceder a alguna alternativa terapéutica.

En la **tabla 9.10** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico al diagnóstico. Entre las personas que recibieron terapia sistémica, la mayoría (35,80%) se diagnosticó en estadio IV o no fueron estadificados (25,77%). En el caso de la cirugía y la radioterapia, una gran proporción se clasificó en estadio IV.

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

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

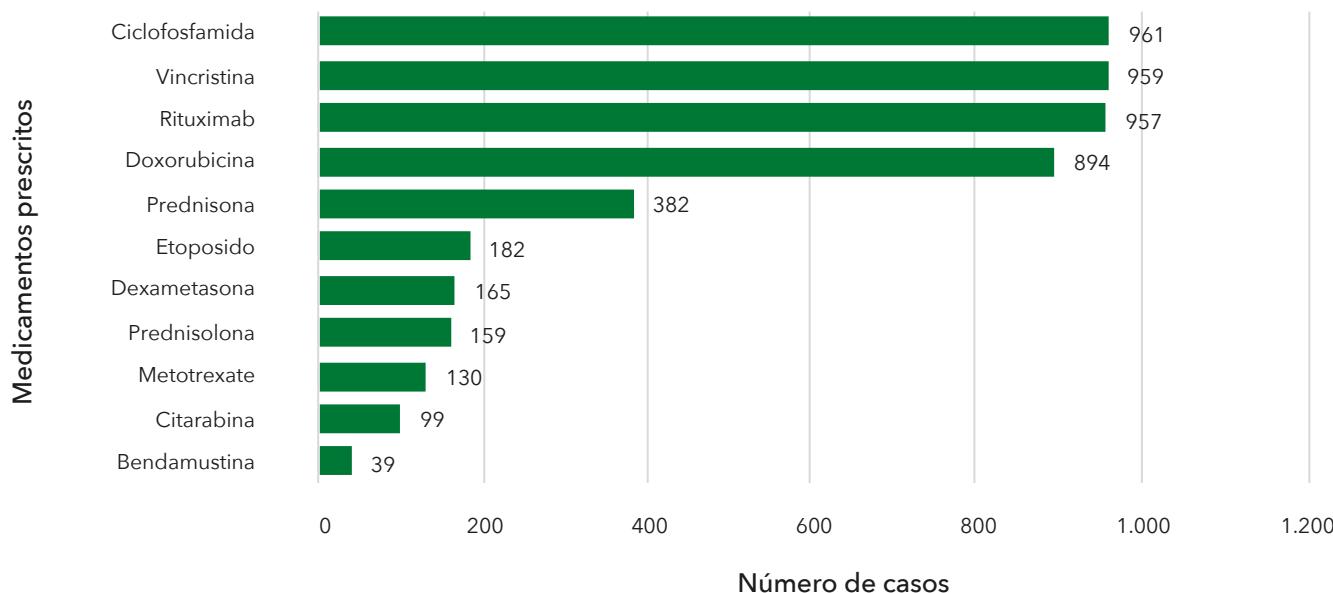
Tabla 9.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LNH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tratamiento	Estadio al diagnóstico							Total n (%)
	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Extraganglionar n (%)	Desconocido n (%)		
Terapia sistémica ¹	61 (5,52)	130 (11,75)	222 (20,07)	396 (35,80)	12 (1,09)	285 (25,77)	1.106 (100,00)	
Cirugía	5 (12,82)	3 (7,69)	5 (12,82)	11 (28,21)	2 (5,13)	13 (33,33)	39 (100,00)	
Radioterapia	14 (18,92)	12 (16,22)	10 (13,51)	20 (27,03)	1 (1,35)	17 (22,97)	74 (100,00)	

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.

Con respecto a los medicamentos administrados con mayor frecuencia, el de uso más frecuente fue la ciclofosfamida, seguida de la vincristina y el rituximab (**figura 9.2**). Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a las frecuencias absolutas, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 9.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta.

[Descargar figura](#)

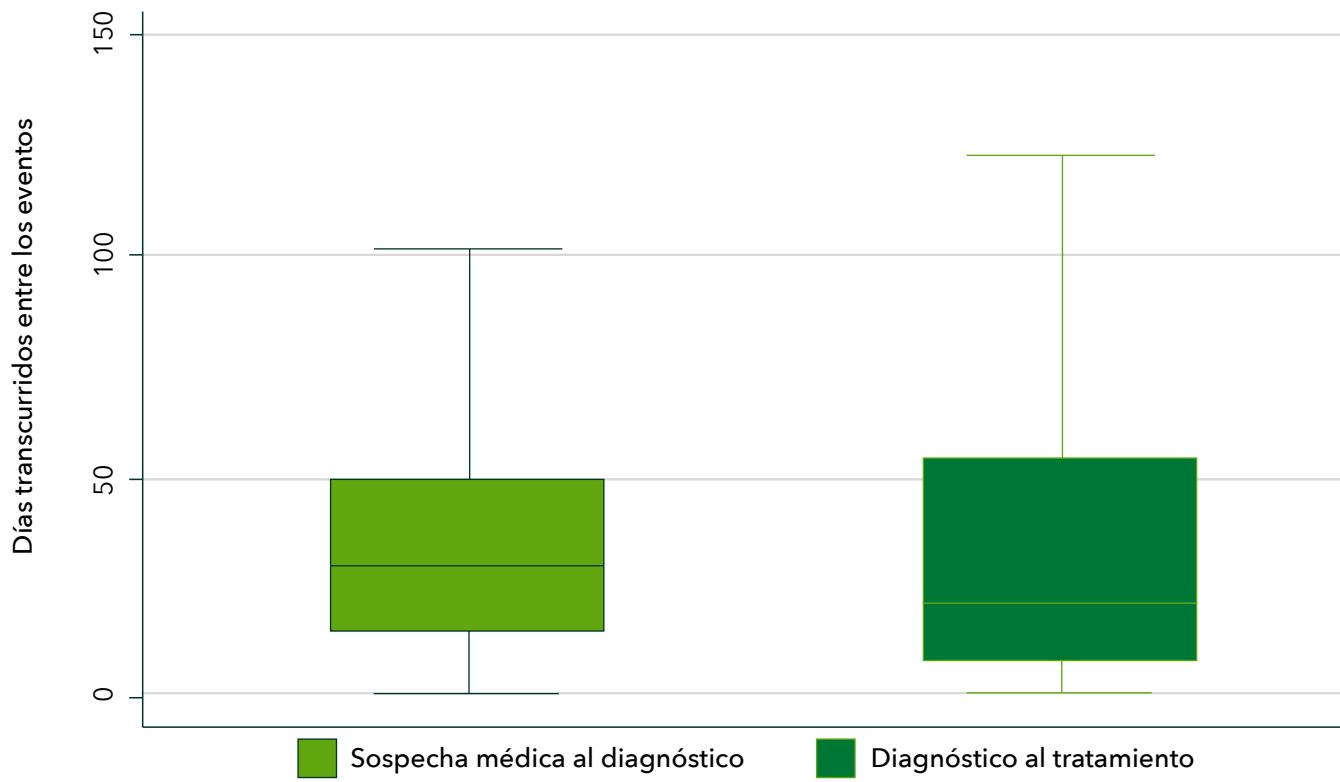
9.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH

En la sección de aspectos metodológicos se describió la operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) (**figura 9.3**).

La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico en el ámbito nacional fue de 30 días (RIC: 15 - 50) y hasta el primer tratamiento fue de 24 días (RIC: 9 - 55).



Figura 9.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LNH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 41,84 días ($\pm 44,18$) y para el inicio del tratamiento fue de 39,20 días ($\pm 44,45$).

[Descargar figura](#)

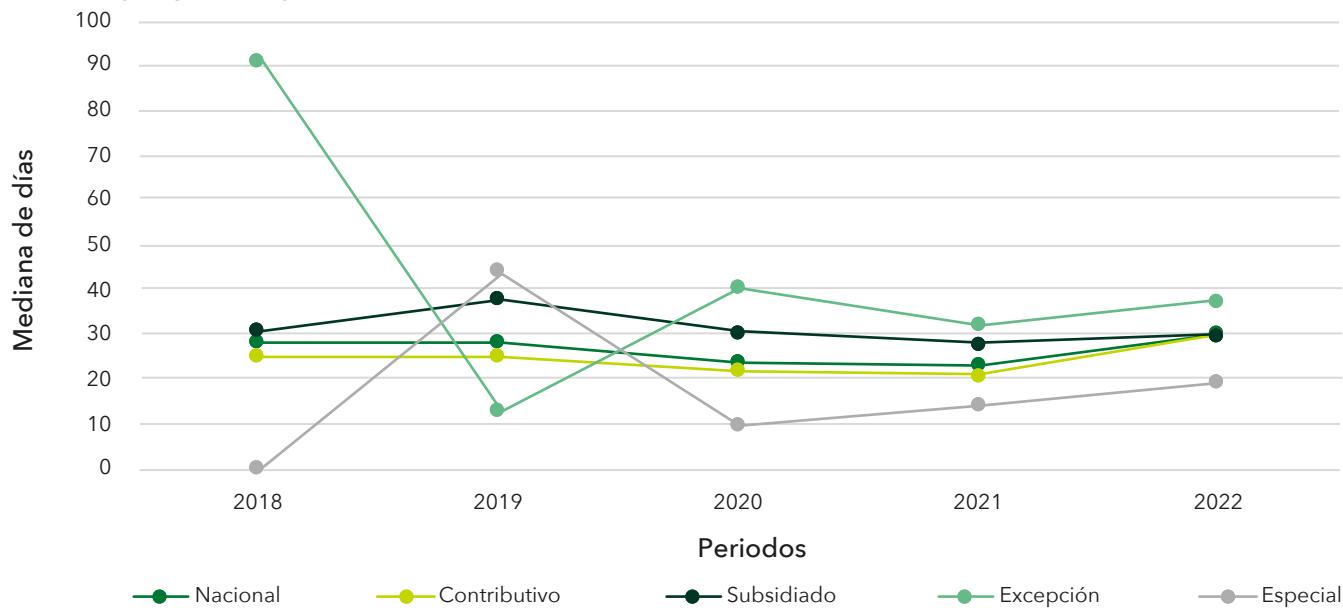
En las **figuras 9.4 y 9.5** se presenta la tendencia en la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos cinco años. En el ámbito nacional y para todos los regímenes, se observó un incremento en la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico entre el 2022 y el año inmediatamente anterior. El régimen con la mejor oportunidad fue el especial con 19 días; por el contrario, la mediana del tiempo de espera más prolongada se estimó en el de excepción con 38 días (**figura 9.4**).

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

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 9.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LNH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta.

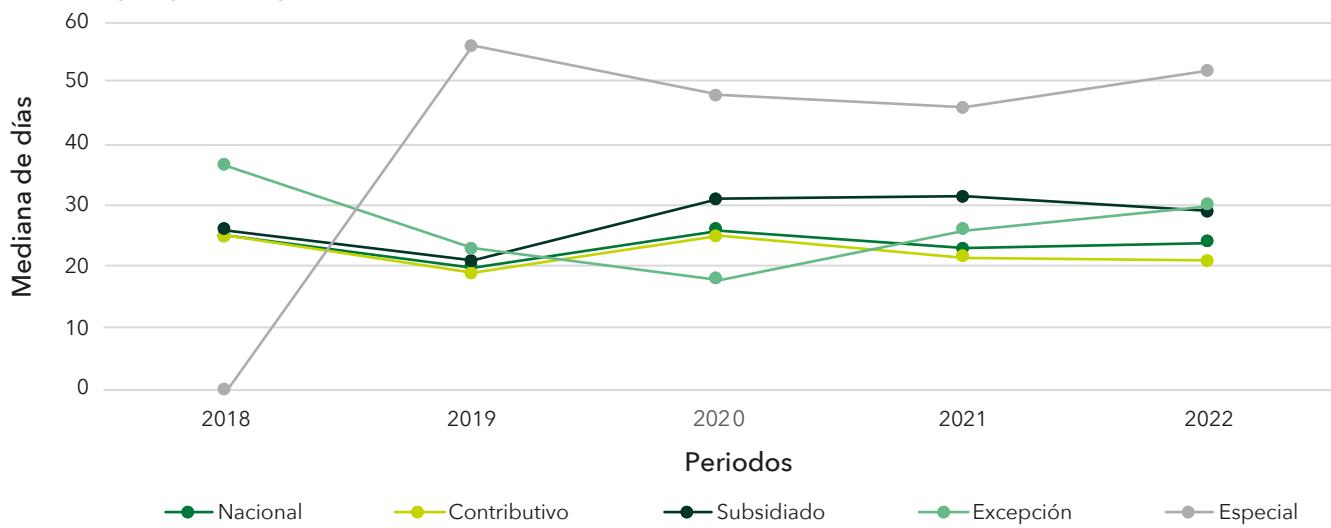
En 2018 no se notificó la información para el régimen especial y para el 2022 solo un caso.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 42 días ($\pm 44,18$), régimen contributivo: 40 días ($\pm 42,99$), subsidiado: 44 días ($\pm 46,05$), excepción: 53 días ($\pm 50,58$) y especial: 19 días ($\pm N/A$).

[Descargar figura](#)

Como se observa en la **figura 9.5**, en los regímenes contributivo y subsidiado se presentó una disminución en la espera para el inicio del tratamiento. El régimen con la mejor oportunidad del tratamiento fue el contributivo con una mediana de 21 días (RIC: 9 - 50), en cambio en el especial se registró el tiempo de espera más prolongado con una mediana de 52 días.

Figura 9.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LNH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LNH en la población adulta.

En 2018 no se notificó la información para el régimen especial y para el 2022 solo se reportó un caso.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 39 días ($\pm 44,45$), régimen contributivo: 37 días ($\pm 43,12$), subsidiado: 45 días ($\pm 48,51$), excepción: 37 días ($\pm 33,18$) y especial: 52 días ($\pm N/A$).

[Descargar figura](#)



Al analizar la oportunidad de la atención según el estadio clínico al diagnóstico (**tabla 9.11**), llama la atención que los tiempos de espera más bajos se observaron en el estadio IV en comparación con los estadios tempranos.

Tabla 9.11. Oportunidad de la atención en la población adulta con LNH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio al diagnóstico	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
I	50,34 (4,85)	36 (16 - 69)	66,87 (7,71)	49 (18 - 96)
II	48,50 (5,42)	31 (16 - 56)	41,25 (4,23)	24 (10 - 57)
III	40,26 (2,84)	30 (13 - 48,50)	35,96 (2,94)	22 (9 - 48)
IV	37,95 (2,11)	26 (13 - 45)	33,34 (2,13)	21 (7 - 42)
Desconocido	42,44 (43,98)	30 (16 - 53,50)	41,26 (2,67)	29 (9 - 59)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

9.3. Caracterización de los casos prevalentes de LNH en la población adulta

Entre los casos prevalentes reportados en el periodo, el 51,72% eran mujeres, la mediana de edad fue de 63 años (RIC: 51 - 73), la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en Bogotá, D. C., (**tabla 9.12**).

La distribución por el sexo, de acuerdo con el régimen de afiliación, tuvo un comportamiento similar al observado en el ámbito nacional. En cuanto a la distribución regional, en los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción, la mayoría residían en la Central, mientras que en el especial el mayor porcentaje se ubicó en Bogotá, D. C. Adicionalmente, se informaron tres casos que no pertenecían a ningún régimen del aseguramiento.

Tabla 9.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LNH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ^{2,3} n= 15.169 (100,00%)
	Contributivo n= 10.666 (70,31%)	Subsidiado n= 3.610 (23,80%)	Excepción n= 801 (5,28%)	Especial n= 89 (0,59%)	
Sexo					
Femenino	5.572 (52,24)	1.850 (51,25)	401 (50,06)	52 (58,43)	7.876 (51,92)
Masculino	5.094 (47,76)	1.760 (48,75)	400 (49,94)	37 (41,57)	7.293 (48,08)
Edad	63 (51 - 73)	61 (49 - 72)	67 (54 - 74)	72 (63 - 81)	63 (51 - 73)
Etnia					
Ninguna	10.572 (99,12)	3.468 (96,07)	784 (97,88)	89 (100,00)	14.916 (98,33)
Indígena	9 (0,08)	102 (2,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	111 (0,73)
Negro	83 (0,78)	38 (1,05)	17 (2,12)	0 (0,00)	138 (0,91)
Otra ⁴	2 (0,02)	2 (0,06)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,03)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	53 (0,50)	97 (2,69)	13 (1,62)	0 (0,00)	163 (1,07)
Bogotá, D. C.	3.674 (34,45)	341 (9,45)	125 (15,61)	43 (48,31)	4.186 (27,06)
Caribe	654 (6,13)	851 (23,57)	163 (20,35)	2 (2,25)	1.670 (11,01)
Central	3.293 (30,87)	1.148 (31,80)	239 (29,84)	25 (28,09)	4.705 (31,02)
Oriental	1.491 (13,98)	483 (13,38)	184 (22,97)	7 (7,87)	2.165 (14,27)
Pacífica	1.501 (14,07)	690 (19,11)	77 (9,61)	12 (13,48)	2.280 (15,03)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

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

³ No se incluyen los datos de 1.189 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

9.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH

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

1. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se le realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
2. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Cost-wolds o clasificación de Lugano.
3. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma en estadios I y II.
4. Proporción de pacientes diagnosticados con clasificación de riesgo: IPI, FLIPI, MIPI, IPS.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron quimioterapia.
6. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron radioterapia.
7. Proporción de pacientes con CD20+ que recibieron rituximab (LBDCG - Folicular - Manto).
8. Proporción de pacientes diagnosticados con linfoma en cuidados paliativos (estadios avanzados).
9. Oportunidad de toma de biopsia (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
10. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).
11. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
12. Oportunidad en la realización de trasplante (tiempo entre la remisión a trasplante y la realización).
13. Tasa de remisión.
- 14.1. Tasa de letalidad (estadios limitados).
- 14.2. Tasa de letalidad (estadios avanzados).
15. Supervivencia global.

De acuerdo con la periodicidad de análisis establecida (5 años) y considerando la estimación realizada en 2019, no se presentan los resultados del indicador de supervivencia, este puede ser consultado en el [libro de situación del cáncer 2019](#).

En la **tabla 11.12** se observan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En cuanto a la oportunidad para la confirmación diagnóstica se registró un desempeño alto en el ámbito nacional y en la mayoría de las regiones del país. Por el contrario, en los indicadores de oportunidad para la toma de biopsia y el inicio del tratamiento, se alcanzó el cumplimiento medio en la mayoría de los casos. Es importante que se continúe trabajando en acciones encaminadas hacia una mejora en la gestión, con el fin de lograr la atención integral de esta población.



Tabla 9.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
	Por definir	> 90%	> 60%	> 90%	> 90%	Por definir	Por definir	> 25%
		> 80-≤ 90%	> 50-≤ 60%	> 80-≤ 90%	> 80-≤ 90%			> 15-≤ 25%
Amazonía-Orinoquía	29,17	● 62,50	● 20,00	● 50,00	● 75,00	8,33	66,67	● 25,00
Bogotá, D. C.	39,51	● 65,05	● 26,64	● 49,85	● 63,83	3,65	67,58	● 19,21
Caribe	41,86	● 68,99	● 37,08	● 54,26	● 83,33	5,81	77,01	● 24,11
Central	50,00	● 62,34	● 26,39	● 43,94	● 75,54	4,11	75,00	● 32,37
Oriental	40,80	● 59,77	● 31,73	● 47,13	● 64,37	4,02	55,73	● 23,19
Pacífica	55,23	● 59,93	● 19,28	● 49,82	● 72,92	6,86	73,87	● 29,46
Nacional	45,93	● 63,32	● 27,67	● 48,49	● 72,57	4,86	71,20	● 26,47

Tabla 9.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
	≤15 días	≤15 días	≤30 días	Por definir	>35%	Por definir	Por definir
	>15-29 días	>15-29 días	>30-59 días		>30-≤35%		
Amazonía-Orinoquía	● 33,86	● 10,43	● 63,61	Sin dato	● 2,70	0,00	16,67
Bogotá, D. C.	● 24,40	● 12,78	● 34,90	187,00	● 9,30	7,02	14,57
Caribe	● 27,98	● 20,12	● 43,56	Sin dato	● 10,05	7,58	13,39
Central	● 25,88	● 14,99	● 36,68	85,33	● 5,60	5,26	19,32
Oriental	● 27,52	● 13,19	● 45,76	51,00	● 5,41	6,06	18,84
Pacífica	● 20,91	● 12,45	● 36,60	12,00	● 4,88	3,13	14,73
Nacional	● 25,10	● 14,68	● 39,06	79,57	● 6,96	5,99	16,32

En la **tabla 9.14** se observan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación.

Con respecto a los indicadores de oportunidad, se destaca la disminución en el tiempo de espera para el inicio del tratamiento en los regímenes contributivo y subsidiado, alcanzando el nivel medio de cumplimiento.

Durante el periodo, en todos los grupos del aseguramiento se registró el cumplimiento bajo en los indicadores de estadificación clínica, clasificación del riesgo y detección temprana. Por ende, es de gran importancia que las entidades identifiquen las particularidades en su red de prestadores, para disminuir las dificultades que puedan generar repercusiones negativas en los resultados en salud.

En el indicador de la proporción de pacientes en estadios avanzados en manejo por cuidado paliativo, se registró un desempeño alto en los regímenes contributivo y subsidiado.

👉 Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a **HIGIA**

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

Linfoma no Hodgkin (LNH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 9.14. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
	Por definir	> 90%	> 60%	> 90%	> 90%	Por definir	Por definir	> 25%
		> 80-≤ 90%	> 50-≤ 60%	> 80-≤ 90%	> 80-≤ 90%			> 15-≤ 25%
		≤ 80%	≤ 50%	≤ 80%	≤ 80%			≤ 15%
Contributivo	50,34	● 66,63	● 25,91	● 50,63	● 72,65	5,24	70,57	● 26,32
Subsidiado	36,57	● 55,56	● 31,67	● 43,52	● 71,99	3,94	72,29	● 29,81
Excepción	36,21	● 62,07	● 36,11	● 48,28	● 74,14	5,17	75,61	● 4,35
Especial	100,00	● 0,00	Sin dato	● 0,00	● 100,00	0,00	100,00	Sin dato
No afiliado	50,00	● 100,00	● 0,00	● 50,00	● 100,00	0,00	50,00	● 50,00
Nacional	45,93	● 63,32	● 27,67	● 48,49	● 72,57	4,86	71,20	● 26,47

Tabla 9.14. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LNH según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	Por definir	> 35%	Por definir	Por definir
	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días		> 30 - ≤ 35%		
	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días		≤ 30%		
Contributivo	● 25,57	● 12,51	● 36,71	82,50	● 4,07	4,49	15,18
Subsidiado	● 22,67	● 19,59	● 45,21	73,00	● 10,89	10,53	21,74
Excepción	● 46,40	● 18,06	● 36,07	81,00	● 26,10	0,00	4,35
Especial	● 2,00	● 17,00	● 52,00	Sin dato	● 31,46	Sin dato	Sin dato
No afiliado	● 3,00	● 8,00	● 4,00	Sin dato	● 0,00	Sin dato	Sin dato
Nacional	● 25,10	● 14,68	● 39,06	79,57	● 6,96	5,99	16,32

Referencias

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-114. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/indicadores_gestion_del_riesgo_adultos_con_Linfoma_no_Hodgkin_y_Linfoma_Hodgkin_Colombia.pdf

10

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

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



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

Morbimortalidad del LH

La PCNR estandarizada fue de

1 caso nuevo

(IC 95%: 0,8 - 1,0) por 100.000 habitantes de 18 años o más.



Con respecto al periodo anterior, las tres medidas de morbimortalidad aumentaron, y este cambio fue especialmente marcado en la mortalidad que incrementó un 23,3%

Caracterización de los casos nuevos de LH

A nivel nacional, el **70,6%** contó con clasificación del riesgo.

Esta proporción fue mayor en el régimen contributivo (73,1%).



El 67,8% de los casos se clasificó con riesgo alto. Esta proporción fue mayor en el régimen de excepción (88,9%).



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 30 días (RIC: 14 - 64) y hasta el primer tratamiento fue de 25 días (RIC: 11 - 56).

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LH

El indicador de confirmación diagnóstica a partir de la realización de la biopsia

fue el único indicador que

alcanzó la meta en el ámbito nacional.

Resumen

Capítulo 10. Linfoma Hodgkin



En el ámbito nacional, no se alcanzó la meta de la estadificación Ann Arbor con modificación de Costwolds o Lugano (72,6%), ni la clasificación del riesgo (72,3%); este comportamiento fue similar en la mayoría de las regiones y en todos los grupos del aseguramiento.

[Descargar figura](#)



10. Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

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

10.1. Morbimortalidad del LH en la población adulta

En este capítulo se presenta la información de las personas de 18 años o más con LH. La caracterización de los casos en los menores de 18 años se describe en el libro de la situación del cáncer de la población pediátrica. Entre los 11 tipos de cáncer priorizados, el LH ocupó el décimo lugar de frecuencia y representa el 0,87% de los casos nuevos. En el periodo se reportaron 4.431 adultos con LH, de los cuales el 7,83% (n= 347) fueron diagnosticados. El número de muertes por todas las causas fue de 193 (**tabla 10.1**).

Tabla 10.1. Medidas de frecuencia del LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida ajustada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	347	0,94	0,94	0,84 - 1,04
Prevalencia	4.431	12,05	12,03	11,68 - 12,39
Mortalidad ⁵	193	0,53	0,51	0,44 - 0,59

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

² Informadas por 100.000 habitantes de 18 años o más.

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

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

10.1.1. PCNR del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región Central tuvo la PCNR estandarizada más elevada con 1,27 (IC 95%: 1,05 - 1,53) casos nuevos por 100.000 adultos, por el contrario, la menor fue estimada en la Amazonía-Orinoquía con 0,54 (IC 95%: 0,17 - 1,30) casos (**tabla 10.2**). Por su parte, las entidades territoriales con las tasas más altas fueron San Andrés, Antioquia y Caquetá; entre tanto, en el Cesar, Sucre y Magdalena se presentaron las más bajas. Cinco departamentos no reportaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 10.2. PCNR estandarizada del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	5	956.659	0,52	0,54	0,17 - 1,30
Bogotá, D. C.	66	6.064.022	1,09	1,09	0,84 - 1,38
Caribe	52	7.844.150	0,66	0,65	0,49 - 0,86
Central	118	9.051.968	1,30	1,27	1,05 - 1,53
Oriental	50	6.958.378	0,72	0,72	0,53 - 0,95
Pacífica	56	5.884.457	0,95	0,95	0,72 - 1,23
Nacional	347	36.759.634	0,94	0,94	0,84 - 1,04

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

10.1.2. PCNR del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 10.3**, la PCNR estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado. Adicionalmente, en el de excepción se presentaron 15 CNR con LH. Al comparar las entidades aseguradoras, las estimaciones más elevadas se presentaron en la EAS027, la EPS048 y la RES002 con tasas de 12,14, 4,88 y 2,71, respectivamente. Por el contrario, la EPSI05, la CCF024 y la EPS044 tuvieron la menor PCNR con 0,39, 0,31 y 0,16 casos nuevos por 100.000 adultos afiliados. Veintidós entidades no reportaron CNR en el periodo.

Tabla 10.3. PCNR estandarizada del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	238	17.923.959	1,33	1,33	1,17 - 1,51
Subsidiado	94	13.708.407	0,69	0,68	0,55 - 0,84

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

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

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

10.1.3. Prevalencia del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región del país con la estimación más alta fue Bogotá, D. C., con 16,61 (IC 95%: 15,60 - 17,67) casos por 100.000 adultos, y la más baja se observó en la Amazonía-Orinoquía con 3,96 (IC 95%: 2,78 - 5,48) casos (**tabla 10.4**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor prevalencia fueron Amazonas, Antioquia y Bogotá, D. C., en contraste, Arauca, Chocó y Putumayo reportaron las más bajas. Tres departamentos no informaron casos en el periodo.

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

Tabla 10.4. Prevalencia estandarizada del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	38	956.659	3,97	3,96	2,78 - 5,48
Bogotá, D. C.	1.005	6.064.022	16,57	16,61	15,60 - 17,67
Caribe	618	7.844.150	7,88	7,87	7,26 - 8,52
Central	1.477	9.051.968	16,32	16,16	15,34 - 17,00
Oriental	664	6.958.378	9,54	9,55	8,84 - 10,31
Pacífica	629	5.884.457	10,69	10,71	9,88 - 11,58
Nacional	4.431	36.759.634	12,05	12,03	11,68 - 12,39

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



10.1.4. Prevalencia del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue significativamente mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 10.5**). En los regímenes de excepción y especial se reportaron 167 y 8 casos, respectivamente; además, se identificaron 358 casos de entidades liquidadas, de las que no se cuenta con la información sobre la afiliación vigente para el periodo. En cuanto a las entidades, las estimaciones más altas se presentaron en la RES009, la RES011 y la EPS012, con 135,11, 32,16 y 27,34 casos por 100.000 adultos afiliados, mientras que la ESS091, la CCF102 y la RES008 tuvieron las prevalencias más bajas con 2,48, 2,29 y 2,06 casos. Siete entidades no reportaron casos prevalentes en el periodo.

Tabla 10.5. Prevalencia estandarizada del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	2.718	17.923.959	15,16	15,15	14,59 - 15,73
Subsidiado	1.180	13.708.407	8,61	8,67	8,18 - 9,18

¹ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos reportados a la CAC.

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

10.1.5. Mortalidad del LH en la población adulta según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 0,70 (IC 95%: 0,50 - 0,95) muertes por 100.000 adultos. En la Amazonía-Orinoquía no se reportaron muertes en el periodo (**tabla 10.6**). Por su parte, las entidades territoriales con las tasas más altas fueron Caquetá, Córdoba y Cesar; en contraste, las más bajas se estimaron para Huila, Caldas y Magdalena. En once departamentos no se reportaron defunciones en el periodo.

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

Tabla 10.6. Mortalidad general estandarizada del LH en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	0	956.659	0,00	0,00	0,00 - 0,00
Bogotá, D. C.	41	6.064.022	0,68	0,70	0,50 - 0,95
Caribe	38	7.844.150	0,48	0,50	0,35 - 0,68
Central	47	9.051.968	0,52	0,49	0,36 - 0,66
Oriental	38	6.958.378	0,55	0,55	0,39 - 0,75
Pacífica	29	5.884.457	0,49	0,47	0,32 - 0,68
Nacional	193	36.759.634	0,53	0,51	0,44 - 0,59

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LH reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

10.1.6. Mortalidad del LH en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Como se observa en la **tabla 10.7**, la mortalidad general estandarizada fue mayor en el régimen contributivo. En el régimen de excepción y en el especial se reportaron 4 y 1 muertes, respectivamente. Adicionalmente, 21 fallecimientos correspondieron a las entidades liquidadas, de los que no se cuenta con la información de afiliación vigente.

En la EAS016, la RES008 y la EPS001 se presentaron las estimaciones más altas, con 8,87, 2,06 y 1,70 muertes por 100.000 adultos afiliados, respectivamente. Las entidades con la menor mortalidad fueron la EPS008, la ESS118 y la RES004 con 0,17, 0,15 y 0,07 defunciones. Veintidós entidades de los regímenes contributivo, subsidiado y especial no reportaron fallecidos en el periodo.

Tabla 10.7. Mortalidad general estandarizada del LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	108	17.923.959	0,60	0,63	0,51 - 0,76
Subsidiado	59	13.708.407	0,43	0,43	0,33 - 0,56

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LH reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

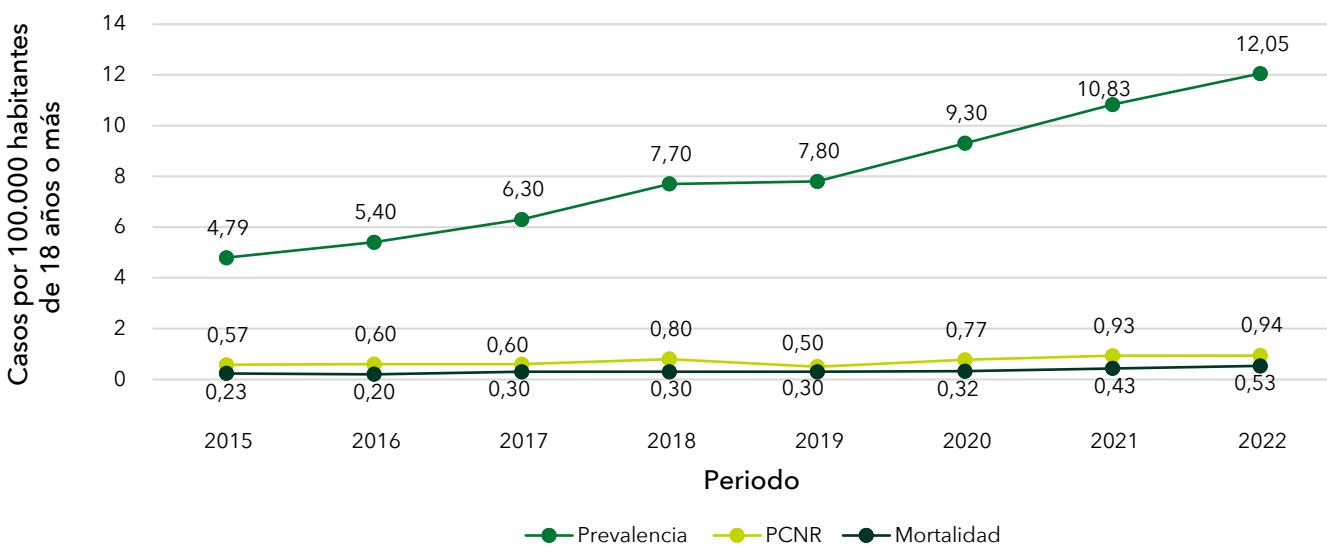
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

10.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LH en el aseguramiento en Colombia

Con respecto al periodo 2021, las tres medidas de morbimortalidad aumentaron y este cambio fue especialmente marcado en la mortalidad que incrementó un 23,26% (**figura 10.1**). Es importante resaltar que este comportamiento es inverso al registrado en otras neoplasias linfoproliferativas como el LNH.

Figura 10.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LH en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos de LH en la población adulta.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



10.2. Caracterización de los casos nuevos de LH en la población adulta

10.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LH

La **tabla 10.8** presenta una caracterización general de los casos nuevos de LH según el régimen de afiliación. Con respecto a la distribución por el sexo, en el ámbito nacional la mayoría eran hombres (54,47%), sin embargo, en el régimen de excepción el 53,33% eran mujeres. Por otro lado, la mediana de la edad fue de 43 años (RIC: 30 - 60), la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central. Segundo los grupos del aseguramiento, la mediana de la edad más alta se observó en el especial (68 años); la región Central agrupó el mayor número de casos en todos los regímenes menos en el subsidiado en el que se concentraron en la Caribe.

Tabla 10.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 347 (100,00%)
	Contributivo n= 238 (68,59%)	Subsidiado n= 94 (27,09%)	Excepción n= 15 (4,32%)	
Sexo				
Femenino	109 (45,80)	41 (43,62)	8 (53,33)	158 (45,53)
Masculino	129 (54,20)	53 (56,38)	7 (46,67)	189 (54,47)
Edad	42 (30 - 60)	40 (26 - 58)	68 (56 - 79)	43 (30 - 60)
Etnia				
Ninguna	237 (99,58)	91 (96,81)	14 (93,33)	342 (98,56)
Indígena	0 (0,00)	2 (2,13)	0 (0,00)	2 (0,58)
Negro	1 (0,42)	1 (1,06)	1 (6,67)	3 (0,86)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	3 (1,26)	2 (2,13)	0 (0,00)	5 (1,44)
Bogotá, D. C.	60 (25,21)	4 (4,26)	2 (13,33)	66 (19,02)
Caribe	22 (9,24)	30 (31,91)	0 (0,00)	52 (14,99)
Central	85 (35,71)	27 (28,72)	6 (40,00)	118 (34,01)
Oriental	30 (12,61)	14 (14,89)	6 (40,00)	50 (14,41)
Pacífica	38 (15,97)	17 (18,09)	1 (6,67)	56 (16,14)

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

10.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LH

La **tabla 10.9** describe las características clínicas de los casos nuevos según su afiliación al sistema de salud. En el país, la clasificación de Lugano se reportó en el 72,62% (n= 252) de los casos y presentó un leve incremento con respecto al periodo anterior. La mayoría de los CNR fueron diagnosticados en el estadio II (33,33%).

Al comparar por los regímenes, la proporción de los casos nuevos estadificados fue más alta en el contributivo, superando lo reportado en el ámbito nacional. En los regímenes contributivo y subsidiado, más del 30% de los casos se clasificaron en el estadio II, mientras que en el de excepción el 50% fue diagnosticado en el III.

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

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 10.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total n= 347 (100,00%)
	Contributivo n= 238 (68,59%)	Subsidiado n= 94 (27,09%)	Excepción n= 15 (4,32%)	
Estadificación (sí)²	177 (74,37)	65 (69,15)	10 (66,67)	252 (72,62)
Estadio al diagnóstico^{2,3}				
I	12 (6,78)	5 (7,69)	2 (20,00)	19 (7,54)
II	61 (34,46)	22 (33,85)	1 (10,00)	84 (33,33)
III	55 (31,07)	17 (26,15)	5 (50,00)	77 (30,56)
IV	49 (27,68)	20 (30,77)	2 (20,00)	71 (28,17)
Extraganglionar	0 (0,00)	1 (1,54)	0 (0,00)	1 (0,40)
Clasificación del riesgo (sí)⁴	174 (73,11)	62 (65,96)	9 (60,00)	245 (70,61)
Estadios de riesgo^{4,5}				
Bajo	56 (32,18)	22 (35,48)	1 (11,11)	79 (32,24)
Alto	118 (67,82)	40 (64,52)	8 (88,89)	166 (67,76)

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

² Definida según la clasificación de Lugano.

³ Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta que fueron estadificados.

⁴ Clasificación del riesgo de acuerdo con el instructivo de reporte de la CAC.

⁵ Incluye todos los casos nuevos de LH en los adultos con clasificación del riesgo.

Además de la estadificación, la clasificación del riesgo hace parte fundamental del manejo clínico de la población con linfomas (**tabla 10.9**). El 70,61% de los casos nuevos fue clasificado según las categorías de riesgo, con un gran avance en este componente del manejo en relación con lo reportado en el 2021. Adicionalmente, entre los regímenes, en el contributivo se reportó la proporción más alta de casos clasificados. En el país y los grupos del aseguramiento, la mayor parte de los CNR se concentró en el grupo de riesgo alto.

10.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LH

Durante el periodo, la terapia sistémica se administró en el 76,08% (n= 264) de los casos nuevos, siendo el tratamiento más frecuente, seguida por la radioterapia (2,88%, n= 10). El 23,05% (n= 80), no recibió ningún tipo de tratamiento, lo que puede deberse a diagnósticos realizados cerca al corte, que recibieron manejo paliativo o que fallecieron antes de acceder a alguna alternativa terapéutica. El 15,00% de estos (n= 12) fue diagnosticado en los dos meses previos a la fecha de corte.

En la **tabla 10.10** se muestra la distribución del tratamiento de acuerdo con el estadio clínico. Entre las personas que recibieron terapia sistémica, la mayoría fueron diagnosticadas en los estadios II (29,55%) y III (27,65%). En una menor proporción de CNR la radioterapia fue el tratamiento de elección, en su mayoría fueron casos en el estadio II.

Tabla 10.10. Frecuencia del tratamiento prescrito en los casos nuevos de LH en los adultos según el estadio clínico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

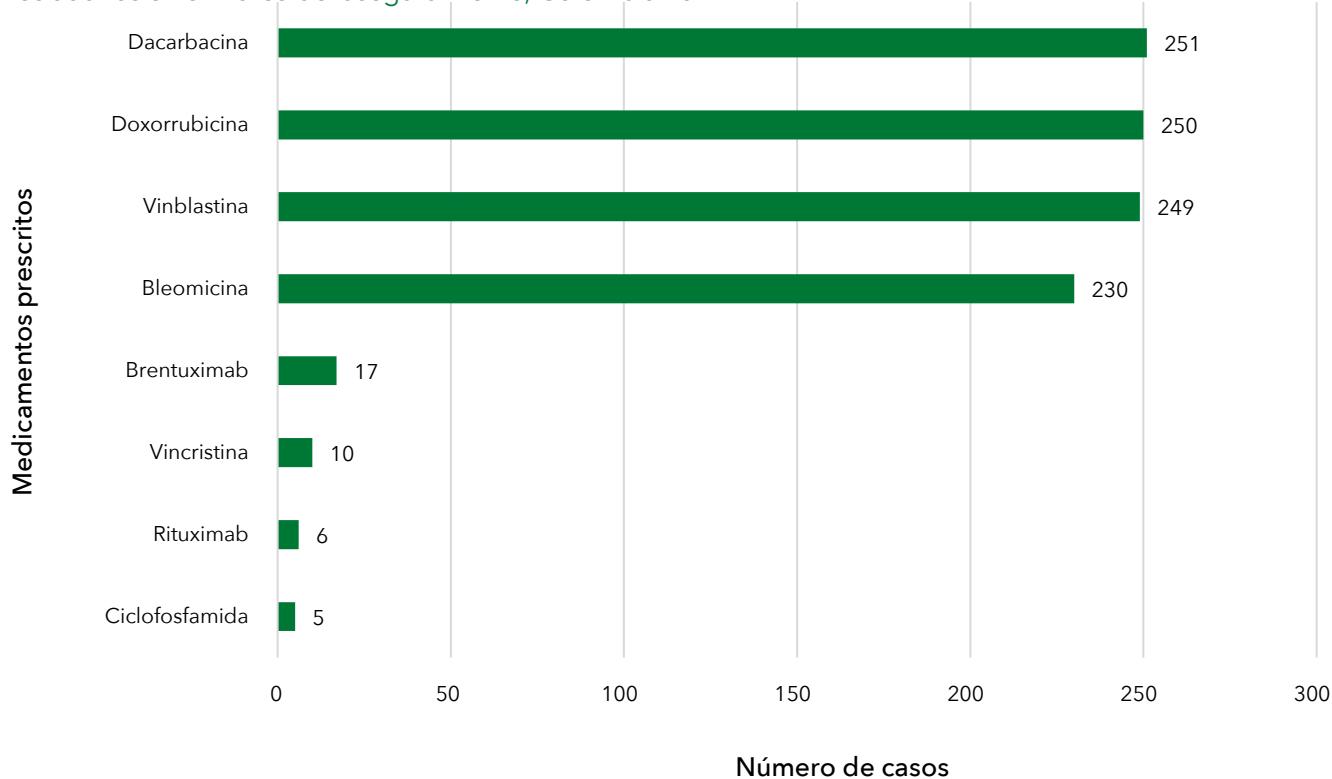
Tratamiento	Estadio al diagnóstico					Total n (%)
	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	Estadio III n (%)	Estadio IV n (%)	Desconocido n (%)	
Terapia sistémica ¹	13 (4,92)	78 (29,55)	73 (27,65)	60 (22,73)	40 (15,15)	264 (100,00)
Cirugía	0 (0,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	2 (50,00)	1 (25,00)	4 (100,00)
Radioterapia	2 (20,00)	5 (50,00)	2 (20,00)	1 (10,00)	0 (0,00)	10 (100,00)

¹ En este grupo se incluyen la quimioterapia y otras terapias sistémicas.



La **figura 10.2** describe los medicamentos administrados con más frecuencia en los casos nuevos de LH en la población adulta. Los agentes terapéuticos de mayor uso fueron la dacarbacina, la doxorrubicina y la vinblastina. Es importante puntualizar que los datos presentados corresponden a frecuencias absolutas, es decir, no se tiene en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 10.2. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



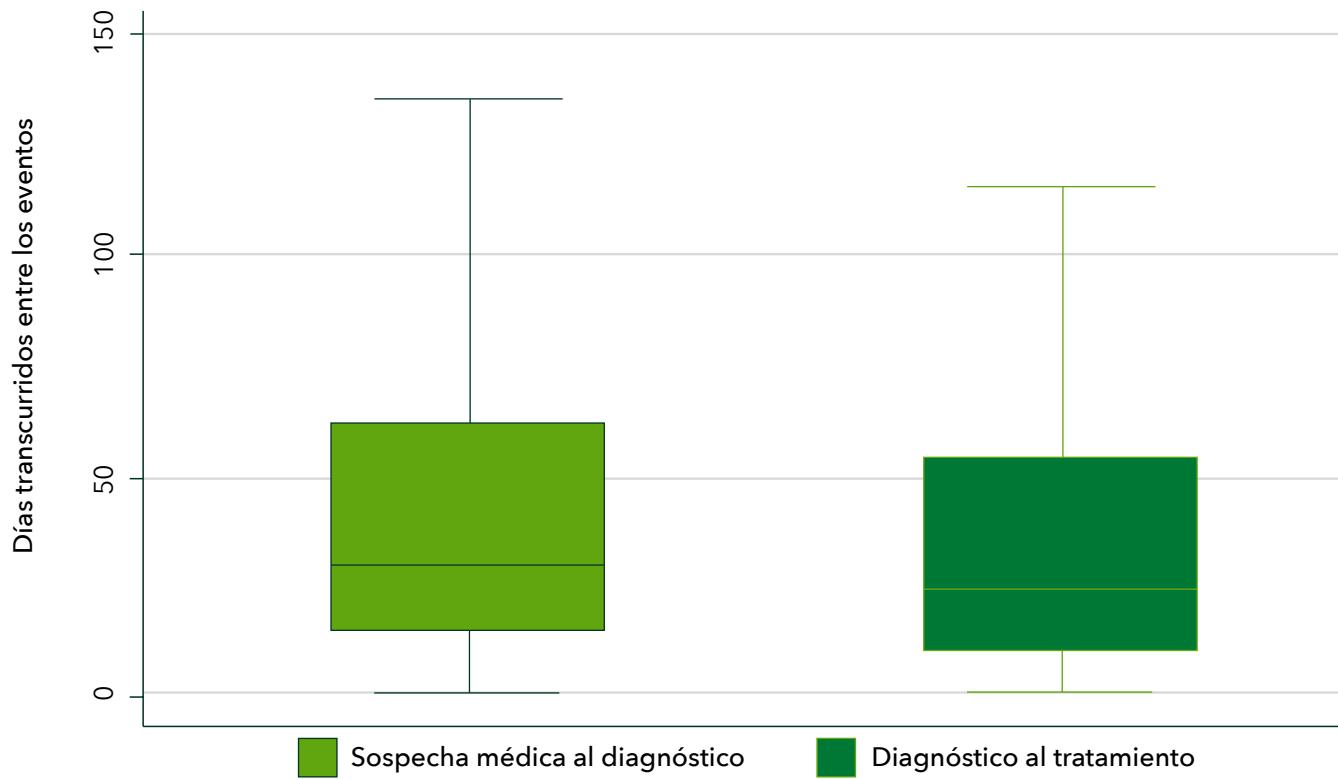
Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta.

[Descargar figura](#)

10.2.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH

La operacionalización de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento se definió en la sección de los aspectos metodológicos. En la **figura 10.3** se presenta la oportunidad de la atención en el ámbito nacional. La mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 30 días (RIC: 14 - 64) y hasta el primer tratamiento fue de 25 días (RIC: 11 - 56). Este comportamiento es similar a lo observado en la población con LNH, con tiempos de espera menores en relación con otros tipos de cáncer como el melanoma.

Figura 10.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LH en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta.

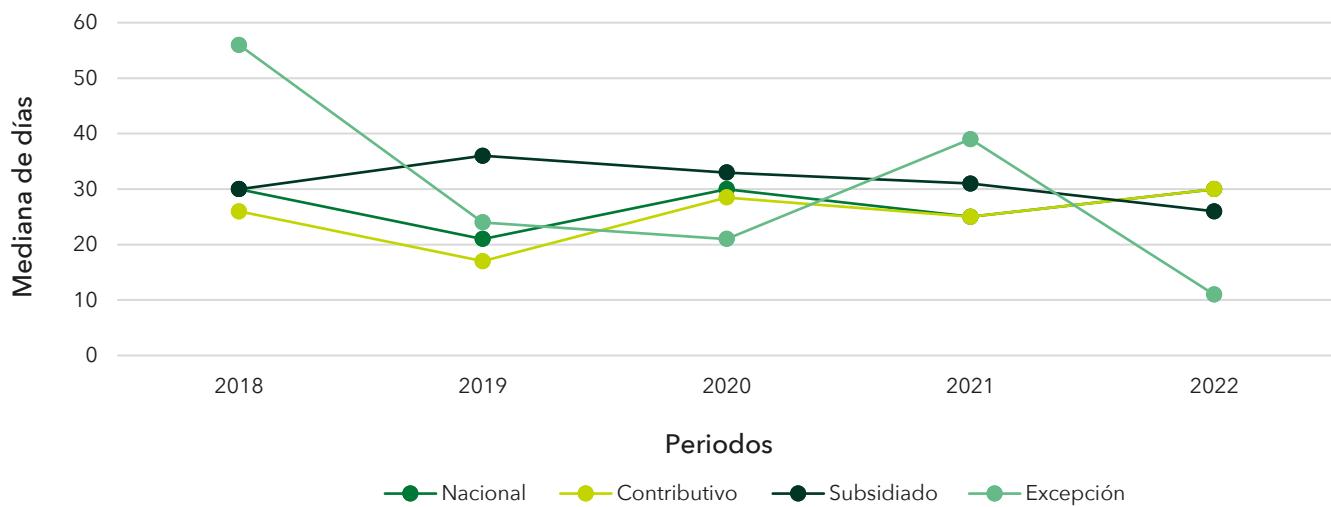
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 49,05 días ($\pm 57,83$) y para el inicio del tratamiento fue de 39,29 días ($\pm 42,77$).

[Descargar figura](#)

En las **figuras 10.4 y 10.5** se observan la tendencia en la oportunidad de la atención en los últimos 5 períodos en los grupos del aseguramiento y en el país. En el 2022, el régimen con la mediana del tiempo de espera más corta para el diagnóstico fue el de excepción con 11 días (RIC: 2 - 73), en cambio, el más prolongado se presentó en el contributivo (mediana: 30 días, RIC: 17 - 98). En cuanto a la tendencia presentada con respecto al 2021, en el último periodo los tiempos de espera aumentaron en el ámbito nacional y en el régimen contributivo, contrario a la reducción observada en el subsidiado y el de excepción. Llama la atención la persistencia en la brecha entre los regímenes contributivo y subsidiado, además de la fluctuación en el comportamiento presentado en el de excepción (**figura 10.4**).



Figura 10.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta.

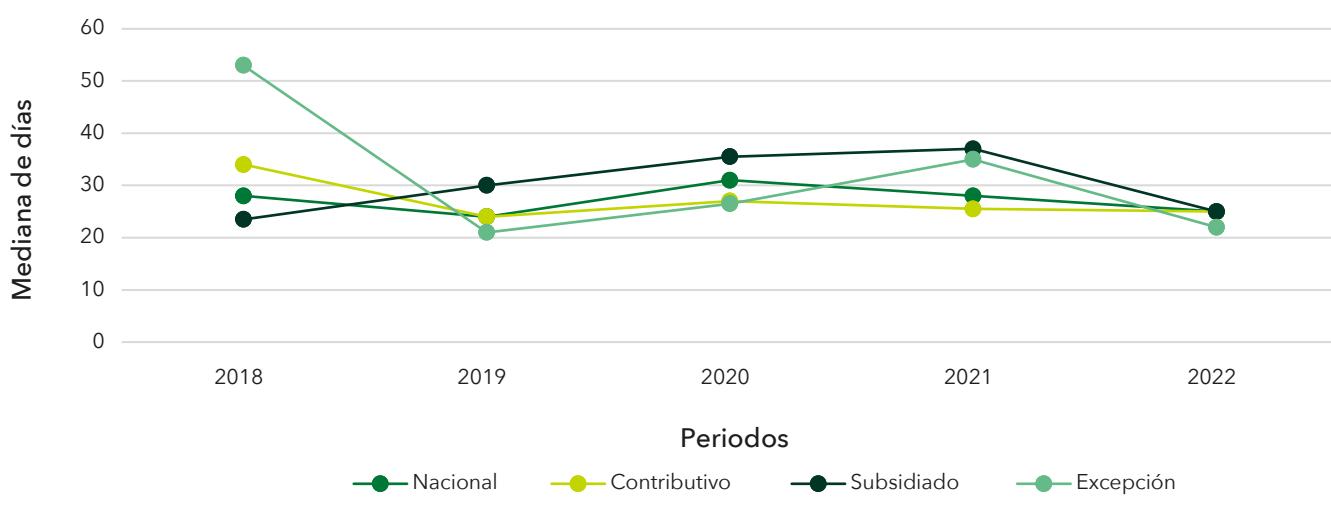
En los últimos 3 períodos no se notificaron casos del régimen especial, por lo cual este no se presenta en la figura.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 49,05 días ($\pm 57,83$), régimen contributivo: 46,78 días ($\pm 52,80$), subsidiado: 55,67 días ($\pm 67,29$) y excepción: 42,20 días ($\pm 70,12$).

[Descargar figura](#)

Como se observa en la **figura 10.5**, en el país y en todos los regímenes, la espera hasta el inicio del primer tratamiento disminuyó en el último periodo. El régimen con la mejor oportunidad del tratamiento fue el de excepción con una mediana de 22 días (RIC: 16 - 70). Es importante tener en cuenta que, a pesar de la reducción observada, se deben priorizar las acciones para el diagnóstico oportuno.

Figura 10.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LH en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LH en la población adulta.

En los últimos 3 períodos no se notificaron casos del régimen especial, por lo cual este no se presenta en la figura.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 39,29 días ($\pm 42,77$), régimen contributivo: 37,58 días ($\pm 40,73$), subsidiado: 43,23 días ($\pm 48,23$), excepción: 38,27 días ($\pm 32,29$).

[Descargar figura](#)

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

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Por otro lado, al analizar la oportunidad de la atención según el estadio al diagnóstico (**tabla 10.11**), el menor tiempo para acceder al diagnóstico se reportó en el estadio IV, mientras que para el inicio del tratamiento la espera fue menor en el estadio III. Se debe considerar que en los estadios tempranos se presentaron los tiempos de espera más prolongados, aspecto que impacta de manera importante en los desenlaces de esta población.

Tabla 10.11. Oportunidad de la atención en la población adulta con LH según el estadio al diagnóstico en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Estadio	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
I	70,23 (68,00)	44 (30 - 78)	55,00 (65,42)	41 (21 - 69)
II	48,43 (49,97)	33 (16 - 69)	38,96 (38,84)	28 (14 - 55)
III	40,21 (40,97)	23 (13 - 67)	31,22 (31,36)	21 (10 - 40)
IV	34,68 (34,56)	23 (11 - 51)	39,72 (49,86)	22 (9 - 56)
Desconocido	72,11 (90,12)	34 (23 - 70)	48,41 (45,17)	35 (15 - 73)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

10.3. Caracterización de los casos prevalentes de LH en la población adulta

La **tabla 10.12** presenta una caracterización general de los casos prevalentes de LH en los adultos reportados según el régimen del aseguramiento. El 54,04% eran hombres, la mediana de la edad fue de 41 años (RIC: 30 - 59) y la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo. La mediana de edad más alta se presentó en el régimen especial.

Con respecto a la distribución de la región de residencia en los grupos del aseguramiento, en todos los regímenes menos en el especial y similar al comportamiento nacional, la mayoría de los casos se agrupó en la Central.

Tabla 10.12. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LH en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación				Total ² n= 4.073 (100,00%)
	Contributivo n= 2.718 (66,73%)	Subsidiado n= 1.180 (28,97%)	Excepción n= 167 (4,10%)	Especial n= 8 (0,20%)	
Sexo					
Femenino	1.274 (46,87)	536 (45,42)	58 (34,73)	4 (50,00)	1.872 (45,96)
Masculino	1.444 (53,13)	644 (54,58)	109 (65,27)	4 (50,00)	2.201 (54,04)
Edad	42 (31 - 59)	39 (27 - 58)	47 (34 - 65)	51 (24 - 68)	41 (30 - 59)
Etnia					
Ninguna	2.689 (98,93)	1.147 (97,20)	166 (99,40)	8 (100,00)	4.010 (98,45)
Indígena	2 (0,07)	23 (1,95)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (0,61)
Negro	25 (0,92)	9 (0,76)	1 (0,60)	0 (0,00)	35 (0,86)
Otra ³	2 (0,07)	1 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,07)
Región de residencia					
Amazonía-Orinoquía	11 (0,40)	21 (1,78)	1 (0,60)	0 (0,00)	33 (0,81)
Bogotá, D. C.	824 (30,32)	105 (8,90)	28 (16,77)	5 (62,50)	962 (23,62)
Caribe	215 (7,91)	318 (26,95)	22 (13,17)	0 (0,00)	555 (13,63)
Central	916 (33,70)	399 (33,81)	67 (40,12)	1 (12,50)	1.383 (33,96)
Oriental	411 (15,12)	154 (13,05)	35 (20,96)	1 (12,50)	601 (14,76)
Pacífica	341 (12,55)	183 (15,51)	14 (8,38)	1 (12,50)	539 (13,23)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² No se incluyen los datos de 358 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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



10.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH

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

1. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se le realizó biopsia escisional o aguja gruesa guiada por imágenes y cuentan con las coloraciones básicas y las coloraciones de inmunohistoquímica.
2. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma a quienes se les realizó estadificación completa Ann Arbor con modificación de Cost-wolds o clasificación de Lugano.
3. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma en estadios I y II.
4. Proporción de pacientes diagnosticados con clasificación de riesgo: IPI, FLIPI, MIPI, IPS.
5. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron quimioterapia.
6. Proporción de pacientes con diagnóstico de linfoma quienes recibieron radioterapia.
7. Proporción de pacientes diagnosticados con linfoma en cuidados paliativos (estadios avanzados).
8. Oportunidad de toma de biopsia (tiempo entre la consulta o remisión para diagnóstico y la toma de la biopsia para estudio histopatológico).
9. Oportunidad de confirmación diagnóstica (tiempo desde la realización de la biopsia hasta la confirmación del diagnóstico).
10. Oportunidad de tratamiento (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).
11. Oportunidad en la realización de trasplante (tiempo entre la remisión a trasplante y la realización).
12. Tasa de remisión.
13. Tasa de letalidad (estadios limitados).
- 14.1. Tasa de letalidad (estadios avanzados).
- 14.2. Supervivencia global.

De acuerdo con la periodicidad de análisis establecida (5 años) no se presentan los resultados del indicador de supervivencia en esta edición; este puede ser consultado en el [libro de la situación del cáncer 2019](#).

En el país, se registró un cumplimiento bajo en la mayoría de los indicadores de gestión del riesgo, con excepción de la oportunidad del diagnóstico que alcanzó la meta con un promedio de 11,79 días. Entre las regiones (**tabla 10.13**), se registró un comportamiento similar, caracterizado por el incumplimiento de indicadores trazadores como la detección temprana, la estadificación, la clasificación del riesgo y la tasa de remisión completa. Otros indicadores como la oportunidad de toma de la biopsia y del inicio del tratamiento presentaron un cumplimiento medio en gran parte de las regiones y en el ámbito nacional.

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

Linfoma Hodgkin (LH) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 10.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.	2.	3.	4.	5.	6.	8.
	Por definir	> 90%	> 60%	> 90%	> 90%	Por definir	> 25%
		> 80 - ≤ 90%	> 50 - ≤ 60%	> 80 - ≤ 90%	> 80 - ≤ 90%		> 15 - ≤ 25%
		≤ 80%	≤ 50%	≤ 80%	≤ 80%		≤ 15%
Amazonía-Orinoquía	60,00	● 80,00	● 25,00	● 80,00	● 80,00	0,00	● 33,33
Bogotá, D. C.	37,88	● 78,79	● 44,23	● 69,70	● 71,21	1,52	● 17,86
Caribe	36,54	● 80,77	● 47,62	● 82,69	● 86,54	3,85	● 4,55
Central	44,07	● 72,03	● 36,47	● 73,73	● 79,66	3,39	● 27,78
Oriental	46,00	● 58,00	● 37,93	● 56,00	● 68,00	2,00	● 16,67
Pacífica	42,86	● 71,43	● 42,50	● 76,79	● 71,43	3,57	● 26,09
Nacional	42,07	● 72,62	● 40,87	● 72,33	● 76,08	2,88	● 20,95

Tabla 10.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	Por definir	> 35%	Por definir	Por definir
	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días		> 30 - ≤ 35%		
	≥ 30 días	≥ 30 días	≥ 60 días		≤ 30%		
Amazonía-Orinoquía	● 26,00	● 5,50	● 104,00	0,00	● 5,56	0,00	0,00
Bogotá, D. C.	● 19,35	● 10,03	● 36,16	137,00	● 6,02	4,35	● 17,86
Caribe	● 42,57	● 9,94	● 40,91	0,00	● 10,20	5,00	13,64
Central	● 18,21	● 11,33	● 34,44	0,00	● 4,60	6,45	9,26
Oriental	● 22,39	● 16,50	● 48,52	0,00	● 6,82	0,00	0,00
Pacífica	● 31,52	● 12,80	● 32,18	0,00	● 3,24	0,00	17,39
Nacional	● 24,27	● 11,79	● 38,33	137,00	● 5,85	3,88	● 11,49

En la **tabla 10.14** se presentan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación. Durante el periodo, el cumplimiento de la oportunidad para acceder al diagnóstico se mantuvo, con una reducción del tiempo de espera en los regímenes subsidiado y de excepción. Por el contrario, en todos los grupos del aseguramiento el cumplimiento de los indicadores relacionados con la estadificación, la clasificación del riesgo y la detección temprana fue bajo. Además, pese a la disminución en las demoras para iniciar el tratamiento, aún no se cumple la meta propuesta. Es importante adicionar que en los indicadores 14.1 y 14.2, la tasa de letalidad aumentó en el régimen subsidiado con respecto al 2021 y en el contributivo ocurrió lo mismo para el caso de los estadios avanzados.

👉 Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a **HIGIA**



Tabla 10.14. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.	2.	3.	4.	5.	6.	8.
	Por definir	> 90%	> 60%	> 90%	> 90%	Por definir	> 25%
		> 80 - ≤ 90%	> 50 - ≤ 60%	> 80 - ≤ 90%	> 80 - ≤ 90%		> 15 - ≤ 25%
Contributivo	47,90	● 74,37	● 41,24	● 74,79	● 74,37	3,78	● 21,15
Subsidiado	28,72	● 69,15	● 41,54	● 68,09	● 79,79	1,06	● 18,92
Excepción	33,33	● 66,67	● 30,00	● 60,00	● 80,00	0,00	● 28,57
Especial	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos
Nacional	42,07	● 72,62	● 40,87	● 72,33	● 76,08	2,88	● 20,95

Tabla 10.14. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LH según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	9.	10.	11.	12.	13.	14.1.	14.2.
	≤ 15 días	≤ 15 días	≤ 30 días	Por definir	> 35%	Por definir	Por definir
	> 15 - 29 días	> 15 - 29 días	> 30 - 59 días		> 30 - ≤ 35%		
Contributivo	● 24,50	● 12,03	● 36,37	137,00	● 4,00	0,00	12,50
Subsidiado	● 22,62	● 11,75	● 43,23	Sin dato	● 7,41	14,81	10,81
Excepción	● 36,75	● 6,50	● 33,80	Sin dato	● 30,00	0,00	0,00
Especial	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos	● 9,09	Sin casos	Sin casos
Nacional	● 24,27	● 11,79	● 38,33	137,00	● 5,85	3,88	11,49

Referencias

1. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia. Indicadores de gestión del riesgo en pacientes con linfoma no Hodgkin y linfoma Hodgkin en Colombia [en línea]. 2018. p. 1-114. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/indicadores_gestion_del_riesgo_adultos_con_Linfoma_no_Hodgkin_y_Linfoma_Hodgkin_Colombia.pdf

11

Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

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



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

Morbimortalidad de la LLA

La PCNR estandarizada fue de

0,5 casos nuevos
(IC 95%: 0,4 - 0,6) por 100.000 habitantes de 18 años o más.

 Con respecto al periodo anterior, la prevalencia cruda aumentó en un 11%, la mortalidad general presentó una leve disminución del 2,0%, y la PCNR permaneció estable.

Caracterización de los casos nuevos de LLA

A nivel nacional, el **55,4%** contó con clasificación del riesgo.

Esta proporción fue mayor en el régimen subsidiado (58,2%).

 El 72,6% de los casos se clasificó en riesgo alto o desfavorable, siendo mayor en el régimen subsidiado (83,7%).

 De acuerdo con la clasificación del riesgo, se registraron tiempos de espera más bajos para el diagnóstico y el tratamiento en el grupo de riesgo intermedio.

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LLA

Los indicadores de oportunidad, la clasificación del riesgo y la realización de estudios clave

continúan siendo una oportunidad de mejora al mantenerse en el rango bajo de **cumplimiento** a nivel nacional y regional.

Resumen

Capítulo 11. Leucemia linfoide aguda



El indicador de calidad del reporte de la biopsia de médula ósea tuvo un desempeño variable entre las regiones. En la región de la Amazonía-Orinoquía se registró un desempeño alto, mientras que en la Caribe y la Pacífica se alcanzó el cumplimiento medio de la meta.

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

Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

11. Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

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

11.1. Morbimortalidad de la LLA en la población adulta

Entre los 11 tipos de cáncer priorizados, la LLA ocupó el noveno lugar en frecuencia y representó el 1,16% de los casos nuevos en ambos sexos y todas las edades; sin embargo, este capítulo se enfoca en la población con 18 años o más. En el periodo, se reportaron 1.836 adultos con LLA, de los cuales el 10,02% (n= 184) se diagnosticó en el periodo. Adicionalmente, se registraron 232 muertes por todas las causas en esta población (**tabla 11.1**). Es de resaltar que el 26,72% de estas muertes se presentó en los CNR, lo cual puede estar relacionado con baja respuesta terapéutica a la inducción y/o el manejo indicado durante el primer año de tratamiento.

Tabla 11.1. Medidas de frecuencia de la LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	184	0,50	0,50	0,43 - 0,58
Prevalencia	1.836	4,99	4,97	4,75 - 5,21
Mortalidad ⁵	232	0,63	0,63	0,55 - 0,72

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

² Informadas por 100.000 habitantes de 18 años o más.

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

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

11.1.1. PCNR de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue Bogotá, D. C., y la más baja se observó en la Oriental (**tabla 11.2**). Las entidades territoriales con la mayor PCNR fueron Arauca, Huila y La Guajira con 1,36, 0,89 y 0,77 casos nuevos reportados por 100.000 habitantes mayores de 18 años; mientras que las más bajas se estimaron para Santander, Sucre, Chocó y Quindío (0,11, 0,15, 0,24 y 0,24 respectivamente). Ocho departamentos no informaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 11.2. PCNR estandarizada de la LLA en la población adulta según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	4	956.659	0,42	0,36	0,10 - 0,99
Bogotá, D. C.	41	6.064.022	0,68	0,68	0,49 - 0,92
Caribe	41	7.844.150	0,52	0,53	0,38 - 0,71
Central	42	9.051.968	0,46	0,47	0,34 - 0,64
Oriental	20	6.958.378	0,29	0,29	0,17 - 0,44
Pacífica	36	5.884.457	0,61	0,61	0,43 - 0,85
Nacional	184	36.759.634	0,50	0,50	0,43 - 0,58

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

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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



11.1.2. PCNR de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La PCNR estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 11.3**). El régimen de excepción reportó cinco casos, mientras que en el especial no se informó ninguno. Al comparar por las entidades aseguradoras, la PCNR estandarizada más alta se registró en la EPS048, la RES002 y la EPSI04, con 4,73, 1,82 y 1,66 CNR por 100.000 adultos afiliados, respectivamente. Por el contrario, la RES004, EPS045 y EPS037 presentaron las estimaciones más bajas de las tasas con 0,09, 0,27 y 0,33 casos nuevos en la población adulta, en ese orden. En veintisiete entidades no se notificaron casos nuevos en el periodo.

Tabla 11.3. PCNR estandarizada de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	107	17.923.959	0,60	0,60	0,49 - 0,72
Subsidiado	72	13.708.407	0,53	0,52	0,41 - 0,66

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

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

³ La PCNR es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

11.1.3. Prevalencia de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 7,49 casos (IC 95%: 6,81 - 8,22) y la más baja se observó en la región de la Amazonía-Orinoquía con 2,36 (IC 95%: 1,55 - 3,49) casos por 100.000 adultos (**tabla 11.4**). Por su parte, las entidades territoriales con las estimaciones más altas, además de Bogotá, D. C., fueron Caldas, Amazonas y Valle del Cauca con 7,09, 6,86 y 6,54, mientras que, en Norte de Santander, Cesar y Guaviare se registraron las prevalencias más bajas (1,37, 1,73 y 1,79, respectivamente). Los departamentos de Guainía y Vichada no reportaron casos en el periodo.

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

Tabla 11.4. Prevalencia estandarizada de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	27	956.659	2,82	2,36	1,55 - 3,49
Bogotá, D. C.	448	6.064.022	7,39	7,49	6,81 - 8,22
Caribe	247	7.844.150	3,15	3,02	2,66 - 3,43
Central	504	9.051.968	5,57	5,75	5,26 - 6,28
Oriental	291	6.958.378	4,18	4,22	3,75 - 4,73
Pacífica	319	5.884.457	5,42	5,48	4,90 - 6,12
Nacional	1.836	36.759.634	4,99	4,97	4,75 - 5,21

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

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

11.1.4. Prevalencia de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue 1,26 casos mayor en el régimen contributivo con respecto al subsidiado (**tabla 11.5**). Los regímenes de excepción y especial registraron 73 y 3 casos, respectivamente. En la población no afiliada se identificó 1 caso y 145 adicionales fueron de entidades liquidadas, de los que no se tiene la información vigente de la afiliación.

En cuanto a las entidades, las prevalencias más altas se presentaron en la EPS001, la EPS012 y la RES002 con 10,65, 10,31 y 8,79 casos por 100.000 adultos afiliados, mientras que las más bajas se registraron en la EAS027, la CCF033 y la EPS025 con 0,51, 1,38 y 1,43 casos, respectivamente. En once EAPB no se reportaron casos prevalentes en el periodo.

Tabla 11.5. Prevalencia estandarizada de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	984	17.923.959	5,49	5,65	5,30 - 6,02
Subsidiado	630	13.708.407	4,60	4,39	4,05 - 4,75

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

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

11.1.5. Mortalidad de la LLA en la población adulta según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., con 0,74 defunciones (IC 95%: 0,54 - 1,00) y la más baja en la región de la Amazonía-Orinoquía con 0,55 (IC 95%: 0,20 - 1,26) fallecimientos por 100.000 adultos (**tabla 11.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor mortalidad fueron Amazonas, Arauca y Risaralda (1,92, 1,36 y 0,90 respectivamente) y las que presentaron las tasas más bajas fueron Tolima con 0,21, Cesar con 0,22, y Meta con 0,26 fallecidos. Durante este periodo ocho departamentos no reportaron defunciones.

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

Tabla 11.6. Mortalidad general estandarizada de la LLA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	6	956.659	0,63	0,55	0,20 - 1,26
Bogotá, D. C.	44	6.064.022	0,73	0,74	0,54 - 1,00
Caribe	51	7.844.150	0,65	0,64	0,48 - 0,84
Central	50	9.051.968	0,55	0,56	0,41 - 0,73
Oriental	39	6.958.378	0,56	0,56	0,40 - 0,76
Pacífica	42	5.884.457	0,71	0,71	0,51 - 0,96
Nacional	232	36.759.634	0,63	0,63	0,55 - 0,72

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LLA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



11.1.6. Mortalidad de la LLA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada en el régimen contributivo fue mayor que en el subsidiado (**tabla 11.7**). También se reportaron 7 defunciones en el de excepción y 11 correspondientes a entidades liquidadas. Las tasas más altas se estimaron en la EPS048, la EPSI04 y la EPS001, con 4,38, 1,66 y 1,45 muertes por 100.000 adultos afiliados. Entre tanto, la mortalidad más baja se presentó en la RES003, la EPSS34 y la EPSI03 con 0,12, 0,19 y 0,22 defunciones, respectivamente. En el periodo de análisis, veinte entidades no reportaron muertes por todas las causas para los pacientes adultos con LLA.

Tabla 11.7. Mortalidad general estandarizada de la LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	128	17.923.959	0,71	0,72	0,60 - 0,86
Subsidiado	86	13.708.407	0,63	0,62	0,49 - 0,76

¹Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LLA reportadas a la CAC.

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

³La mortalidad es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

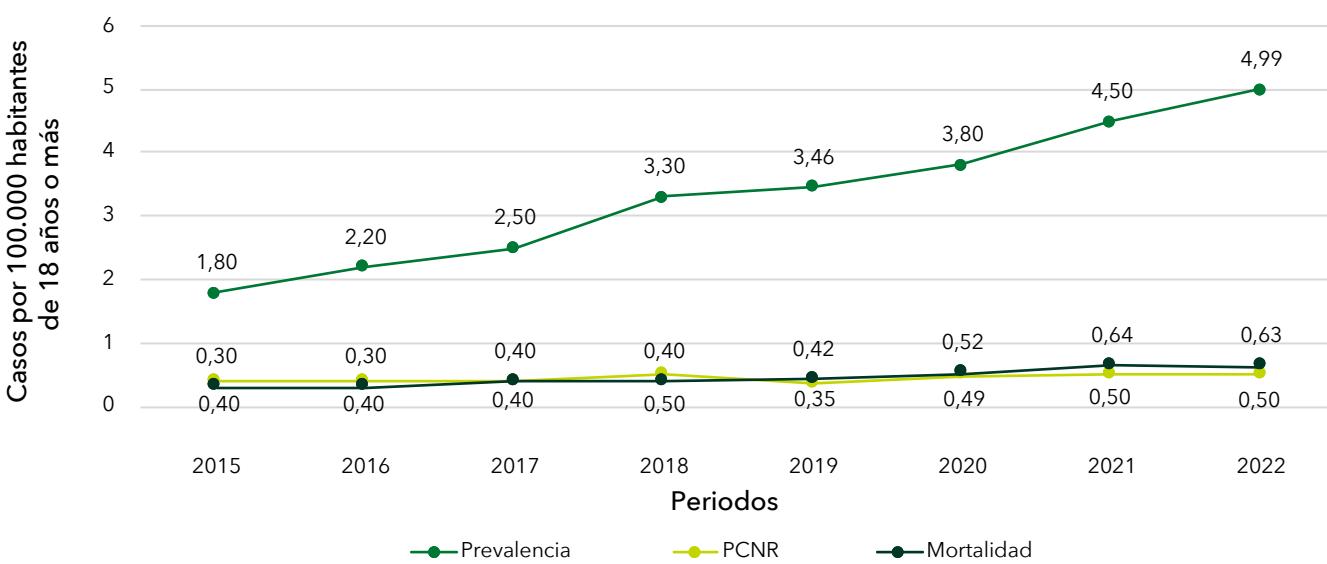
⁴IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

11.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LLA en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 11.1**, con respecto al periodo anterior la prevalencia cruda aumentó en 10,99%, la mortalidad presentó una leve disminución del 2,03%, y la PCNR permaneció estable.

Figura 11.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LLA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos de LLA en la población adulta.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.

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

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)

11.2. Caracterización de los casos nuevos de LLA en la población adulta

11.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LLA

La **tabla 11.8** describe la caracterización general de los casos nuevos de LLA reportados en el periodo. La distribución fue similar entre los hombres y las mujeres, la mediana de la edad fue de 38 años (RIC: 27 - 52); la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían principalmente en las regiones Central, Caribe y en Bogotá, D. C.

Al comparar por los regímenes, la distribución por el sexo fue similar a la nacional; la región con el mayor número de casos fue Bogotá, D. C., en el contributivo y la Caribe en el subsidiado. En el régimen de excepción se reportaron 5 casos nuevos, la mayoría entre los hombres (80%) con una mediana de edad de 58 años (RIC: 51 - 65); de estos, el 40% se concentró en la región Oriental.

Tabla 11.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 184 (100,00%)
	Contributivo n= 107 (58,15%)	Subsidiado n= 72 (39,13%)	
Sexo			
Femenino	49 (45,79)	40 (55,56)	90 (48,91)
Masculino	58 (54,21)	32 (44,44)	94 (51,09)
Edad	37 (26 - 51)	39 (27 - 55)	38 (27 - 52)
Etnia			
Ninguna	107 (100,00)	70 (97,22)	181 (98,37)
Indígena	0 (0,00)	2 (2,78)	2 (1,09)
Negro	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,54)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	4 (5,56)	4 (2,17)
Bogotá, D. C.	40 (37,38)	0 (0,00)	41 (22,28)
Caribe	11 (10,28)	29 (40,28)	41 (22,28)
Central	27 (25,23)	14 (19,44)	42 (22,83)
Oriental	12 (11,21)	6 (8,33)	20 (10,87)
Pacífica	17 (15,89)	19 (26,39)	36 (19,57)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta cinco casos reportados en el régimen de excepción.

11.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LLA

La **tabla 11.9** describe las características clínicas de los CNR según su afiliación al sistema de salud. En el ámbito nacional, en el 55,43% (n= 102) de los casos se realizó la clasificación del riesgo, con una mayor proporción de los casos clasificados en el régimen subsidiado. La mayoría de los CNR se clasificó en la categoría de riesgo alto; esta tendencia se mantuvo en ambos regímenes. Todos los CNR del régimen de excepción (n= 5) contaron con la clasificación del riesgo y el 80% presentó riesgo alto.



Tabla 11.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 184 (100,00%)
	Contributivo n= 107 (58,15%)	Subsidiado n= 72 (39,13%)	
Clasificación de riesgo (sí) ³	54 (50,47)	43 (59,72)	102 (55,43)
Grupos de riesgo ³			
Estándar, bajo	9 (16,67)	3 (6,98)	12 (11,76)
Intermedio	11 (20,37)	4 (9,30)	16 (15,69)
Alto, desfavorable	34 (62,96)	36 (83,72)	74 (72,55)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta cinco casos reportados en el régimen de excepción.

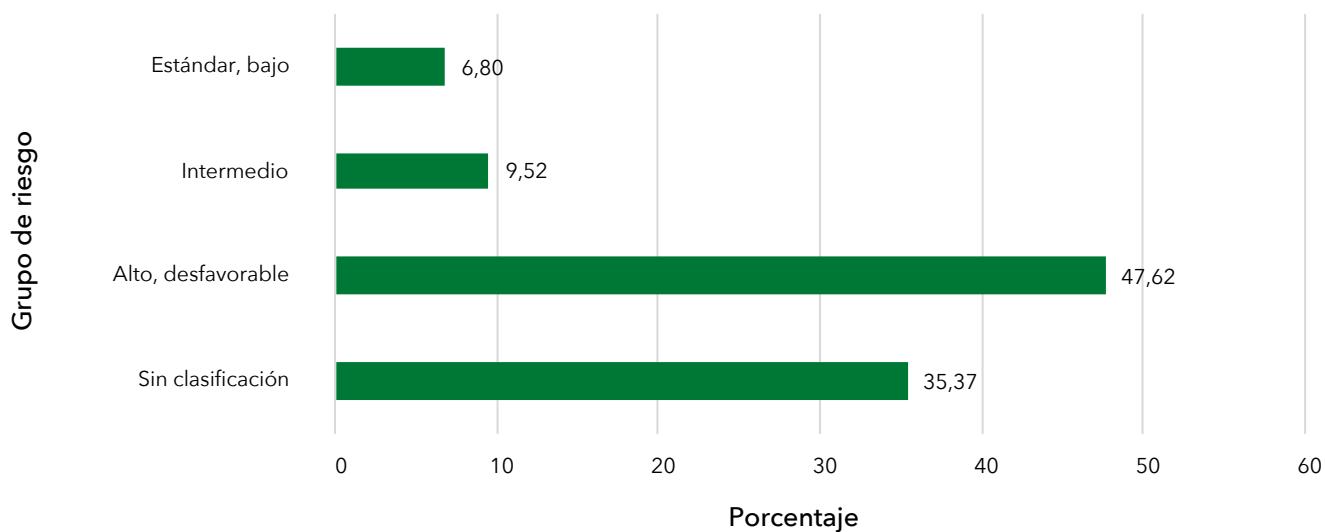
³ Los grupos de riesgo citogénico-molecular fueron definidos según la guía de práctica clínica colombiana de leucemias.

11.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de LLA

Durante el periodo, la terapia sistémica fue el tratamiento más frecuente y se administró al 79,89% (n= 147) de los casos nuevos; la radioterapia y el trasplante de células hematopoyéticas se administró en el 2,17% cada una. El 20,11% (n= 37) de los casos no recibió ningún tipo de tratamiento; estas personas pueden ser CNR diagnosticados cerca al corte, que recibieron manejo paliativo o que fallecieron antes de acceder al tratamiento.

En la **figura 11.2** se muestra el uso de la terapia sistémica de acuerdo con el grupo de riesgo. La mayoría de las personas que recibieron este tratamiento se clasificaron en riesgo alto, mientras que el 35,37% no fueron clasificados. Por otro lado, se reportaron 4 casos que recibieron simultáneamente terapia sistémica y radioterapia, de los cuales, la mitad no contaron con clasificación del riesgo a la fecha de corte.

Figura 11.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LLA en los adultos según el grupo de riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



[Descargar figura](#)

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

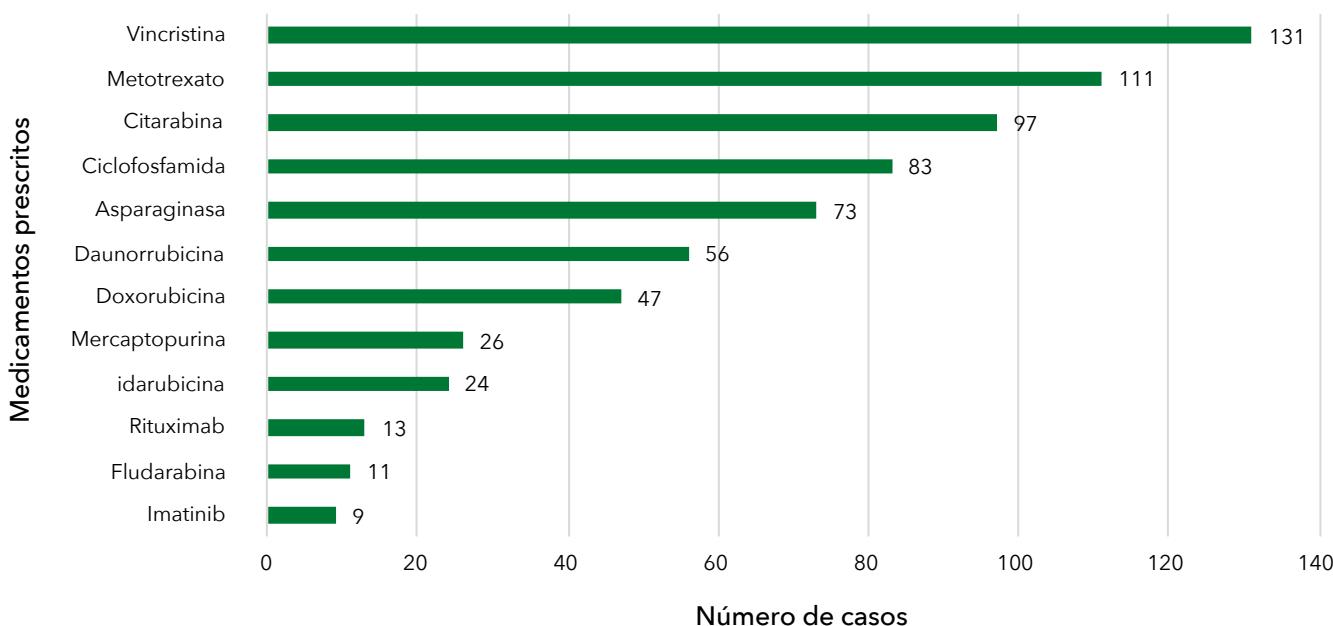
Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

La **figura 11.3** describe los medicamentos administrados con más frecuencia en los casos nuevos de LLA en la población adulta. El agente terapéutico de mayor uso fue la vincristina, seguido del metrotexato y la citarabina. Adicionalmente, se reportaron 9 casos manejados con imatinib, 5 con etopósido y metilprednisolona cada uno, 8 con blinatumab, 3 con dasatinib y 2 con peg-asparagasa.

Los datos presentados corresponden a las frecuencias de prescripción de forma independiente, sin tener en cuenta el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 11.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población adulta.

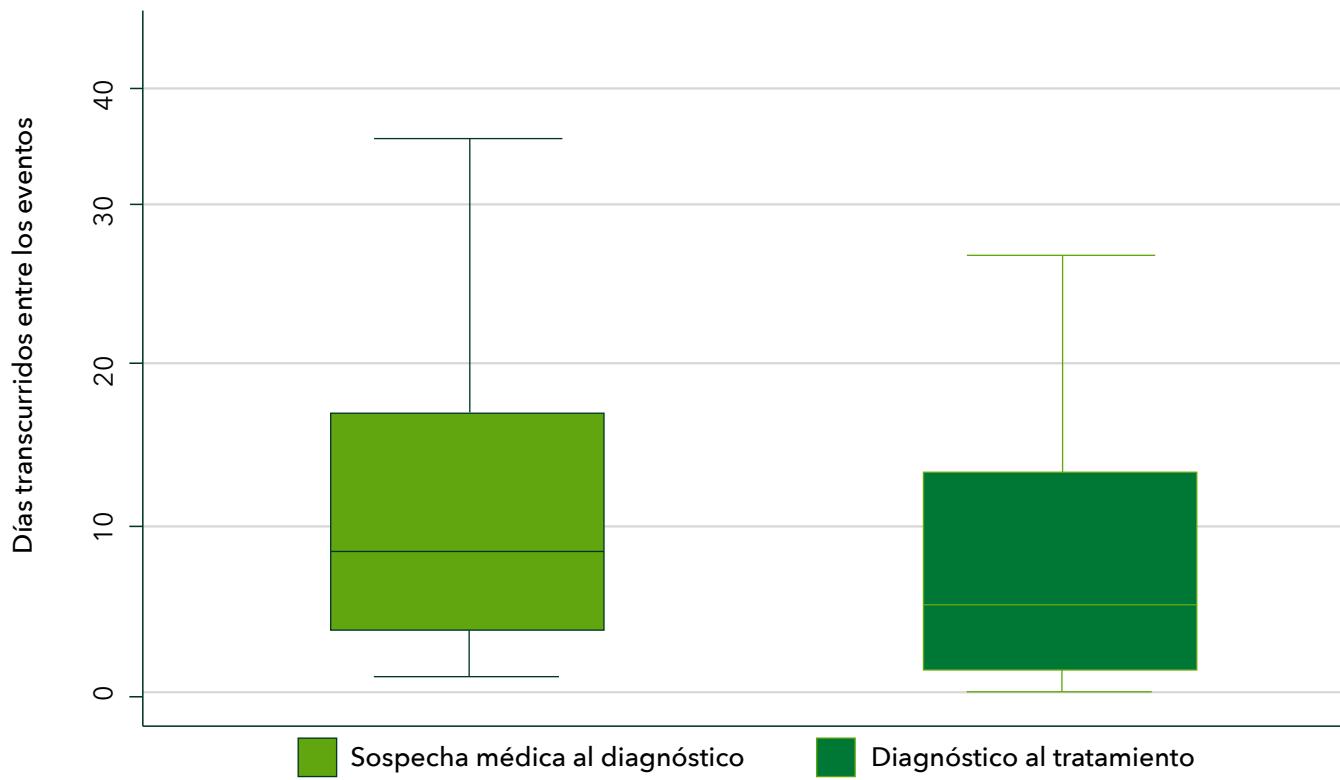
[Descargar figura](#)

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

La definición del cálculo de la oportunidad en la atención (diagnóstico y tratamiento) fue descrita previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 11.4** se observa la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento para este tipo de cáncer. En el ámbito nacional, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 8 días (RIC: 4 - 17) y hasta el primer tratamiento fue de 5 días (RIC: 1 - 13).



Figura 11.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LLA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población adulta.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 18 días ($\pm 33,81$) y para el inicio del tratamiento fue de 19,45 días ($\pm 43,78$).

[Descargar figura](#)

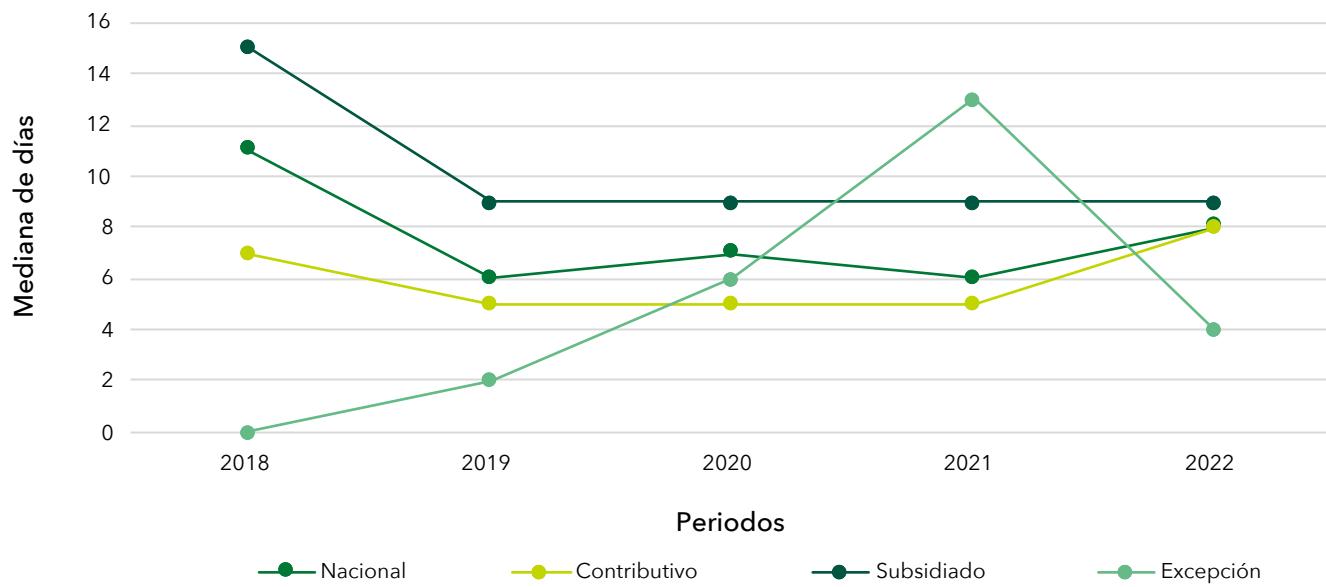
Las **figuras 11.5 y 11.6** muestran la tendencia en la oportunidad de la atención según el régimen de afiliación en los últimos 6 años. Con respecto a la oportunidad del diagnóstico, en el contributivo hubo un incremento del 37,50% en el tiempo de espera con respecto al periodo anterior. Por su parte, el subsidiado ha mantenido un comportamiento estable en los últimos 4 periodos. El régimen de excepción presentó tiempos más cortos comparado con el 2021, lo anterior teniendo en cuenta que las estimaciones para este tipo de aseguramiento hacen referencia a un total de 3 pacientes (**figura 11.5**).

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

Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 11.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LLA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 – 2022



Durante los últimos 5 períodos no se han notificado casos del régimen especial.

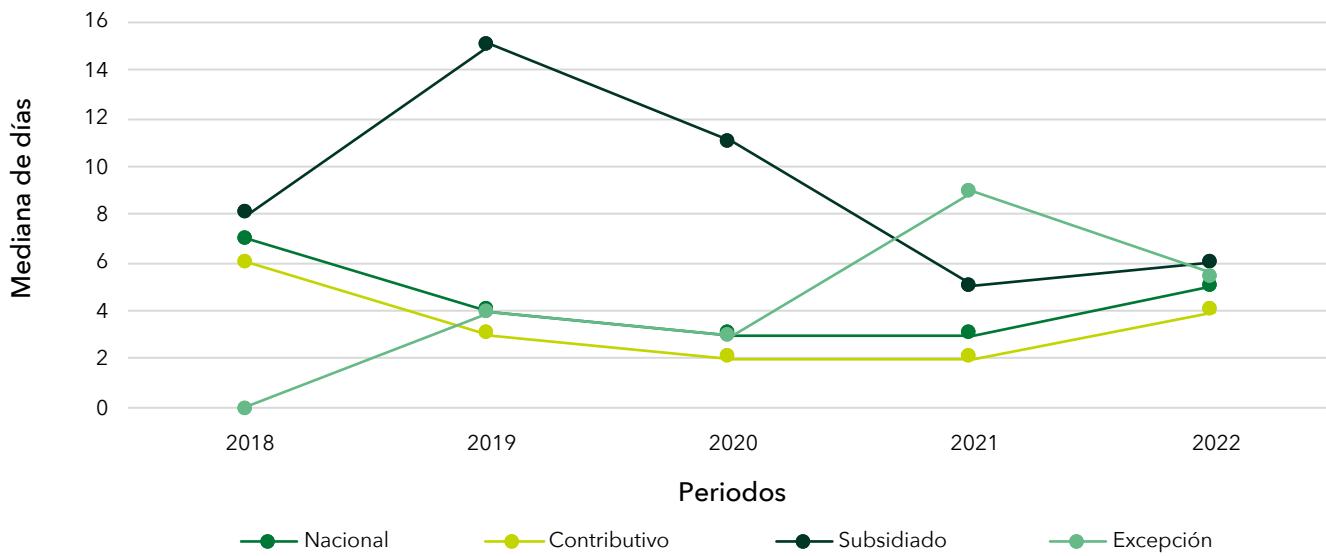
Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población adulta.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2022 fue: nacional: 18,00 días ($\pm 33,81$), régimen contributivo: 20,06 días ($\pm 39,20$), subsidiado: 16,96 días ($\pm 24,55$), excepción: 11,66 días ($\pm 15,94$).

[Descargar figura](#)

Entre tanto, en la oportunidad del tratamiento se registró un aumento en los tiempos de espera en los regímenes contributivo y subsidiado, contrario a lo observado en el de excepción.

Figura 11.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LLA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 – 2022



Durante los últimos 5 períodos no se han notificado casos del régimen especial.

Incluye todos los casos nuevos de LLA en la población adulta.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2022 fue: nacional: 19,45 días ($\pm 43,78$), régimen contributivo: 19,82 días ($\pm 51,29$), subsidiado: 19,81 días ($\pm 31,35$), excepción: 8,00 días ($\pm 9,76$).

[Descargar figura](#)



Por otro lado, la oportunidad de la atención en los adultos con LLA según la clasificación del riesgo se describe en la **tabla 11.10**. Se registraron tiempos de espera más bajos para el diagnóstico y el tratamiento en el grupo de riesgo intermedio.

Tabla 11.10. Oportunidad de la atención en la población adulta con LLA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Clasificación del riesgo	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
Estándar, bajo	24,64 (45,69)	8 (2 - 30)	25,38 (43,18)	4 (1 - 41)
Intermedio	14,38 (18,27)	8 (3 - 15)	8,58 (21,71)	2 (0 - 6)
Alto, desfavorable	12,44 (13,29)	7 (4 - 16)	21,73 (46,95)	7 (3 - 17)
Desconocido	26,41 (48,20)	10 (4 - 30)	18,15 (44,31)	3 (0 - 13)

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

11.3. Caracterización de los casos prevalentes de LLA en la población adulta

La **tabla 11.11** presenta la caracterización general de los casos prevalentes de LLA de acuerdo con el régimen del aseguramiento. El 53,70% corresponde al sexo masculino y la mediana de edad fue de 27 años (RIC: 21 - 40); la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central. La distribución por el sexo, de acuerdo con el régimen de afiliación, tuvo un comportamiento similar al observado en el ámbito nacional. En cuanto a la distribución regional, en los regímenes contributivo y subsidiado, la mayoría residían en la Central, mientras que en el de excepción el mayor porcentaje se ubicó en la Oriental. Adicionalmente, se informaron 3 casos en mujeres del régimen especial y uno, correspondiente a una mujer que no pertenecía a ningún régimen del aseguramiento.

Tabla 11.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LLA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 1.691 (100,00%)
	Contributivo n= 984 (58,19%)	Subsidiado n= 630 (37,26%)	Excepción n= 73 (4,32%)	
Sexo				
Femenino	443 (45,02)	310 (49,21)	26 (35,62)	783 (46,30)
Masculino	541 (54,98)	320 (50,79)	47 (64,38)	908 (53,70)
Edad	28 (22 - 43)	24 (20 - 36)	26 (20 - 51)	27 (21 - 40)
Etnia				
Ninguna	977 (99,29)	586 (93,02)	72 (98,63)	1.639 (96,92)
Indígena	1 (0,10)	29 (4,60)	0 (0,00)	30 (1,77)
Negro	6 (0,61)	15 (2,38)	1 (1,37)	22 (1,30)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	5 (0,51)	17 (2,70)	3 (4,11)	25 (1,48)
Bogotá, D. C.	339 (34,45)	60 (9,52)	19 (26,03)	420 (24,84)
Caribe	62 (6,30)	145 (23,02)	10 (13,70)	217 (12,83)
Central	281 (28,56)	178 (28,25)	16 (21,92)	477 (28,21)
Oriental	153 (15,55)	86 (13,65)	19 (26,03)	258 (15,26)
Pacífica	144 (14,63)	144 (22,86)	6 (8,22)	294 (17,39)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos reportados en el régimen especial y uno en los no afiliados.

³ No se incluyen los datos de 145 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

11.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA

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

1. Oportunidad de remisión al diagnóstico (promedio de días).
2. Oportunidad del diagnóstico al tratamiento (promedio de días).
- 3.1 Oportunidad del trasplante en los casos nuevos reportados (promedio de días).
- 3.2 Oportunidad del trasplante en los casos prevalentes (promedio de días).
- 4.1 Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, CNR.
- 4.2 Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, casos prevalentes.
- 5.1 Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), CNR.
- 5.2 Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), casos prevalentes.
- 6.1 Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos nuevos reportados.
- 6.2 Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos prevalentes.
7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea.
8. Proporción de consolidación.
9. Tasa de remisión.
10. Supervivencia relativa.

Los indicadores 8 y 9 no se calcularon debido a la falta de información disponible en el instructivo de reporte que no permitió realizar su medición. Con respecto al indicador 10, teniendo en cuenta la periodicidad establecida (5 años), este no fue cuantificado para el periodo 2022; estos resultados pueden consultarse en el [libro de situación del cáncer 2019](#).

En la **tabla 11.12** se observan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En general, los tiempos de espera en la atención mostraron un bajo cumplimiento, similar a lo observado a nivel nacional. El indicador de calidad del reporte de la biopsia de médula ósea para la región de la Amazonía-Oriental mantuvo el cumplimiento alto de la meta. Para la región Caribe, que en el 2021 tuvo un cumplimiento alto, este indicador descendió en un 12,04% y se ubicó en el nivel intermedio. Por otro lado, la Pacífica mejoró en un 18% comparado con el periodo anterior.

Los indicadores asociados con los tiempos en la atención, la clasificación del riesgo y la realización de estudios clave continúan siendo una oportunidad de mejora al mantenerse en el rango bajo de cumplimiento a nivel nacional y regional.

👉 Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a **HIGIA**



Tabla 11.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.	2.	3.1.	3.2.	4.1.
	≤ 5 días	≤ 5 días	Por definir	Por definir	≥ 70%
	> 5 días	> 5 días			61 a 69%
Amazonía Orinoquía	● 35,00	Sin dato	Sin dato	Sin dato	● 0,00
Bogotá, D. C.	● 21,41	● 18,21	Sin dato	76,00	● 34,15
Caribe	● 23,53	● 24,56	Sin dato	Sin dato	● 43,90
Central	● 16,86	● 15,27	Sin dato	35,33	● 38,10
Oriental	● 10,55	● 6,00	61,00	61,00	● 30,00
Pacífica	● 15,22	● 14,20	Sin dato	Sin dato	● 36,11
Nacional	● 18,57	● 17,59	61,00	48,60	● 36,41

Tabla 11.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	4.2.	5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	61 a 69%	61 a 69%	61 a 69%	81 a 89%	81 a 89%	81 a 89%
	≤ 60%	≤ 60%	≤ 60%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%
Amazonía Orinoquía	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 25,00	● 36,36	● 100,00
Bogotá, D. C.	● 3,76	● 24,39	● 2,69	● 51,22	● 45,70	● 65,63
Caribe	● 10,10	● 43,90	● 10,10	● 58,54	● 48,99	● 83,33
Central	● 3,69	● 45,24	● 4,61	● 64,29	● 52,30	● 77,14
Oriental	● 3,91	● 35,00	● 4,35	● 55,00	● 51,74	● 61,54
Pacífica	● 5,34	● 41,67	● 6,11	● 50,00	● 51,53	● 81,25
Nacional	● 4,81	● 37,50	● 5,01	● 55,43	● 49,80	● 75,84

En la **tabla 11.13** se observan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación. En general se presentó un bajo rendimiento en los indicadores para los adultos con LLA en todos los grupos de aseguramiento. En el régimen especial y en las personas no aseguradas hubo carencia de información en la gran mayoría de los indicadores.

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

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

Leucemia linfoide aguda (LLA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 11.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.	2.	3.1.	3.2.	4.1.
	≤ 5 días	≤ 5 días	Por definir	Por definir	≥ 70%
	> 5 días	> 5 días			61 a 69%
Contributivo	● 19,86	● 16,65	Sin dato	51,67	● 32,71
Subsidiado	● 16,96	● 19,82	Sin dato	Sin dato	● 41,67
Excepción	● 11,67	● 8,00	61,00	61,00	● 40,00
Especial	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
No afiliado	Sin dato	Sin dato	Sin dato	27,00	Sin dato
Nacional	● 18,57	● 17,59	61,00	48,60	● 36,41

Tabla 11.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LLA según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	4.2.	5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	61 a 69%	61 a 69%	61 a 69%	81 a 89%	81 a 89%	81 a 89%
	≤ 60%	≤ 60%	≤ 60%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%
Contributivo	● 4,08	● 40,19	● 5,07	● 50,47	● 49,28	● 71,76
Subsidiado	● 6,37	● 34,72	● 5,43	● 59,72	● 49,44	● 84,75
Excepción	● 2,86	● 20,00	● 1,43	● 100,00	● 61,43	● 40,00
Especial	● 0,00	Sin dato	● 0,00	Sin dato	● 33,33	Sin dato
No afiliado	● 0,00	Sin dato	● 0,00	Sin dato	● 0,00	Sin dato
Nacional	● 4,81	● 37,50	● 5,01	● 55,43	● 49,80	● 75,84

Referencias

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



Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

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



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

Morbimortalidad de la LMA

La PCNR estandarizada fue de

0,7 casos nuevos
(IC 95%: 0,6 - 0,8) por 100.000 habitantes de 18 años o más.



Con respecto al 2021, la PCNR y la mortalidad general se redujeron en un 5,6% y 8,1%, respectivamente.

Caracterización de los casos nuevos de LMA

A nivel nacional, el **45,4%** contó con la clasificación del riesgo.

Esta proporción fue mayor en el régimen subsidiado (52,4%).



El 64,6% de los casos se clasificó en riesgo alto o desfavorable, presentando una mayor proporción en el régimen subsidiado (72,7%).



En el país, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico fue de 7 días (RIC: 3 - 20) y hasta el primer tratamiento fue de 4 días (RIC: 1 - 18).

Evaluación de la gestión del riesgo en los casos de LMA

En el indicador de la calidad del reporte de la biopsia de médula ósea, se presentó un comportamiento variable en las regiones. Para la Amazonía-Orinoquía

se alcanzó la meta, mientras que en la Oriental y la Pacífica

se presentó un cumplimiento medio.

Resumen

Capítulo 12. Leucemia mieloide aguda



Con respecto a la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento, en el régimen de excepción se registró un desempeño alto, sin embargo, en los otros grupos del aseguramiento y en el ámbito nacional se observan resultados lejos de la meta.



12. Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

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

12.1. Morbimortalidad de la LMA en la población adulta

De los once tipos de cáncer priorizados para el seguimiento de la Cuenta de Alto Costo, la LMA ocupó el lugar número once, representando el 0,64% del total de los casos nuevos reportados (CNR). Esta enfermedad se presenta en 1.525 adultos atendidos en el SGSSS, de los cuales se diagnosticaron 249 casos (16,33%) durante el periodo. Adicionalmente, se registraron 251 muertes (**tabla 12.1**).

Tabla 12.1. Medidas de frecuencia de la LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Medida	Casos ¹	Medida cruda ²	Medida estandarizada ^{2,3}	IC 95% ⁴
PCNR	249	0,68	0,66	0,58 - 0,75
Prevalencia	1.525	4,15	4,12	3,91 - 4,33
Mortalidad ⁵	251	0,68	0,66	0,58 - 0,75

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

² Informadas por 100.000 habitantes de 18 años o más.

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

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

⁵ **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

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

12.1.1. PCNR de la LMA en los adultos según la región y la entidad territorial

La región del país con la PCNR estandarizada más elevada fue Bogotá, D. C., con 0,91 (IC 95%: 0,68 - 1,19) y la más baja se observó en la región Caribe con 0,43 (IC 95%: 0,32 - 0,64) (**tabla 12.2**). Por su parte, las entidades territoriales con la mayor tasa de casos nuevos fueron Putumayo, Antioquia y Quindío, mientras que las más bajas se estimaron en Cesar, La Guajira y Bolívar. Ocho departamentos no reportaron casos nuevos en el periodo.

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

Tabla 12.2. PCNR estandarizada de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	5	956.659	0,52	0,66	0,21 - 1,54
Bogotá, D. C.	53	6.064.022	0,87	0,91	0,68 - 1,19
Caribe	34	7.844.150	0,43	0,46	0,32 - 0,64
Central	82	9.051.968	0,91	0,87	0,69 - 1,08
Oriental	36	6.958.378	0,52	0,52	0,36 - 0,71
Pacífica	39	5.884.457	0,66	0,64	0,45 - 0,87
Nacional	249	36.759.634	0,68	0,66	0,58 - 0,75

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

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La PCNR es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

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

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

12.1.2. PCNR estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

La tasa estandarizada de los casos nuevos fue mayor en el régimen contributivo comparado con el subsidiado (**tabla 12.3**). Por otro lado, se identificaron 3 casos nuevos pertenecientes al régimen de excepción y 1 que se identificó en el especial. Al comparar por las entidades aseguradoras, la PCNR más alta se registró para la RES011, la EPS010 y la EPS005, con 3,68, 2,05 y 1,56 CNR por 100.000 adultos, respectivamente; por el contrario, las tasas más bajas fueron estimadas para la RES004, EPSS34 y ESS024, con 0,11, 0,19 y 0,32. No reportaron registros nuevos en el periodo veintisiete entidades.

Tabla 12.3. PCNR estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	CNR ¹	Denominador ²	PCNR cruda ³	PCNR estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	182	17.923.959	1,02	1,05	0,90 - 1,21
Subsidiado	63	13.708.407	0,46	0,46	0,35 - 0,59

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

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

³ La PCNR es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

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

12.1.3. Prevalencia de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial

La región con la prevalencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 6,04 (IC 95%: 5,43 - 6,70) casos, y la más baja se observó en la Caribe con 2,30 (IC 95%: 1,98 - 2,67) (**tabla 12.4**). Por su parte, las entidades territoriales con las estimaciones más altas fueron Antioquia, Bogotá, D. C., y Valle del Cauca; mientras que, en Chocó, la Guajira y Cesar se registraron las prevalencias más bajas. Cuatro departamentos no reportaron casos en el periodo.

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

Tabla 12.4. Prevalencia estandarizada de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	21	956.659	2,20	2,43	1,48 - 3,75
Bogotá, D. C.	361	6.064.022	5,95	6,04	5,43 - 6,70
Caribe	178	7.844.150	2,27	2,30	1,98 - 2,67
Central	465	9.051.968	5,14	5,06	4,61 - 5,54
Oriental	250	6.958.378	3,59	3,59	3,16 - 4,06
Pacífica	250	5.884.457	4,25	4,22	3,72 - 4,78
Nacional	1.525	36.759.634	4,15	4,12	3,91 - 4,33

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

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La prevalencia es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.



12.1.4. Prevalencia de la LMA en la población adulta según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La prevalencia estandarizada fue de 3,16 casos, mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado (**tabla 12.5**). También, se observaron 58 sucesos pertenecientes al régimen de excepción, seis al especial, y 94 relacionadas con las EAPB liquidadas. Al analizar por las entidades, las estimaciones más altas se registraron en la EAS016, la EPS012 y la EPS018, con 13,02, 10,46 y 9,71 casos por 100.000 adultos, mientras que las más bajas fueron calculadas para la ESS091, la CCF102 y la CCF055, con 0,44, 1,10 y 1,14 sucesos, respectivamente. Once entidades no reportaron casos en el periodo.

Tabla 12.5. Prevalencia estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Casos ¹	Denominador ²	Prevalencia cruda ³	Prevalencia estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	1.016	17.923.959	5,67	5,73	5,38 - 6,10
Subsidiado	351	13.708.407	2,56	2,57	2,30 - 2,85

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

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

³ La prevalencia es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

12.1.5. Mortalidad de la LMA en la población adulta según la región y la entidad territorial

La mortalidad general estandarizada más alta se observó en la Amazonía-Orinoquia con 0,99 (IC 95%: 0,39 - 2,01), seguida por Bogotá, D. C., con 0,98 (IC 95%: 0,74 - 1,27) muertes, y la más baja en la región Caribe con 0,49 (IC 95%: 0,34 - 0,68) fallecimientos por cada 100.000 adultos (**tabla 12.6**). Por su parte, las entidades territoriales con la mortalidad más alta se identificaron en Putumayo, Caquetá y Antioquia; por el contrario, las tasas más bajas se estimaron en La Guajira, Meta y Santander. Ocho departamentos no reportaron defunciones en el periodo.

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

Tabla 12.6. Mortalidad general estandarizada de la LMA en los adultos según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Amazonía-Orinoquía	7	956.659	0,73	0,99	0,39 - 2,01
Bogotá, D. C.	57	6.064.022	0,94	0,98	0,74 - 1,27
Caribe	36	7.844.150	0,46	0,49	0,34 - 0,68
Central	81	9.051.968	0,89	0,85	0,68 - 1,06
Oriental	35	6.958.378	0,50	0,50	0,35 - 0,70
Pacífica	35	5.884.457	0,59	0,57	0,39 - 0,79
Nacional	251	36.759.634	0,68	0,66	0,58 - 0,75

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LMA reportadas a la CAC.

² Corresponde a la población proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

³ La mortalidad es informada por 100.000 habitantes de 18 años o más.

⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

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

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

12.1.6. Mortalidad en los adultos con LMA según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La mortalidad general estandarizada fue mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado para este tipo de cáncer, acorde a lo que se espera ya que es el régimen que mayor número de casos concentra (**tabla 12.7**). También, se reportaron 4 fallecimientos pertenecientes al régimen de excepción y 11 relacionados con entidades liquidadas. Entre tanto, la mortalidad más alta se reportó en la EPS048, la EPS010 y la EPS005, con 2,64, 1,57 y 1,46 muertes por 100.000 adultos; por el contrario, las tasas más bajas se estimaron para la EPSS34, la EPS022 y la EPS008, con 0,20, 0,21 y 0,28 defunciones, respectivamente. Veinticuatro entidades no reportaron defunciones en el periodo.

Tabla 12.7. Mortalidad general estandarizada de la LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Muertes ¹	Denominador ²	Mortalidad cruda ³	Mortalidad estandarizada ³	IC 95% ⁴
Contributivo	172	17.923.959	0,96	1,00	0,86 - 1,16
Subsidiado	64	13.708.407	0,47	0,46	0,36 - 0,59

¹ Incluye las muertes por todas las causas en los adultos con LMA reportadas a la CAC.

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

³ La mortalidad es informada por 100.000 afiliados de 18 años o más.

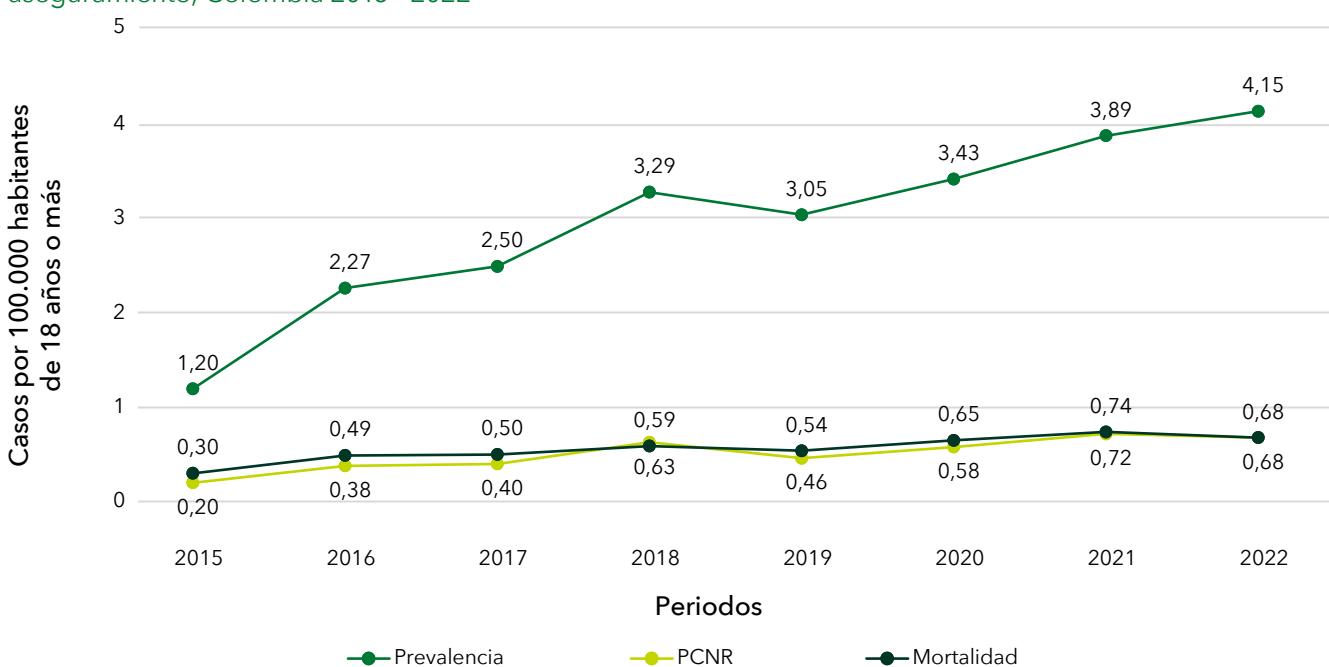
⁴ IC 95% para las medidas estandarizadas.

IC: intervalo de confianza.

12.1.7. Evolución del registro de la población adulta con LMA en el aseguramiento en Colombia

Como se observa en la **figura 12.1**, con respecto al periodo anterior hubo un descenso en la incidencia y en la mortalidad. Se registró un decremento en ambas medidas del 5,56% en la PCNR y del 8,11% en la mortalidad para el 2022, respectivamente.

Figura 12.1. Tendencia de las medidas de frecuencia de la población adulta con LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2015 - 2022



Incluye los casos de la LMA en la población adulta.

Las medidas presentadas corresponden a valores crudos, reportados por 100.000 habitantes de 18 años o más.

Mortalidad general: corresponde a los casos fallecidos reportados a la CAC, por todas las causas.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

[Descargar figura](#)



12.2. Caracterización de los casos nuevos de LMA en los adultos

12.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de LMA

La **tabla 12.8** presenta la caracterización general de los casos nuevos de LMA reportados en el periodo. El 56,22% correspondieron a los hombres y la mediana de la edad general fue de 61 años (RIC: 43 - 72); la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residía en la región Central, y en Bogotá, D. C. Tanto en el contributivo como en el subsidiado se presentó mayor cantidad de casos en los hombres que en las mujeres en sus respectivas categorías. Por otro lado, la mediana de la edad fue diferente en ambos regímenes (contributivo: 62 años y subsidiado: 55 años). La región con el mayor número de casos en el contributivo fue la Central y en el subsidiado la Caribe. En los regímenes especial y de excepción solo se reportaron uno y tres casos respectivamente.

Tabla 12.8. Caracterización sociodemográfica de los casos nuevos reportados de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 249 (100,00%)
	Contributivo n= 182 (73,09%)	Subsidiado n= 63 (25,30%)	
Sexo			
Femenino	82 (45,05)	25 (39,68)	109 (43,78)
Masculino	100 (54,95)	38 (60,32)	140 (56,22)
Edad	62 (45 - 72)	55 (38 - 67)	61 (43 - 72)
Etnia			
Ninguna	181 (99,45)	62 (98,41)	247 (99,20)
Indígena	0 (0,00)	1 (1,59)	1 (0,40)
Negro	1 (0,55)	0 (0,00)	1 (0,40)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	1 (0,55)	3 (4,76)	5 (2,01)
Bogotá, D. C.	51 (28,02)	2 (3,17)	53 (21,29)
Caribe	14 (7,69)	20 (31,75)	34 (13,65)
Central	67 (36,81)	13 (20,63)	82 (32,93)
Oriental	28 (15,38)	7 (11,11)	36 (14,46)
Pacífica	21 (11,54)	18 (28,57)	39 (15,66)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos del régimen de excepción y uno del especial.

12.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de LMA

La **tabla 12.9** describe las características clínicas de los CNR según su afiliación al sistema de salud. En el ámbito nacional, al 45,38% (n= 113) de los CNR se le realizó la clasificación del riesgo, con mayor proporción de casos agrupados en el régimen subsidiado. En dichos conjuntos de eventos, se identificó que la mayoría se ubican en el nivel alto e intermedio; esta tendencia se mantuvo entre los distintos grupos del aseguramiento. Adicionalmente para el régimen especial se reportó un solo caso clasificado como bajo y para el de excepción, dos personas con riesgo alto.

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

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 12.9. Caracterización clínica de los casos nuevos reportados de LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación		Total ² n= 249 (100,00%)
	Contributivo n= 182 (73,09%)	Subsidiado n= 63 (25,30%)	
Clasificación del riesgo (sí) ³	77 (42,31)	33 (52,38)	113 (45,38)
Grupos de riesgo ^{3,4}			
Estándar, bajo	15 (19,48)	3 (9,09)	18 (15,93)
Intermedio	16 (20,78)	6 (18,18)	22 (19,47)
Alto, desfavorable	46 (59,74)	24 (72,73)	73 (64,60)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta tres casos del régimen de excepción y uno del especial.

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

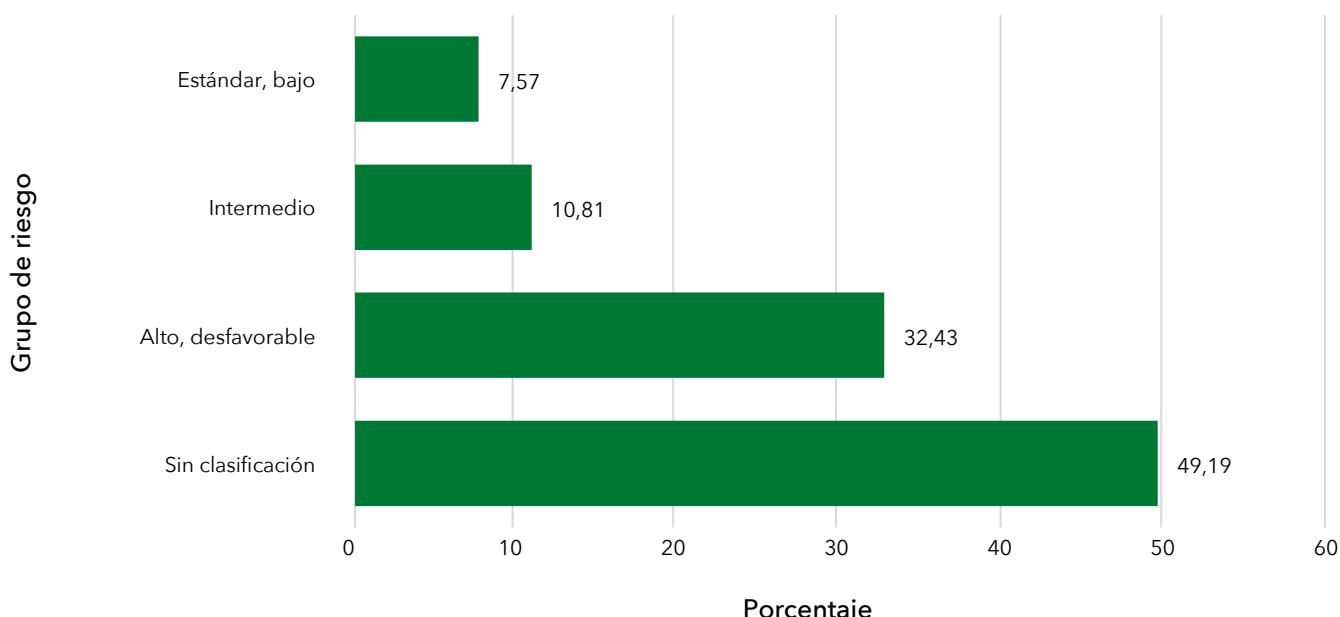
⁴ Incluye todos los casos nuevos de LMA en adultos que fueron clasificados.

12.2.3. Caracterización del tratamiento en los casos nuevos de la LMA

Durante el periodo, la terapia sistémica fue administrada en el 74,30% (n= 185), siendo el tratamiento más frecuente; la radioterapia y el trasplante de células hematopoyéticas se realizó en el 0,80% y 2,41% de los casos, respectivamente. El 25,70% (n= 64) no recibió ningún tipo de tratamiento; estas personas podrían ser CNR diagnosticados cerca al corte, que recibieron manejo paliativo o fallecidas antes de acceder al tratamiento.

En la **figura 12.2** se muestra el uso de la terapia sistémica de acuerdo con el grupo de riesgo. Como se observa, la mayoría de las personas que recibieron este tratamiento no tuvieron clasificación del riesgo (49,19%), mientras que el 32,43% de los CNR fueron clasificados con riesgo alto (desfavorable) y el 10,81% tenían riesgo intermedio.

Figura 12.2. Frecuencia del uso de la terapia sistémica en los casos nuevos de LMA en los adultos según el grupo de riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



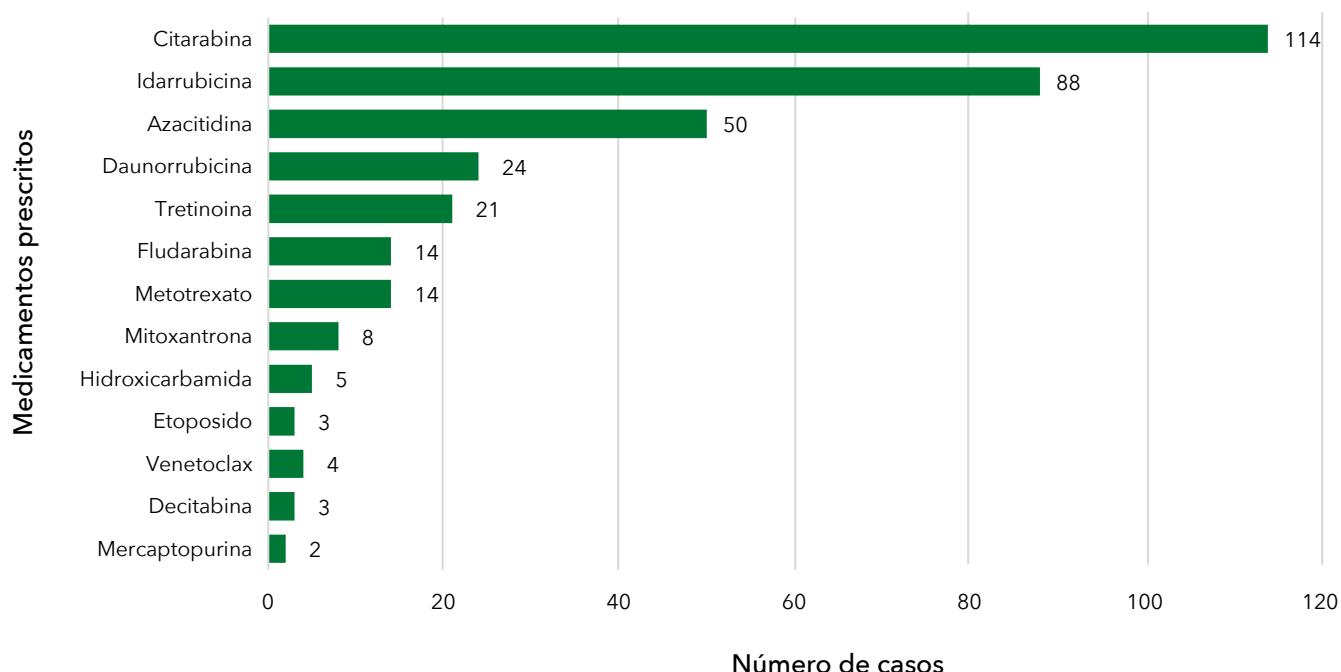
[Descargar figura](#)



La **figura 12.3** describe los medicamentos administrados con más frecuencia en los CNR de LMA en la población adulta. El agente terapéutico de mayor uso fue la citarabina, seguido de la idarrubicina y la azacitidina. En tres casos se reportó el uso de agentes terapéuticos distintos (midostaurina y tioguanina). Con respecto a los 14 casos nuevos de LMA que reportaron tratamiento con metrotexato, se identificó que 4 de ellos incluyeron en sus esquemas, la quimioterapia intratecal en el primer ciclo del tratamiento.

Los datos presentados corresponden a las frecuencias de administración de forma independiente, sin describir el uso concomitante de uno o más fármacos.

Figura 12.3. Distribución de los medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los casos nuevos de LMA en los adultos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



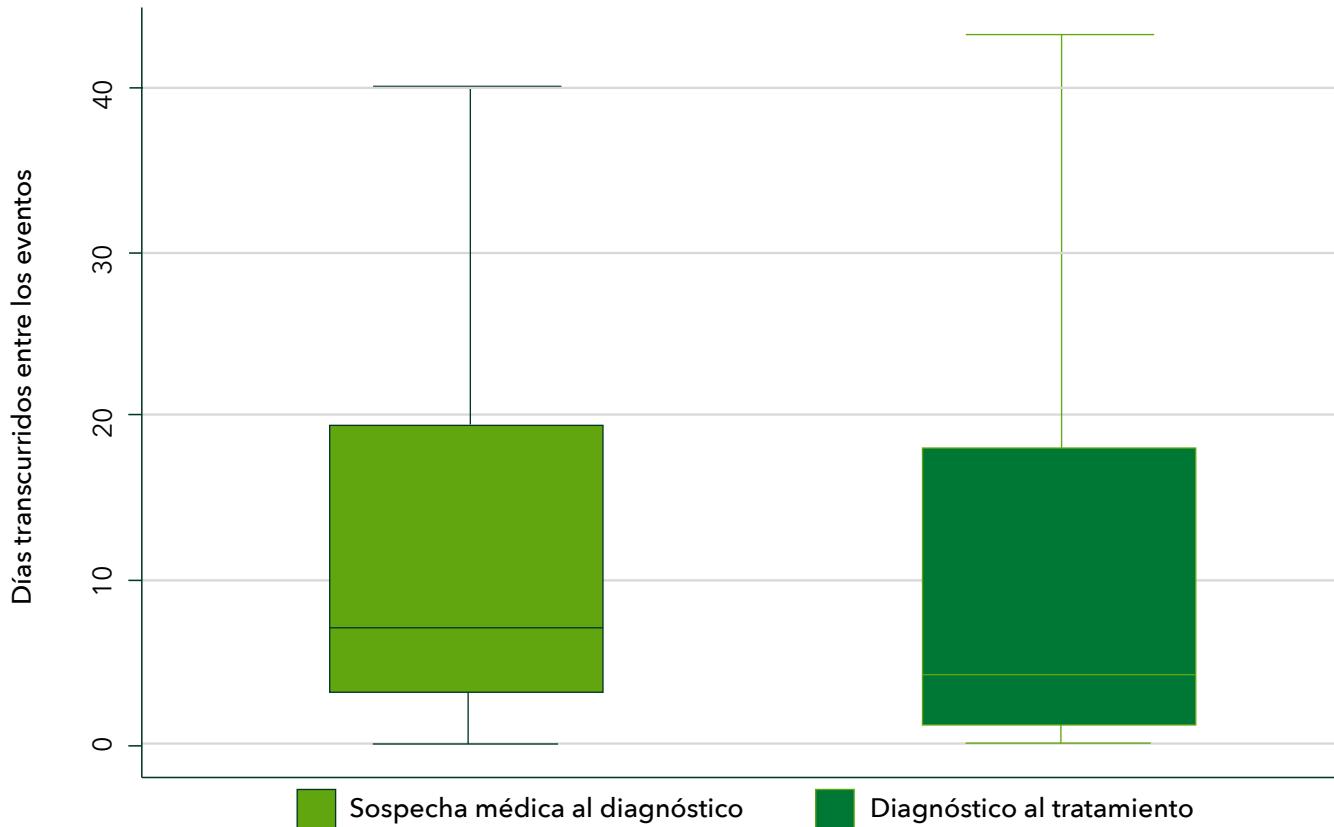
Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población adulta.

[Descargar figura](#)

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

La definición del cálculo de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) fue descrita previamente en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 12.4** se observan la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento para este tipo de cáncer. En el ámbito nacional, la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico de la LMA fue de 7 días (RIC: 3 - 20) y hasta el primer tratamiento fue de 4 días (RIC: 1 - 18). Lo anterior representa un mejor desempeño en los servicios de tratamiento con respecto a los de diagnóstico; además, un mejor desempeño en la atención con respecto a otras neoplasias hematológicas.

Figura 12.4. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de LMA en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población adulta.

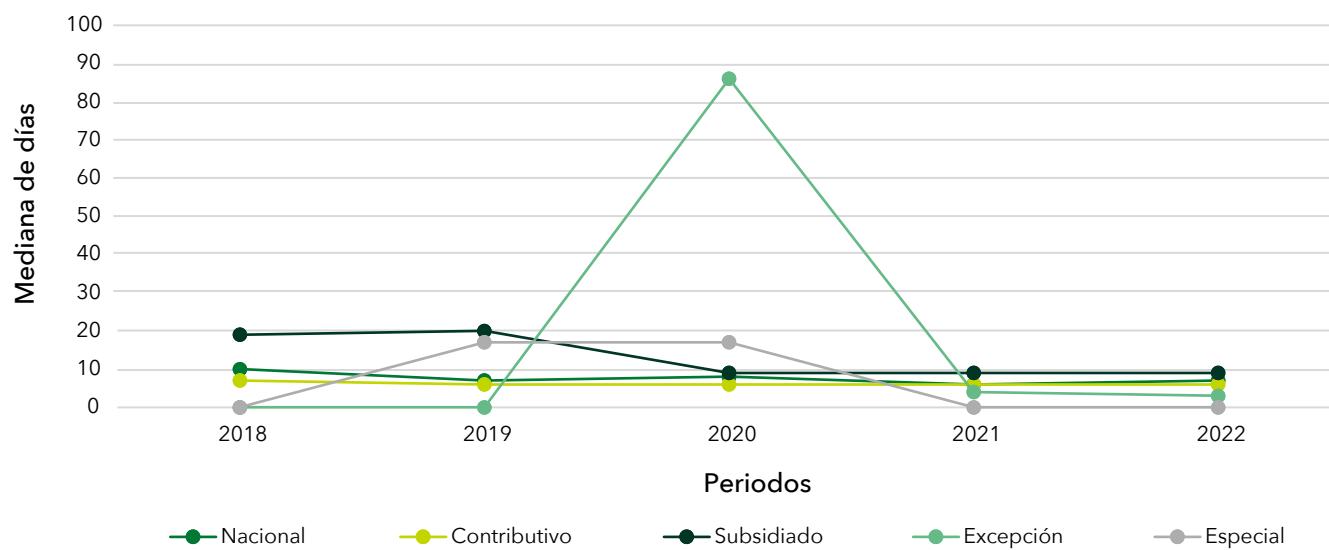
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 16,76 días ($\pm 23,55$) y para el inicio del tratamiento fue de 16,06 días ($\pm 29,41$).

[Descargar figura](#)

Las **figuras 12.5 y 12.6** muestran el comportamiento de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento según el régimen de afiliación en los últimos 5 años. En cuanto al acceso al diagnóstico, los tiempos de espera en el contributivo (mediana: 6 días) y el subsidiado (9 días) se han mantenido estables en el tiempo desde el 2020 (**figura 12.5**).



Figura 12.5. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de LMA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



* Durante el periodo de reporte no se notificaron casos del régimen especial.

Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población adulta.

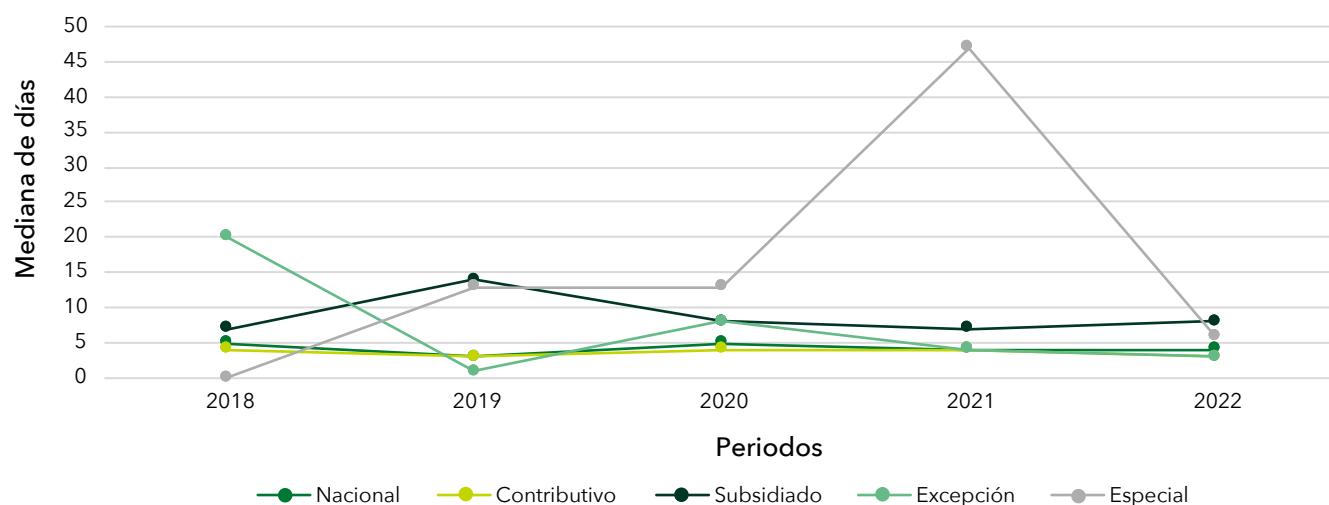
La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en el 2022 fue: nacional: 16,76 días ($\pm 23,55$), régimen contributivo: 16,17 días ($\pm 24,15$), subsidiado: 18,49 días ($\pm 22,31$), excepción: 3,00 días ($\pm N/A$), especial: 0,00 días ($\pm N/A$).

[Descargar figura](#)

Entre tanto, en la tendencia de la oportunidad del tratamiento se registró un descenso en la mediana del tiempo de espera en los regímenes contributivo, de excepción y especial, siendo este último el que presentó una reducción significativa con respecto al año anterior.

Es importante resaltar el comportamiento diferencial en la oportunidad de tratamiento para el régimen subsidiado, lo cual refleja la necesidad de intervenciones por parte de las entidades para la identificación y el abordaje de las barreras que puedan estar influenciando estos resultados.

Figura 12.6. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de LMA en los adultos en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



Incluye todos los casos nuevos de LMA en la población adulta.

La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en el 2022 fue: nacional: 16,05 días ($\pm 29,41$), régimen contributivo: 13,89 días ($\pm 25,20$), subsidiado: 23,68 días ($\pm 40,12$), excepción: 3,00 días ($\pm N/A$), especial: 6,00 días ($\pm N/A$).

[Descargar figura](#)

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

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Por otro lado, la oportunidad de la atención en los adultos con LMA según la clasificación del riesgo se describe en detalle en la **tabla 12.10**. Entre las personas en las que se reportó el grupo de riesgo, la mejor oportunidad del diagnóstico y el inicio del tratamiento se registró en aquellas con riesgo bajo. En los casos con riesgo intermedio se presentaron los tiempos de espera más prolongados en los dos momentos de la atención.

Tabla 12.10. Oportunidad de la atención en la población adulta con LMA según la clasificación del riesgo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Clasificación del riesgo	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)	Promedio (\pm DE)	Mediana (RIC)
Estándar, bajo	16,77 (21,62)	7 (2 - 30)	6,56 (10,61)	3 (2 - 5)
Intermedio	24,62 (29,26)	11 (4 - 34)	24,35 (42,22)	7 (0 - 25)
Alto, desfavorable	19,27 (29,05)	8 (4 - 24)	14,28 (26,59)	4 (1 - 16)
Desconocido	14,28 (19,19)	6 (3 - 18)	16,51 (29,41)	5 (1 - 19)

DE: desviación estándar, IC: intervalo de confianza, RIC: rango intercuartílico.

12.3. Caracterización de los casos prevalentes de LMA en los adultos

La **tabla 12.11** presenta la caracterización general de los casos prevalentes de LMA de acuerdo con el régimen del aseguramiento. El 51,08% de los casos reportados eran mujeres y la mediana de la edad fue de 47 años (RIC: 32 - 63); la mayoría estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central. Comparando por los grupos del aseguramiento, la distribución por el sexo tuvo un comportamiento similar al registrado en el ámbito nacional para los regímenes contributivo y subsidiado; además, la mediana de la edad más alta se estimó en el régimen de excepción.

En cuanto a la distribución regional tanto en el contributivo como en el subsidiado, los casos se concentraron en la región Central, mientras que en el de excepción la mayoría residían en la región Oriental. Adicionalmente, se registraron 6 casos en el régimen especial.

Tabla 12.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 1.431 (100,00%)
	Contributivo n= 1.016 (71,00)	Subsidiado n= 351 (24,53)	Excepción n= 58 (4,05)	
Sexo				
Femenino	509 (50,10)	189 (53,85)	28 (48,28)	731 (51,08)
Masculino	507 (49,90)	162 (46,15)	30 (51,72)	700 (48,92)
Edad	49 (34 - 64)	42 (27 - 58)	54 (36 - 62)	47 (32 - 63)
Etnia				
Ninguna	1.008 (99,21)	339 (96,58)	56 (96,55)	1.409 (98,46)
Negro	8 (0,79)	2 (0,57)	0 (0,00)	10 (0,70)
Indígena	0 (0,00)	10 (2,85)	0 (0,00)	10 (0,70)
Otra ⁴	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (3,45)	2 (0,14)



Tabla 12.11. Caracterización sociodemográfica de los casos prevalentes de LMA en los adultos según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Variables ¹	Régimen de afiliación			Total ^{2,3} n= 1.431 (100,00%)
	Contributivo n= 1.016 (71,00)	Subsidiado n= 351 (24,53)	Excepción n= 58 (4,05)	
Región de residencia				
Amazonia-Orinoquía	6 (0,59)	12 (3,42)	3 (5,17)	21 (1,47)
Bogotá, D. C.	305 (30,02)	29 (8,26)	11 (18,97)	348 (24,32)
Caribe	73 (7,19)	81 (23,08)	5 (8,62)	159 (11,11)
Central	319 (31,40)	104 (29,63)	17 (29,31)	443 (30,96)
Oriental	165 (16,24)	44 (12,54)	18 (31,03)	227 (15,86)
Pacífica	148 (14,57)	81 (23,08)	4 (6,90)	233 (16,28)

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

² Para los valores totales se tienen en cuenta seis casos reportados en el régimen especial.

³ No se presenta la información de 94 casos prevalentes, correspondientes a EAPB liquidadas en años previos, de los que no se tiene información actualizada.

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

12.4. Indicadores de la gestión del riesgo en la población con LMA

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

1. Oportunidad de remisión al diagnóstico (promedio de días).
2. Oportunidad del diagnóstico al tratamiento (promedio de días).
- 3.1. Oportunidad del trasplante en los casos nuevos reportados (promedio de días).
- 3.2. Oportunidad del trasplante en los casos prevalentes (promedio de días).
- 4.1. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, CNR.
- 4.2. Proporción de pacientes con estudios morfológicos, inmunotipificación y estudios genéticos, casos prevalentes.
- 5.1. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), CNR.
- 5.2. Proporción de pacientes a quienes se les realizaron pruebas moleculares (FISH o PCR), casos prevalentes.
- 6.1. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos nuevos reportados.
- 6.2. Proporción de pacientes con clasificación del riesgo en los casos prevalentes.
7. Calidad del reporte de la biopsia de médula ósea.
8. Proporción de consolidación.
9. Tasa de remisión.
10. Supervivencia relativa.

Los indicadores ocho y nueve no se calcularon para este periodo debido a que no se cuenta con las variables necesarias para su medición. Con respecto al indicador 10, según la periodicidad establecida (5 años), este no fue calculado para el periodo 2022.

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

Leucemia mieloide aguda (LMA) en la población adulta

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

En la **tabla 12.12** se observan los resultados de la gestión del riesgo según la región de residencia. En general, en los indicadores de oportunidad del diagnóstico y el tratamiento se registró un bajo cumplimiento en el ámbito nacional y en la mayoría de las regiones, a excepción de la región de la Amazonía-Orinoquía en donde se presentó un resultado óptimo para el acceso al tratamiento. Con respecto a los indicadores de la realización de estudios específicos (indicadores 4 y 5) se observaron resultados lejos de la meta de cumplimiento en el país y a nivel regional.

Por otro lado, en el país y en las regiones, la clasificación del riesgo continúa siendo un área de mejora tanto para los CNR como para los casos prevalentes, con resultados lejanos a la meta establecida. En el indicador de la calidad del reporte de la biopsia de médula ósea, para la región de la Amazonía-Orinoquía se obtuvo el cumplimiento alto de la meta, mientras que las regiones Oriental y Pacífica se alcanzó el cumplimiento medio.

Tabla 12.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Región	1.	2.	3.1.	3.2.	4.1.
	≤ 5 días	≤ 5 días	Por definir	Por definir	≥ 70%
	> 5 días	> 5 días			61 a 69%
Amazonía-Orinoquía	● 18,25	● 2,00	Sin dato	Sin dato	● 20,00
Bogotá, D. C.	● 16,24	● 14,91	126,00	88,00	● 28,30
Caribe	● 23,25	● 18,90	Sin dato	8,00	● 38,24
Central	● 15,23	● 10,62	Sin dato	159,00	● 34,15
Oriental	● 20,39	● 28,36	Sin dato	Sin dato	● 38,89
Pacífica	● 11,31	● 9,88	12,00	72,00	● 46,15
Nacional	● 16,56	● 15,06	69,00	79,86	● 35,74

Tabla 12.12. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según la región de residencia en el marco del aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Región	4.2.	5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	61 a 69%	61 a 69%	61 a 69%	81 a 89%	81 a 89%	81 a 89%
	≤ 60%	≤ 60%	≤ 60%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%
Amazonía-Orinoquía	● 5,26	● 20,00	● 5,26	● 40,00	● 42,11	● 100,00
Bogotá, D. C.	● 5,70	● 28,30	● 5,06	● 37,74	● 47,15	● 79,07
Caribe	● 8,84	● 26,47	● 6,80	● 47,06	● 50,34	● 65,38
Central	● 7,04	● 37,80	● 7,77	● 45,12	● 40,53	● 80,00
Oriental	● 6,67	● 38,89	● 7,14	● 47,22	● 50,48	● 86,67
Pacífica	● 8,68	● 48,72	● 9,13	● 53,85	● 44,75	● 87,50
Nacional	● 7,11	● 35,74	● 7,11	● 45,38	● 45,50	● 80,42

* Para 2022 se estimó la primera medición del indicador como línea de base.

En la **tabla 12.13** se observan los resultados de la gestión del riesgo según el régimen de afiliación en el último periodo. Con respecto a la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento, en el de excepción se registró un desempeño alto, sin embargo, en los otros grupos del aseguramiento y en el ámbito nacional se observan resultados lejos de la meta.



Así mismo, la clasificación del riesgo tuvo un desempeño bajo en la mayoría de los regímenes y en el país; sin embargo, en el régimen especial se logró el alto cumplimiento de este indicador para los CNR. Así mismo, la realización de estudios completos y de las pruebas moleculares en los CNR y prevalentes, constituye un aspecto en el que se debe continuar trabajando, teniendo en cuenta que es un componente clave para definir el manejo de estos casos.

Tabla 12.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	1.		2.		3.1.	3.2.	4.1.
	≤ 5 días		≤ 5 días		Por definir	Por definir	≥ 70%
	≤ 5 días	> 5 días	> 5 días	≤ 60%			61 a 69%
Contributivo	● 15,91		● 13,89		69,00	78,00	● 32,97
Subsidiado	● 18,49		● 19,54		Sin dato	91,00	● 46,03
Excepción	● 3,00		● 3,00		Sin dato	Sin dato	● 0,00
Especial	Sin dato		● 6,00		Sin dato	Sin dato	● 0,00
Nacional	● 16,56		● 15,06		69,00	79,86	● 35,74

Tabla 12.13. Indicadores de la gestión del riesgo en la población adulta con LMA según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Régimen	4.2.	5.1.	5.2.	6.1.	6.2.	7.
	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
	61 a 69%	61 a 69%	61 a 69%	81 a 89%	81 a 89%	81 a 89%
	≤ 60%	≤ 60%	≤ 60%	≤ 80%	≤ 80%	≤ 80%
Contributivo	● 6,85	● 39,01	● 7,80	● 42,31	● 45,63	● 80,15
Subsidiado	● 9,27	● 26,98	● 6,07	● 52,38	● 45,37	● 84,00
Excepción	● 0,00	● 33,33	● 1,89	● 66,67	● 43,40	● 33,33
Especial	● 0,00	● 0,00	● 0,00	● 100,00	● 50,00	Sin dato
Nacional	● 7,11	● 35,74	● 7,11	● 45,38	● 45,50	● 80,42

* Para 2021 se estimó la primera medición del indicador como línea de base.

💡 Puede consultar los datos de la gestión del riesgo con mayor desagregación ingresando a **HIGIA**

Referencias

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

13

Otros tipos de cáncer





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

Resumen

Capítulo 13. Otros tipos de cáncer

Descripción general de los casos reportados

Se notificaron

202.861 casos

de cáncer no priorizado, 20.385 fueron casos nuevos y 13.218 fallecidos con alguno de estos tipos de cáncer.



Los tipos de cáncer con el mayor número de casos nuevos fueron, en orden descendente, los tumores de piel (no melanoma), de las glándula tiroideas y endocrinas y las neoplasias de órganos genitales femeninos.



La mediana de la edad de los casos nuevos fue de 64 años (RIC: 52 - 75).



Caracterización clínica de los casos nuevos



El reporte de histología en los tumores de piel (no melanoma) se obtuvo en el 91,9% de los casos nuevos y esta proporción fue mayor en los regímenes de excepción y especial.

El carcinoma

basocelular

fue el más frecuente entre los

tumores de piel (no melanoma) (72,1%), con un comportamiento similar en los distintos regímenes del aseguramiento.



El mieloma múltiple y las otras neoplasias plasmocitarias fue el subgrupo de tumores más frecuente entre los CNR en el subgrupo de "otras neoplasias hematológicas" (48,4%).



El 17,3% de los casos nuevos de "otras neoplasias hematológicas" contaron con clasificación del riesgo.

13. Otros tipos de cáncer

En este capítulo se relacionan los siguientes 14 grupos de cáncer según el CIE-10 (1) que, a pesar de no estar contemplados en la Resolución 3974 de 2009, son reportados por las entidades al registro de la CAC:

1. Otros tumores de la piel (excepto melanoma).
2. Neoplasias de las glándulas tiroideas y endocrinas.
3. Neoplasias de otros órganos genitales femeninos.
4. Neoplasias de otros órganos digestivos.
5. Neoplasias de las vías urinarias.
6. Otras neoplasias hematológicas.
7. Neoplasias del sistema nervioso y del ojo.
8. Neoplasias del labio, la cavidad bucal y la faringe.
9. Tumores de tejidos mesoteliales (excepto pulmón).
10. Neoplasias de otros órganos genitales masculinos.
11. Neoplasias de otros órganos respiratorios e intratorácicos (excepto pulmón).
12. Otros sitios, sitios mal definidos.
13. Tumores óseos y articulares.
14. Tumores de sitio primario desconocido.

13.1. Morbilidad y mortalidad de los otros tipos de cáncer reportados

Durante el 2022, se reportaron 202.861 casos prevalentes de otros tipos de neoplasias, de los cuales el 10,05% ($n= 20.385$) se diagnosticaron en el periodo de reporte. Adicionalmente, se registraron 13.218 fallecidos con alguno de los tipos de cáncer analizados en este capítulo. La **tabla 13.1** presenta las medidas crudas de morbilidad y mortalidad para los 14 subgrupos. Los tipos de cáncer con el mayor número de casos nuevos y prevalentes fueron el de piel, seguido de los tumores de glándulas tiroideas y endocrinas y las neoplasias de otros órganos genitales femeninos. Por otra parte, el mayor número de muertes, por todas las causas, se presentó en los tumores de la piel (no melanoma) seguido de las neoplasias de otros órganos digestivos.



Tabla 13.1. Medidas de frecuencia de los tipos de cáncer no priorizados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tipo de cáncer	Medidas de morbimortalidad ¹					
	PCNR		Prevalencia		Mortalidad ²	
	n (%)	Cruda ^{3,4}	n (%)	Cruda ^{3,4}	n (%)	Cruda ^{3,4}
Otros tumores de piel (no melanoma)	8.316 (40,79)	16,29	71.741 (35,36)	140,53	3.123 (23,63)	6,12
Glándulas tiroides y endocrinas	2.582 (12,67)	5,06	39.145 (19,30)	76,68	788 (5,96)	1,54
Otros órganos genitales femeninos ⁵	1.716 (8,42)	6,57	21.745 (10,72)	83,20	1.450 (10,97)	5,55
Otras neoplasias hematológicas	970 (4,76)	1,90	12.332 (6,08)	24,16	1.255 (9,49)	2,46
Vías urinarias	1.247 (6,12)	2,44	10.932 (5,39)	21,41	1.003 (7,59)	1,96
Otros órganos digestivos ⁶	1.642 (8,05)	3,22	7.868 (3,88)	15,41	2.112 (15,98)	4,14
Sistema nervioso y ojo	707 (3,47)	1,38	8.077 (3,98)	15,82	777 (5,88)	1,52
Labio, cavidad bucal y faringe	742 (3,64)	1,45	7.126 (3,51)	13,96	699 (5,29)	1,37
Tejidos mesoteliales (excepto pulmón)	936 (4,59)	1,83	7.453 (3,67)	14,60	724 (5,48)	1,42
Otros órganos genitales masculinos ⁷	608 (2,98)	2,44	6.363 (3,14)	25,54	230 (1,74)	0,92
Otros órganos respiratorios e intratorácicos	473 (2,32)	0,93	4.559 (2,25)	8,93	522 (3,95)	1,02
Otros sitios, sitios mal definidos	231 (1,13)	0,45	2.660 (1,31)	5,21	321 (2,43)	0,63
Óseos y articulares	215 (1,05)	0,42	2.563 (1,26)	5,02	203 (1,54)	0,40
Sitio primario desconocido	0 (0,00)	0,00	297 (0,15)	0,58	11 (0,08)	0,02
Total	20.385 (100,00)	39,93	202.861 (100,00)	397,38	13.218 (100,00)	25,89

¹ Incluye todos los casos de otros tipos de cáncer invasivo e *in situ* reportados a la CAC en ambos sexos, sin discriminar por la edad.

² **Mortalidad general:** corresponde a los casos fallecidos por todas las causas, reportados a la CAC.

³ Informadas por 100.000 habitantes.

⁴ La población de referencia corresponde a la proyectada por el DANE para el año 2021, previa actualización post COVID-19.

⁵ No incluye los casos diagnosticados con cáncer de cuello uterino de acuerdo con la clasificación presentada en el capítulo 4.

⁶ No incluye los casos diagnosticados con cáncer colorrectal y gástrico de acuerdo con la clasificación presentada en los capítulos 5 y 6.

⁷ No incluye los casos diagnosticados con cáncer colorrectal y gástrico de acuerdo con la clasificación presentada en el capítulo 3.

PCNR: proporción de casos nuevos reportados.

Al analizar la relación entre los CNR y las defunciones no específicas de acuerdo con el tipo de cáncer, se observó que en algunos tipos, el número de casos nuevos es cercano al de fallecimientos, como en los tumores óseos y articulares, en los tejidos mesoteliales (excepto pulmón) y en las vías urinarias. Mientras que, en los tumores de los órganos digestivos, otras neoplasias hematológicas y tumores del sistema nervioso (incluyendo en el ojo) el número de fallecidos es considerablemente mayor al de los casos nuevos, indicando una alta letalidad para estos tipos de cáncer.

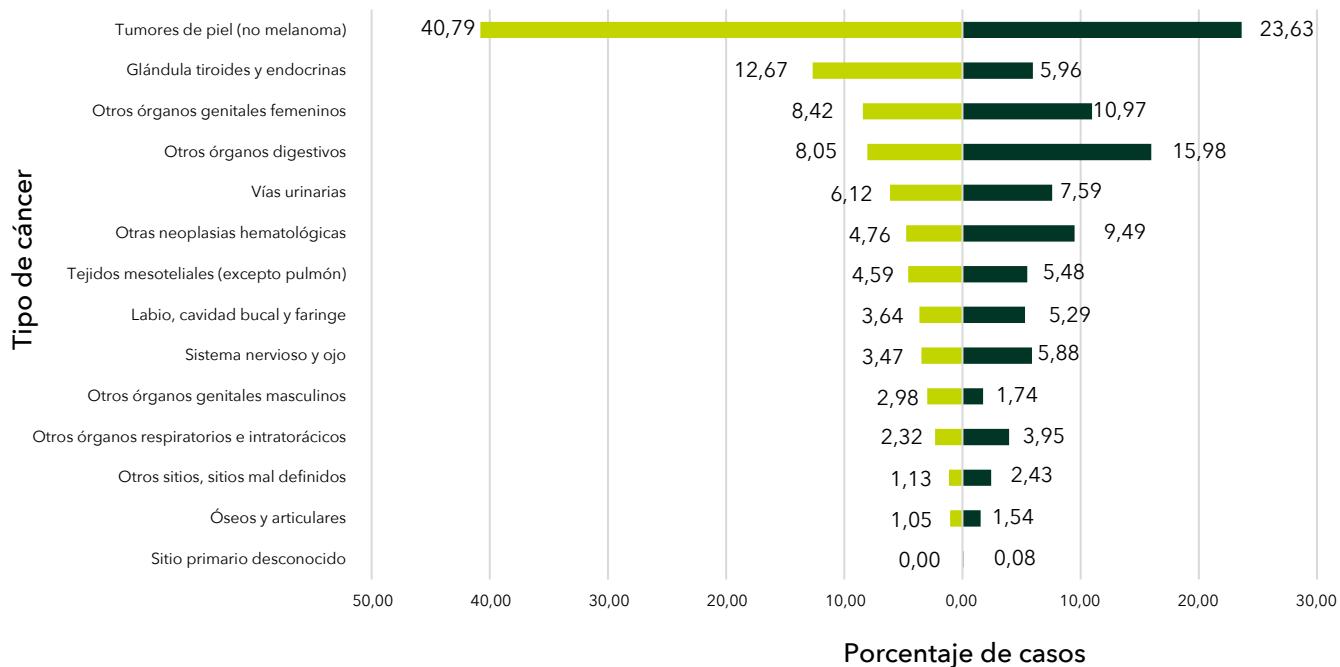
La **figura 13.1** muestra que los tumores de la piel (no melanoma) concentraron tanto el mayor número de casos nuevos como de fallecidos en el periodo.

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 13.1. Relación entre los casos nuevos reportados y las muertes en los otros tipos de cáncer en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de otros tipos de cáncer de todas las edades que fueron reportados en el periodo.

Incluye los casos fallecidos por todas las causas reportados a la CAC, independiente de la edad.

[Descargar figura](#)

13.2. Caracterización de los casos nuevos de los otros tipos de cáncer

13.2.1. Características sociodemográficas de los casos nuevos de otros tipos de cáncer reportados

La **tabla 13.2** muestra las características sociodemográficas para el total de los casos nuevos y los cinco tipos de cáncer de mayor frecuencia: piel (no melanoma), de las glándulas tiroides y endocrinas, otros órganos genitales femeninos, otros órganos digestivos y riñón y otros órganos urinarios.

La mayoría de los casos en los otros tipos de cáncer se registraron en las mujeres (55,12%), especialmente en los tumores de glándulas tiroides y endocrinas, sin embargo, los de riñón y otros órganos urinarios (excepto próstata) fueron más frecuentes en los hombres. La mediana de edad fue mayor en las personas con tumores de la piel, mientras que la menor se identificó en los diagnosticados con neoplasias de glándulas tiroides y endocrinas. Finalmente, para estos tipos de cáncer, la mayoría estaba afiliada al régimen contributivo y residían en la región Central.



Tabla 13.2. Caracterización sociodemográfica de los otros tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia entre los casos nuevos en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Variables ¹	Total ² (n= 20.385)	Piel no melanoma (n= 8.316)	Glándulas tiroideas y endocrinas (n= 2.582)	Otros órganos genitales femeninos ³ (n= 1.716)	Otros órganos digestivos ⁴ (n= 1.642)	Riñón y otros órganos urinarios (n= 1.247)
Edad	64 (52 - 75)	70 (60 - 80)	49 (38 - 61)	60 (52 - 69)	68 (59 - 75)	65 (56 - 74)
Sexo						
Mujeres	11.236 (55,12)	4.295 (51,65)	2.067 (80,05)	1.716 (100,00)	831 (50,61)	433 (34,72)
Hombres	9.149 (44,88)	4.021 (48,35)	515 (19,95)	0 (0,00)	811 (49,39)	814 (65,28)
Etnia						
Ninguna	20.103 (98,62)	8.219 (98,83)	2.556 (98,99)	1.689 (98,43)	1.617 (98,48)	1.222 (98,00)
Indígena	125 (0,61)	55 (0,66)	10 (0,39)	9 (0,52)	5 (0,30)	11 (0,88)
Negro	137 (0,67)	35 (0,42)	15 (0,58)	16 (0,93)	17 (1,04)	11 (0,88)
Otra ⁵	20 (0,10)	7 (0,08)	1 (0,04)	2 (0,12)	3 (0,18)	3 (0,24)
Región de residencia						
Amazonía-Orinoquía	164 (0,80)	45 (0,54)	24 (0,93)	17 (0,99)	11 (0,67)	11 (0,88)
Bogotá, D. C.	4.364 (21,41)	1.777 (21,37)	736 (28,51)	335 (19,52)	271 (16,50)	249 (19,97)
Caribe	2.605 (12,78)	769 (9,25)	231 (8,95)	352 (20,51)	194 (11,81)	199 (15,96)
Central	6.853 (33,62)	3.019 (36,30)	826 (31,99)	477 (27,80)	637 (38,79)	465 (37,29)
Oriental	2.552 (12,52)	1.137 (13,67)	298 (11,54)	221 (12,88)	189 (11,51)	95 (7,62)
Pacífica	3.847 (18,87)	1.569 (18,87)	467 (18,09)	314 (18,30)	340 (20,71)	228 (18,28)
Régimen de afiliación						
Contributivo	13.434 (65,90)	5.576 (67,05)	1.849 (71,61)	1.068 (62,24)	1.050 (63,95)	886 (71,05)
Subsidiado	6.016 (29,51)	2.344 (28,19)	623 (24,13)	550 (32,05)	519 (31,61)	304 (24,38)
Excepción	852 (4,18)	352 (4,23)	106 (4,11)	93 (5,42)	69 (4,20)	51 (4,09)
Especial	69 (0,34)	42 (0,51)	4 (0,15)	3 (0,17)	4 (0,24)	5 (0,40)
No afiliado	14 (0,07)	2 (0,02)	0 (0,00)	2 (0,12)	0 (0,00)	1 (0,08)

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

² Incluye todos los casos de otros tipos de cáncer invasivo e *in situ* reportados a la CAC en ambos sexos, sin discriminar por la edad.

³ No incluye los casos diagnosticados con cáncer de cuello uterino de acuerdo con la clasificación presentada en el capítulo 4.

⁴ No incluye los casos diagnosticados con cáncer colorrectal y gástrico de acuerdo con la clasificación presentada en los capítulos 5 y 6.

⁵ Incluye la población perteneciente a las etnias ROM (gitano), raízal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y palenquero de San Basilio.

13.2.2. Caracterización clínica de los casos nuevos de los otros tipos de cáncer reportados

La **tabla 13.3** describe la información clínica más relevante para los cinco tipos más frecuentes entre los denominados "otros tipos de cáncer", según el régimen de afiliación.

Es importante resaltar que, si bien desde el punto de vista clínico la estadificación para los subgrupos de tumores es específica, en este caso se presentan los resultados de forma general para los cinco tipos más frecuentes, teniendo en cuenta que esta publicación tiene como objetivo principal destacar la gestión del proceso de atención (**tabla 13.3**). A continuación, se destacan los hallazgos claves para cada uno de ellos:

- **Cáncer de piel (no melanoma):** la mayoría de los casos se reportaron en el régimen contributivo (67,05%). A más del 90% de los CNR se les realizó histología y esta proporción fue similar según el régimen, excepto en los no afiliados. El carcinoma basocelular fue el más frecuente (72,07%) y se observó el mismo comportamiento entre los regímenes.
- **Tumores de las glándulas tiroideas y endocrinas:** el subgrupo de mayor representación fue el tumor de la glándula tiroideas, incluyendo los casos *in situ* (83,85%). En el 42,80% de los casos nuevos se reportó la estadificación y esta proporción fue más alta en el régimen de excepción, seguido del subsidiado. Entre los casos estadificados, el estadio I fue el más frecuente; este patrón se mantuvo en todos los regímenes de afiliación.

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

- Tumores de otros órganos genitales femeninos:** el 44,64% y el 44,11% de los casos nuevos fueron diagnosticados con tumores malignos del cuerpo del útero y del ovario, respectivamente. En general, el 72,79% de los casos fueron estadificados y este porcentaje fue mayor en las afiliadas a los regímenes subsidiado y contributivo. El mayor número de casos a nivel nacional y en los regímenes se clasificó en los estadios I y III, en ese orden.
- Tumores de otros órganos digestivos:** los tumores primarios malignos del páncreas, el hígado y el esófago fueron los más frecuentes. Del total de casos, el 58,53% contó con la información de la estadificación y el 32,62% de ellos se clasificaron en el estadio IV. Entre los regímenes la mayoría de los casos se diagnosticaron en los estadios IV y II.
- Tumores del riñón y otros órganos urinarios:** los tumores malignos del riñón (excepto la pelvis renal) y los de la vejiga urinaria fueron los subgrupos más frecuentes. En general, el 58,86% de los casos nuevos fueron estadificados, específicamente en los regímenes contributivo y de excepción, se presentó un mayor porcentaje. La mayoría de los CN fueron reportados en estadio I (21,01%), pero entre regímenes de afiliación, para el subsidiado y el de excepción la mayoría se clasificó en el estadio II.

Tabla 13.3. Caracterización clínica de los otros tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia entre los casos nuevos según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Tipo de cáncer/variables ¹	Régimen de afiliación					
	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Total n (%)
Piel (no melanoma)	5.576 (67,05)	2.344 (28,19)	352 (4,23)	42 (0,51)	2 (0,02)	8.316 (100,00)
Histología (sí)	5.089 (91,27)	2.173 (92,70)	333 (94,60)	42 (100,00)	1 (50,00)	7.638 (91,85)
Tipo histológico						
Carcinoma basocelular	3.790 (71,78)	1.558 (71,47)	270 (79,88)	34 (80,95)	0 (0,00)	5.652 (72,07)
Carcinoma escamocelular	1.003 (19,00)	451 (20,69)	49 (14,50)	8 (19,05)	1 (50,00)	1.512 (19,28)
Desconocido/no especificado	487 (9,22)	171 (7,84)	19 (5,62)	0 (0,00)	1 (50,00)	678 (8,65)
Glándulas tiroides y endocrinas	1.849 (71,61)	623 (24,13)	106 (4,11)	4 (0,15)	0 (0,00)	2.582 (100,00)
Subgrupo²						
Glándula tiroides (incluye <i>in situ</i>)	1.551 (83,88)	520 (83,47)	90 (84,91)	4 (100,00)	0 (0,00)	2.165 (83,85)
Otras glándulas endocrinas y de estructuras afines	281 (15,20)	95 (15,25)	14 (13,21)	0 (0,00)	0 (0,00)	390 (15,10)
Glándula suprarrenal	17 (0,92)	8 (1,28)	2 (1,89)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (1,05)
Estadificación (sí)³	759 (41,05)	294 (47,19)	51 (48,11)	1 (25,00)	0 (0,00)	1.105 (42,80)
Estadio clínico						
<i>In situ</i>	5 (0,27)	1 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,23)
I	410 (22,19)	195 (31,30)	28 (26,42)	1 (25,00)	0 (0,00)	634 (24,56)
II	115 (6,22)	30 (4,82)	10 (9,43)	0 (0,00)	0 (0,00)	155 (6,01)
III	119 (6,44)	25 (4,01)	9 (8,49)	0 (0,00)	0 (0,00)	153 (5,93)
IV	109 (5,90)	43 (6,90)	4 (3,77)	0 (0,00)	0 (0,00)	156 (6,04)
Desconocido	1.090 (58,98)	329 (52,81)	55 (51,89)	3 (75,00)	0 (0,00)	1.477 (57,23)
Otros órganos genitales femeninos⁴	1.068 (62,24)	550 (32,05)	93 (5,42)	3 (0,17)	2 (0,12)	1.716 (100,00)
Subgrupo²						
Tumor maligno del ovario	472 (44,19)	249 (45,27)	35 (37,63)	0 (0,00)	1 (50,00)	757 (44,11)
Tumor maligno del cuerpo del útero	507 (47,47)	206 (37,45)	49 (52,69)	3 (100,00)	1 (50,00)	766 (44,64)



Tabla 13.3. Caracterización clínica de los otros tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia entre los casos nuevos según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Tipo de cáncer/variables ¹	Régimen de afiliación					
	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Total n (%)
Tumor maligno de la vulva	31 (2,90)	34 (6,18)	5 (5,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	70 (4,08)
Tumor maligno de la vagina	20 (1,87)	21 (3,82)	3 (3,23)	0 (0,00)	0 (0,00)	44 (2,56)
Tumor maligno del útero parte no especificada	12 (1,12)	20 (3,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	32 (1,86)
Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos genitales femeninos (diferente localización)	18 (1,69)	11 (2,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (1,69)
Tumor maligno de otros órganos genitales femeninos y los no especificados	4 (0,37)	9 (1,64)	1 (1,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (0,82)
Tumor maligno de la placenta	4 (0,37)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,23)
Estadificación (sí)³	779 (72,94)	412 (74,91)	55 (59,14)	3 (100,00)	0 (0,00)	1.249 (72,79)
Estadio clínico						
<i>In situ</i>	18 (1,72)	10 (1,84)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (1,66)
I	337 (32,28)	152 (27,99)	28 (30,43)	3 (100,00)	0 (0,00)	520 (30,88)
II	71 (6,80)	56 (10,31)	2 (2,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	129 (7,66)
III	212 (20,31)	125 (23,02)	19 (20,65)	0 (0,00)	0 (0,00)	356 (21,14)
IV	141 (13,51)	69 (12,71)	6 (6,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	216 (12,83)
Desconocido	265 (25,38)	131 (24,13)	37 (40,22)	0 (0,00)	2 (100,00)	435 (25,83)
Otros órganos digestivos⁵	1.050 (63,95)	519 (31,61)	69 (4,20)	4 (0,24)	0 (0,00)	1.642 (100,00)
Subgrupo²						
Tumor maligno del páncreas	429 (40,86)	136 (26,20)	21 (30,43)	3 (75,00)	0 (0,00)	589 (35,87)
Tumor del hígado (incluye <i>in situ</i>)	200 (19,05)	108 (20,81)	15 (21,74)	1 (25,00)	0 (0,00)	324 (19,73)
Tumor del esófago (incluye <i>in situ</i>)	129 (12,29)	90 (17,34)	11 (15,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	230 (14,01)
Tumor de la vía biliar	136 (12,95)	72 (13,87)	14 (20,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	222 (13,52)
Tumor de la vesícula biliar	120 (11,43)	88 (16,96)	8 (11,59)	0 (0,00)	0 (0,00)	216 (13,15)
Tumor del intestino delgado	31 (2,95)	21 (4,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	52 (3,17)
Otros no especificados	5 (0,48)	4 (0,77)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,55)
Estadificación (sí)³	651 (62,00)	268 (51,64)	39 (56,52)	3 (75,00)	0 (0,00)	961 (58,53)
Estadio clínico						
<i>In situ</i>	6 (0,57)	1 (0,19)	1 (1,47)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,49)
I	49 (4,67)	17 (3,28)	4 (5,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	70 (4,27)
II	113 (10,76)	31 (5,98)	8 (11,76)	0 (0,00)	0 (0,00)	152 (9,27)
III	132 (12,57)	55 (10,62)	7 (10,29)	1 (25,00)	0 (0,00)	195 (11,89)
IV	351 (33,43)	163 (31,47)	19 (27,94)	2 (50,00)	0 (0,00)	535 (32,62)
Desconocido	399 (38,00)	251 (48,45)	29 (42,65)	1 (25,00)	0 (0,00)	680 (41,46)
Riñón y otros órganos urinarios	886 (71,05)	304 (24,38)	51 (4,09)	5 (0,40)	1 (0,08)	1.247 (100,00)
Subgrupo²						
Tumor maligno del riñón excepto de la pelvis renal	501 (56,55)	142 (46,71)	31 (60,78)	3 (60,00)	0 (0,00)	677 (54,29)

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 13.3. Caracterización clínica de los otros tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia entre los casos nuevos según el régimen de afiliación, Colombia 2022 (continuación)

Tipo de cáncer/variables ¹	Régimen de afiliación					
	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Excepción n (%)	Especial n (%)	No afiliado n (%)	Total n (%)
Tumor maligno de la vejiga urinaria	351 (39,62)	150 (49,34)	18 (35,29)	2 (40,00)	1 (100,00)	522 (41,86)
Tumor maligno de la pelvis renal	16 (1,81)	7 (2,30)	2 (3,92)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (2,00)
Carcinoma <i>in situ</i> de la vejiga y otros órganos urinarios	8 (0,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,64)
Tumor maligno del uréter	7 (0,79)	2 (0,66)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,72)
Tumor maligno de otros órganos urinarios y de los no especificados	3 (0,34)	3 (0,99)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,48)
Estadificación (sí)³	535 (60,38)	163 (53,62)	35 (68,63)	0 (0,00)	1 (100,00)	734 (58,86)
Estadio clínico						
<i>In situ</i>	8 (0,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,64)
I	218 (24,60)	34 (11,18)	10 (19,61)	0 (0,00)	0 (0,00)	262 (21,01)
II	84 (9,48)	53 (17,43)	12 (23,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	149 (11,95)
III	97 (10,95)	29 (9,54)	6 (11,76)	0 (0,00)	1 (100,00)	133 (10,67)
IV	128 (14,45)	46 (15,13)	7 (13,73)	0 (0,00)	0 (0,00)	181 (14,51)
Desconocido	351 (39,62)	142 (46,71)	16 (31,37)	5 (100,00)	0 (0,00)	514 (41,22)

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

² Definidos según el código CIE-10.

³ Definida de acuerdo con la estadificación TNM o FIGO, según sea el caso.

⁴ No incluye los casos diagnosticados con cáncer de cuello uterino de acuerdo con la clasificación presentada en el capítulo 4.

⁵ No incluye los casos diagnosticados con cáncer colorrectal y gástrico de acuerdo con la clasificación presentada en los capítulos 5 y 6.

13.2.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de los otros tipos de cáncer

Los tiempos de espera hasta el diagnóstico y el tratamiento para los tipos de cáncer más frecuentes se presentan en la **tabla 13.4**. El menor tiempo promedio hasta el diagnóstico se observó en los tumores de otros órganos digestivos y el más prolongado se identificó en la población con neoplasias de glándulas tiroides y endocrinas. En relación con el inicio del tratamiento, los tumores de otros órganos digestivos registraron la menor espera y, en los tumores de la piel (no melanoma) se presentó la más larga. Es importante tener en cuenta que el comportamiento de las lesiones nodulares de la glándula tiroides presenta un crecimiento lento y en la mayoría de casos indolente, lo cual determina el manejo expectante en muchos casos. Lo anterior puede influenciar el comportamiento de los tiempos de oportunidad en este grupo de neoplasias.

Tabla 13.4. Oportunidad de la atención en los otros tipos de cáncer reportados en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Tipo de cáncer	Oportunidad del diagnóstico		Oportunidad del tratamiento	
	Promedio (±DE)	Mediana (RIC)	Promedio (±DE)	Mediana (RIC)
Piel (no melanoma)	53,27 (66,21)	34 (23 - 60)	92,32 (61,62)	80 (48 - 125)
Glándulas tiroides y endocrinas	84,67 (85,75)	59 (31 - 109)	60,16 (57,02)	52 (9 - 91)
Otros órganos genitales femeninos ¹	61,18 (69,86)	36 (19 - 79)	64,53 (51,03)	53 (27 - 92)
Otros órganos digestivos ²	36,35 (46,07)	23 (11 - 41)	49,42 (47,55)	36 (15 - 69)
Riñón y otros órganos urinarios	65,91 (78,17)	40 (20 - 88)	55,99 (60,23)	39 (9 - 80)

¹ No incluye los casos diagnosticados con cáncer de cuello uterino de acuerdo con la clasificación presentada en el capítulo 4.

² No incluye los casos diagnosticados con cáncer colorrectal y gástrico de acuerdo con la clasificación presentada en los capítulos 5 y 6.

DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.



A continuación, se presentan los datos más relevantes de los tumores hematológicos no priorizados, incluyendo una descripción especial para el mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias.

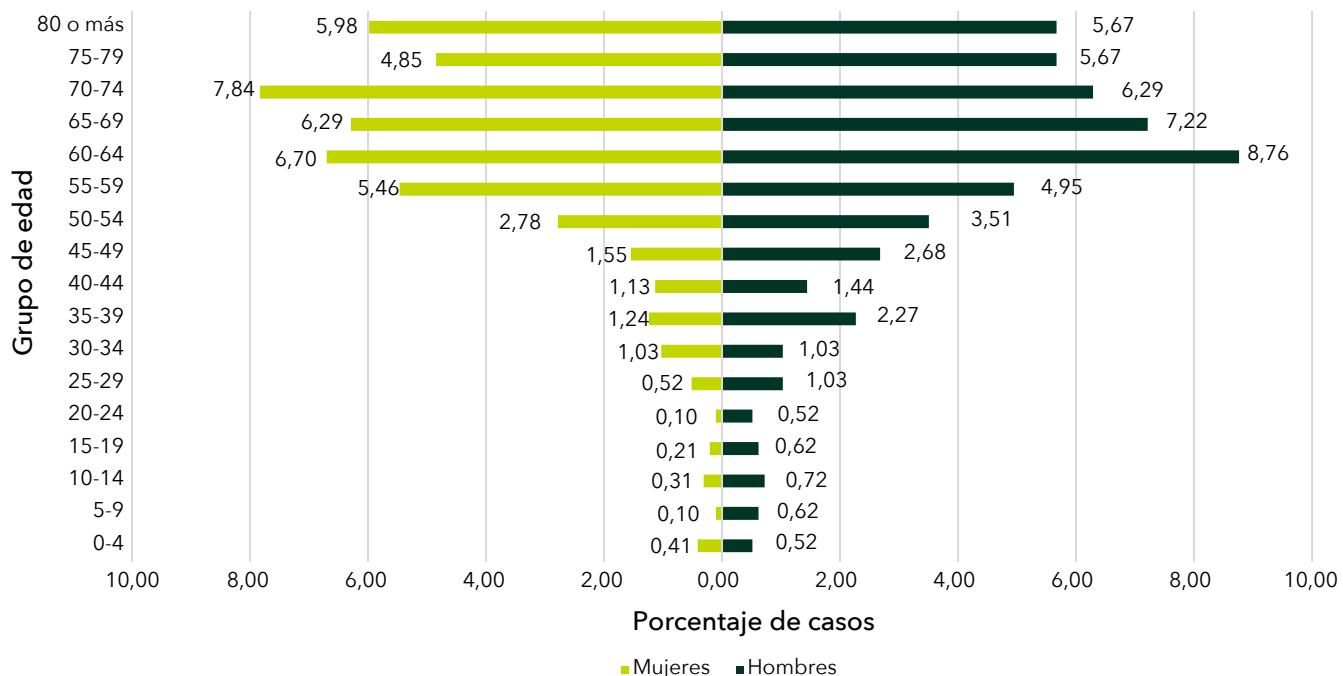
13.3. Otras neoplasias hematológicas

Durante el periodo se reportaron 12.332 casos prevalentes de todas las edades, incluyendo los casos de entidades en proceso de liquidación; de estos, el 7,87% (n= 970) fueron nuevos. El número de fallecidos durante el periodo fue de 1.255. En el **suplemento 1** se presentan los casos reportados en el 2022 para este grupo según el CIE-10.

13.3.1. Características sociodemográficas y clínicas de los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas reportados

El 81,96% de los casos nuevos en ambos sexos se presentaron en las personas con 50 o más años, siendo más frecuente el rango entre 60 a 64. En los hombres, la mayor frecuencia estuvo en el grupo de los 60 a los 64, seguido por el de 65 a 69, mientras que en las mujeres fue el de los 70 a 74 años (**figura 13.2**).

Figura 13.2. Distribución de los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas según el grupo etario y el sexo en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas para ambos sexos y en todas las edades.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 13.5** se observan las características demográficas y clínicas de las personas con este tipo de neoplasias. La mediana de la edad en los casos nuevos y en los prevalentes fue de 64 y 65 años, respectivamente. En los CN, el 53,51% fueron hombres, la mayoría (68,56%) estaban afiliados al régimen contributivo y residían en la región Central (30,21%). Con respecto a las variables clínicas, el mieloma múltiple y las otras neoplasias plasmocitarias fue el subgrupo más frecuente (48,35%), seguido de las otras leucemias linfoides (17,32%) y mieloídes (16,91%). Este comportamiento fue similar en los prevalentes. Finalmente, la clasificación del riesgo en los CNR y prevalentes se notificó en el 17,32% y el 15,97%, respectivamente.

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 13.5. Características sociodemográficas y clínicas de las personas con otras neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Variables ¹	Clasificación de la población	
	CNR (n= 970)	Casos prevalentes ² (n= 11.459)
Sociodemográficas		
Edad	64 (55 - 73)	65 (54 - 74)
Sexo		
Mujeres	451 (46,49)	5.624 (49,08)
Hombres	519 (53,51)	5.835 (50,92)
Región de residencia		
Amazonía-Orinoquía	8 (0,82)	105 (0,92)
Bogotá, D. C.	198 (20,41)	2.786 (24,31)
Caribe	172 (17,73)	1.609 (14,04)
Central	293 (30,21)	3.550 (30,98)
Oriental	96 (9,90)	1.725 (15,05)
Pacífica	203 (20,93)	1.684 (14,70)
Etnia		
Ninguna	960 (98,97)	11.226 (97,97)
Indígena	1 (0,10)	85 (0,74)
Negro	9 (0,93)	140 (1,22)
Otra ³	0 (0,00)	8 (0,07)
Régimen de afiliación		
Contributivo	665 (68,56)	7.860 (68,59)
Subsidiado	271 (27,94)	2.874 (25,08)
Excepción	32 (3,30)	670 (5,85)
Especial	2 (0,21)	52 (0,45)
No afiliado	0 (0,00)	3 (0,03)
Clínicas		
Clasificación del riesgo (sí)⁴	168 (17,32)	1.830 (15,97)
Subgrupo⁵		
Mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias	469 (48,35)	4.067 (35,49)
Otras leucemias mieloídes	164 (16,91)	3.176 (27,72)
Otras leucemias linfoides	168 (17,32)	2.024 (17,66)
Síndromes mielodisplásicos	52 (5,36)	552 (4,82)
Mieloproliferativo crónico	60 (6,19)	850 (7,42)
Leucemia de células de tipo no especificado	15 (1,55)	255 (2,23)
Otras leucemias de tipo celular especificado	11 (1,13)	268 (2,34)
Enfermedades inmunoproliferativas malignas	7 (0,72)	93 (0,81)
Leucemia monocítica	8 (0,82)	61 (0,53)
Histiocitosis	8 (0,82)	69 (0,60)
Otros tumores malignos	8 (0,82)	44 (0,38)

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

² No se incluyen los datos de 873 casos prevalentes, correspondientes a las EAPB liquidadas en los años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

⁴ Es una medida general sobre el reporte de la clasificación del riesgo por cualquiera de los sistemas utilizados para tal fin.

⁵ Definidos según el código CIE-10.

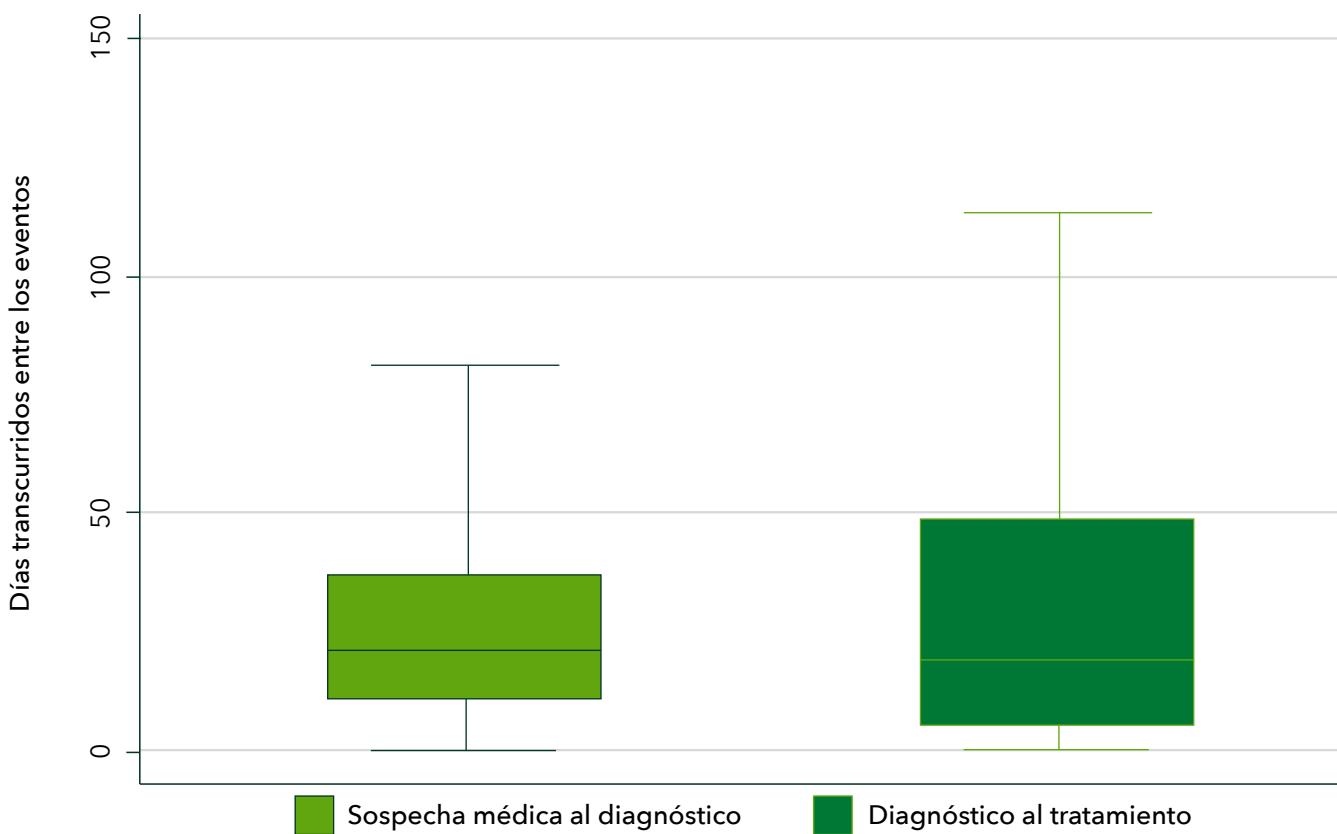
CNR: casos nuevos reportados.



13.3.2. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas

La operacionalización de la oportunidad de la atención (diagnóstico y tratamiento) se presenta en la sección de aspectos metodológicos. En la **figura 13.3** se observa la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento a nivel nacional. La mediana del tiempo de espera para acceder al diagnóstico fue de 21 días (RIC: 8 - 37) y hasta el primer tratamiento de 19 días (RIC: 5 - 49).

Figura 13.3. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 33,74 días ($\pm 45,54$) y para la del tratamiento fue de 36,39 días ($\pm 50,24$).

[Descargar figura](#)

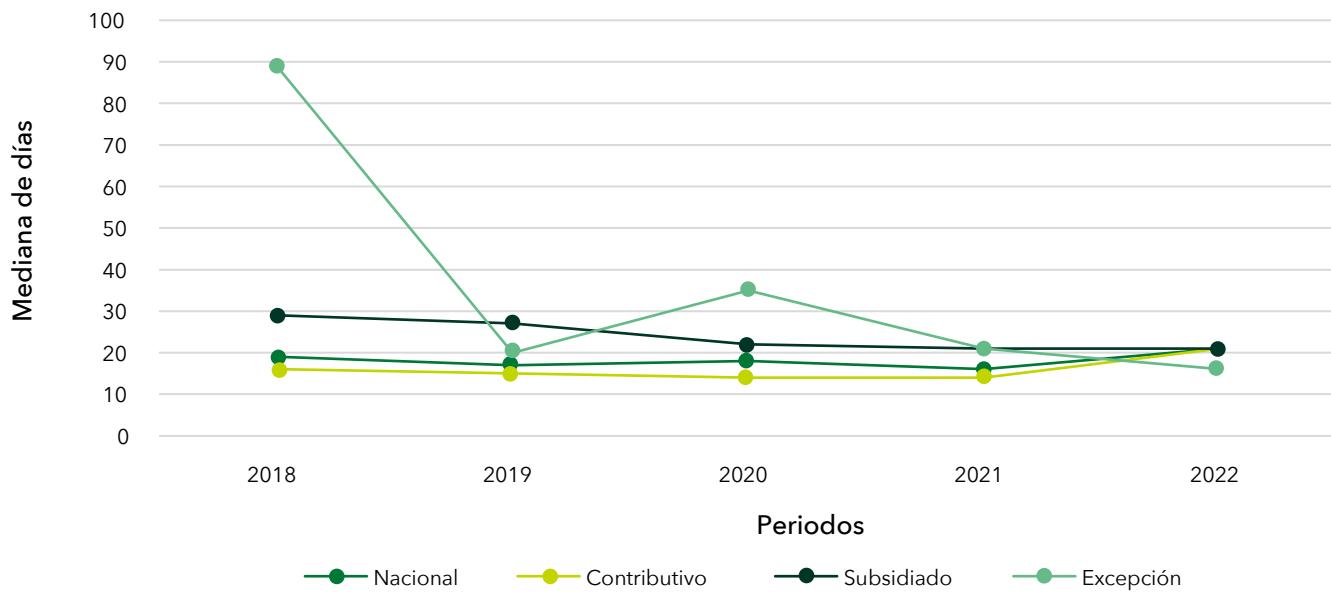
En las **figuras 13.4 y 13.5** se observan la oportunidad del diagnóstico y la del tratamiento según el régimen de afiliación. En el de excepción se presentó la mediana del tiempo de espera hasta el diagnóstico más baja (16 días, RIC: 8 - 35) e incluso fue inferior a la del país. Mientras que en los regímenes subsidiado y contributivo la mediana de días, fue igual al dato nacional (mediana: 21 días, RIC: 8 - 37 y mediana: 21 días, RIC: 8 - 46) (**figura 13.4**). Aunque los tiempos de espera se incrementaron levemente en el periodo 2022, especialmente en los regímenes contributivo y subsidiado, en la tendencia desde el periodo 2018 se observan valores comparables.

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 13.4. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022

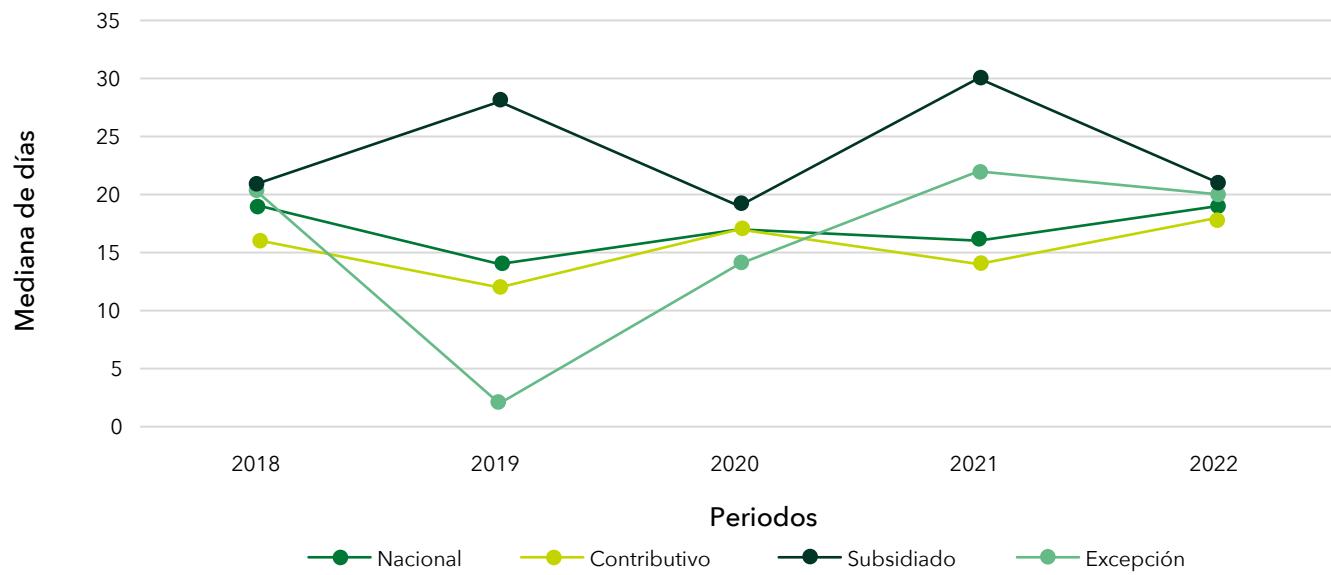


La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 33,74 días ($\pm 45,54$), régimen contributivo: 31,95 días ($\pm 41,87$), subsidiado: 39,28 días ($\pm 55,28$), excepción: 29,69 días ($\pm 37,61$).

[Descargar figura](#)

El régimen con la mejor oportunidad para el inicio del tratamiento fue el contributivo con una mediana de 18 días (RIC: 4 - 49). Por otra parte, los afiliados al subsidiado registraron la espera más larga con una mediana de 21 días (RIC: 5 - 50) (**figura 13.5**). Aunque el régimen subsidiado presentó una mejor oportunidad en el 2022 con respecto al periodo anterior, en el ámbito nacional se observó un incremento en el tiempo de inicio a los tratamientos para este tipo de neoplasias.

Figura 13.5. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de otras neoplasias hematológicas en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2022



La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 36,39 días ($\pm 50,24$), régimen contributivo: 35,86 días ($\pm 51,21$), subsidiado: 37,07 días ($\pm 46,54$), excepción: 27,05 días ($\pm 30,65$).

[Descargar figura](#)



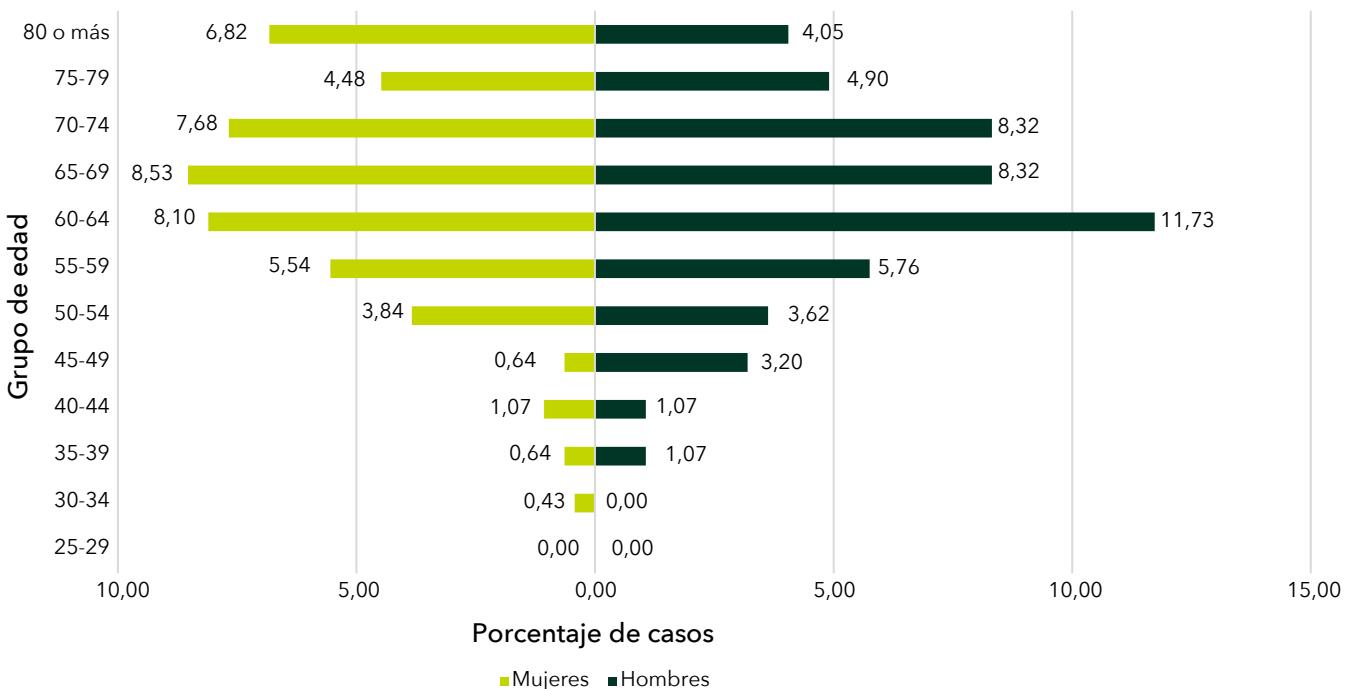
13.4. Descripción especial: mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias

El mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias fue el subgrupo más frecuente entre las otras neoplasias hematológicas, con 469 casos nuevos, 4.333 prevalentes (incluidos los casos de las entidades en proceso de liquidación) y 596 fallecidos.

13.4.1. Características sociodemográficas de los casos reportados con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias

La distribución de los casos nuevos por el grupo etario y el sexo se observa en la **figura 13.6**. Del total de los casos nuevos en ambos sexos, la mayoría se presentó entre los 60 - 64 años. Este mismo grupo de edad fue el de mayor frecuencia en los hombres, mientras que en las mujeres fue el de los 65 a los 69 años.

Figura 13.6. Distribución de los casos nuevos del mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias según el grupo etario y el sexo en el marco de aseguramiento, Colombia 2022



Incluye todos los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias para ambos sexos y en todas las edades.

[Descargar figura](#)

En la **tabla 13.6** se observan las características demográficas y clínicas de las personas con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias. Entre los casos nuevos el 52,24% eran hombres, la mediana de la edad fue de 64 años (RIC: 55 - 73), el 30,28% residía en la región Central y más de la mitad estaban afiliados al régimen contributivo. Por su parte, en los prevalentes, un poco más de la mitad de los casos se presentaron en las mujeres, y el resto de las características demográficas fueron similares a las de los casos nuevos.

El subgrupo predominante tanto en los casos nuevos como en los prevalentes fue el mieloma múltiple. En cuanto al tratamiento, la terapia sistémica fue la alternativa de mayor uso (77,94%), seguida de la radioterapia. El trasplante se realizó al 2,57% de los casos nuevos. En las personas que recibieron terapia sistémica, el medicamento más frecuentemente utilizado fue el bortezomib, seguido de la ciclofosfamida, la lenalidomida y la talidomida. Los siguientes medicamentos fueron indicados con menor frecuencia: daratumumab, carfilzomib y pomalidomida.

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 13.6. Características sociodemográficas y clínicas de los casos con mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Variables ¹	Clasificación de la población	
	CNR (n= 469)	Casos prevalentes ² (n= 4.067)
Sociodemográficas		
Edad	64 (55 - 73)	65 (54 - 74)
Sexo		
Mujeres	224 (47,76)	2.076 (51,04)
Hombres	245 (52,24)	1.991 (48,96)
Región de residencia		
Amazonía-Orinoquía	3 (0,64)	31 (0,76)
Bogotá, D. C.	99 (21,11)	1.093 (26,87)
Caribe	84 (17,91)	584 (14,36)
Central	142 (30,28)	1.155 (28,40)
Oriental	39 (8,32)	524 (12,88)
Pacífica	102 (21,75)	680 (16,72)
Etnia		
Ninguna	463 (98,72)	3.975 (97,74)
Indígena	1 (0,21)	26 (0,64)
Negro	5 (1,07)	63 (1,55)
Otra ³	0 (0,00)	3 (0,07)
Régimen de afiliación		
Contributivo	330 (70,36)	2.937 (72,22)
Subsidiado	121 (25,80)	860 (21,15)
Excepción	17 (3,62)	243 (5,97)
Especial	1 (0,21)	26 (0,64)
No afiliado	0 (0,00)	1 (0,02)
Clínicas		
Subgrupo ⁴		
Mieloma múltiple	440 (93,82)	3.815 (93,80)
Leucemia de células plasmáticas	5 (1,07)	18 (0,44)
Plasmocitoma extramedular	20 (4,26)	223 (5,48)
Plasmocitoma solitario	4 (0,85)	11 (0,27)
Tratamiento ⁵		
Terapia sistémica	364 (77,94)	No aplica
Radioterapia	94 (20,13)	No aplica
Trasplante	12 (2,57)	No aplica

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

² No se incluyen los datos de 266 casos prevalentes, correspondientes a las EAPB liquidadas en los años previos, de los que no se tiene la información actualizada.

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

⁴ Definidos según el código CIE-10.

⁵ Únicamente se evaluó en los casos nuevos reportados.

CNR: casos nuevos reportados.

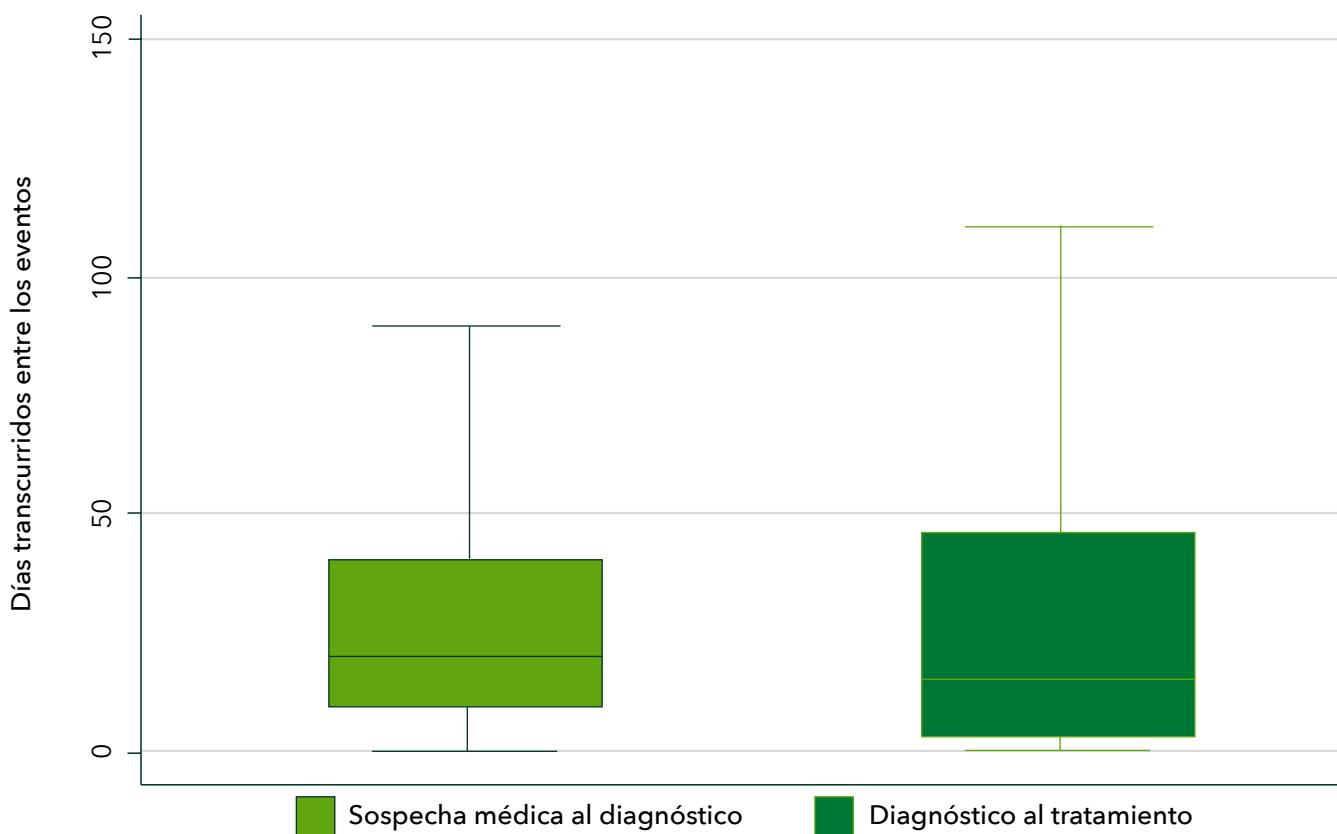


Actualmente existen dos sistemas de clasificación del mieloma múltiple: el de Durie-Salmon y el Sistema de Estadificación Internacional Revisado (RISS, por sus siglas en inglés) (2). El último es el más utilizado y se basa en 4 indicadores: la cantidad sérica de albúmina, la de microglobulina beta-2, la de LDH y las anomalías genéticas específicas (citogenética) del cáncer para clasificar la enfermedad en tres estadios. Sin embargo, aún no se cuenta con las variables para realizar este análisis.

13.4.2. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias

La operacionalización de la oportunidad de la atención fue definida previamente en la sección de aspectos metodológicos. Como se observa en la **figura 13.7**, la mediana del tiempo de espera para el diagnóstico en el país fue de 19 días (RIC: 8 - 40) y hasta el primer tratamiento fue de 17 días (RIC: 4 - 48).

Figura 13.7. Oportunidad de la atención en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico fue de 35,56 días ($\pm 49,35$) y para la del tratamiento fue de 32,02 días ($\pm 41,51$).

[Descargar figura](#)

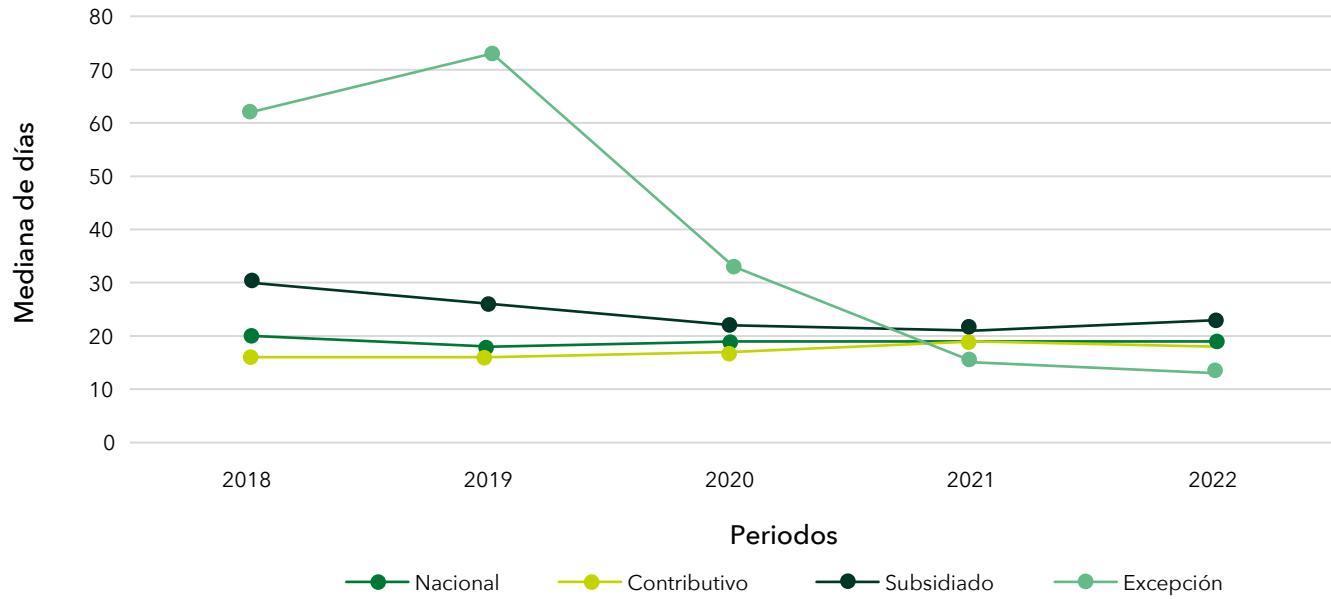
En la **figura 13.8** se observa la oportunidad del diagnóstico según el régimen de afiliación. La mediana del tiempo de espera fue menor en el régimen de excepción (13 días, RIC: 7 - 41), siendo inferior a la estimada en el país, y la más prolongada se identificó en el subsidiado (mediana: 23 días, RIC: 11 - 70).

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 13.8. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2021

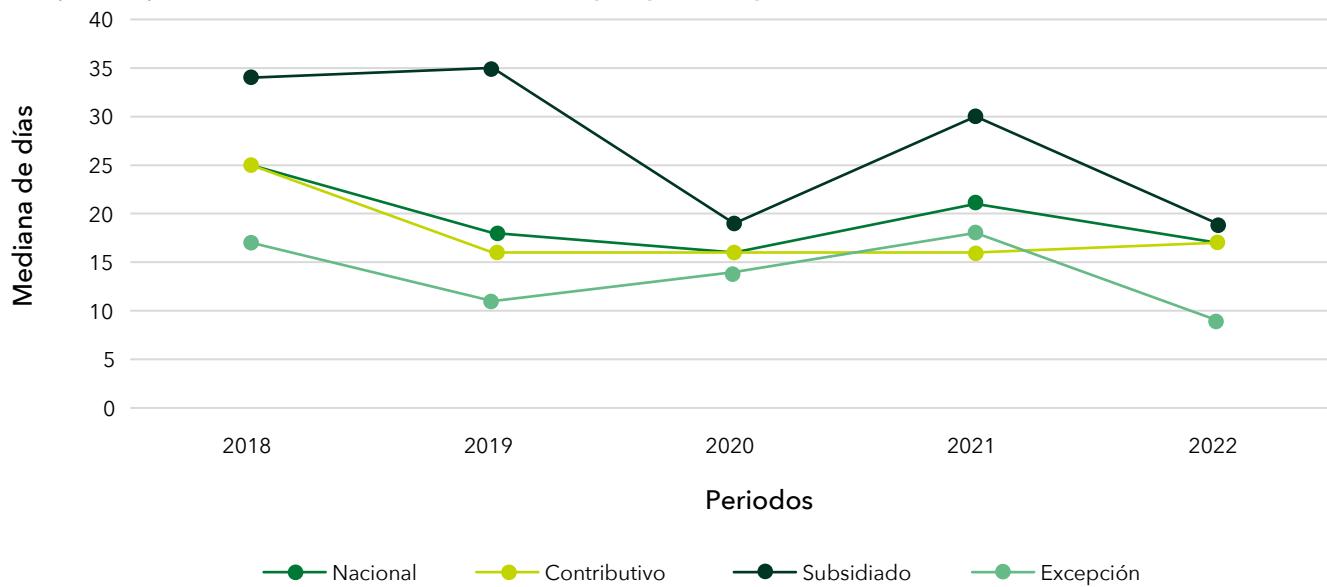


La media (desviación estándar) para la oportunidad del diagnóstico en 2022 fue: nacional: 35,55 días ($\pm 49,35$), régimen contributivo: 30,76 días ($\pm 39,79$), subsidiado: 50,69 días ($\pm 69,84$), excepción: 33,47 días ($\pm 48,86$).

[Descargar figura](#)

Entre tanto, la **figura 13.9** muestra la oportunidad del tratamiento para cada régimen. En el de excepción se presentó la espera más baja con una mediana de 9 días (RIC: 3 - 26). Por su parte, los afiliados al subsidiado registraron la espera más larga para ser tratados con una mediana de 19 días (RIC: 5 - 50). En este lapso son evidentes las diferencias entre los regímenes de afiliación, por lo que es una oportunidad para intervenir y mejorar los tiempos de inicio a los tratamientos.

Figura 13.9. Tendencia de la oportunidad del tratamiento en los casos nuevos de mieloma múltiple y otras neoplasias plasmocitarias en el ámbito nacional y según el régimen de afiliación, Colombia 2018 - 2021



La media (desviación estándar) para la oportunidad del tratamiento en 2022 fue: nacional: 32,02 días ($\pm 41,51$), régimen contributivo: 31,24 días ($\pm 41,01$), subsidiado: 35,53 días ($\pm 42,48$), excepción: 15,17 días ($\pm 15,75$).

[Descargar figura](#)



13.5. Suplemento

Suplemento 1. Frecuencia de los casos reportados por los subtipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2022

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE-10)	CNR (n)	Casos totales (n)	Fallecidos (n)
1. Labio, cavidad bucal y faringe	C00 Tumor maligno del labio	24	448	37
	C01 Neoplasias malignas de la base de la lengua	39	329	42
	C02 Neoplasias malignas de otras partes y de las no especificadas de la lengua	188	1.313	170
	C03 Neoplasias malignas de la encía	12	96	11
	C04 Neoplasias malignas de la base de la boca	16	190	20
	C05 Neoplasias malignas del paladar	34	434	43
	C06 Neoplasias malignas de otras partes y de las no especificadas de la boca	29	345	25
	C07 Neoplasias malignas de la glándula parótida	107	1.051	103
	C08 Neoplasias malignas de otras glándulas salivares mayores y de las no especificadas	41	451	24
	C09 Neoplasias malignas de las amígdalas	99	1.040	73
	C10 Neoplasias malignas de la orofaringe	69	463	45
	C11 Neoplasias malignas de la nasofaringe	45	576	61
	C12 Neoplasias malignas del seno piriforme	2	12	1
	C13 Neoplasias malignas de la hipofaringe	16	150	26
2. Otros órganos digestivos	C14 Neoplasias malignas de otros sitios y de los mal definidos del labio, la cavidad oral y la faringe	11	134	12
	D00 Carcinoma <i>in situ</i> de la cavidad bucal, el esófago y el estómago	10	101	6
	C15 Neoplasias malignas del esófago	227	1.265	377
	C17 Neoplasias malignas del intestino delgado	52	907	74
	C22 Neoplasias malignas del hígado y de canalículos biliares intrahepáticos	320	1.275	400
	C23 Neoplasias malignas de la vesícula biliar	216	826	223
	C24 Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar del tracto biliar	222	939	287
	C25 Neoplasias malignas del páncreas	589	2.353	717
	C26 Neoplasias malignas de otras enfermedades de órganos digestivos	8	179	15
	D00 Carcinoma <i>in situ</i> de la cavidad bucal, el esófago y el estómago	3	39	5
3. Otros órganos respiratorios e intratorácicos	D01 Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos digestivos y de los no especificados	5	94	14
	C30 Neoplasias malignas de las fosas nasales y el oído medio	29	379	29
	C31 Neoplasias malignas de los senos paranasales	45	510	51
	C32 Neoplasias malignas de la laringe	276	2.794	332
	C37 Neoplasias malignas del timo	24	221	21
	C38 Neoplasias malignas del corazón, el mediastino y la pleura	85	457	73
	C39 Neoplasias malignas de otros sitios y de los mal definidos sistema respiratorio y de órganos intratorácicos	5	36	3
4. Huesos y cartílagos articulares	D02 Carcinoma <i>in situ</i> del oído medio y el sistema respiratorio	9	163	13
	C40 Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de miembros	92	1.436	87
	C41 Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular, de otros sitios y de sitios no especificados	123	1.128	116

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

Otros tipos de cáncer

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Suplemento 1. Frecuencia de los casos reportados por los subtipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE-10)		CNR (n)	Casos totales (n)	Fallecidos (n)
5. Otros tumores de la piel	C44	Otras neoplasias malignas de la piel	7.616	64.866	2.809
	D04	Carcinoma <i>in situ</i> de la piel	700	6.935	318
6. Tejidos mesoteliales (excepto pulmón) y tejidos blandos	C45	Mesotelioma maligno	37	156	51
	C46	Sarcoma de Kaposi	116	1.072	80
7. Otros órganos genitales femeninos	C47	Neoplasias malignas de nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo	11	175	15
	C48	Neoplasias malignas del retroperitoneo y del peritoneo	77	1.025	117
8. Otros órganos genitales masculinos	C49	Neoplasias malignas de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	695	5.043	461
	C51	Neoplasias malignas de la vulva	70	824	101
9. Vías urinarias	C52	Neoplasias malignas de la vagina	44	1.365	66
	C54	Neoplasias malignas del cuerpo del útero	766	8.379	522
10. Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	C55	Neoplasias malignas de las partes no especificadas del útero	32	510	40
	C56	Neoplasias malignas de ovario	757	9.610	666
11. Glándulas tiroides y endocrinas	C57	Neoplasias malignas de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados	14	210	21
	C58	Neoplasias malignas de placenta	4	123	2
10. Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	D07	Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos genitales sin especificar	29	744	33
	C60	Neoplasias malignas del pene	138	1.069	103
8. Otros órganos genitales masculinos	C62	Neoplasias malignas de testículo	455	5.090	120
	C63	Neoplasias malignas de otros órganos genitales masculinos y de los no especificados	4	92	3
9. Vías urinarias	D07	Carcinoma <i>in situ</i> de otros órganos genitales y de los no especificados	11	116	4
	C64	Neoplasias malignas de riñón, excepto de la pelvis renal	677	6.004	422
10. Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	C65	Neoplasias malignas de la pelvis renal	25	260	24
	C66	Neoplasias malignas del uréter	9	63	9
9. Vías urinarias	C67	Neoplasias malignas de la vejiga urinaria	522	4.373	519
	C68	Neoplasias malignas de otros órganos urinarios y de los no especificados	6	102	14
10. Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	D09	Carcinoma <i>in situ</i> de otros sitios y de los no especificados	8	142	15
	C69	Neoplasias malignas del ojo y sus anexos	88	1.736	76
11. Glándulas tiroides y endocrinas	C70	Neoplasias malignas de las meninges	10	308	24
	C71	Neoplasias malignas del encéfalo	536	5.301	609
10. Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso	C72	Neoplasias malignas de la médula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	65	693	67
	D09	Carcinoma <i>in situ</i> de otros sitios y de los no especificados	8	46	2
11. Glándulas tiroides y endocrinas	C73	Neoplasias malignas de la glándula tiroides	2.159	36.374	587
	C74	Neoplasias malignas de la glándula suprarrenal	27	246	21
11. Glándulas tiroides y endocrinas	C75	Neoplasias malignas de otras glándulas endocrinas y estructuras afines	390	1.381	162
	D09	Carcinoma <i>in situ</i> de otros sitios y de los no especificados	6	1.165	19



Suplemento 1. Frecuencia de los casos reportados por los subtipos de cáncer según el CIE-10 en el aseguramiento, Colombia 2022 (continuación)

Tipo de cáncer	Subtipo (CIE-10)		CNR (n)	Casos totales (n)	Fallecidos (n)
12. Otros sitios, sitios mal definidos, sitios no especificados	C76	Neoplasias malignas de otros sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	184	1.928	226
	C80	Neoplasias malignas de sitios no especificados	244	651	230
	C97	Neoplasias malignas (primarias) de sitios múltiples independientes	4	67	11
	D09	Carcinoma <i>in situ</i> de otros sitios y de los no especificados	8	359	29
	C88	Enfermedades malignas inmunoproliferativas	7	102	13
	C90	Mieloma múltiple y neoplasias malignas de células plasmáticas	469	4.333	596
	C91	Leucemia linfoide	168	2.194	214
	C92	Leucemia mieloide	164	3.440	167
	C93	Leucemia monocítica	8	66	16
	C94	Otras leucemias de tipo celular especificado	11	284	31
13. Otros tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	C95	Leucemia de células de tipo no especificado	15	288	27
	C96	Otras neoplasias malignas y las no especificadas de tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	8	46	2
	D45	Policitemia Vera	19	371	22
	D46	Síndrome mielodisplásico	52	608	131
	D47	Otras neoplasias de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	30	249	19
	D75	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	11	286	14
	D76	Ciertas enfermedades que afectan al tejido linforreticular y al sistema reticuloendotelial	8	78	3
	C77	Neoplasias malignas secundarias y las no especificadas de los gánglilos linfáticos	76	526	57
	C78	Neoplasias malignas secundarias de órganos respiratorios y digestivos	169	586	204
	C79	Neoplasias malignas secundarias de otros sitios	96	1.101	118

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Demografía y Epidemiología. Catálogo de patologías CIE-10. Actualización 26-01-2019.
2. NICE. Myeloma: diagnosis and management. National Collaborating Centre for Cancer. Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence. 2016.
3. Sánchez Vanegas G, Castro C, Abello V, Enciso L, Mantilla W, Espinosa D, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento del MM: guía para profesionales de la salud. 2020.
4. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Herramienta técnica para la gestión del riesgo dirigida a profesionales de la salud involucrados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con mieloma múltiple. 1 edición; Bogotá, D.C. 2022. [En línea]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/herramientas_tecnica/herramienta-tecnica-mieloma-multiple/

14

Análisis de la detección temprana y del inicio oportuno del tratamiento





14. Análisis de la detección temprana y del inicio oportuno del tratamiento

En este apartado se presentan los resultados del estudio de la detección temprana del cáncer y el inicio oportuno del tratamiento en los distintos departamentos del país para el periodo 2022, en cuatro tipos de cáncer, empleando herramientas de análisis espacial. Para este fin se utilizó como metodología el cálculo de la autocorrelación espacial medida con el índice de global de Moran y la identificación de conglomerados y valores atípicos mediante la estimación de los indicadores locales de asociación "Local Indicators of Spatial Association" (LISA) de Anselin (1).

A través de esta metodología se pretende explorar y entender el desempeño de los resultados de los dos aspectos de la gestión del riesgo analizados desde una perspectiva geográfica, mediante la identificación de relaciones, la detección y la cuantificación de patrones. Además, se realiza un análisis de la red de prestación de los servicios en salud por departamentos.

La estadística I de Moran permite analizar si el patrón identificado en los resultados es agrupado, disperso o aleatorio en una zona geográfica. La I de Moran es una estadística deductiva, y su resultado se interpreta en el contexto de una hipótesis nula, la cual establece que el atributo que se analiza está distribuido de forma aleatoria entre las entidades territoriales (departamentos) del área de estudio y se interpreta en conjunto con el valor de su puntuación z. El rechazo de esta hipótesis indica la existencia de una autocorrelación espacial, la cual puede ser de dos tipos:

- **Positiva:** lugares cercanos espacialmente tienen resultados similares. Existe una tendencia al agrupamiento o formación de clústeres.
- **Negativa:** lugares cercanos espacialmente tienen a su vez resultados diferentes. Se presenta dispersión entre las unidades espaciales (1).

Para la interpretación de los valores de z y P, se debe considerar que la hipótesis nula del índice establece que los resultados del indicador por departamentos no están espacialmente correlacionados. La siguiente tabla resume la interpretación de los resultados:

El valor P no es estadísticamente significativo.	No se puede rechazar la hipótesis nula. No hay autocorrelación espacial. Es posible que la distribución espacial de los resultados sea el resultado de procesos espaciales aleatorios.
El valor P es estadísticamente significativo y la puntuación z es positiva.	Se puede rechazar la hipótesis nula. Se establece una autocorrelación espacial. La distribución geográfica de los valores altos y de los bajos está más agrupada espacialmente de lo que se esperaría, si los procesos espaciales subyacentes fueran aleatorios. Hace referencia a una correlación positiva donde valores similares se encuentran agrupados.
El valor P es estadísticamente significativo y la puntuación z es negativa.	Se puede rechazar la hipótesis nula. La distribución espacial de los valores altos y los valores bajos está más dispersa territorialmente de lo que se esperaría si los procesos espaciales subyacentes fueran aleatorios.

Por otro lado, el análisis LISA identifica los grupos de departamentos donde se concentran los valores altos, los bajos y los atípicos espaciales. Para hacer esto, la herramienta calcula un I de Moran local, una puntuación z, un pseudo valor p y un código que permite clasificar las agrupaciones espaciales significativas. Las puntuaciones z y los pseudo valores p representan la significación estadística del índice calculado.

Para su interpretación, un valor positivo de la estadística de I de Moran indica que un departamento tiene entidades territoriales vecinas con resultados similares (altos o bajos); esta característica es parte de un grupo. Por el contrario, un valor negativo indica que los resultados entre entidades territoriales vecinas son diferentes; esta característica es un caso atípico.

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

Análisis de la detección temprana y del inicio oportuno del tratamiento

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

A su vez, la clasificación de las agrupaciones espaciales significativas se define de la siguiente manera (2):

- Localizaciones con entidades territoriales con resultados altos, rodeados de otras que también tienen valores altos (*high-high*), definidas como puntos calientes.
- Localizaciones con entidades territoriales con resultados bajos, cerca de otras con valores bajos (*low-low*), definidas como puntos fríos.
- Asociaciones de localizaciones entre valores altos y bajos (*high-low [HL]*), y viceversa (*low-high [LH]*), que se conocen como valores atípicos espaciales.

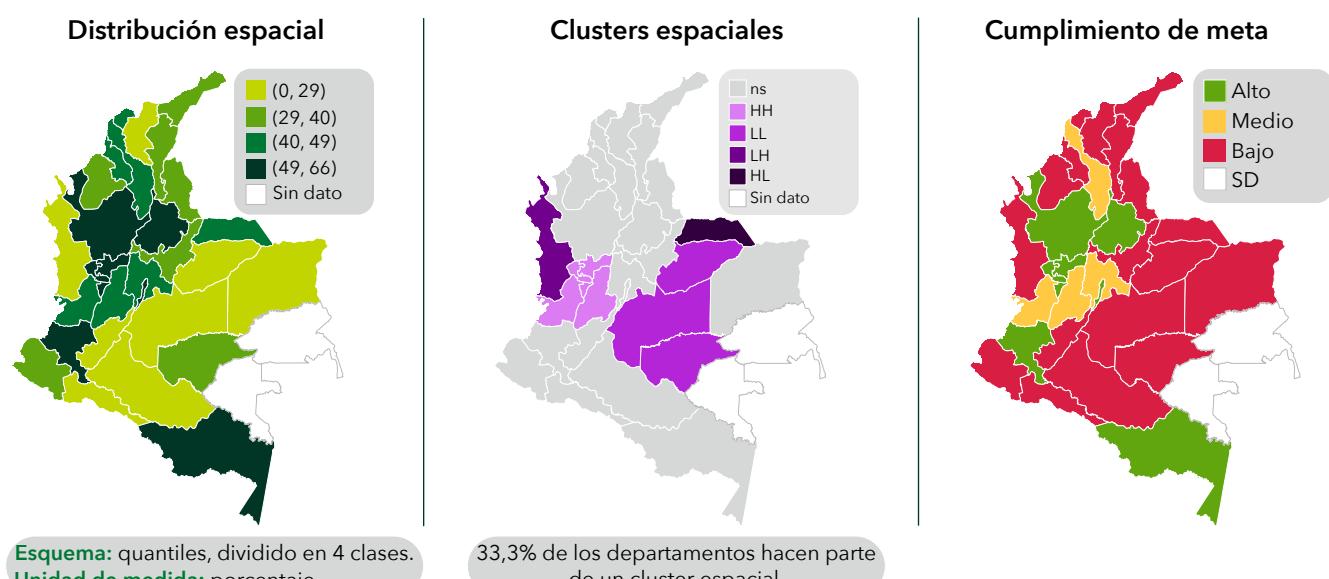
Es importante tener en cuenta que un resultado a "*high*" y "*low*", se refiere al valor medio de la variable y no debe ser interpretado en términos absolutos.

14.1. Cáncer de mama

Para el periodo 2022, la detección en las etapas tempranas de los casos nuevos de cáncer de mama en el país fue del 48,05%. En siete departamentos y en Bogotá, D. C., se obtuvo un mejor resultado que el alcanzado en el ámbito nacional. En el análisis de autocorrelación espacial, la I de Moran tuvo un valor positivo de 0,21 con un p-valor significativo de 0,023, indicando que existen asociaciones espaciales.

Se identifica que los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima y Valle del Cauca forman un clúster "*high-high*" con valores altos del indicador de detección temprana, mientras que Chocó presentó un comportamiento "*low-high*", es decir es un valor atípico espacial, con un indicador bajo, pero con entidades vecinas con resultado alto. Por su parte los departamentos del Meta, Guaviare y Casanare conforman un clúster "*low-low*" con resultados cercanos, pero con bajo cumplimiento, mientras que Arauca es un *outlier* espacial "*high-low*", con un desempeño medio, pero estando cercano a departamentos con resultados bajos (**figura 14.1**). En consecuencia, los resultados del indicador de detección temprana del cáncer de mama no se comportan de forma independiente; estos están relacionados en zonas determinadas con la ubicación geográfica.

Figura 14.1. Correlación espacial en la detección temprana del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



Meta de cumplimiento para la detección temprana del cáncer de mama: alto cumplimiento $\geq 50\%$, cumplimiento medio $\geq 42\%$ y $< 50\%$ y cumplimiento bajo $< 42\%$.
ns: no significativo, LL: *low-low*, HH: *high-high*, LH: *low-high*, HL: *high-low*.

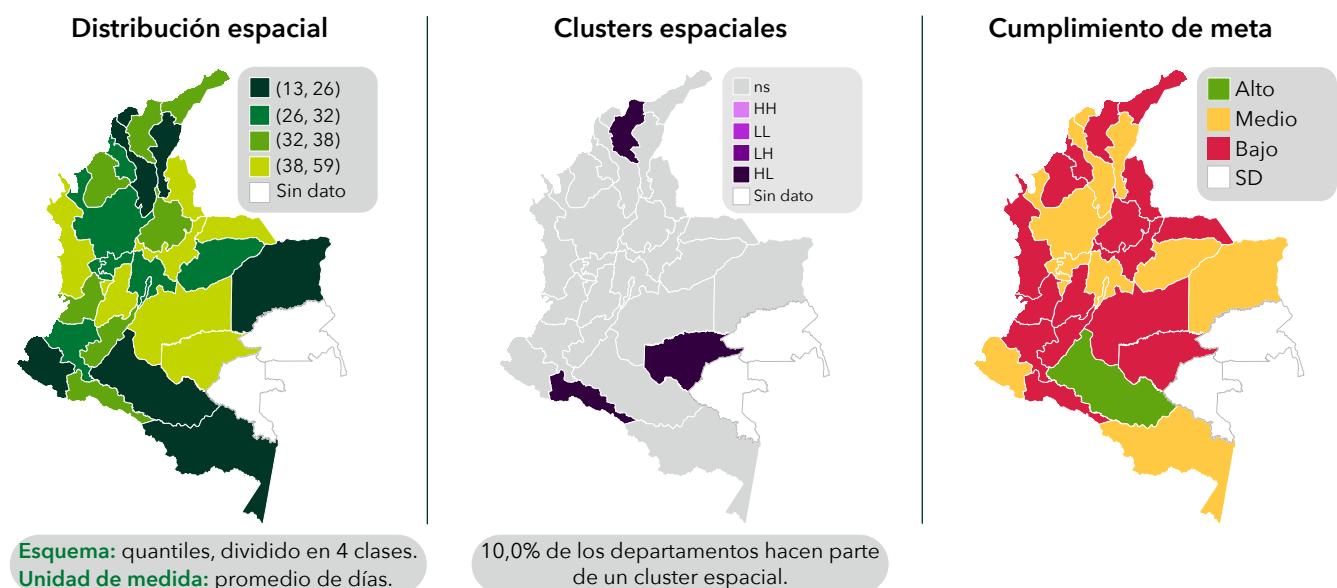
[Descargar figura](#)



Con respecto al inicio oportuno del tratamiento, con un índice de I de Moran negativo de -0,128, pero con un p-valor de 0,223 (no significativo), no se identificó una autocorrelación espacial entre los distintos departamentos del país en los resultados de este indicador. En cuanto al desempeño, el único departamento que cumplió la meta fue Caquetá con un promedio de 13,15 días. En Putumayo, Guaviare y Magdalena el tiempo promedio es superior a los 30 días; este comportamiento es opuesto a los resultados del indicador en las entidades territoriales cercanas a estos territorios (**figura 14.2**).

Al no encontrar un patrón espacial que demuestre agrupaciones entre las regiones con resultados similares para el inicio de las diferentes terapias indicadas en los casos nuevos de cáncer de mama, y teniendo en cuenta los resultados en la mayor parte del país, se muestra la necesidad de crear redes de manejo integral que mejoren la gestión de este aspecto de la atención.

Figura 14.2. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de mama en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



La oportunidad de inicio del tratamiento: es el tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento.

Meta de cumplimiento para la oportunidad de inicio del tratamiento del cáncer de mama: alto cumplimiento \leq 15 días, cumplimiento medio \leq 30 días y $>$ 15 días y cumplimiento bajo $>$ 30 días.

ns: no significativo, **LL:** low-low, **HH:** high-high, **LH:** low-high, **HL:** high-low.

[Descargar figura](#)

14.2. Cáncer de próstata

Los resultados de la detección temprana del cáncer de próstata presentaron un alto cumplimiento de la meta en Bogotá, D. C., con un porcentaje de casos nuevos en estadios tempranos superior al valor estimado para el país (58,43%), el restante de los departamentos no alcanzó el porcentaje de cumplimiento establecido para este indicador. El índice I de Moran para este indicador fue positivo (0,14), con un p-valor no significativo de 0,071, por lo que se concluye que el desempeño de este indicador se comporta de manera aleatoria entre los departamentos.

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

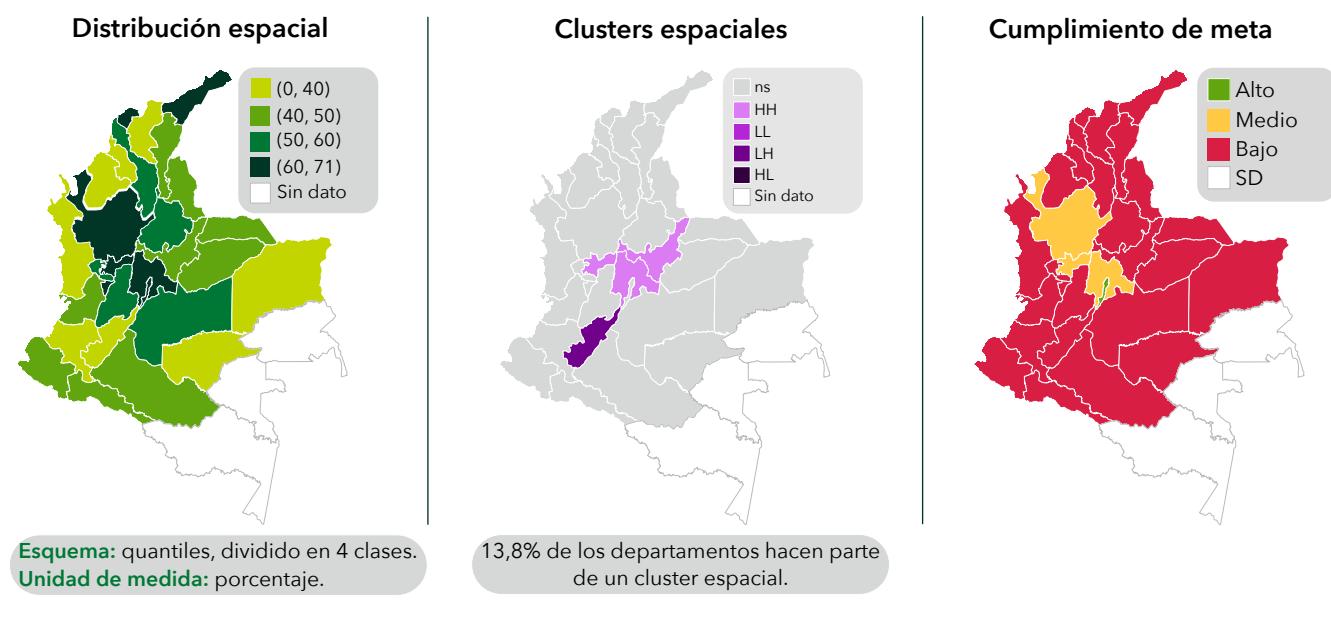
Análisis de la detección temprana y del inicio oportuno del tratamiento

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

El análisis también identificó que los departamentos de Caldas, Cundinamarca y Boyacá, forman un clúster "high-high" con resultados del indicador más altos con respecto a las demás entidades territoriales. Entre tanto, Huila presentó un comportamiento "low-high"; es decir, que mientras su valor es bajo, las entidades cercanas registraron un resultado superior al de este departamento (**figura 14.3**).

En conclusión, los resultados del indicador de detección temprana del cáncer de próstata no se relacionan con la zona geográfica del país.

Figura 14.3. Correlación espacial en la detección temprana del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



[Descargar figura](#)

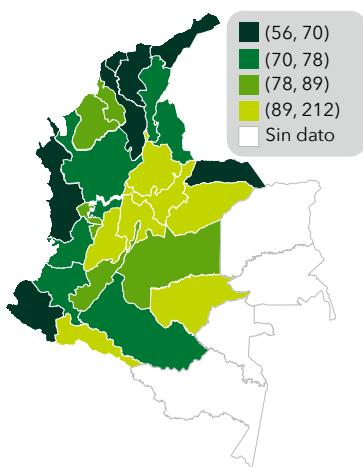
Con respecto al acceso oportuno al tratamiento, en los casos nuevos de este tipo de cáncer, el tiempo promedio fue de 79,42 días; un resultado con un desempeño bajo según la meta establecida. Cabe destacar que Bolívar tuvo un cumplimiento intermedio, con menores tiempos de espera con respecto a los demás departamentos del país. El análisis para este indicador mostró un índice de Moran negativo (-0,093), no significativo ($p= 0,245$). De esta manera, se evidencia que los resultados para la oportunidad del tratamiento se presentan de manera aleatoria entre las entidades territoriales del país.

Entre los departamentos con bajo desempeño, fue posible identificar que Magdalena y Atlántico, comparten tiempos más prolongados de espera en relación con las demás entidades territoriales, con tiempos similares entre ellos, formando un clúster "low-low" (**figura 14.4**).

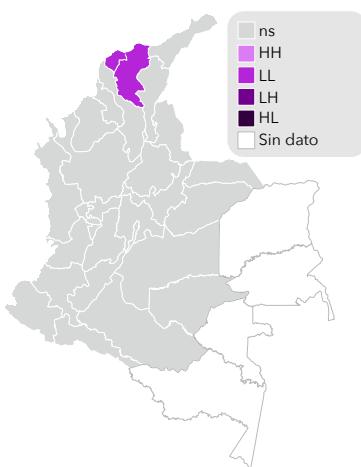


Figura 14.4. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de próstata en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

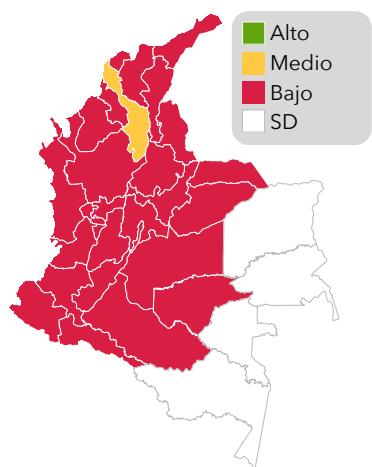
Distribución espacial



Clusters espaciales



Cumplimiento de meta



La oportunidad de inicio del tratamiento: es el tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.

Meta de cumplimiento para la oportunidad de inicio del tratamiento del cáncer de próstata: alto cumplimiento < 30 días, cumplimiento medio \geq 30 días y < 60 días y cumplimiento bajo \geq 60 días.

ns: no significativo, **LL:** low-low, **HH:** high-high, **LH:** low-high, **HL:** high-low.

[Descargar figura](#)

14.3. Cáncer de cuello uterino

El promedio de días entre la atención y la administración del primer tratamiento para los CNR de cáncer de cuello uterino en el país fue de 33,42, tiempo que es considerado como prolongado según las metas establecidas para este indicador. Solamente Chocó presentó una oportunidad inferior a los 15 días, con el desempeño alto. El índice de Moran mostró una correlación significativa ($p= 0,004$), negativa (-0,309). Contrario a lo observado para la oportunidad del tratamiento en los casos de cáncer de próstata y mama, los resultados de este indicador entre las entidades territoriales no se presentan de manera aleatorizada y existe cierta relación entre la ubicación geográfica y la oportunidad al acceso de los tratamientos.

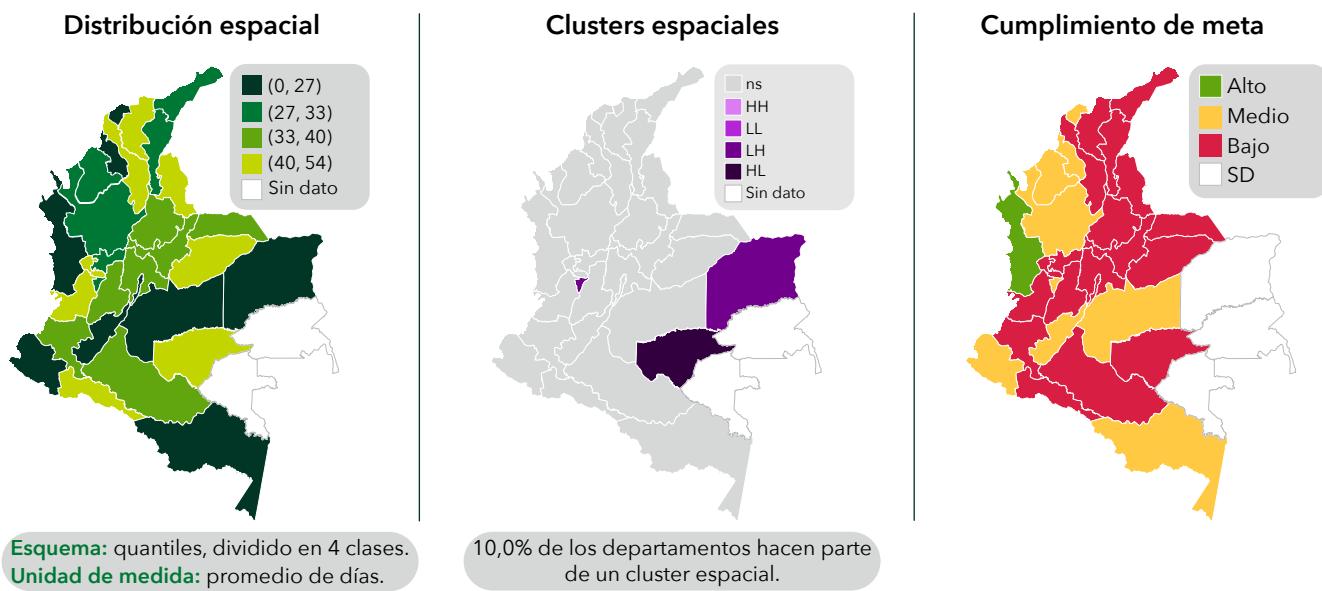
Adicionalmente, se identificó que Vichada y Quindío registraron tiempos de espera mayores a los de sus entidades territoriales cercanas "low-high". Situación inversa para el departamento del Guaviare, que presentó un desempeño superior a los departamentos vecinos "high-low".

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

Análisis de la detección temprana y del inicio oportuno del tratamiento

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 14.5. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de cuello uterino en el marco del aseguramiento, Colombia 2022



La oportunidad de inicio del tratamiento: es el tiempo entre la atención del médico tratante hasta el primer tratamiento.

Meta de cumplimiento para la oportunidad de inicio del tratamiento del cáncer de cuello uterino: alto cumplimiento \leq 15 días, cumplimiento medio > 15 a 30 días y < 60 días y cumplimiento bajo > 30 días.

ns: no significativo, **LL:** low-low, **HH:** high-high, **LH:** low-high, **HL:** high-low.

[Descargar figura](#)

14.4. Cáncer de colon y recto

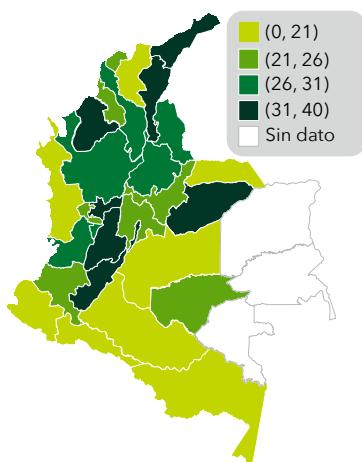
En el periodo 2022, el porcentaje de los casos nuevos de cáncer colorrectal detectados en estadios tempranos fue superior a la meta definida para este indicador (27,71%), gran parte de los departamentos del país tuvieron un alto desempeño en la detección temprana. Sin embargo, el valor estimado no significativo del índice I de Moran (0,043 con un p-valor de 0,236), demuestra que el comportamiento para identificar los tumores de colon en estadios tempranos en las entidades territoriales se debe a procesos aleatorizados, sin que exista una correlación geográfica que determine los resultados obtenidos.

Entre los puntos extremos hallados en el análisis, se resalta que los departamentos cercanos a Cundinamarca comparten una alta proporción en la detección temprana de este tipo de cáncer "high-high". Por el contrario, Putumayo y las zonas limítrofes presentan resultados bajos de este indicador "low-low" (**figura 14.6**).



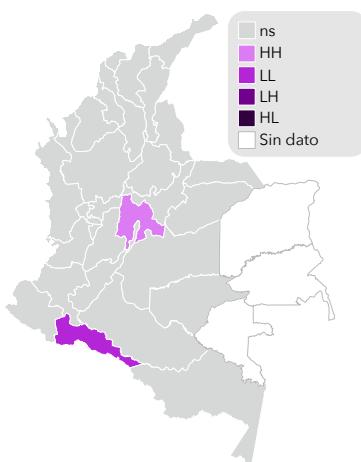
Figura 14.6. Correlación espacial en la detección temprana del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Distribución espacial



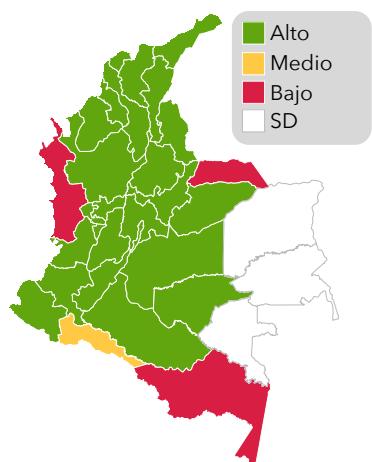
Esquema: quantiles, dividido en 4 clases.
Unidad de medida: porcentaje.

Clusters espaciales



6,9% de los departamentos hacen parte de un cluster espacial.

Cumplimiento de meta



Meta de cumplimiento para la detección temprana del cáncer de colon y recto: alto cumplimiento $\geq 19\%$, cumplimiento medio $\geq 15\% y < 19\%$ y cumplimiento bajo $< 15\%$.
ns: no significativo, **LL:** low-low, **HH:** high-high, **LH:** low-high, **HL:** high-low.

[Descargar figura](#)

Finalmente, el tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en este tipo de neoplasia en el país, refleja un desempeño bajo en el periodo (60,46 días). Tan solo el departamento del Guaviare obtuvo un cumplimiento alto de la meta. Según el resultado del índice de Moran con un valor de -0,075 ($p= 0,363$), se evidencia que la tendencia de la oportunidad del inicio del tratamiento a nivel departamental es el resultado de procesos espaciales aleatorios.

Además, se identificó que la oportunidad del tratamiento para los casos residentes en Casanare y en Bogotá, D. C., con tiempos de espera más prolongados con respecto a los estimados para los departamentos limítrofes a ellos "low-high".

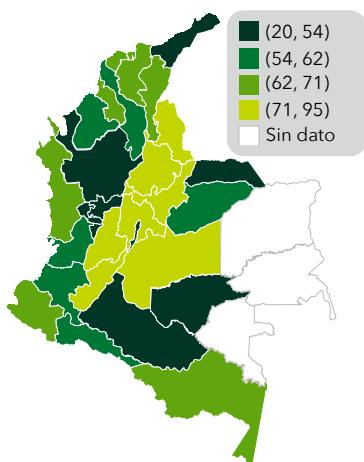
Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022

Análisis de la detección temprana y del inicio oportuno del tratamiento

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Figura 14.7. Correlación espacial en la oportunidad del tratamiento del cáncer de colon y recto en el marco del aseguramiento, Colombia 2022

Distribución espacial



Esquema: quantiles, dividido en 4 clases.

Unidad de medida: promedio de días.

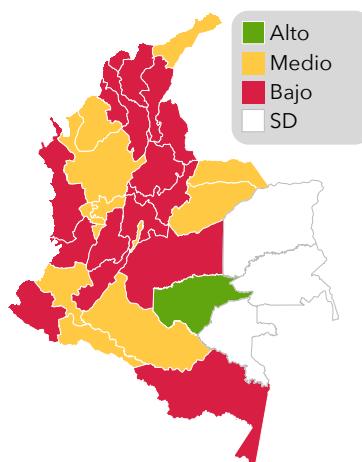
Clusters espaciales



6,9% de los departamentos hacen parte

de un cluster espacial.

Cumplimiento de meta



La oportunidad de inicio del tratamiento: es el tiempo entre el reporte histopatológico hasta el primer tratamiento.

Meta de cumplimiento para la oportunidad de inicio del tratamiento del cáncer de colon y recto: alto cumplimiento < 30 días, cumplimiento medio 30 días y < 60 días y cumplimiento bajo ≥ 60 días.

ns: no significativo, **LL:** low-low, **HH:** high-high, **LH:** low-high, **HL:** high-low.

[Descargar figura](#)

Referencias

1. Anselin, L. (1995). Local Indicators of Spatial Association—LISA. *Geographical Analysis*, 27: 93-115. <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x>
2. ArcGIS. (2023). ArcGIS Desktop. Recuperado el 3 de Agosto de 2023, de Cómo funciona Autocorrelación espacial (I de Moran global): <https://desktop.arcgis.com/es/arcmap/latest/tools/spatial-statistics-toolbox/h-how-spatial-autocorrelation-moran-s-i-spatial-st.htm>
3. Celemín, J. P. (2009). Autocorrelación espacial e indicadores locales de asociación espacial: Importancia, estructura y aplicación. *Revista Universitaria de Geografía*, 18(1), 11-31. Recuperado el 3 de Agosto de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42652009000100002&lng=es&tLng=es.



Discusión y conclusiones

El registro administrativo de la población con cáncer en Colombia que gestiona la CAC se conformó desde el año 2015 (1), presentando un proceso de consolidación importante a lo largo del tiempo. Para el periodo 2022 se informaron un total de 462.857 casos prevalentes, 46.870 de estos correspondientes a CNR. Además, el número de fallecimientos fue de 32.734.

En términos de las medidas de morbimortalidad estimadas, incluyendo la población con cáncer invasivo, la prevalencia, la PCNR y la mortalidad general estandarizadas por la edad fueron de 824,94, 83,98, y 58,91 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Contrario a la tendencia observada en el 2021, se observó un aumento del 14,48% en la PCNR y una disminución del 8,95% en la mortalidad general.

En los CNR a la CAC, entre los 11 tipos de cáncer priorizados, los más frecuentes fueron el de mama (incluyendo solamente mujeres), el de próstata y el colorrectal, con una PCNR estandarizada de 27,47, 15,75 y 7,23 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Lo anterior, representa un incremento importante con respecto al 2021. Hay que destacar que, entre los CNR, la mayor parte fueron mujeres (58,59%), residían en la región Central (31,53%) y la mediana de la edad fue de 63 años (RIC: 51 - 73). En cuanto al régimen de afiliación, el 64,26% pertenecían al contributivo y el 31,05% al subsidiado.

Según las cifras de GLOBOCAN para el año 2020 (2), las estimaciones para Colombia en este año muestran un comportamiento similar en términos de la incidencia de los principales tipos de cáncer, con respecto a lo registrado en la cohorte del periodo 2022. No obstante, es importante tener en cuenta que en general, se evidencia una PCNR estandarizada más baja según los datos reportados a la CAC, por lo cual es importante que se continúe fortaleciendo el reporte de los casos por parte de las entidades.

En Latinoamérica y el Caribe (LAC), los tipos de cáncer con mayor incidencia, sin discriminar por el sexo, fueron el de próstata, el de mama y el colorrectal, con una incidencia estandarizada de 59,20, 51,90 y 16,60 casos por 100.000 habitantes (2), siguiendo la misma tendencia de lo reportado en el aseguramiento en Colombia. Sin embargo, estas medidas superan lo estimado para la cohorte de cáncer de la CAC.

Con respecto a la mortalidad general estandarizada en el ámbito nacional, fue mayor entre los casos de cáncer de mama, próstata y cérvix, con 16,06, 12,58 y 5,79 fallecimientos por 100.000 mujeres/hombres. Cabe resaltar que, con respecto al periodo anterior, en el cáncer de mama y el de próstata se presentó un incremento del 7,71% y 0,64%, respectivamente. Por el contrario, en el de cérvix esta medida disminuyó en un 2,03%.

En la región de LAC, el comportamiento de la mortalidad general difiere con respecto a lo reportado en el contexto del aseguramiento en el país, teniendo en cuenta que la tasa estandarizada fue de 14,20 y de 13,50 muertes por 100.000 habitantes para el cáncer de próstata y para el de mama, respectivamente. En contraste, el de pulmón ocupó el tercer lugar, con 10,50 fallecimientos por 100.000 habitantes (2).

Durante el periodo, entre los CNR con tumores sólidos, el 60,94% contaron con estadificación clínica, presentando una reducción de cerca de tres puntos porcentuales con respecto al 2021. Por otra parte, el 65,82% de los linfomas fueron estadificados, con una tendencia al incremento en los últimos 3 periodos. Entre los tipos de cáncer sólido, la proporción más alta de los CNR estadificados se concentró en los estadios II y III, representando el 48,93%, mientras que la mayor parte de los linfomas se diagnosticó en estadio avanzado (67,45%).

“ En los CNR a la CAC, entre los 11 tipos de cáncer priorizados, los más frecuentes fueron: el de mama (incluyendo solamente mujeres), el de próstata y el colorrectal, con una PCNR estandarizada de 27,47, 15,75 y 7,23 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. ”

CNR: casos nuevos reportados.

En relación con los CNR diagnosticados *in situ*, la proporción más alta se evidenció en el melanoma (29,15%) y el cáncer de cérvix (28,57%), siendo mayor a lo reportado en el periodo anterior. Adicionalmente, es evidente que en otras neoplasias como las de próstata, el diagnóstico *in situ* continúa siendo muy bajo (0,12%). Por el contrario, en la mayoría de los casos de cáncer de pulmón y de estómago el diagnóstico fue tardío (estadio IV) con el 74,16% y el 52,16%, respectivamente.

Con respecto a la clasificación del riesgo en las neoplasias hematológicas, esta fue reportada en el 63,71% de las leucemias agudas y en el 54,01% de los linfomas; en este último grupo, hubo un aumento de ocho puntos porcentuales con respecto al periodo anterior. En las leucemias, la mayoría de los casos se clasificó como de riesgo alto (46,57%) presentando un comportamiento similar entre los distintos regímenes del aseguramiento.

“
La detección temprana continúa siendo uno de los principales aspectos a fortalecer por parte de las entidades y los actores de salud en nuestro país en varios de los tipos de **cáncer priorizados**.
”

Con respecto al manejo de los CNR, la proporción que no recibió ningún tratamiento aumentó en 0,65% con respecto al 2021. En el 2022, la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos fueron realizados como manejo inicial de la enfermedad (97,85%); en el uso de terapia sistémica, se reportó en su mayoría como neoadyuvancia (33,84%). Adicionalmente, se resalta el uso de medicamentos biológicos como el rituximab, trastuzumab, bevacizumab, pertuzumab, pembrolizumab y el nivolumab.

Por otro lado, teniendo en cuenta que uno de los principales objetivos de la CAC es la evaluación de la gestión del riesgo en las personas con cáncer, es preciso describir el comportamiento de los indicadores trazadores, definidos por consenso, de acuerdo con el tipo de cáncer priorizado.

La detección temprana continúa siendo uno de los principales aspectos a fortalecer por parte de las entidades y los actores de salud en nuestro país en varios de los tipos de cáncer priorizados. Resulta importante destacar que el estadio al diagnóstico es uno de los principales predictores en los desenlaces clínicos a nivel poblacional, teniendo en cuenta que para este fin, se requiere de un abordaje multidisciplinario y del uso de diversos recursos (3,4).

De acuerdo con el análisis cualitativo realizado por la CAC para la identificación de las barreras que impactan en la gestión de la población con cáncer, desde la perspectiva de los actores del sistema de salud, los principales determinantes percibidos son de tipo administrativo, institucional, geográfico e individual. Los servicios de promoción de la salud y de detección temprana, así como las estrategias de tamización, aún presentan fallas en su ejecución. Además, la centralización de las unidades oncológicas en las grandes ciudades constituye un factor que impacta el acceso a los servicios (5).

Tres de los principales elementos para el mejoramiento del diagnóstico temprano son el fortalecimiento de la concientización y la información respecto a la enfermedad, el acceso a los servicios de puerta de entrada de los pacientes para la consulta ante sospecha del cáncer, además de la construcción de las rutas de referencia para el manejo oportuno de esta población. Adicionalmente, la identificación de aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar cáncer, favorece la detección precoz de estos casos y permite que se realice una distribución adecuada de los recursos (3,6).



A propósito, el indicador de detección temprana mejoró en el último periodo para algunos de los tumores sólidos (estómago, colon y recto, mama y melanoma cutáneo), alcanzando el cumplimiento alto en todos los casos, a excepción del cáncer de mama. Sin embargo, en otras neoplasias, como las de próstata, pulmón y los linfomas en la población adulta, persistió el cumplimiento bajo del indicador. Así mismo, la brecha según el régimen de afiliación, principalmente entre el contributivo y el subsidiado, persistió en todos los tipos de cáncer sólidos.

En los resultados del análisis de georreferenciación se encontró que la detección temprana de los casos nuevos de cáncer de mama mostró una correlación significativa con el lugar de residencia; es así como se identificó la conformación de agrupaciones de entidades territoriales con resultados similares y otras con valores atípicos con respecto a las zonas vecinas. Por esta razón, es posible que las estrategias y los procesos propios de la zona geográfica, pueden determinar los resultados en la gestión para la identificación de este tipo de cáncer en etapas tempranas de la enfermedad.

Por el contrario, en los casos de cáncer colorrectal, aunque se evidenció un buen desempeño de este indicador en gran parte de los departamentos del país, el comportamiento del mismo se presentó de manera aleatorizada, sin que haya una relación con la ubicación geográfica.

Con respecto a la oportunidad del tratamiento, no se obtuvo una correlación significativa, sin que se identificara un patrón espacial determinado en relación con el desempeño del indicador en los CNR de mama, próstata y colon y recto. Lo anterior es indicativo de que los tiempos de espera para el inicio del tratamiento en estos tipos de cáncer, se comportan de manera independiente. En cambio, en el cáncer de cérvix, el desempeño de este aspecto de la gestión, presentó una relación con la ubicación geográfica. Estos hallazgos deben ser estudiados en mayor detalle, con el fin de analizar factores adicionales que estén asociados con el acceso a los servicios en estos dos momentos de la atención.

Por otro lado, los indicadores relacionados con el estudio de la neoplasia son fundamentales para definir el manejo y el seguimiento de la enfermedad. En el cáncer de mama, por ejemplo, los biomarcadores moleculares son predictores del pronóstico y facilitadores para la toma de decisiones terapéuticas (7). Es por esto, que uno de los aspectos a resaltar en la gestión durante el 2022 es el aumento en los CNR con estudio de HER2 (89,27%) y receptores hormonales (91,28%).

No obstante, en los CNR de las leucemias agudas en la población adulta, los estudios morfológicos, genéticos y de inmunotipificación, se realizaron solamente en el 36,41% de los casos de LLA y en el 35,74% de LMA; estos resultados fueron inferiores a los del periodo anterior. Dado el valor que tienen estas pruebas para determinar el manejo clínico (8), es imperativo que se unan esfuerzos para el avance hacia el cumplimiento de este aspecto de la gestión en la población con leucemias agudas.

Otro de los pilares fundamentales en la gestión de esta población es el acceso oportuno a los servicios en todo el proceso de atención. Por un lado, en los tipos de cáncer como el de estómago, el colorrectal y el melanoma cutáneo, el tiempo promedio (en días) para la confirmación diagnóstica se lograron las metas de cumplimiento en el contexto nacional. En contraste, en el caso del cáncer de próstata y en las leucemias agudas, el desempeño de este indicador fue bajo.

“En los resultados del análisis de georreferenciación se encontró que la detección temprana de los casos nuevos de cáncer de mama mostró una correlación significativa con el lugar de residencia.”

En relación con la oportunidad del tratamiento, se presenta la misma tendencia en todas las neoplasias priorizadas con respecto al periodo anterior, sin que se haya logrado cumplir la meta establecida de estos indicadores. No obstante, se destaca la disminución en la brecha entre los regímenes contributivo y subsidiado en la mayoría de los tipos de cáncer. Por lo anterior, este aspecto continúa siendo fundamental para el trabajo conjunto con los diferentes actores; teniendo en cuenta que la demora en el inicio del tratamiento impacta de forma negativa la supervivencia global y la mortalidad general (9-12).

Así mismo, algunos análisis previos han mostrado que los factores clínicos y socioeconómicos, impactan potencialmente en la oportunidad del inicio del tratamiento (9). Además, la fragmentación de la atención se ha asociado con demoras de entre los 6 y 21 días en el inicio del tratamiento (9), afectando el abordaje integral de la enfermedad y aumentando los costos de la atención (3).

Para concluir y teniendo en cuenta los hallazgos descritos, es importante resaltar que la prevención y el control del cáncer requieren de estrategias que impacten a nivel individual y contextual (13). En este sentido, las acciones a desarrollar en los diferentes niveles del continuo de la atención, requieren de educación y voluntad política de las personas, los profesionales y los tomadores de decisiones para reducir las inequidades y así lograr la atención integral en toda la población.

Para apoyar lo anterior, la CAC, pone a disposición de las entidades, la comunidad científica y el público general diversas herramientas que facilitan el uso de la información como insumo para la toma de decisiones en la gestión de las personas con cáncer en el marco del aseguramiento en Colombia. Entre ellas se destacan las plataformas de interconexión SISCAC e HIGIA, las cuales permiten consultar y hacer uso de la información de la morbilidad y de los indicadores de la gestión del riesgo en esta cohorte a partir del periodo de reporte 2018.

Referencias

1. Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Valbuena-García AM, Acuña-Merchán LA, González-Díaz JA, Lopes G. National Cancer Information System Within the Framework of Health Insurance in Colombia: A Real-World Data Approach to Evaluate Access to Cancer Care. *JCO Glob Oncol.* 2021;7(7):1329-40.
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN: Cáncer hoy: herramientas gráficas de visualización [en línea]. 2020. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group=0&ages_group=17&nb_items=10&
3. Organización Mundial de la Salud. Who report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. [En línea]. 2020; Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>
4. Koo MM, Unger-Saldaña K, Mwaka AD. Conceptual Framework to Guide Early Diagnosis Programs for Symptomatic Cancer as Part of Global Cancer Control special articles abstract. 2021;49-51.
5. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia, 2021. [En línea]. Bogotá, D. C.; 2022. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2021/>
6. Sarma EA, Kobrin SC, Thompson MJ. A Proposal to Improve the Early Diagnosis of Symptomatic Cancers in the United States. *Cancer Prev Res.* 2020;13:715-20.
7. Rebello Alves LN, Dummer Meira D, Merigueti Poppe L, Correira Casotti M, Do Prado Ventorim D, Ferreira Figueiredo Almeida J, et al. Biomarkers in Breast Cancer: An Old Story with a New End. *Genes (Basel).* 2023;14(1364):1-29.
8. Harris MH, Czuchlewski DR, Arber DA, Czader M. Genetic Testing in the Diagnosis and Biology of Acute Leukemia 2017 Society for Hematopathology / European Association for Haematopathology Workshop Report. *Am J Clin Pathol.* 2019;152:322-46.



9. Khorana AA, Tullio K, Elson P, Pennell NA, Grobmyer R, Kalady MF, et al. Time to initial cancer treatment in the United States and association with survival over time: An observational study. 2019;005:1-15.
10. Min Y, Liu Z, Huang R, Li R, Jin J, Wei Z, et al. Survival outcomes following treatment delays among patients with early - stage female cancers: a nationwide study. *J Transl Med* [en línea]. 2022;20:1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12967-022-03719-7>
11. Sukniam K, Kasbi ALIA, Ashary MALI, Popp K, Attwood K, George A, et al. Disparities in Time to Treatment for Breast Cancer. 2022;5818:5813-8.
12. Cone EB, Marchese M, Paciotti M, Nguyen D, Nabi J, Cole AP, et al. Assessment of Time-to-Treatment Initiation and Survival in a Cohort of Patients With Common Cancers. *Jama Netw Open* [en línea]. 2020;3(12):e2030072.
13. International Agency for Research on Cancer. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. [En línea]. 2019. 1-274 p. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33534498>



Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

¡Síganos en nuestras redes sociales!



www.cuentadealtocosto.org



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO

