

2025

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO

BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición,
evaluación y monitoreo de la gestión
del riesgo de las mujeres con cáncer
de mama en Colombia

Actualización del consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia



Cuenta de Alto Costo
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Actualización del consenso basado en la evidencia

**Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia**

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

ISBN: en trámite

Bogotá, D. C., Colombia, abril de 2025

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia: indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama en Colombia; Bogotá, D. C. 2025.

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

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

José Mauricio Camaro Fuentes
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

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

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Expertos metodológicos - Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Lina Johana Herrera Parra
Líder de Investigación

Sergio Augusto Cáceres Maldonado
Líder de Conocimiento

Paula Andrea Daza Criollo
Especialista en Analítica

Sandra Milena Puentes Sánchez
Especialista en Analítica

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión y corrección 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

Expertos clínicos

Dr. Maycos Zapata

Asociación Colombiana de Hematología y Oncología - ACHO

Dr. William Mantilla

Asociación Colombiana de Hematología y Oncología - ACHO

Dr. Justo Olaya

Asociación Colombiana de Mastología - ACM

Dr. Jaime González

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas - ACSC

Expertos clínicos - Sesiones especiales

Dra. Luisa Rodríguez

Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos - ACCP

Dr. Miguel Sánchez

Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos - ACCP

Dra. Lina Loaiza

Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica - ACRO

Panel de expertos

Representantes del gobierno

Rosanna Camerano - Instituto Nacional de Salud
Liliana Judith Coronado Ortega - Instituto Nacional de Salud
Juan Carlos Mendoza Murcia - Superintendencia Nacional de Salud
Carol Johana García Salamanca - Superintendencia Nacional de Salud

Expertos delegados de las asociaciones científicas

Ricardo Brugés Maya - Asociación Colombiana de Hematología y Oncología - ACHO
Iván Bobadilla - Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica - ACRO

Expertos clínicos independientes y representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud

Yaira Yobana Gil Marín - Fundación Valle de Lili
Néstor Eduardo Llinás Quintero - Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida
David Mejía Zapata - Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida
Aidé Chacón Coveñas - Clínica San Martín de Barranquilla
Rusvelt Franklin Vargas Moranth - Centro Cancerológico del Caribe LTDA.
Clara Lida Beltrán - Virrey Solís IPS S.A.
Juan Esteban Apráez Guarín - Sies Salud - Insuasty Oncología
María Alejandra Bravo - Centro de Tratamiento e Investigación Sobre Cáncer - CTIC
Kyung Hwa Kim - Liga Colombiana Contra el Cáncer - Seccional Bogotá
Edgar Andrés Pulido Gil - Liga Colombiana contra el Cáncer
María Fernanda Fernández Hernández - Quimiosalud S.A.S.
Martha Cristina Mariño Guerrero - Medicáncer
Brenda Laiz Gómez Ruiz - Clínica Salud Social S.A.S.
Katrina Hermosilla Oviedo - Instituto de Cancerología de Sucre S.A.S.
Diana María Fajardo Vergara - Clínica Universitaria Colombia
Dra. Sandra Esperanza Díaz Casas - Mastóloga
Dra. Lilian Torregrosa Almonacid - Mastóloga
Dr. Diego Emilio Lopera Cortés - Oncólogo clínico

Delegados por las entidades aseguradoras en salud (EAPB y entidades territoriales)

Catalina Araque López - Aliansalud EPS
Liana Mileth Guerra Padilla - Savia Salud EPS
Doris Lidia Serna Correa - Savia Salud EPS
Lady Johanna Burgos Mahecha - Compensar EPS
Martha Liliana Correa Zambrano - Fundación Salud Mía EPS
Laura Milena Hernández Herrera - Mutual Ser EPS
Marcela del Rosario Melo Melo - Sanitas EPS
Claudia Yaneth Ramírez Murcia - Sanitas EPS
Andrés Felipe Mendieta Vásquez - Sura EPS
Loree Daza Meza - Ferrocarriles Nacionales de Colombia
Claudia Yaneth Ramírez Murcia - Sanitas EPS
Yuly Andrea Ortega Enciso - Sanitas EPS
Olga Lucía Londoño Franco - Empresas Públicas de Medellín (EPM)
Juan Bautista Frías Guerra - Anas Wayuu EPS Indígena
Lady Fabiola Quenán Quenán - Emmsanar EPS
Evelin Jácome Chamorro - Mallamas EPSI
Kelly Camargo Ramos - Salud Total EPS
Laura Real Novoa - Salud Total EPS
Jesús Mauricio Jiménez Romero - Nueva EPS
Erika Nieto - Famisanar EPS
Sandra Milena Traslaviña Vargas - Capresoca EPS
Rosa Amelia Osorio Vélez - Pijaos Salud EPSI
Natalia Andrea Builes Correa - Comfenalco Valle EPS
Erika Forero Avendaño - Capital Salud EPS
Silvia Ruby Medina Rojas - ComfaOriente

Asociaciones de pacientes invitadas

Asociación Medellín de lucha contra el cáncer - MEDICÁNCER
Asociación nacional de pacientes con enfermedades de alto costo
Apoyo a mujeres con cáncer de seno - AMESE
Fundación Ellen Riegner de Casas
Fundación Lazo Rosa

Asociaciones de pacientes que delegaron representante

Martha Cristina Mariño Guerrero - Asociación Medellín de lucha contra el cáncer - MEDICÁNCER

Néstor Álvarez Lara - Asociación nacional de pacientes con enfermedades de alto costo

Fernando Perry - Apoyo a mujeres con cáncer de seno - AMESE

Julieth Tejada Gil - Fundación Lazo Rosa

Asociaciones de pacientes que participaron en el consenso

Néstor Álvarez Lara - Asociación nacional de pacientes con enfermedades de alto costo

Participantes de la reunión de cierre

Carol Johana García Salamanca
Superintendencia Nacional de Salud

Janneth Villanueva Salinas
Superintendencia Nacional de salud

Liliana Judith Coronado Ortega
Instituto Nacional de Salud

Rosanna Camerano
Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional
de Salud

Daniela Alejandra España
Mallamas EPSI

Rosa Amelia Osorio Vélez
Pijaos Salud EPSI

Diana Marcela Russy Roa
Instituto Nacional de Salud

Martha Liliana Correa Zambrano
Fundación Salud Mía EPS

Silvia Ruby Medina Rojas
ComfaOriente

Ayder del Socorro Chacón Corena
Clínica San Martín Barranquilla LTDA.

Diana María Fajardo Vergara
Clínica Universitaria Colombia

Néstor Eduardo Llinás Quintero
Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

Edgar Andrés Pulido Gil
Liga Colombiana contra el Cáncer

Kyung Hwa Kim
Liga Colombiana Contra el Cáncer - Seccional Bogotá

Rusvelt Franklin Vargas Moranth
Centro Cancerológico del Caribe LTDA.

Juan Esteban Apráez Guarín
Sies Salud - Insuasty Oncología

Erika Nieto
Famisanar EPS

Catalina Araque López
Aliansalud EPS

Juan Bautista Frías Guerra
Anas Wayuu EPS Indígena

Jhon Jairo Torres Gómez
Sura EPS

Kelly Camargo Ramos
Salud Total EPS

Liana Mileth Guerra Padilla
Savia Salud EPS

Laura Hernández
Mutual Ser EPS

Marcela del Rosario Melo Melo
Sanitas EPS

Andrea Ortega Enciso
Sanitas EPS

Olga Lucía Londoño Franco
Empresas Públicas de Medellín (EPM)

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

Todos los derechos reservados.

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

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

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

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

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Consenso basado en la evidencia: indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama en Colombia (actualización).	1.0	-	

Tabla de contenido

Abreviaturas.....	15
Glosario	16
1. Introducción.....	27
2. Contexto.....	27
2.1. Panorama mundial de la enfermedad	27
2.2. Panorama del cáncer de mama en Colombia.....	28
3. Objetivos.....	28
3.1. Objetivo general	28
3.2. Objetivos específicos	28
4. Alcance.....	29
5. Metodología del consenso	29
5.1. Pasos de la metodología para el consenso	29
Paso 1: convocatoria del grupo desarrollador y del panel de expertos.....	30
Paso 2: definición de la pregunta orientadora.....	30
Paso 3: revisión sistemática de la literatura	31
Etapas de las RSL.....	31
Etapas 1. Diseño de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura	31
Etapas 2. Selección de la evidencia	33
Criterios de inclusión.....	33
Criterios de exclusión.....	33
Etapas 3. Extracción de la evidencia	33
Etapas 4. Evaluación de la calidad de la evidencia	34
Etapas 5. Síntesis de la evidencia.....	34
Paso 4: definición de los indicadores preliminares	36
Paso 5: reunión de apertura.....	46
Paso 6: primera ronda virtual de votación del consenso	46
Participantes y número de votos por sector en la primera ronda.....	46
Resultados de la primera ronda de votación	47
Paso 7: reunión de cierre	48
Paso 8: consolidación de los resultados finales y elaboración del documento técnico.....	48

6. Resultados del consenso	49
7. Bibliografía	70
8. Anexos	73
Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas	73
Anexo 2. Diagrama PRISMA	77
Anexo 3. Lista de los artículos incluidos.....	77
Anexo 4. Lista de artículos excluidos.....	80
Anexo 5. Evaluación de la calidad de la evidencia	83
Anexo 6. Aplicación de metodología CREMAA a los indicadores propuestos.....	86

Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025	18
Tabla 2. Pregunta de la revisión sistemática en estructura PICO	32
Tabla 3. Términos de búsqueda DeCS y MeSH utilizados	32
Tabla 4. Distribución de los artículos incluidos según el tipo de estudio	35
Tabla 5. Mediciones reportadas en los artículos analizados	36
Tabla 6. Criterios de la metodología CREMAA.....	38
Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia.....	38
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de participación en la primera ronda de votación según el sector.....	48
Tabla 9. Mediana de votación ponderada para cada uno de los sectores participantes	48
Tabla 10. Indicadores adicionales propuestos por el PE y razones de su exclusión.....	49
Figura 1. Marco de los indicadores de oportunidad de la atención en cáncer de mama	60



Abreviaturas

CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CNR:	Casos nuevos reportados (diagnosticados durante el periodo de análisis).
CISH:	Prueba de hibridación cromogénica <i>in situ</i> .
DeCS:	Descriptores en ciencias de la salud.
DISH:	Prueba de hibridación dual <i>in situ</i> .
EAPB:	Entidad administradora de planes de beneficios.
EAPVS:	Entidades administradoras de planes voluntarios de salud.
EPS:	Entidades promotoras de salud.
FISH:	Prueba de hibridación fluorescente <i>in situ</i> .
GD:	Grupo desarrollador.
GPC:	Guía de práctica clínica.
GLOBOCAN:	<i>Global Cancer Observatory</i> .
ISH:	Prueba de hibridación <i>in situ</i> .
IHC:	Inmunohistoquímica.
IPS:	Institución prestadora de servicios de salud.
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social.
MeSH:	<i>Medical Subject Headings</i> .
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PE:	Panel de expertos.
PRISMA:	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis</i> .
RAM:	<i>RAND/UCLA Appropriateness Method</i> .
RIC:	Rango intercuartílico.
RSL:	Revisión sistemática de la literatura.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Glosario

Los términos que se presentan a continuación, utilizados como referencia en todo el documento, han sido adoptados del Diccionario de Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI, por sus siglas en inglés) (1).

Biopsia:	remoción de células o tejido, para ser examinados por el patólogo.
Cáncer:	enfermedad en la que células anormales se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
Cáncer primario:	es un término usado para describir dónde se desarrolló el tumor original.
Diagnóstico histopatológico:	confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.
DISH, FISH y CISH:	técnicas de diagnóstico utilizadas para evaluar el estado del gen HER2 en tejidos tumorales.
HER2:	Receptor 2 de factor de 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. Estas células tienen el potencial de convertirse en cancerosas y diseminarse, pero aún no han atravesado la membrana basal del tejido.
Invasivo o infiltrante:	cáncer que se ha diseminado más allá de la capa de tejido de la cual se desarrolló, infiltrando el tejido sano.
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.
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.
Prueba de hibridación in situ:	técnica de laboratorio empleada para localizar una secuencia de ADN o ARN en una muestra biológica.



Glosario

Prueba inmunohistoquímica:	método de laboratorio para el que se usan anticuerpos a fin de determinar si hay ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido.
Quimioterapia:	tratamiento usado para detener el crecimiento de las células neoplásicas.
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.
Receptores hormonales (estrógeno y progesterona):	son proteínas presentes en el interior o en la superficie de las células y que se pueden unir a ciertas sustancias de la sangre. Las células mamarias normales, al igual que algunos tipos de cáncer de seno, poseen receptores capaces de adherirse a las hormonas (estrógeno y progesterona), de las cuales dependen para su crecimiento.
Terapia hormonal:	tratamiento que detiene el crecimiento de algunos tipos de cáncer (próstata y mama).
Terapia neoadyuvante:	es una terapia inicial utilizada para reducir el tamaño del tumor antes del procedimiento principal, que suele ser la cirugía.
Terapia adyuvante:	tratamiento complementario que se administra tras el procedimiento principal contra el cáncer, como la cirugía, con el objetivo de reducir el riesgo de recurrencia. Puede incluir quimioterapia, radiación, tratamiento hormonal, terapias dirigidas o biológicas.
TNM:	es un sistema utilizado para determinar el grado de diseminación del cáncer. La letra T indica el tamaño del tumor y su extensión local; N se refiere a la afectación de los ganglios linfáticos locorregionales; y M señala la presencia de metástasis.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025

N°	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
1.1	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR.	Mujeres con cáncer de mama, que además tengan estadificación TNM válida.	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Porcentaje	≥ 90%	≥ 80% y < 90%	< 80%	Anual	X		Ninguna
1.2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en prevalentes.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, que además tengan estadificación TNM válida.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Porcentaje	≥ 90%	≥ 80% y < 90%	< 80%	Anual		X	Ninguna
2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas <i>in situ</i> al momento del diagnóstico.	Mujeres detectadas con cáncer de mama <i>in situ</i> al momento del diagnóstico.	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Porcentaje	≥ 12%	≥ 6 y < 12%	< 6%	Anual	X		Se considera como cáncer <i>in situ</i> al estadio 0 (cero).
3	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localizado al momento del diagnóstico.	Mujeres detectadas con carcinoma localizado al momento del diagnóstico.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	≥ 60%	≥ 52 y < 60%	< 52%	Anual	X		Se considera como cáncer localizado a los estadios IA, IB y IIA.
4.1	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localmente avanzado en el momento del diagnóstico.	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Se considera como cáncer localmente avanzado a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC.
4.2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como metastásico en el momento del diagnóstico.	Mujeres con cáncer de mama metastásico.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Se considera como cáncer metastásico al estadio IV.

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

N°	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
5	Diagnóstico	Proporción de mujeres con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía.	Mujeres con cáncer de mama, que tengan fecha de cirugía dentro del periodo y fecha de histopatología válidas, en quienes la fecha de cirugía sea posterior al diagnóstico histopatológico. (Se excluyen las pacientes cuya diferencia sea ≤ 0).	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, que además tengan fecha de cirugía en el periodo y fecha de histopatología válidas. Excluye cáncer metastásico.	Porcentaje	$\geq 90\%$	$\geq 70\%$ y $< 90\%$	$< 70\%$	Anual	X		Cuando la diferencia entre la fecha del procedimiento quirúrgico y la fecha del informe histopatológico es igual a 0 o negativa, debe considerarse una práctica inadecuada, que solo debe justificarse en casos excepcionales, como hallazgos incidentales. Estos casos entran al denominador.
6	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos y progesterona).	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que tengan resultado de receptores hormonales (estrógenos y progesterona).	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Incluye cáncer de mama <i>in situ</i> e invasivo.	Porcentaje	$\geq 95\%$	$\geq 75\%$ y $< 95\%$	$< 75\%$	Anual	X		Ninguna
7	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2.	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan las características contenidas en el denominador y que además tengan resultado de inmunohistoquímica para HER2.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	$\geq 95\%$	$\geq 75\%$ y $< 95\%$	$< 75\%$	Anual	X		No se condiciona a tener una fecha válida de realización de HER2, se calcula a partir de tener disponible el resultado.
7.1	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y una prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH).	Mujeres con cáncer de mama invasivo, que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan resultado para prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH).	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultado para HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++). Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Se permite cualquiera de estas técnicas validadas para hibridación <i>in situ</i>: CISH-DISH-FISH. No se condiciona a tener una fecha válida de realización de prueba HER2 e hibridación <i>in situ</i> , se calcula a partir de tener disponible el resultado para las dos pruebas.

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

N°	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
8.1	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	Mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador con fecha válida.	Total de CNR con cáncer de mama <i>in situ</i> , con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con tratamiento quirúrgico con fecha válida (incluye cirugía de la mama curativa o conservadora).	Porcentaje	≥ 90%	≥ 70 y < 90%	< 70%	Anual	X		Se considera como cáncer <i>in situ</i> al estadio 0 (cero).
8.2	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama localizado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	Mujeres con cáncer de mama localizado (estadios tempranos), que cumplan las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.	Total de CNR con cáncer de mama localizado, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con tratamiento quirúrgico de fecha válida (incluye cirugía de la mama curativa o conservadora).	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Se considera como cáncer de mama localizado a los estadios IA, IB, IIA.
8.3	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.	Total de CNR con cáncer de mama localmente avanzado, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con tratamiento quirúrgico de fecha válida (incluye cirugía de la mama curativa o conservadora).	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Se considera cáncer localmente avanzado a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC.
9	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, con tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida y con fecha de radioterapia posterior a la fecha de la cirugía.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, y con tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.	Porcentaje	≥ 90%	≥ 70 y < 90%	< 70%	Anual	X		Se excluye cáncer de mama metastásico (estadio IV).

Actualización del consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia
www.cuentadealtocosto.org

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

N°	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
10	Tratamiento	Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, con resultados hormonales positivos y con terapia con bloqueo hormonal.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultados hormonales positivos.	Porcentaje	≥ 90%	≥ 80 y < 90%	< 80%	Anual	X		Se consideran terapia hormonal a los siguientes principios activos: tamoxifeno, anastrozol, letrozol, exemestano, goserelina o acetato de leuporelina. Este listado se actualizará cada periodo en el manual de auditoría según la disponibilidad de nuevas terapias hormonales aprobadas en el país.
11	Tratamiento	Proporción de mujeres con resultado positivo para HER2 en inmunohistoquímica que reciben terapia anti - HER2.	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además reciban terapia anti - HER2.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, que presentan un resultado de HER2 positivo (inmunohistoquímica +++ o HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++)) y prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH) positiva.	Porcentaje	≥ 90%	≥ 54,1 y < 90%	< 54,1%	Anual	X		Se permite cualquiera de estas técnicas validadas para hibridación <i>in situ</i>: CISH-DISH-FISH. Se consideran terapia anti - HER2 a los siguientes principios activos: trastuzumab, trastuzumab-emtansine, lapatinib, pertuzumab. Este listado se actualizará cada periodo en el manual de auditoría según la disponibilidad de nuevas terapias anti-HER2 aprobadas en el país. Se incluyen casos de cáncer metastásico y se excluyen los de cáncer <i>in situ</i> .
12.1	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos en CNR.	Mujeres con cáncer de mama metastásico que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan valoración por médico especialista en cuidados paliativos.	Total de CNR con cáncer de mama metastásico, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Se considera como cáncer metastásico al estadio IV.
12.2	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos en prevalentes.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan valoración por cuidados paliativos durante el periodo.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	Se considera como cáncer metastásico al estadio IV.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

N°	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
13	Oportunidad	Oportunidad de la atención general: tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento.	Suma de los días transcurridos entre la fecha de la mamografía (o, en su defecto, la nota de remisión emitida por el médico o la institución que derivó el caso a la entidad encargada del diagnóstico) y la fecha de inicio del primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	Total de CNR con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 75 días	≤ 90 y > 75 días	> 90 días	Anual	X		Numerador: si no se dispone de la fecha de inicio del tratamiento, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de la mamografía o de la nota de remisión hasta la fecha de corte del periodo evaluado.
14	Oportunidad	Oportunidad de la atención en cáncer: tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.	Suma de los días transcurridos entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento en mujeres con cáncer de mama, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	Total de CNR con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 45 días	≤ 60 y > 45 días	> 60 días	Anual	X		Numerador: si no se dispone de la fecha de inicio del tratamiento, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha de corte del periodo evaluado.
15	Oportunidad	Oportunidad de la atención por el médico tratante: tiempo entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante.	Suma de los días transcurridos entre la fecha de un informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 20 días	≤ 35 y > 20 días	> 35 días	Anual	X		Para este indicador no aplica la definición de caso gestionable. Numerador: si no se dispone de la fecha de atención por el médico tratante, se considerarán los días transcurridos desde la fecha del informe histopatológico hasta la fecha de corte del periodo evaluado.
16	Oportunidad	Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento.	Suma de los días transcurridos entre la consulta con el médico tratante y el inicio del primer tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal o cuidado paliativo) en mujeres con cáncer de mama, que cumplan con los criterios contenidos en el denominador.	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 25 días	≤ 40 y > 25 días	> 40 días	Anual	X		Numerador: si no se dispone de la fecha del primer tratamiento, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de atención por el médico tratante hasta la fecha de corte del periodo evaluado.

Actualización del consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia
www.cuentadealtocosto.org

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

N°	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
17	Oportunidad	Oportunidad de inicio de terapia adyuvante: tiempo desde la cirugía hasta primer tratamiento postquirúrgico (quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal).	Suma de los días transcurridos desde la cirugía hasta el inicio del primer tratamiento postquirúrgico (quimioterapia, radioterapia o bloqueo hormonal) en mujeres con cáncer de mama, que cumplan con los criterios contenidos en el denominador.	Total de CNR con cáncer de mama, que hayan recibido como primer tratamiento una cirugía de la mama y que además tengan oportunidad positiva. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 42 días	≤ 56 días y > 42	> 56 días	Anual	X		Numerador: si no se dispone de la fecha del primer tratamiento postquirúrgico, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de la cirugía hasta la fecha de corte del periodo evaluado.
18.1	Resultado	Letalidad del cáncer de mama (estadios tempranos).	Mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos que fallecieron durante el periodo.	Total de mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos durante el periodo.	Porcentaje	≤ 1,3%	≤ 2 y > 1,3%	> 2%	Anual			Numerador/ denominador*100. Se consideran como tempranos a los estadios IA, IB, IIA.
18.2	Resultado	Letalidad del cáncer de mama (estadios avanzados).	Mujeres con cáncer de mama en estadios avanzados que fallecieron durante el periodo.	Total de mujeres con cáncer de mama en estadios avanzados durante el periodo.	Porcentaje	≤ 4,4%	≤ 5 y > 4,4%	> 5%	Anual			Numerador/ denominador*101. Se consideran como avanzados a los estadios, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV.
19	Resultado	Mortalidad general en mujeres con cáncer de mama.	Mujeres con cáncer de mama fallecidas por todas las causas durante el periodo.	Total de mujeres con cáncer de mama durante el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual			Los fallecimientos se validan de acuerdo a las novedades administrativas informadas por las entidades, con la fuente oficial del MSPS y la Registraduría Nacional del Estado Civil. Numerador/ denominador*1.000.
20	Resultado	Supervivencia general a los 5 años.	Análisis de supervivencia - Método Kaplan Meier.		Porcentaje	Línea de base			Cada 5 años			Tiempo al evento: tiempo entre la fecha del diagnóstico y la fecha de muerte. Evento estudiado: Muerte: Si - No. Calculado por estadio al momento del diagnóstico.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

#	Dominio	Indicadores nuevos según la evidencia										
		Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
21	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama de 50 años o menos, en las que se realizó un panel multigénico en CNR.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan las características contenidas en el denominador, y que además cuenten con una fecha de diagnóstico válida y un panel multigénico realizado.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con fecha de diagnóstico válida. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	≥ 90%	≥ 70 y < 90%	< 70%	Anual	X		El panel multigénico debe incluir los genes BRCA1 y BRCA2.
22	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela antes del inicio del tratamiento.	Mujeres con cáncer de mama invasivo que se sometieron a biopsia del ganglio centinela antes del inicio del tratamiento y que además cumplan con las características contenidas en el denominador.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado que tengan axila clínicamente negativa (N0) y que además sean T1, T2 o T3. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 y < 95%	< 90%	Anual	X		Se considera como cáncer de mama invasivo a los estadios diferentes (≠) de cero.
23	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado y mastectomía radical que fueron a radioterapia.	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado (≥ T3 y/o ≥ N1) y postmastectomía radical (≥ p T3 y/o ≥ p N1), que fueron llevadas a radioterapia y cumplen con las características contenidas en el denominador.	Total de CNR con cáncer de mama localmente avanzado (≥ T3 y/o ≥ N1) y postmastectomía radical (≥ p T3 y/o ≥ p N1), con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 y < 95%	< 90%	Anual	X		Se considera como cáncer localmente avanzado a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC. Excluye cáncer metastásico y a las mujeres que hicieron respuesta patológica ganglionar completa individualizada.
24	Oportunidad	Oportunidad de inicio del tratamiento quirúrgico posterior a la quimioterapia neoadyuvante: tiempo desde el último ciclo de neoadyuvancia con quimioterapia hasta la cirugía de control local o loco regional del cáncer.	Suma de los días transcurridos entre el último ciclo de quimioterapia neoadyuvante hasta el primer tratamiento quirúrgico local o loco regional, en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva de fechas válidas. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 42 días	> 42 y ≤ 56 días	> 56 días	Anual	X		Numerador: si no se dispone de la fecha del primer tratamiento quirúrgico, se considerarán los días transcurridos desde el último ciclo de quimioterapia neoadyuvante hasta la fecha de corte del periodo evaluado.

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

Indicadores nuevos según la evidencia												
#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
25	Oportunidad	Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de mama y la confirmación histopatológica.	Suma de los días transcurridos entre la fecha de la mamografía (o, en su defecto, la nota de remisión emitida por el médico o la institución que derivó el caso a la entidad encargada del diagnóstico), hasta la fecha de validación del resultado histopatológico por parte del médico patólogo, en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador.	Total de CNR con cáncer de mama con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 30 días	≤ 45 y > 30 días	> 45 días	Anual	X		Para este indicador no aplica la definición de caso gestionable. Numerador: si no se dispone de la fecha de validación del resultado histopatológico, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de la mamografía o nota de remisión hasta la fecha de corte del periodo evaluado.
26	Oportunidad	Oportunidad para la realización de la prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH): tiempo transcurrido desde la fecha del resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y la prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH).	Suma de los días transcurridos entre la fecha del resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y la prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH), en mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además cuenten con fechas válidas y oportunidad positiva.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++).	Promedio de días		Línea de base		Anual	X		Se considera como cáncer de mama invasivo a los estadios diferentes (≠) de cero. Se permite cualquiera de estas técnicas validadas para hibridación <i>in situ</i>: CISH-DISH-FISH. Numerador: si no se dispone de la fecha de realización de la prueba de hibridación <i>in situ</i> , se considerarán los días transcurridos desde la fecha del resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) hasta la fecha de corte del periodo evaluado.
27	Seguimiento	Fragmentación de la atención en las mujeres prevalentes con cáncer de mama.	Suma del número de IPS en las que son atendidas las mujeres prevalentes con cáncer de mama, desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del último tratamiento, considerando aquellas que cumplan con las características contenidas en el denominador.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluados. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Razón		Línea de base		Anual		X	Se calcula a partir de los códigos de habilitación de las IPS.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

Indicadores nuevos según la evidencia												
#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
28	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo que iniciaron tratamiento con diagnóstico inmunohistoquímico incompleto en CNR.	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador, con fecha válida de inicio de tratamiento y diagnóstico inmunohistoquímico incompleto.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con fecha válida de inicio de tratamiento. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Porcentaje	0%	N/A	≠ 0%	Anual	X		Se considera como cáncer de mama invasivo a los estadios diferentes (≠) de cero. Diagnóstico inmunohistoquímico completo: resultados de receptores hormonales (estrógenos y progesterona) y HER2 (ISH cuando aplica). Nota: se propone la revisión posterior de las metas.
29	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama que completan el esquema de terapia antineoplásica prescrito en prevalentes.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan fechas válidas para el inicio de tratamiento con terapia antineoplásica y la finalización del último esquema.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y tratamiento activo.	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	Ninguna
30.1	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida en CNR.	Mujeres con cáncer de mama que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida antes del inicio del tratamiento.	Total de CNR con cáncer de mama.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		No se consideran las escalas de Karnofsky y ECOG, permitiéndose únicamente el uso de escalas validadas. La aplicación de la escala puede ser realizada por un médico especialista en cuidados paliativos o por un profesional de la salud enfocado en el soporte oncológico, como un psicólogo, médico general, trabajador social u otro integrante del equipo de salud. Asi mismo, se aceptará el uso de escalas autoaplicadas en aquellas escalas que así lo definan.

Actualización del consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia
www.cuentadealcosto.org

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de mama, 2025 (continuación)

Indicadores nuevos según la evidencia												
#	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
30.2	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida en prevalentes.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida al menos una vez en el periodo.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	No se consideran las escalas de Karnofsky y ECOG, permitiéndose únicamente el uso de escalas validadas. La aplicación de la escala puede ser realizada por un médico especialista en cuidados paliativos o por un profesional de la salud enfocado en el soporte oncológico, como un psicólogo, médico general, trabajador social u otro integrante del equipo de salud. Así mismo, se aceptará el uso de escalas auto - aplicadas en aquellas en aquellas escalas que así lo definan.
31	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan novedad administrativa de abandono respecto al periodo anterior.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama. Se excluyen las mujeres que finalizaron tratamiento y que no requirieron seguimiento en el último año.	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	Definición de abandono: mujeres con cáncer de mama que en el periodo de reporte evaluado no recibieron quimioterapia u otra terapia sistémica (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapia dirigida), no fueron sometidas a cirugía curativa o paliativa como parte del manejo del cáncer, no recibieron algún tipo de radioterapia y no tuvieron consulta o procedimiento de cuidado paliativo.

Nota: los términos "cáncer de mama localizado" y "cáncer de mama localmente avanzado" se refieren al cáncer de mama invasivo en sus etapas tempranas y tardías, respectivamente.
CNR: casos nuevos reportados.

1. Introducción

Globalmente, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común y se espera que para el 2040, la incidencia supere los 3 millones de casos nuevos por año, aumentando más rápidamente en los países de ingresos medianos y bajos (2). Los datos de los registros poblacionales muestran que la supervivencia a 5 años después del diagnóstico de este tipo de cáncer supera el 90% en los países de altos ingresos, sin embargo, es considerablemente más baja en aquellos de ingresos medianos y bajos (3).

Las disparidades en la supervivencia específica por cáncer de mama son multifactoriales, sin embargo, se deben principalmente a una compleja interacción de componentes que influyen en el acceso equitativo al diagnóstico y al tratamiento temprano para las mujeres con esta enfermedad, así como en la fortaleza y capacidad de los sistemas de salud para proporcionar una atención eficaz para el cáncer (2,3).

Todas las estrategias implementadas en la atención de los sistemas de salud deben ser medidas y analizadas con una orientación hacia la obtención de resultados, un elemento adicional esencial para garantizar y mejorar los estándares de atención, es el control de calidad basado en indicadores, los cuales permiten identificar brechas en el modelo de atención, así como la evaluación de resultados, brindando de esta forma, información clave para los tomadores de decisiones.

Así entonces, como parte de la medición de la calidad del proceso de atención y de los resultados, la Cuenta de Alto Costo (CAC) actualizó el consenso basado en la evidencia para definir los indicadores mínimos necesarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo en pacientes con cáncer de mama en Colombia (4). Este proceso se desarrolló utilizando la metodología de consenso Delphi modificado o RAND/UCLA *Appropriateness Method* (RAM) (5) y con la participación de representantes de todos los actores del sistema de salud.

Este documento contiene, en primer lugar, una breve descripción epidemiológica de la enfermedad, los objetivos y el alcance del consenso, seguido por la descripción metodológica. Por último, se presentan los indicadores seleccionados que se agruparon en los dominios relacionados con el continuo de la atención en las mujeres con cáncer de mama. Para cada uno de los indicadores se describen las características operativas como la definición, el numerador y denominador, el dominio, la unidad de medida, la periodicidad de medición, la población, el rango de cumplimiento y las observaciones clave.

2. Contexto

2.1. Panorama mundial de la enfermedad

El cáncer de mama es el tipo más frecuente de neoplasia diagnosticada en las mujeres y la principal causa de muerte oncológica en este grupo. Según las estimaciones del *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN), en 2022 se presentaron 2.308.897 casos nuevos de esta enfermedad, lo que representa el 11,6% de todos los diagnósticos de cáncer en el mundo. Además, para el mismo año, se registraron 666.000 muertes asociadas a esta patología, representando el 6,9% del total de muertes relacionadas con el cáncer (6). A su vez, en el contexto de Latinoamérica y el Caribe, en 2022 se registraron 59.701 fallecimientos atribuibles al cáncer de mama, cifra que corresponde al 8% de los decesos por enfermedades oncológicas en la región (6).

En las últimas décadas se han logrado resultados importantes en salud relacionados con el cáncer de mama, principalmente en los países de altos ingresos (2). Por el contrario, los avances han sido limitados en los países de ingresos bajos y medianos, donde las mayores tasas de mortalidad por esta enfermedad se deben al diagnóstico tardío y al acceso limitado al tratamientos de calidad, causas que se ven agravadas por una escasa concienciación sobre los beneficios de la detección precoz y las terapias eficaces (2,7).

Ante la situación evidenciada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la iniciativa mundial contra el cáncer de mama, con la que se espera reducir en un 2,5% anual la mortalidad mundial por esta



enfermedad, evitando así 2,5 millones de muertes en todo el mundo entre 2020 y 2040 (7). El objetivo de esta iniciativa es formular recomendaciones basadas en la evidencia para la ejecución por etapas de intervenciones centradas en mejorar la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de apoyo (7).

2.2. Panorama del cáncer de mama en Colombia

En el 2014 mediante la Resolución 0247, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) estableció la obligatoriedad para el reporte anual de las personas con cáncer en el marco del aseguramiento colombiano (8). Esta información hace parte de la bodega de datos que gestiona la CAC y se estructura según el instructivo definido en la misma resolución.

Adicionalmente, en 2016 la CAC realizó el primer consenso basado en la evidencia para seleccionar los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo en pacientes con cáncer de mama. En el cual se incluyeron los indicadores en las dimensiones de diagnóstico, tratamiento, oportunidad y seguimiento (4).

Por otro lado, en 2019 se estableció el mecanismo de redistribución de los recursos destinados a las empresas promotoras de salud (EPS) para los cánceres priorizados, incluyendo el cáncer de mama (9). Este mecanismo tiene como objetivo promover la gestión del riesgo por parte de los aseguradores, con énfasis particular en la detección temprana y el tratamiento efectivo del cáncer. Actualmente se rige bajo la Resolución 1620 de 2020 (10).

Según la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC por sus siglas en inglés), en 2022 se estimaron para Colombia 17.018 casos nuevos de cáncer de mama y 4.752 muertes a causa de esta enfermedad. Este tipo de cáncer fue el más frecuente, representando el 14,5% de todos los casos de cáncer diagnosticados ($n = 117.620$) en hombres y mujeres, seguido por el de próstata con un 14,0% (11). Para 2025, se proyecta que en Colombia se diagnosticarán 17.971 nuevos casos de cáncer de mama, lo que implica un aumento del 5,6% en comparación con 2022.

De acuerdo con lo reportado a la CAC, en el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2022 y el 1° de enero de 2023, fueron informados 97.740 casos prevalentes de mujeres con cáncer de mama, de los cuales 9.484 fueron nuevos (9,70%). En los casos nuevos la mediana de la edad fue de 59 años (RIC: 49 - 68), la mayoría estaba afiliada al régimen contributivo (65,95%) y residiendo en las regiones Central (31,58%) y Caribe (23,10%). En cuanto al estadio al diagnóstico, el 41,51% (3.472) estaba en estadio II y el 25,05% ($n = 2.095$) en estadio III. Además, la estadificación TNM fue informada en el 88,19% de los casos, por lo que se destaca la importancia de priorizar las acciones necesarias para garantizar una estadificación adecuada y completa. Esta medida es fundamental, dado que la precisión en la estadificación es clave para el manejo efectivo y el pronóstico de la enfermedad.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Actualizar los indicadores de evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en el marco del sistema de salud colombiano.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar y priorizar los indicadores para medir la gestión del riesgo en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, basándose en la mejor evidencia científica disponible.
- Realizar evaluación técnica de los indicadores identificados, analizando características como su factibilidad, precisión y relevancia.
- Operacionalizar los indicadores priorizados teniendo en cuenta la estructura del reporte obligatorio a la CAC.

4. Alcance

El propósito de este consenso es actualizar los indicadores prioritarios para la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), de las entidades territoriales (ET) y de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), en el marco del aseguramiento en Colombia.

Con base en los resultados del consenso, se dará inicio a la medición de los indicadores que puedan ser calculados a partir de la información reportada a la CAC mediante el instructivo de reporte que se sustente en la normatividad vigente.

Los indicadores que no puedan ser medidos y que hayan sido definidos por consenso, serán objeto de análisis para determinar la forma más conveniente de recolectar la información que no está disponible según lo dispuesto en la Resolución 0247 de 2014 (12), la cual establece la obligatoriedad del reporte anual de la población con cáncer que fue atendida en el marco del sistema de salud colombiano.

Este consenso es aplicable en el ámbito nacional, los indicadores propuestos no pretenden sustituir las guías de práctica clínica, ni direccionar el tratamiento o influir en la relación entre las EAPB y las IPS. Tampoco se busca promover la selección de tratamientos, de insumos ni de medicamentos.

Los indicadores definidos en este consenso, no excluyen la medición de otros considerados pertinentes, necesarios y relevantes para la evaluación de los procesos y de los resultados al interior de las entidades. De igual manera no tiene injerencia en los aspectos relacionados con tarifas, pagos, infraestructura, costos, tipos de contratación o con el pago por la atención prestada a los pacientes.

5. Metodología del consenso

Se adaptó la metodología de consenso basada en la propuesta RAND/UCLA de métodos de uso apropiado (RAM por sus siglas en inglés), desarrollada por el grupo de investigadores de la *RAND Corporation* y la Universidad de California en Los Ángeles (13,14). Posteriormente, se definieron los indicadores prioritarios para la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

La metodología se fundamenta en la combinación de la mejor evidencia científica y el juicio colectivo de un panel de expertos, fusionando la técnica Delphi con la de grupos nominales (13). Este método ha sido utilizado y adaptado previamente en otras experiencias de selección de indicadores en diferentes contextos y para distintas condiciones de salud (15 - 18).

Para convocar a todos los actores del SGSSS se envió un comunicado oficial por parte de la CAC, vía correo electrónico, como respuesta a este, cada entidad, asociación o grupo de interés envió un delegado experto en el área temática y en el caso de los expertos clínicos se recibió confirmación de la asistencia.

5.1. Pasos de la metodología para el consenso

1. Convocatoria del grupo desarrollador (GD) y del panel de expertos (PE).
2. Definición de la pregunta orientadora.
3. Revisión sistemática de la literatura (RSL).
4. Definición de los indicadores preliminares.
5. Reunión de apertura.
6. Primera ronda virtual de consenso.
7. Segunda ronda virtual de consenso.



8. Reunión de cierre.

9. Consolidación de resultados y elaboración del informe técnico.

Paso 1: convocatoria del grupo desarrollador y del panel de expertos

La selección de los participantes se realizó con base en su experiencia, trayectoria y conocimiento en el tema o área de interés. En el caso de los miembros del GD, se solicitó a la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO), la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) y la Asociación Colombiana de Mastología (ACM) que designaran expertos clínicos especializados en el manejo del cáncer de mama. Por su parte, la CAC asignó a los expertos metodológicos, quienes cuentan con experiencia en revisión sistemática de la literatura (RSL), desarrollo de indicadores de salud, procesos participativos y análisis de datos.

Para conformar el PE, se realizó una convocatoria directa a todos los sectores del SGSSS, solicitando la designación de un delegado por sector. Se recomendó que el representante designado fuera, preferiblemente, el referente en cáncer de mama de la organización o una persona con experiencia y conocimiento en la cohorte y en los indicadores de gestión del riesgo relacionados con la enfermedad.

Grupo desarrollador

Conformado por:

- Cuatro expertos clínicos con formación en oncología, de reconocida trayectoria en el manejo de mujeres con cáncer de mama en el país.
- Tres expertos metodológicos con formación en epidemiología, salud pública y afines.

Sesiones especiales

- Se contó con la participación de los expertos clínicos de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP) y la Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO). Durante estas sesiones, se evaluó la pertinencia de los indicadores relacionados con sus áreas de especialidad y se realizaron los ajustes necesarios para optimizar su operatividad.

Panel de expertos

Conformado por los delegados de los 5 sectores de interés: aseguramiento, prestación, gobierno, expertos clínicos y asociaciones de pacientes.

Siguiendo las indicaciones de la metodología RAND/UCLA, el GD orientó al PE a través de las fases del proceso y les proporcionó los datos sintetizados a partir de la evidencia científica disponible, como punto de partida para llegar a un consenso formal respecto a la pregunta orientadora (3).

Paso 2: definición de la pregunta orientadora

De acuerdo con la enfermedad en cuestión, el objetivo del consenso y la metodología seleccionada, los integrantes del GD formularon y refinaron la siguiente pregunta: en el marco del aseguramiento de salud en Colombia, ¿Cuáles son los indicadores relacionados con la atención de las personas con cáncer de mama, que impactan en el logro de mejores resultados clínicos y de la gestión del riesgo?

A continuación, se desarrolla la metodología PICO, con el objetivo de describir las temáticas de la RSL.

Tabla 2. Pregunta de la revisión sistemática en estructura PICO

P	Personas con cáncer de mama
I	Aspectos de la atención relevantes
C	No aplica
O	Resultados clínicos y de la gestión del riesgo

P: población; I: intervención; C: comparador; O: desenlaces (del inglés *outcome*).

Fuente: elaboración CAC.

Paso 3: revisión sistemática de la literatura

El GD realizó la RSL, siguiendo los lineamientos de la declaración de los principales elementos de informe para las revisiones sistemáticas y los metaanálisis (PRISMA, por sus siglas en inglés) (19), con el propósito de identificar y sintetizar la información disponible respecto a los indicadores para evaluar la gestión del riesgo, la calidad de la atención o el acceso a los servicios de salud de las mujeres con cáncer de mama.

Etapas de las RSL

1. Diseño de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura.
2. Selección de la evidencia.
3. Extracción de la evidencia.
4. Evaluación de la calidad de la evidencia.
5. Síntesis de la evidencia.

A continuación, se describen cada una de las anteriores etapas:

Etapas de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura

Inicialmente, se identificaron los términos clave para la búsqueda, de acuerdo con la estructura PICO de la pregunta orientadora. Se emplearon los términos DeCS (descriptor en ciencias de la salud), MESH (MeSH, por sus siglas en inglés), así como los términos naturales en inglés y español. El diccionario de los términos utilizado se describe en la **tabla 3**.

Tabla 3. Términos de búsqueda DeCS y MeSH utilizados

Términos DeCS	Términos MeSH	Términos naturales	
		Español	Inglés
"Neoplasias de la mama"	"Breast Neoplasms"	"Cáncer de Seno"	"Breast Neoplasms"
N/A	"Triple Negative Breast Neoplasms"	N/A	"Triple negative breast cancer"
N/A	"Inflammatory Breast Neoplasms"	N/A	"Inflammatory breast neoplasms"
N/A	N/A	"Carcinoma de mama"	N/A
N/A	N/A	"Neoplasia maligna de la mama"	N/A
"Diagnóstico"	"Diagnosis"	N/A	N/A
"Diagnóstico precoz"	"Early Diagnosis"	"Diagnóstico temprano"	N/A
"Detección precoz del cáncer"	"Early Detection of Cancer"	"Detección temprana del cáncer"	N/A
"Estadificación de neoplasias"	"Neoplasm Staging"	"Estadificación TNM"	Cancer staging
N/A	"Time-to-Treatment"	"Tiempo hasta el tratamiento"	"Time to treatment"
"Genes c-erbB-2"	"Genes, erbB-2"	"Genes HER2"	"HER-2 Gene"
"Receptores de progesterona"	"Receptors, Estrogen"	N/A	"Estrogen receptor"
"Receptores de estrógenos"	"Receptors, Progesterone"	N/A	"Progesterone receptor"



Tabla 3. Términos de búsqueda DeCS y MeSH utilizados (continuación)

Términos DeCS	Términos MeSH	Términos naturales	
		Español	Inglés
"Marcadores tumorales"	"Biomarkers, Tumor"	N/A	"Tumor biomarker"
N/A	"Chemotherapy, Adjuvant"	"Quimioterapia"	"Adjuvant chemotherapy"
N/A	"Radiotherapy, Adjuvant"	"Radioterapia"	"Adjuvant radiotherapy"
N/A	N/A	N/A	N/A
"Cuidados paliativos"	"Palliative Care"	N/A	"Palliative care"
N/A	N/A	N/A	"cancer palliative"
N/A	"Health Care Quality, Access, and Evaluation"	"Evaluación del Acceso y de la Calidad de la Atención de Salud"	"Evaluation of Healthcare"
"Calidad de la atención sanitaria"	"Quality of Health Care"	N/A	"Healthcare Quality"
N/A	"Quality Assurance, Health Care"	"Calidad de los servicios de salud"	"Healthcare Quality Assessments"
"Continuidad de la atención al paciente"	"Continuity of Patient Care"	N/A	"Patient Care Continuity"
N/A	"Risk Assessment"	N/A	"Health Risk Assessment"
"Gestión del Riesgo"	"Risk management"	N/A	N/A
"Indicador de salud"	"Health Status Indicators"	N/A	"Health Status Indices"
"Indicadores de calidad en la asistencia sanitaria"	"Quality Indicators, Health Care"	"Indicadores de Calidad de la Atención de Salud"	"Healthcare Quality Indicator"
"Servicios de salud para mujeres"	"Women's Health Services"	N/A	"Woman Health Services"
"Estándar asistencial"	"Standard of Care"	"Estándar de atención"	"Care standard"
"Asistencia al paciente"	"Patient Care"	"Atención al paciente"	"Patient Care"
"Atención primaria de la salud"	"Primary Health Care"	"Atención Primaria de Salud"	"Primary Healthcare"
"Gestión de la atención al paciente"	"Patient Care Management"	N/A	"Care Management"
"Guía de práctica clínica"	"Practice Guideline"	N/A	"Evidence-based recommendations"
N/A	"Chronic Disease Indicators"	N/A	N/A
N/A	"Public Health Surveillance"	N/A	"Cancer surveillance"

N/A: no aplica.

Fuente: elaboración CAC.

Las búsquedas de la literatura fueron realizadas en las siguientes bases de datos:

- Medline - Pubmed.
- LILACS - Biblioteca virtual en Salud.
- Cochrane Library.
- ScienceDirect.
- Epistemonikos.
- Google Académico.

Para la identificación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) se realizó la búsqueda en los sitios web de las siguientes organizaciones:

- National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- Scottish Intercollegiate Network (SIGN).
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud España (GuíaSalud).

- *Guideline International Network* (GIN).
- Ministerio de Salud de Chile (AUGE).
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de México (CENETEC).
- Tripdatabase.

En el **anexo 1** se describen las bitácoras de búsqueda, en las cuales se detallan las diferentes estrategias de búsqueda, el número de artículos encontrados y los filtros aplicados en las bases de datos electrónicas.

Etapa 2. Selección de la evidencia

Se identificaron 1.897 referencias, las cuales fueron exportadas a la herramienta Rayyan (20), donde se realizó la eliminación de duplicados. Posteriormente, dos revisores realizaron de manera independiente la tamización por el título y el resumen a 1.794 referencias para identificar aquellas potencialmente relevantes. Luego, se obtuvieron y revisaron 71 artículos en texto completo. Cualquier desacuerdo respecto a la selección de los mismos se resolvió consultando a un tercer revisor. Finalmente, fueron incluidos 34 artículos en la síntesis de la evidencia, el proceso completo de selección se presenta en el **anexo 2**. La selección de estudios se reportó de acuerdo con las directrices PRISMA (19). Los listados de artículos incluidos y excluidos se encuentran en los **anexos 3 y 4** respectivamente.

La selección de la evidencia se basó en el cumplimiento de los criterios de elegibilidad presentados a continuación:

Criterios de inclusión

- **Estudios primarios:** estudios de cohortes que incluyan la medición de los indicadores o métricas de calidad de la atención.
- **Estudios integrativos:** revisión sistemática de la literatura con o sin metaanálisis y revisiones narrativas.
- **Documentos técnicos:** elaborados por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de referencia en el seguimiento y manejo del cáncer de mama, que evalúen o presenten los indicadores para la medición de la gestión del riesgo, la calidad de la atención o el acceso a los servicios de salud.
- **Guías de práctica clínica y documentos** que presenten recomendaciones clave para la atención de las personas con cáncer de mama.

Criterios de exclusión

- Idioma diferente al inglés o al español.
- Documentos publicados antes del 2016.
- Documentos no disponibles en texto completo.

Etapa 3. Extracción de la evidencia

El **anexo 3** fue diseñado para registrar la información relevante de los 34 artículos incluidos, la extracción de datos fue realizada por uno de los revisores. El formulario, incluyó la siguiente información de los estudios individuales:

- Título.
- Autor.
- País.
- Año.



- Diseño de estudio.
- Revista.
- Tema.
- Población.

Etapa 4. Evaluación de la calidad de la evidencia

En el **anexo 5** se presentan los resultados de la evaluación de calidad de la evidencia. Los estudios fueron valorados en función del diseño metodológico, utilizando las siguientes herramientas:

- **RSL con o sin metaanálisis:** lista de verificación para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del *Joana Briggs Institute* (JBI) (21).
- **GPC:** *Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation* (AGREE II) (22).
- **Estudio de cohortes:** Newcastle – Ottawa (23).
- **Revisiones narrativas:** *Assessment of Narrative Review Article* (SANRA) (24).
- **Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi:** *Delphi Critical Appraisal Tool* (DCAT) (5).
- **Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi:** lista de chequeo para opinión de expertos del *Joana Briggs Institute* (JBI) (25).
- **Documentos técnicos de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales:** lista de chequeo para la evidencia textual/política del *Joana Briggs Institute* (JBI) (25).

De los 34 estudios incluidos, 7 fueron clasificados como de "baja calidad" o "no recomendados" (**anexo 5**). En consecuencia, estos estudios fueron excluidos de la síntesis de evidencia utilizada para la formulación de la propuesta de los indicadores.

Etapa 5. Síntesis de la evidencia

La distribución de los artículos incluidos según el tipo de estudio se presenta en la **tabla 4**. El 29,41% de las publicaciones incluidas fueron provenientes de Estados Unidos y el 11,76% de Inglaterra.

Tabla 4. Distribución de los artículos incluidos según el tipo de estudio

Tipo de estudio	n	%
Revisiones sistemáticas de la literatura	3	8,82
Guías de práctica clínica	11	32,35
Estudios de cohortes	6	17,65
Revisiones narrativas	3	8,82
Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi	3	8,82
Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi	6	17,65
Documentos técnicos de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales	2	5,88
Total	34	100,00

Fuente: elaboración CAC.

Las medidas reportadas en los artículos incluidos se presentan en la **tabla 5** y se clasificaron en los dominios de prevención, diagnóstico, tratamiento, oportunidad y seguimiento. Los dominios más frecuentes fueron el diagnóstico, con 23 artículos (67,65%), y tratamiento, con 17 artículos (50,00%).

Tabla 5. Mediciones reportadas en los artículos analizados

N°	Título	Autor/Organización	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
1	<i>Radiation therapy quality indicators for invasive breast cancer.</i>	Lara Best, et al. 2017		X	X		
2	<i>Quality indicators for breast cancer care: A systematic review.</i>	Marta Maes, et al. 2021		X	X		
3	<i>Breast Cancer Care Timeliness Framework: A Quality Framework for Cancer Control.</i>	Noor Mohd, et al. 2022				X	
4	<i>Quality indicators for the diagnosis and treatment of breast cancer integrated assistance: A critical appraisal.</i>	M. Maes Carballo, et al. 2024		X	X		
5	<i>EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update.</i>	European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). 2021		X	X	X	X
6	<i>Breast cancer screening in developing countries.</i>	René da Costa, et al. 2017		X		X	X
7	<i>Quality indicators for the diagnosis and surgical management of breast cancer in South Africa.</i>	Sarah Nietz, et al. 2020		X			X
8	<i>Identifying Breast Cancer Care Quality Measures for a Cancer Facility in Rural Sub-Saharan Africa: Results of a Systematic Literature Review and Modified Delphi Process.</i>	Lydia E. Pace, et al. 2020		X	X	X	X
9	<i>Global challenges and policy solutions in breast cancer control.</i>	Dario Trapani, et al. 2022		X	X	X	
10	<i>Evaluación de los tiempos de atención de cáncer en las principales localizaciones: colon-recto, pulmón, mama y próstata.</i>	Osteba - Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. 2016				X	
11	<i>Time to Treatment: Measuring Quality Breast Cancer Care.</i>	Amy C. Polverini, et al. 2016				X	
12	<i>Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: ASCO/CAP Guideline Update.</i>	American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists. 2020		X	X		
13	<i>The BHGI 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and Overview.</i>	Catherine Duggan, et al. 2018				X	
14	<i>European Society of Breast Cancer Specialists/Advanced Breast Cancer Global Alliance quality indicators for metastatic breast cancer care.</i>	European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). 2023		X	X		X
15	<i>The Lancet Breast Cancer Commission.</i>	Charlotte E Coles, et al. 2024	X	X	X		
16	<i>Evidence-based Guideline for the Early Detection, Diagnosis, Treatment and Follow-up of Breast Cancer.</i>	German Guideline Program in Oncology (GGPO). 2021	X	X			
17	<i>Optimizing the Timeliness of Surgical Therapy in Patients with Breast Cancer Undergoing Immediate Breast Reconstruction.</i>	Tyler Sbrocchi, et al. 2023				X	
18	<i>Timeliness of Treatment Initiation in Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer.</i>	Jinghui Dong, et al. 2019				X	
19	<i>Status of breast cancer in Latin American: Results of the breast cancer revealed initiative.</i>	Natalia Ayala, et al. 2023	X	X	X		
20	<i>Follow-Up Care for Early-Stage Breast Cancer.</i>	Cancer Care Alberta, et al. 2021		X			



Tabla 5. Mediciones reportadas en los artículos analizados (continuación)

N°	Título	Autor/Organización	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
21	<i>Treatment intervals and survival for women diagnosed with early breast cancer in Queensland: the Breast Cancer Outcomes Study, a population-based cohort study.</i>	Kou Kou, et al. 2023				X	
22	<i>4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4).</i>	F. Cardoso, et al. 2018		X	X		X
23	<i>Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update.</i>	Harold J. Burstein, et al. 2018			X		
24	<i>Advanced breast cancer: diagnosis and treatment (CG81).</i>	National Institute for Health and Care Excellence - NICE. 2017			X		X
25	<i>Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management (NG101).</i>	National Institute for Health and Care Excellence - NICE. 2024		X	X		X
26	<i>Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.</i>	S. Loibl, et al. 2023		X	X		X
27	<i>American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline.</i>	Carolyn D. Runowicz, et al. 2016		X			X
28	<i>Timing and Delays in Breast Cancer Evaluation and Treatment.</i>	Richard J. Bleicher, et al. 2018				X	
29	<i>BreastScreen Australia national data by factors of interest for risk-based screening: routinely reported data and opportunities for enhancement.</i>	Chelsea Carle, et al. 2022		X			
30	<i>Consolidated Standards for NHS Breast Screening Programme.</i>	England National Health Service (NHS). 2017		X			
31	<i>Palliative care for patients with incurable cancer.</i>	German Guideline Program in Oncology (GGPO). 2020					X
32	<i>Tumour profiling tests to guide adjuvant chemotherapy decisions in early breast cancer (DG58).</i>	National Institute for Health and Care Excellence - NICE. 2024		X			
33	<i>Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework.</i>	Organización Mundial de la Salud OMS. 2023		X	X	X	
34	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update.</i>	American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists. 2018		X	X		
Total			3	23	17	13	10

Fuente: elaboración CAC.

Paso 4: definición de los indicadores preliminares

En los artículos incluidos en la síntesis de evidencia se hallaron 36 indicadores potencialmente elegibles y aplicables al contexto nacional, los cuales fueron evaluados mediante los criterios de la metodología CREMAA, desarrollada por el Banco Mundial, y que se presenta en la **tabla 6**. Con esta técnica se priorizaron los indicadores hallados en la literatura que tuvieron un promedio superior a 4, lo que significa una puntuación estandarizada $\geq 75\%$ (**anexo 6**). Posteriormente, los indicadores fueron socializados con los expertos temáticos del GD, quienes, mediante consenso, excluyeron o ajustaron los indicadores de acuerdo con la realidad de la atención en las mujeres con cáncer de mama del país.

En este proceso se excluyeron 5 indicadores por ser operativamente imprecisos, presentar dificultades de medición o aportar un valor marginal mínimo, quedando así un total de 31 indicadores (**tabla 7**).

El único indicador establecido por consenso en 2016 que se excluyó en esta actualización fue la "Proporción de mujeres con cáncer de mama que cumplen criterios de seguimiento". Aunque se había previsto su evaluación futura, nunca se ha medido y, hasta la fecha, no es posible realizar dicha medición. Los expertos del GD señalaron que actualmente no existen los criterios estandarizados para guiar el seguimiento de las mujeres con cáncer de mama según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, ni sobre el profesional de salud que debería realizar la valoración, teniendo en cuenta la limitación de recursos humanos en el país. Por esta razón, se propuso, en su lugar, el indicador "Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado", que resulta más viable desde el punto de vista metodológico.

Tabla 6. Criterios de la metodología CREMAA

Acrónimo	Definición	Pregunta
C	Claro (preciso e inequívoco).	¿El indicador es suficientemente preciso para garantizar una medición objetiva?
R	Relevante (apropiado para el tema en cuestión).	¿El indicador es un reflejo lo más directo posible del objetivo?
E	Económico (disponible a un costo razonable).	¿El indicador es capaz de emplear un método práctico y asequible para la obtención de datos?
M	Medible (abierto a validación independiente).	¿Las variables del indicador están suficientemente definidas para asegurar que lo que se mide hoy es lo mismo que se va a medir en cualquier tiempo posterior, sin importar quien haga la medición?
A	Adecuado (ofrece una base suficiente para estimar el desempeño).	¿El indicador es suficientemente representativo del total de los resultados deseados y su comportamiento puede ser observado periódicamente?
A	Aportación marginal (aportes adicionales).	¿El indicador provee información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos?

Fuente: elaboración CAC.

La formulación de los indicadores preliminares se realizó a partir de tres alternativas posibles:

- Indicadores textuales identificados en la RSL.
- Modificación de los indicadores identificados en la RLS.
- Recomendaciones clave en la atención del cáncer de mama.

Por otra parte, se definieron los siguientes criterios para seleccionar los indicadores que se presentarían en la fase participativa con el PE:

- Indicadores del consenso 2016 con cambios y ajustes significativos en su operatividad.
- Nuevos indicadores identificados a través de la RSL.

En este ejercicio, 18 de los 31 indicadores quedaron elegidos para ser sometidos a votación por parte del PE (**tabla 7**).

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia

N°	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
1.1	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR.	Mujeres con cáncer de mama, que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan estadificación TNM válida.	Total de CNR con cáncer de mama y con tiempo de diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Proporción	Ninguna



Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

N°	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
1.2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en prevalentes.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan estadificación TNM válida.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama y con tiempo de diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Proporción	Ninguna
2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas <i>in situ</i> al momento del diagnóstico.	Mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> , que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan estadificación válida igual a 0.	Total de CNR con cáncer de mama y con tiempo de diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Proporción	Ninguna
3	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.	Mujeres con cáncer de mama temprano, que cumplan con las características contenidas en el denominador. Considerando tempranos a los estadios IA, IB, IIA.	Total de CNR con cáncer de mama, con tiempo de diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	Cáncer de mama temprano: estadios IA, IB, IIA.
4.1	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localmente avanzado en el momento del diagnóstico*.	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado, que cumplan con las características contenidas en el denominador, considerando como cáncer localmente avanzado a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con tiempo de diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	Cáncer de mama localmente avanzado: estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC. Tuvo cambios mayores por lo que será llevado a votación por el PE.
4.2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como metastásico en el momento del diagnóstico*.	Mujeres con cáncer de mama metastásico, que cumplan con las características contenidas en el denominador, considerando como cáncer metastásico el estadio IV.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con tiempo de diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	Cáncer de mama metastásico: estadio IV. Tuvo cambios mayores por lo que será llevado a votación por el PE.
5	Diagnóstico	Proporción de pacientes con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, que tengan fecha de cirugía dentro del periodo y fecha de histopatología válidas, en quienes la fecha de cirugía sea posterior al diagnóstico histopatológico. Se excluyen las pacientes cuya diferencia sea ≤ 0 .	Total de CNR con cáncer de mama, con tiempo de diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con fecha de cirugía en el periodo y fecha de histopatología válidas. Excluye cáncer metastásico.	Proporción	La diferencia entre la fecha del procedimiento quirúrgico y la fecha del informe histopatológico debe ser mayor a cero (> 0). El objetivo de este indicador es reducir el número de cirugías innecesarias. Las pacientes cuya diferencia entre estas fechas es igual a 0 son aquellas que recibieron su diagnóstico durante el procedimiento quirúrgico. Es fundamental que las pacientes no sean operadas sin antes haber sido adecuadamente estadificadas. Tener la diferencia en 0 o en un valor negativo, debe considerarse una mala práctica, que si ocurre debe justificarse (hallazgos incidentales).

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

#	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
6	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos y progesterona).	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que tengan resultado de receptores hormonales (estrógenos y progesterona).	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Incluye cáncer de mama <i>in situ</i> e invasivo.	Proporción	Incluye cáncer de mama <i>in situ</i> e invasivo.
7	Diagnóstico	Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2.	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan las características contenidas en el denominador y que además tengan resultado para HER2.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	No se condiciona a tener una fecha válida de realización de HER2, se calcula a partir de tener disponible el resultado. Excluye cáncer <i>in situ</i> (estadio 0).
7.1	Diagnóstico	Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2 y FISH*.	Mujeres con cáncer de mama invasivo, que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan resultados de HER2 ++ (indeterminado) y resultado de FISH.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultado de HER2++ (indeterminado). Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	No se condiciona a tener una fecha válida de realización de HER2 o FISH, se calcula a partir de tener disponible el resultado para las dos pruebas. Excluye cáncer <i>in situ</i> (estadio 0). Tuvo cambios mayores por lo que será llevado a votación por el PE.
8.1	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	Mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.	Total de CNR con cáncer de mama <i>in situ</i> , con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con tratamiento quirúrgico de fecha válida (incluye cirugía curativa y conservadora).	Proporción	Ninguna
8.2	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama localizado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama*.	Mujeres con cáncer de mama localizado, que cumplan las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.	Total de CNR con cáncer de mama localizado, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con estadificación IA, IB, IIA y con tratamiento quirúrgico de fecha válida (incluye cirugía curativa y conservadora).	Proporción	Cáncer de mama localizado: estadios IA, IB, IIA. Tuvo cambios mayores por lo que será llevado a votación por el PE.
8.3	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama*.	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con estadificación IIB, IIIA, IIIB, IIIC y con tratamiento quirúrgico de fecha válida (incluye cirugía curativa y conservadora). Excluye cáncer metastásico.	Proporción	Cáncer de mama localmente avanzado: estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC. Excluye cáncer de mama metastásico: estadio IV. Tuvo cambios mayores por lo que será llevado a votación por el PE.



Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

#	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
9	Tratamiento	Proporción de pacientes con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, con tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida y con fecha de radioterapia posterior a la fecha de la cirugía.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, y con tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida. Se excluye cáncer de mama metastásico.	Proporción	Excluye cáncer de mama metastásico: estadio IV.
10	Tratamiento	Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, con resultados hormonales positivos y con terapia con bloqueo hormonal.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultados hormonales positivos.	Proporción	Dejar nota en el instructivo de reporte: los medicamentos se estarán actualizando anualmente de acuerdo a disponibilidad en el país.
11	Tratamiento	Proporción de pacientes HER2 (+) con terapia anti - HER2.	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además reciban terapia anti - HER2.	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultado HER2 +++ por inmunohistoquímica o HER++ FISH positivo. Incluye cáncer metastásico. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	Incluye cáncer de mama metastásico: estadio IV. Condiciona la terapia antiHER2 a las mujeres con resultado HER2 +++ por inmunohistoquímica y HER ++ con FISH positivo. Dejar nota en el instructivo de reporte: los medicamentos se estarán actualizando anualmente de acuerdo a disponibilidad en el país.
12.1	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos*.	Mujeres con cáncer de mama metastásico que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan valoración por cuidados paliativos.	Total de CNR con cáncer de mama metastásico, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Proporción	Los cuidados paliativos deben formar parte de la atención integral de todas las mujeres con cáncer de mama desde las etapas iniciales de la enfermedad. Sin embargo, debido a limitaciones logísticas y a la reducida disponibilidad de especialistas en el país, el indicador se enfoca únicamente en el estadio metastásico de cáncer de mama (estadio IV). El soporte oncológico proporcionado por profesionales de la salud distintos al médico especialista en cuidados paliativos, como psicólogos, médicos generales o trabajadores sociales, entre otros, está indicado en estadios preliminares a la etapa avanzada del cáncer, donde se requiere un especialista en el campo.

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

#	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
12.2	Tratamiento	Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos*.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan valoración por cuidados paliativos.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Proporción	Los cuidados paliativos deben formar parte de la atención integral de todas las mujeres con cáncer de mama desde las etapas iniciales de la enfermedad. Sin embargo, debido a limitaciones logísticas y a la reducida disponibilidad de especialistas en el país, el indicador se enfoca únicamente en el estadio metastásico de cáncer de mama (estadio IV). El soporte oncológico proporcionado por profesionales de la salud distintos al médico especialista en cuidados paliativos, como psicólogos, médicos generales o trabajadores sociales, entre otros, está indicado en estadios preliminares a la etapa avanzada del cáncer, donde se requiere un especialista en el campo.
13	Oportunidad	Oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento).	Sumatoria de los días transcurridos entre la fecha de la mamografía (o la nota de remisión del médico o institución general hacia la institución que realizó el diagnóstico) y la fecha del primer tratamiento, en las mujeres que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva de fechas válidas. Incluye <i>cáncer in situ</i> .	Promedio de días	Dejar nota en el instructivo de reporte: en primera instancia, se considerará la fecha de realización de la mamografía. En caso de no estar disponible, se tomará la fecha de la nota de remisión del médico o de la institución general hacia la entidad que realizó el diagnóstico.
14	Oportunidad	Oportunidad de la atención en cáncer (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico y el primer tratamiento, en las mujeres con cáncer de mama y con oportunidad positiva de fechas válidas para el diagnóstico y el primer tratamiento.	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva y fechas válidas para el diagnóstico (incluye <i>in situ</i>).	Promedio de días	Para este indicador no aplica la definición de caso gestionable. Numerador: para las mujeres que no han iniciado tratamiento hasta la fecha de corte del periodo evaluado, se contabilizarán los días transcurridos desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha de corte. Denominador: se incluyen todas las mujeres con una fecha de diagnóstico válida, independientemente de si han iniciado tratamiento o no hasta la fecha de corte del periodo evaluado.



Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

#	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
15	Oportunidad	Oportunidad de la atención por el médico tratante (tiempo entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante).	Sumatoria de los días transcurridos entre el informe histopatológico válido y la atención por médico tratante, en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y con oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva de fechas válidas. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	No aplica definición de caso gestionable.
16	Oportunidad	Oportunidad de inicio del tratamiento (tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento).	Sumatoria de los días transcurridos entre la atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal, cuidado paliativo), en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que tengan oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva de fechas válidas. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	No aplica definición de caso gestionable.
17	Oportunidad	Oportunidad de inicio de terapia adyuvante (tiempo desde la cirugía hasta primer tratamiento postquirúrgico: quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal).	Sumatoria de los días transcurridos entre la cirugía hasta el primer tratamiento postquirúrgico (quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal), en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva de fechas válidas. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	No aplica definición de caso gestionable.
18.1	Resultado	Letalidad del cáncer de mama (estadios tempranos).	Mujeres con cáncer de mama que fallecieron durante el periodo (según el estadio: estadios tempranos).	Total de mujeres con cáncer de mama durante el periodo (según el estadio: tempranos).	Proporción	Este indicador no fue seleccionado por el consenso de 2016, sin embargo, la CAC lo presenta de forma informativa, debido a su importancia en el proceso de atención del cáncer. Se define incluirlo como indicador oficial en la actualización del consenso 2024.
18.2	Resultado	Letalidad del cáncer de mama (estadios avanzados).	Mujeres con cáncer de mama en estadios avanzados con muerte en el periodo.	Mujeres con cáncer de mama en estadios avanzados.	Proporción	Este indicador no fue seleccionado por el consenso de 2016, sin embargo, la CAC lo presenta de forma informativa, debido a su importancia en el proceso de atención del cáncer. Se define incluirlo como indicador oficial en la actualización del consenso 2024.

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

#	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
19	Resultado	Mortalidad general en mujeres con cáncer de mama.	Mujeres con cáncer de mama fallecidas por todas las causas durante el periodo.	Total de mujeres con cáncer de mama durante el periodo.	Proporción	Ninguna
20	Resultado	Supervivencia general a los 5 años.	Análisis de supervivencia - Método Kaplan Meier.			Ninguna
21	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama de 50 años o menos, en las que se realizó un panel multigénico*.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan fecha de diagnóstico válida y panel multigénico realizado.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con fecha de diagnóstico válida. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
22	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela antes del inicio del tratamiento*.	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además sean T2 o T3 o T4.	Total de CNR con de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y axila clínicamente negativa (N0). Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	Excluye cáncer de mama <i>in situ</i>: estadio 0. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
23	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical que fueron a radioterapia*.	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado ($\geq T3$ y/o $\geq N1$) y postmastectomía radical ($\geq p T3$ y/o $\geq p N1$), que fueron llevadas a radioterapia que cumplan con las características contenidas en el denominador.	Total de CNR con cáncer de mama localmente avanzado ($\geq T3$ y/o $\geq N1$) y postmastectomía radical ($\geq p T3$ y/o $\geq p N1$), con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer metastásico.	Proporción	Denominador: se excluye a las mujeres que hicieron respuesta patológica ganglionar completa individualizada. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
24	Oportunidad	Oportunidad de inicio del tratamiento quirúrgico posterior a la quimioterapia neoadyuvante: tiempo desde el último ciclo de neoadyuvancia con quimioterapia hasta la cirugía de control local o loco regional del cáncer*.	Sumatoria de los días transcurridos entre el último ciclo de quimioterapia neoadyuvante hasta el primer tratamiento quirúrgico local o loco regional, en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva de fechas válidas. Excluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	No aplica definición de caso gestionable. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.



Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

#	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
25	Oportunidad	Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de mama y la confirmación histopatológica*.	Sumatoria de los días transcurridos entre la mamografía (o la nota de remisión del médico o institución general), hasta la fecha de validación del resultado histopatológico por parte del médico patólogo, en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva de fechas válidas. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Promedio de días	El diagnóstico histopatológico es realizado por el médico patólogo. Numerador: en los casos de mujeres con diagnóstico clínico, es válida la atención por médico tratante como confirmación del diagnóstico. Dejar nota en el instructivo de reporte: en los casos en los que la paciente no haya accedido a tamizaje (mamografía) y haya consultado por síntomas (diagnóstico clínico), se debe reportar la fecha de remisión. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
26	Oportunidad	Oportunidad para la realización de FISH en CNR (Casos Nuevos Reportados) (tiempo transcurrido desde la fecha del resultado indeterminado de HER2 hasta la realización de FISH)*.	Sumatoria de los días transcurridos desde la fecha de realización de HER2 con resultado indeterminado (++) hasta la fecha de FISH en mujeres con cáncer de mama avanzado que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además presentan una oportunidad positiva de fechas válidas.	Total de CNR con cáncer de mama avanzado, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultado de HER2 indeterminado (++) Considerando como avanzados a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV.	Promedio de días	Cáncer de mama avanzado: estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
27	Seguimiento	Fragmentación de la atención en las mujeres prevalentes con cáncer de mama*.	Sumatoria del número de IPS en las que son atendidas las mujeres prevalentes con cáncer de mama, desde el diagnóstico hasta el inicio del último tratamiento, en las mujeres prevalentes con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva de fechas válidas. Incluye <i>in situ</i> .	Promedio de IPS	Medición anual y cada dos años. Calcularlo a partir de los códigos de habilitación. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
28	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama que iniciaron tratamiento con diagnóstico incompleto*.	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, con fecha válida de inicio de tratamiento y diagnóstico incompleto.	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con fecha válida de inicio de tratamiento. Incluye cáncer <i>in situ</i> .	Proporción	Numerador: diagnóstico completo, resultados de receptores hormonales (estrógenos y progesterona) y HER2. Se considera diagnóstico incompleto aquel que no incluye los tres resultados. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

#	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
29	Seguimiento	Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama que completan el esquema de quimioterapia prescrito*.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan fechas válidas para el inicio de tratamiento con quimioterapia y la finalización del último esquema.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Proporción	Actualmente la variable que se propone para calcular este indicador tiene el 96% de los datos reportados como comodín. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
30	Seguimiento	Calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama*.	Sumatoria de los puntajes del índice de calidad de vida (según la escala definida) de las mujeres prevalentes con cáncer de mama, que además cumplan con las características contenidas en el denominador.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Promedio	Se propone la escala FACIT Pal, la cual está validada en Colombia para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado. Está conformada por 14 ítems. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.
31	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado*.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan novedad administrativa de abandono respecto al periodo anterior.	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.	Proporción	El abandono se calcula a partir de la novedad administrativa. Indicador nuevo según la evidencia, por lo que será llevado a votación por el PE.

* Indicadores preliminares que fueron llevados a primera ronda de votación.

CNR: casos nuevos reportados.

Nota: los indicadores presentados en esta tabla corresponden a la propuesta inicial y han sido objeto de ajustes posteriores. La versión final puede consultarse en la tabla 1 o en la sección de resultados.

Fuente: elaboración CAC.

Paso 5: reunión de apertura

Con el objetivo de presentar los antecedentes del consenso de 2016 y la metodología para su actualización, el 21 de octubre de 2024 se realizó la reunión de apertura del PE de manera presencial en la ciudad de Bogotá, D. C. En este espacio se expusieron los 31 indicadores propuestos por el GD según la evidencia, destacando los 18 que serían dispuestos para votación por el PE.

Además, se explicó la dinámica de trabajo y las reglas generales para la votación. Posteriormente, se abrió un espacio para resolver las dudas de los panelistas, las cuales fueron atendidas por los miembros del GD, en el cual se debatieron e hicieron las siguientes aclaraciones:

- Se destacó la importancia de hablar de "Mujeres con Cáncer de Mama", en lugar de pacientes con cáncer de mama, ya que es un enfoque más humanizado, que reconoce su vida, experiencias y luchas más allá de la enfermedad.
- En relación con el indicador de cuidados paliativos en las mujeres con cáncer de mama metastásico, se destacó que el soporte oncológico proporcionado por profesionales de la salud, como psicólogos, médicos generales o trabajadores sociales, es adecuado en los estadios tempranos de la enfermedad. Sin embargo, en los estadios avanzados, como el IV, se requiere de la intervención de un especialista en cuidados paliativos para garantizar una atención integral y especializada.



- Se discutió un indicador relacionado con la cirugía reconstructiva. Sin embargo, se decidió no someterlo a votación, ya que se considera una medición blanda y multifactorial. Este indicador depende de algunos factores como la edad de las mujeres, sus comorbilidades y su elegibilidad para el procedimiento, además de estar influenciado por las preferencias individuales. Dada su naturaleza subjetiva, no se considera un indicador preciso ni adecuado para una validación independiente.
- La revisión sistemática de la literatura no identificó mediciones específicamente relacionadas con escalas para evaluar la salud mental en las mujeres con cáncer de mama. No obstante, el indicador de calidad de vida propuesto constituye un primer paso hacia la incorporación de este tipo de evaluaciones basadas en escalas dentro de la cohorte.
- En cuanto a la operatividad de los indicadores de oportunidad, las mujeres con resultados negativos continuarán siendo excluidas del denominador.
- Los panelistas no estuvieron de acuerdo con la escala propuesta para medir la calidad de vida (FACIT-pal). Por ello, se decidió incluir en el formulario virtual de votación un espacio para que las instituciones registren las escalas que utilizan, con el objetivo de identificar y adoptar la más frecuentemente aplicada.
- Además, se acordó ajustar la meta del indicador de oportunidad del diagnóstico según las recomendaciones de la OMS y la línea de base del país.

Paso 6: primera ronda virtual de votación del consenso

Todos los miembros del PE fueron invitados a participar en el proceso de votación mediante la herramienta Forms de Office 365®. La votación se llevó a cabo de forma virtual, garantizando el anonimato de las respuestas individuales a las preguntas de valoración de los indicadores, de modo que no pudieran ser atribuidas a ningún panelista en particular.

El formulario virtual incluyó los 18 indicadores definidos por el GD con base en la evidencia. Para cada indicador se plantearon dos preguntas: la primera evaluaba la pertinencia del indicador mediante una escala Likert de 1 a 9, donde 1 correspondía a "totalmente en desacuerdo" y 9 a "totalmente de acuerdo" (14). La segunda consistía en un espacio para registrar comentarios, preguntas, propuestas de ajustes o sugerencias de indicadores adicionales que se consideraran relevantes, acompañados de las referencias que los respaldaran.

Participantes y número de votos por sector en la primera ronda

Se enviaron 114 invitaciones, de las cuales 39 representantes de los distintos sectores emitieron su voto. El 48,72% de los delegados correspondía al sector del aseguramiento, el 33,33% a representantes clínicos de las IPS, y el 10,26% a sociedades científicas y expertos clínicos independientes (**tabla 8**).

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de participación en la primera ronda de votación según el sector

Sector	n	%
Aseguramiento	19	48,72
Prestación	13	33,33
Sociedades científicas y expertos clínicos independientes	4	10,26
Gobierno	2	5,13
Pacientes o cuidadores	1	2,56
Total	39	100,00

Fuente: elaboración CAC.

Resultados de la primera ronda de votación

Se calculó la mediana de votación para cada indicador de manera independiente en cada sector, generando un total de cinco votos (uno por sector). Posteriormente, a partir de las medianas sectoriales, se estimó la mediana global, que determinó la presencia o ausencia de consenso sobre cada indicador según los siguientes criterios:

- **Mediana de 7 a 9:** consenso a favor (el indicador debe ser incluido).
- **Mediana de 4 a 6:** sin consenso (no hay acuerdo sobre la inclusión del indicador).
- **Mediana de 1 a 3:** consenso en contra (el indicador no debe ser incluido).

Como resultado de la primera ronda, se alcanzó un consenso a favor de 18 indicadores. En la **tabla 9** se muestra la mediana de votación ponderada correspondiente a cada sector.

Tabla 9. Mediana de votación ponderada para cada uno de los sectores participantes

N°	Indicador	Aseguramiento	Prestación	Pacientes	Gobierno	Sociedades científicas	Mediana global
1	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localmente avanzado en el momento del diagnóstico.	8	9	9	8,5	8,5	9
2	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como metastásico en el momento del diagnóstico.	9	9	9	8,5	9	9
3	Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2 y FISH.	7	9	9	8,5	8,5	9
4	Proporción de mujeres con cáncer de mama de 50 años o menos, en las que se realizó un panel multigénico (CNR).	4	9	9	9	8	9
5	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela antes del inicio del tratamiento (CNR).	5	9	9	8,5	8	9
6	Proporción de mujeres con cáncer de mama localizado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	8	9	9	8,5	8,5	9
7	Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	7	9	9	8,5	5	9
8	Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos (CNR).	9	9	9	8,5	9	9
9	Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos.	8	9	9	8,5	9	9
10	Proporción de mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical que fueron a radioterapia (CNR).	8	9	9	8,5	8,5	9
11	Oportunidad de inicio del tratamiento quirúrgico posterior a la quimioterapia neoadyuvante: tiempo desde el último ciclo de neoadyuvancia con quimioterapia hasta la cirugía de control local o loco regional del cáncer.	7,5	9	S/D	9	8,5	9
12	Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de mama y la confirmación histopatológica.	9	9	9	8,5	9	9
13	Oportunidad para la realización de FISH: tiempo transcurrido desde la fecha del resultado indeterminado de HER2 hasta la realización de FISH.	7	9	9	8,5	8	9
14	Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado.	9	9	9	8	8	9
15	Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama que completan el esquema de quimioterapia prescrito.	7	9	9	9	8	9
16	Fragmentación de la atención en las mujeres prevalentes con cáncer de mama (promedio de IPS).	3	9	9	6	8	8
17	Proporción de mujeres con cáncer de mama que iniciaron tratamiento con diagnóstico incompleto (CNR).	5	9	9	8,5	9	9
18	Calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama.	3	9	9	6,5	7,5	8

CNR: casos nuevos reportados; **S/D:** sin dato.

Fuente: elaboración CAC.



Por otro lado, el PE propuso tres indicadores adicionales que fueron evaluados por el GD, pero se decidió no someterlos a una segunda ronda de votación. Los indicadores propuestos y las razones para su exclusión se detallan en la **tabla 10**.

Dado que en la primera ronda de votación todos los indicadores propuestos obtuvieron consenso a favor, no se llevaron a cabo más rondas.

Tabla 10. Indicadores adicionales propuestos por el PE y razones de su exclusión

Indicador	Justificación de exclusión
Pacientes diagnosticados con cáncer de mama que nunca iniciaron algún tratamiento oncológico.	Debido a la falta de bibliografía que respalde esta propuesta, no puede ser incluida desde el punto de vista metodológico.
Tamizaje a población en edad de riesgo, como estrategia para diagnosticar el cáncer de mama <i>in situ</i> o estadios tempranos.	El reporte establecido por la resolución no contempla la realización de pruebas de tamizaje en la población general, lo que impide contar con una fuente de información para su medición.
Pacientes con cáncer de mama en cualquier estadio con realización de tamización con mamografía durante los últimos 4 años de acuerdo a periodicidad establecida por el MSPS.	

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

Fuente: elaboración CAC.

Paso 7: reunión de cierre

Con el objetivo de socializar los resultados del consenso, se organizó una reunión presencial con los miembros del PE el jueves 19 de diciembre en Bogotá, D. C. Durante este encuentro, se brindó retroalimentación a los panelistas sobre los resultados de la primera y única ronda de votación, se presentaron los comentarios más frecuentes para cada uno de los 18 indicadores evaluados y se compartieron los ajustes y aclaraciones realizados en función de dichos comentarios. Además, se propiciaron discusiones adicionales que dieron lugar a algunas modificaciones.

Paso 8: consolidación de los resultados finales y elaboración del documento técnico.

Una vez concluida la ronda de votación y la reunión de cierre, se consolidaron los ajustes finales en las fichas técnicas de los indicadores, las cuales se detallan en la siguiente sección, y se preparó el presente informe técnico.

6. Resultados

A partir de la RSL y mediante un proceso participativo que involucró a todos los sectores, se establecieron los indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en mujeres con cáncer de mama dentro del marco del SGSSS en Colombia. A continuación, se presentan algunas precisiones clave para la adecuada interpretación de estos indicadores:

- Según lo establecido en la Resolución 0247 de 2014, la unidad de análisis en la cohorte de cáncer de mama corresponde al número de neoplasias reportadas. Por lo tanto, aunque los indicadores hacen referencia a las mujeres, su cálculo se basa en el total de neoplasias registradas en cada una. Por ejemplo, si una mujer presenta cáncer en ambas mamas, se contabilizarán dos neoplasias para el cálculo del indicador.
- La gestión se evalúa en todas las entidades que han brindado atención a mujeres con estas neoplasias. Por ejemplo, si una mujer recibe atención tanto de una EAPB como de una entidad de medicina preparada, ambos registros se incluyen para evaluar la gestión del riesgo de cada entidad.
- Algunos de estos indicadores se fundamentan en la definición de "caso gestionable", que corresponde a aquellas mujeres cuyo diagnóstico fue realizado con más de 60 días de antelación a la fecha de corte del periodo evaluado. Por lo tanto, las mujeres diagnosticadas durante los 60 días (≤ 60 días) previos a dicha fecha no se incluyen en el cálculo de estas mediciones. No obstante, en ciertos casos, la definición de "caso gestionable" no resulta aplicable, dado que es esencial medir desde el momento inicial del diagnóstico en las mujeres con cáncer de mama. Estas excepciones se especifican en la sección de observaciones de la ficha técnica.
- Los términos "cáncer de mama localizado" y "cáncer de mama localmente avanzado", utilizados en esta sección de resultados y en la **tabla 1**, corresponden al cáncer de mama invasivo en sus etapas tempranas y tardías, respectivamente.
- Los umbrales para la semaforización de los indicadores de línea de base serán definidos en un periodo de tres años posteriores a la publicación de este documento técnico.

A continuación, se presenta cada indicador clasificado según su dominio y operatividad, junto con las observaciones relevantes para su cálculo e interpretación.

1.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR

Justificación: una estadificación precisa es fundamental para orientar el tratamiento y proporciona información clave del pronóstico y la salud general de las pacientes. Este proceso se sustenta en las características clínicas, imágenes radiológicas y hallazgos quirúrgicos, lo que refleja la calidad e integralidad de la atención brindada (7). Además, la estadificación permite realizar comparaciones históricas al utilizar una terminología consistente y universal, facilitando el análisis y la evaluación de los resultados en diferentes contextos y periodos de tiempo (7).

Número	1.1
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama, que además tengan estadificación TNM válida.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.
Puntos de corte	$\geq 90\%$
	$\geq 80\%$ y $< 90\%$
	$< 80\%$
Observaciones	Ninguna



1.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en prevalentes

Justificación: una estadificación precisa es fundamental para orientar el tratamiento y proporciona la información clave con respecto al pronóstico y la salud general de las pacientes. Este proceso se sustenta en características clínicas, imágenes radiológicas y los hallazgos quirúrgicos, lo que refleja la calidad e integridad de la atención brindada (7). Además, la estadificación permite realizar las comparaciones históricas al utilizar una terminología consistente y universal, facilitando el análisis y la evaluación de los resultados en diferentes contextos y periodos de tiempo (7).

Número	1.2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en prevalentes.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Numerador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, que además tengan estadificación TNM válida.
Denominador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.
Puntos de corte	≥ 90%
	≥ 80% y < 90%
	< 80%
Observaciones	Ninguna

2. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas *in situ* al momento del diagnóstico

Justificación: la identificación del carcinoma *in situ*, especialmente aquellos de alto grado, es fundamental, ya que su detección temprana permite intervenir antes de que el cáncer evolucione hacia una forma invasiva y más agresiva (26,27). Además, representa un indicador clave para medir la eficacia de los programas de tamización y detección del cáncer de mama.

Número	2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas <i>in situ</i> al momento del diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres detectadas con cáncer de mama <i>in situ</i> al momento del diagnóstico.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.
Puntos de corte	≥ 12%
	≥ 6 y < 12%
	< 6%
Observaciones	Se considera como cáncer <i>in situ</i> al estadio 0 (cero).

3. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localizado al momento del diagnóstico

Justificación: diferentes países que han logrado reducciones sostenidas en la mortalidad por cáncer de mama en los últimos años tienen al menos el 60% de sus casos diagnosticados en las etapas I y II (28). Una alta proporción de diagnósticos en las etapas tempranas refleja la capacidad del sistema de salud para detectar el cáncer de mama de manera oportuna, ya sea a través de la tamización o de la detección temprana de síntomas (7).

Número	3
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localizado al momento del diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres detectadas con carcinoma localizado al momento del diagnóstico.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≥ 60%
	≥ 52 y < 60%
	< 52%
Observaciones	Se considera como cáncer localizado a los estadios IA, IB y IIA.

4.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localmente avanzado en el momento del diagnóstico

Justificación: los retrasos entre la identificación de los síntomas y el inicio del tratamiento están estrechamente vinculados con un mayor riesgo de diagnóstico en las etapas avanzadas de la enfermedad, lo que a su vez se asocia con una reducción en la supervivencia (7). Por el contrario, las tasas de supervivencia del cáncer de mama aumentan cuando se reducen los diagnósticos en etapas avanzadas y un mayor número de mujeres accede a tratamiento en las etapas tempranas (7). Este indicador permite evaluar la eficacia de las estrategias de prevención, detección temprana y acceso oportuno al tratamiento.

Número	4.1
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localmente avanzado en el momento del diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se considera como cáncer localmente avanzado a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC.



4.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como metastásico en el momento del diagnóstico

Justificación: los retrasos entre la identificación de los síntomas y el inicio del tratamiento están estrechamente vinculados con un mayor riesgo de diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que a su vez se asocia con una reducción en la supervivencia (7). Por el contrario, las tasas de supervivencia del cáncer de mama aumentan cuando se reducen los diagnósticos en etapas avanzadas y un mayor número de mujeres accede al tratamiento en las etapas tempranas (7). Este indicador permite evaluar la eficacia de las estrategias de prevención, detección temprana y acceso oportuno al tratamiento.

Número	4.2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como metastásico en el momento del diagnóstico.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama metastásico.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se considera como cáncer metastásico el estadio IV.

5. Proporción de mujeres con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía

Justificación: la confirmación del diagnóstico histopatológico antes de la cirugía es fundamental para garantizar una planificación quirúrgica adecuada (7). Además, ayuda a reducir el número de cirugías innecesarias, como las biopsias quirúrgicas abiertas que, en muchos casos, resultan en hallazgos benignos, lo cual representa algunos riesgos adicionales para las pacientes y un uso ineficiente de los recursos del sistema de salud (29).

Número	5
Nombre	Proporción de mujeres con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama, que tengan fecha de cirugía dentro del periodo y fecha de histopatología válidas, en quienes la fecha de cirugía sea posterior al diagnóstico histopatológico. (Se excluyen las pacientes cuya diferencia sea ≤ 0).
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, que además tengan fecha de cirugía en el periodo y fecha de histopatología válidas. Excluye cáncer metastásico.
Puntos de corte	$\geq 90\%$
	$\geq 70\%$ y $< 90\%$
	$< 70\%$
Observaciones	Cuando la diferencia entre la fecha del procedimiento quirúrgico y la fecha del informe histopatológico es igual a 0 o negativa, debe considerarse una práctica inadecuada, que solo debe justificarse en casos excepcionales, como hallazgos incidentales. Estos casos entran al denominador.

6. Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos/progesterona)

Justificación: la evaluación del estado de los receptores hormonales de estrógeno (ER) y progesterona (PR) es fundamental para guiar el manejo terapéutico en las pacientes con cáncer de mama (30). La determinación de estos biomarcadores permite identificar la probabilidad de respuesta a la terapia endocrina, optimizando así las decisiones clínicas y mejorando los resultados para las pacientes (31). Este indicador refleja la calidad y la integralidad en el proceso diagnóstico, así como en la planificación del tratamiento.

Número	6
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos/progesterona).
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que tengan resultado de receptores hormonales (estrógenos y progesterona).
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Incluye cáncer de mama <i>in situ</i> e invasivo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 75 y < 95%
	< 75%
Observaciones	Ninguna

7. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2

Justificación: la determinación del estado de HER2 en las mujeres con cáncer de mama invasivo es crucial para guiar el tratamiento terapéutico y personalizar el manejo de la enfermedad. El análisis de HER2 permite identificar los tumores con amplificación génica o sobreexpresión de la proteína HER2, lo que es fundamental para predecir la respuesta a las terapias dirigidas contra HER2 (32,33). Este indicador refleja tanto la precisión y la exhaustividad del proceso diagnóstico como la efectividad en la planificación del tratamiento.

Número	7
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan las características contenidas en el denominador y que además tengan resultado de inmunohistoquímica para HER2.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 75 y < 95%
	< 75%
Observaciones	No se condiciona a tener una fecha válida de realización de HER2, se calcula a partir de tener disponible el resultado.



7.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y una prueba de hibridación *in situ* (ISH)

Justificación: la prueba ISH es fundamental para evitar diagnósticos erróneos o decisiones terapéuticas inapropiadas en casos donde los resultados de la inmunohistoquímica (IHC) son inciertos o equivocados (IHC ++) (32). Al proporcionar una evaluación precisa de la amplificación genética de HER2, la prueba ISH asegura que las pacientes reciban un tratamiento adecuado y personalizado, basado en una comprensión más completa de la biología de su tumor (32). Esto es crucial para optimizar las estrategias terapéuticas y mejorar los resultados clínicos.

Número	7.1
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y una prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH).
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama invasivo, que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan resultado para prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH).
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultado para HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++). Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	- Se permite cualquiera de estas técnicas validadas para hibridación <i>in situ</i>: CISH-DISH-FISH. - No se condiciona a tener una fecha válida de realización de prueba HER2 e hibridación <i>in situ</i>, se calcula a partir de tener disponible el resultado para las dos pruebas.

8.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama *in situ* a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama

Justificación: las técnicas de cirugía conservadora de la mama han evolucionado, optimizando los resultados quirúrgicos y contribuyendo a evitar mastectomías innecesarias, las cuales están asociadas con mayores tasas de complicaciones, una recuperación postoperatoria más prolongada y un impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes (34). Promover la cirugía conservadora de la mama, siempre que sea clínicamente viable, es esencial para garantizar un manejo quirúrgico eficaz y preservar el bienestar físico y emocional de las pacientes.

Número	8.1
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador con fecha válida.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama <i>in situ</i> , con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con tratamiento quirúrgico con fecha válida (incluye cirugía de la mama curativa o conservadora).
Puntos de corte	≥ 90% ≥ 70 y < 90% < 70%
Observaciones	Se considera como cáncer <i>in situ</i> al estadio 0 (cero).

8.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama localizado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama

Justificación: las técnicas de cirugía conservadora de la mama han evolucionado, optimizando los resultados quirúrgicos y contribuyendo a evitar mastectomías innecesarias, las cuales están asociadas con mayores tasas de complicaciones, una recuperación postoperatoria más prolongada y un impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes (34). Promover la cirugía conservadora de la mama, siempre que sea clínicamente viable, es esencial para garantizar un manejo quirúrgico eficaz y preservar el bienestar físico y emocional de las pacientes.

Número	8.2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama localizado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama localizado (estadios tempranos), que cumplan las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama localizado, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con tratamiento quirúrgico de fecha válida (incluye cirugía de la mama curativa o conservadora).
Puntos de corte	Línea de base.
Observaciones	Se considera como cáncer de mama localizado a los estadios IA, IB, IIA.

8.3. Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama

Justificación: en el manejo del cáncer de mama localmente avanzado, la evaluación por un equipo multidisciplinario permite ofrecer tratamiento neoadyuvante seguido de cirugía conservadora de mama, lo cual se considera una buena práctica clínica. Este enfoque no solo optimiza los resultados oncológicos, sino que también mejora la calidad de vida de las pacientes en comparación con la mastectomía, al asociarse con menores tasas de complicaciones, menor duración de la estancia hospitalaria, recuperación más rápida y mejor percepción de la imagen corporal (34). Este indicador sirve como línea de base para evaluar la implementación de un abordaje integral y multidisciplinario, especialmente en instituciones donde la mastectomía sigue siendo el tratamiento oncológico predominante.

Número	8.3
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además recibieron tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama localmente avanzado, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con tratamiento quirúrgico de fecha válida (incluye cirugía de la mama curativa o conservadora).
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se considera cáncer localmente avanzado a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC.



9. Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama

Justificación: la evidencia sugiere que, en casos de cáncer de mama en etapa temprana, las mujeres que se someten a cirugía conservadora de mama combinada con radioterapia adyuvante tienen una supervivencia superior en comparación con aquellas en las que se opta por la mastectomía (35). Por otro lado, las técnicas de cirugía conservadora de mama han experimentado avances significativos, lo que ha permitido optimizar los resultados quirúrgicos en comparación con la mastectomía (7).

Número	9
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, con tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida y con fecha de radioterapia posterior a la fecha de la cirugía.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, y con tratamiento quirúrgico conservador de fecha válida.
Puntos de corte	≥ 90%
	≥ 70 y < 90%
	< 70%
Observaciones	Se excluye cáncer de mama metastásico (estadio IV).

10. Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento

Justificación: la terapia endocrina constituye un pilar fundamental en el manejo de pacientes con cáncer de mama que presentan receptores hormonales positivos (HR +). Su implementación ha demostrado un impacto significativo en la supervivencia libre de recurrencia (RFS, por sus siglas en inglés) y en la supervivencia global (29,36). Este beneficio es atribuible a su capacidad para inhibir el estímulo hormonal que promueve el crecimiento tumoral en este subtipo de cáncer de mama (29,37).

Número	10
Nombre	Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador, con resultados hormonales positivos y con terapia con bloqueo hormonal.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultados hormonales positivos.
Puntos de corte	≥ 90%
	≥ 80 y < 90%
	< 80%
Observaciones	Se consideran terapia hormonal los siguientes principios activos: tamoxifeno, anastrozol, letrozol, exemestano, goserelina o acetato de leuporelina. Este listado se actualizará cada periodo en el manual de auditoría según la disponibilidad de nuevas terapias hormonales aprobadas en el país.

11. Proporción de mujeres con resultado positivo para HER2 en inmunohistoquímica que reciben terapia anti - HER2

Justificación: la terapia dirigida contra HER2 es el enfoque estándar para el tratamiento de pacientes con resultados positivos en la prueba de HER2, siempre que no se observen discrepancias histopatológicas evidentes y la intervención sea clínicamente adecuada (32,38). En aquellas situaciones en las que el oncólogo o el patólogo identifiquen una posible discordancia histopatológica tras la prueba inicial, es esencial considerar la realización de estudios adicionales antes de decidir la estrategia terapéutica (32).

Número	11
Nombre	Proporción de mujeres con resultado positivo para HER2 en inmunohistoquímica que reciben terapia anti - HER2.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además reciban terapia anti - HER2.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, que presentan un resultado de HER2 positivo (inmunohistoquímica +++ o HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH) positiva.
Puntos de corte	≥ 90%
	≥ 54,1 y < 90%
	< 54,1%
Observaciones	- Se permite cualquiera de estas técnicas validadas para hibridación <i>in situ</i>: CISH-DISH-FISH. - Se consideran terapia anti - HER2 los siguientes principios activos: trastuzumab, trastuzumab-emtansine, lapatinib, pertuzumab. Este listado se actualizará cada periodo en el manual de auditoría según la disponibilidad de nuevas terapias anti - HER2 aprobadas en el país.

12.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos en CNR

Justificación: los servicios de cuidados paliativos minimizan el impacto adverso tanto de la enfermedad como del tratamiento, abarcando el apoyo físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes a lo largo del continuum de la enfermedad. Los cuidados paliativos son apropiados en cualquier edad y en cualquier etapa del cuidado del cáncer de mama, y pueden ser proporcionados junto con el tratamiento curativo y de prolongación de la vida (7,38,39).

Se destaca la importancia de brindar la atención por cuidados paliativos en todas las etapas del cáncer de mama, tanto en los estadios tempranos como en los avanzados. Este indicador, sin embargo, tiene como propósito principal establecer una línea de base que permita evaluar la disponibilidad y la calidad de los cuidados paliativos en el país, con especial énfasis en las mujeres con cáncer de mama metastásico. Además, busca determinar si se cumplen los estándares mínimos necesarios para garantizar una atención adecuada en esta población, tomando en cuenta los recursos disponibles, particularmente la cantidad de médicos especialistas en cuidados paliativos.



Número	12.1
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos en CNR.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama metastásico que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan valoración por médico especialista en cuidados paliativos.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama metastásico, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se considera como cáncer metastásico el estadio IV.

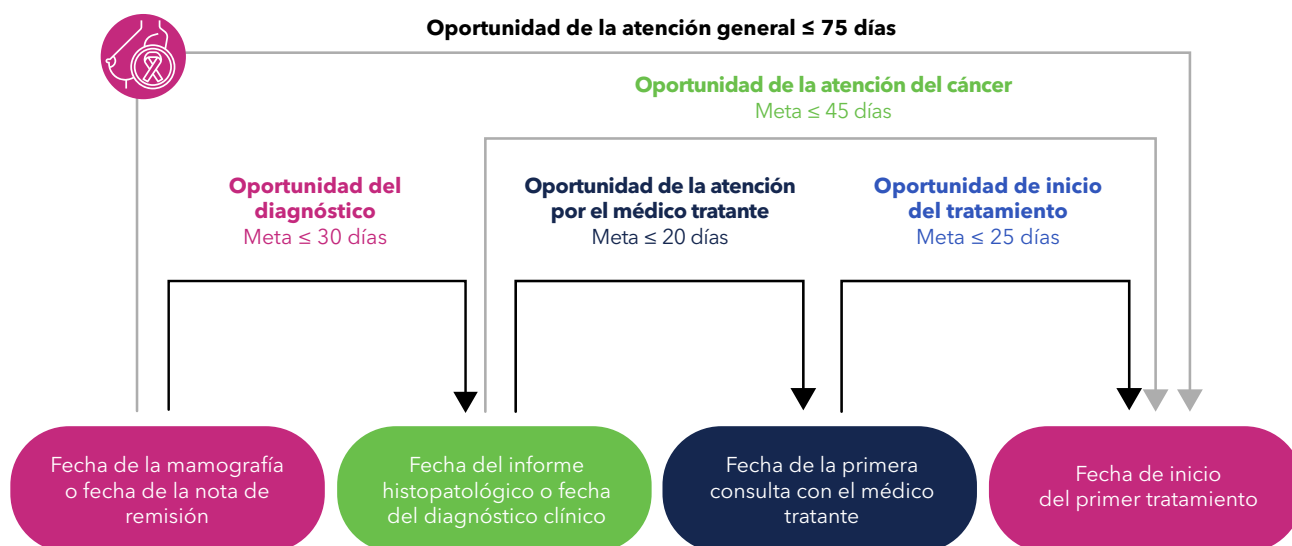
12.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos en prevalentes

Justificación: los servicios de cuidados paliativos minimizan el impacto adverso tanto de la enfermedad como del tratamiento, abarcando el apoyo físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes a lo largo del continuum de la enfermedad. Los cuidados paliativos son apropiados en cualquier edad y en cualquier etapa del cuidado del cáncer de mama, y pueden ser proporcionados junto con el tratamiento curativo y de prolongación de la vida (7,38,39).

Se destaca la importancia de brindar la atención por cuidados paliativos en todas las etapas del cáncer de mama, tanto en los estadios tempranos como en los avanzados. Este indicador, sin embargo, tiene como propósito principal establecer una línea de base que permita evaluar la disponibilidad y la calidad de los cuidados paliativos en el país, con especial énfasis en las mujeres con cáncer de mama metastásico. Además, busca determinar si se cumplen los estándares mínimos necesarios para garantizar una atención adecuada en esta población, tomando en cuenta los recursos disponibles, particularmente la cantidad de médicos especialistas en cuidados paliativos.

Número	12.2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos en prevalentes.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Numerador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan valoración por cuidados paliativos durante el periodo.
Denominador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se considera como cáncer metastásico el estadio IV.

Figura 1. Marco de los indicadores de oportunidad de la atención en cáncer de mama



Fuente: elaboración CAC.

13. Oportunidad de la atención general: tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento

Justificación: diversos estudios han demostrado que iniciar el tratamiento dentro los tres meses posteriores al inicio de los síntomas es fundamental, ya que las demoras mayores a este periodo se asocian con una disminución significativa en las tasas de supervivencia (40). Este indicador representa una medida global de la eficiencia del proceso de atención, abarcando las etapas desde la sospecha o inicio de síntomas, el diagnóstico, la estadificación y la definición de la estrategia terapéutica, hasta el comienzo del tratamiento (7,41). Su implementación permite identificar posibles retrasos y promover mejoras en la atención integral y oportuna de las mujeres con cáncer de mama.

Número	13
Nombre	Oportunidad de la atención general: tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos entre la fecha de la mamografía (o, en su defecto, la nota de remisión emitida por el médico o la institución que derivó el caso a la entidad encargada del diagnóstico) y la fecha de inicio del primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 75 días ≤ 90 y > 75 días > 90 días
Observaciones	Numerador: si no se dispone de la fecha de inicio del tratamiento, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de la mamografía o de la nota de remisión hasta la fecha de corte del periodo evaluado.



14. Oportunidad de la atención en cáncer: tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento

Justificación: la efectividad de las terapias contra el cáncer de mama depende críticamente de iniciar el tratamiento durante los primeros tres meses posteriores al diagnóstico, periodo en el cual las intervenciones ofrecen las mayores posibilidades de controlar la enfermedad y mejorar los resultados clínicos (7,42). Las estrategias terapéuticas incluyen la cirugía, la radioterapia y los tratamientos sistémicos, que deben ser administrados de manera oportuna y según las guías basadas en la mejor evidencia científica disponible (7). Este indicador es esencial para monitorear y optimizar la calidad y la oportunidad de la atención oncológica.

Número	14
Nombre	Oportunidad de la atención en cáncer: tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento en mujeres con cáncer de mama, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 45 días
	≤ 60 y > 45 días
	> 60 días
Observaciones	Numerador: si no se dispone de la fecha de inicio del tratamiento, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha de corte del periodo evaluado.

15. Oportunidad de la atención por el médico tratante: tiempo entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante

Justificación: la medición de intervalos de tiempo más específicos en el proceso de atención, permite evaluar como las barreras organizativas y estructurales afectan la oportunidad en la atención de las mujeres con cáncer de mama (7). Además, facilita la identificación de las áreas críticas en las que es necesario mejorar la integración y la coordinación entre los distintos niveles de atención, con el objetivo de reducir los retrasos que pueden influir negativamente en la supervivencia y calidad de vida de las mujeres con esta enfermedad (43).

Número	15
Nombre	Oportunidad de la atención por el médico tratante: tiempo entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos entre la fecha de un informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 20 días
	≤ 35 y > 20 días
	> 35 días
Observaciones	- Para este indicador no aplica la definición de caso gestionable. Numerador: si no se dispone de la fecha de atención por el médico tratante, se considerarán los días transcurridos desde la fecha del informe histopatológico hasta la fecha de corte del periodo evaluado.

16. Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento

Justificación: la medición de los intervalos de tiempo más específicos en el proceso de atención permite evaluar como las barreras organizativas y estructurales afectan la oportunidad en la atención de las mujeres con cáncer de mama (7). Además, facilita la identificación de aquellas áreas críticas en las que es necesario mejorar la integración y la coordinación entre los distintos niveles de atención, con el objetivo de reducir los retrasos que pueden influir negativamente en la supervivencia y en la calidad de vida de las mujeres con esta enfermedad (43).

Número	16
Nombre	Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos entre la consulta con el médico tratante y el inicio del primer tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal o cuidado paliativo) en mujeres con cáncer de mama, que cumplan con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama y con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 25 días
	≤ 40 y > 25 días
	> 40 días
Observaciones	Numerador: si no se dispone de la fecha del primer tratamiento, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de atención por el médico tratante hasta la fecha de corte del periodo evaluado.

17. Oportunidad de inicio de terapia adyuvante: tiempo desde la cirugía hasta primer tratamiento postquirúrgico (quimioterapia/ radioterapia/bloqueo hormonal)

Justificación: el inicio oportuno de la terapia adyuvante después de la cirugía es fundamental para mejorar la supervivencia global y libre de la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama (29,42). Los retrasos en el inicio de la quimioterapia adyuvante están asociados con un mayor riesgo de recurrencia y peores resultados clínicos (29). De manera similar, el inicio tardío de la radioterapia puede impactar negativamente en el control loco regional del tumor (29).

Número	17
Nombre	Oportunidad de inicio de terapia adyuvante: tiempo desde la cirugía hasta primer tratamiento postquirúrgico (quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal).
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos desde la cirugía hasta el inicio del primer tratamiento postquirúrgico (quimioterapia, radioterapia o bloqueo hormonal) en mujeres con cáncer de mama, que cumplan con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, que hayan recibido como primer tratamiento una cirugía de la mama y que además tengan oportunidad positiva. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 42 días
	≤ 56 y > 42 días
	> 56 días
Observaciones	Numerador: si no se dispone de la fecha del primer tratamiento postquirúrgico, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de la cirugía hasta la fecha de corte del periodo evaluado.



18.1. Letalidad de cáncer de mama (estadios tempranos)

Justificación: este indicador de severidad de la enfermedad es fundamental para monitorear la efectividad de las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, evidenciando que una gestión adecuada debe reflejarse en una menor letalidad en los estadios tempranos en comparación con los avanzados. Su monitoreo ayuda a identificar fallos en el sistema de atención y proporciona una base para tomar decisiones informadas para mejorar la gestión de la enfermedad y reducir su carga en la población.

Número	18.1
Nombre	Letalidad de cáncer de mama (estadios tempranos).
Dominio	Resultado
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Total de mujeres con cáncer de mama.
Numerador	Mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos que fallecieron durante el periodo.
Denominador	Total de mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos durante el periodo.
Puntos de corte	$\leq 1,3\%$
	≤ 2 y $> 1,3\%$
	$> 2\%$
Observaciones	- Numerador/denominador*100. - Se consideran como tempranos a los estadios IA, IB, IIA.

18.2. Letalidad de cáncer de mama (estadios avanzados)

Justificación: este indicador de severidad de la enfermedad es fundamental para monitorear la efectividad de las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, evidenciando que una gestión adecuada debe reflejarse en una menor letalidad en los estadios tempranos en comparación con los avanzados. Su monitoreo ayuda a identificar fallos en el sistema de atención y proporciona una base para tomar decisiones informadas para mejorar la gestión de la enfermedad y reducir su carga en la población.

Número	18.2
Nombre	Letalidad de cáncer de mama (estadios avanzados).
Dominio	Resultado
Unidad	Proporción
Periodicidad	Anual
Población	Total de mujeres con cáncer de mama.
Numerador	Mujeres con cáncer de mama en estadios avanzados que fallecieron durante el periodo.
Denominador	Total de mujeres con cáncer de mama en estadios avanzados durante el periodo.
Puntos de corte	$\leq 4,4\%$
	≤ 5 y $> 4,4\%$
	$> 5\%$
Observaciones	- Numerador/denominador*100. - Se consideran como avanzados a los estadios, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV.

19. Mortalidad general en mujeres con cáncer de mama

Justificación: la mortalidad general en las mujeres con cáncer de mama es un indicador fundamental para medir el impacto de la enfermedad y la efectividad de las intervenciones de salud pública en todas las etapas del proceso de atención, desde la prevención hasta el tratamiento. Este indicador refleja los avances en el diagnóstico precoz y los tratamientos, así como las áreas que requieren algunas mejoras en la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud (7).

Número	19
Nombre	Mortalidad general en mujeres con cáncer de mama.
Dominio	Resultado
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Total de mujeres con cáncer de mama durante el periodo.
Numerador	Mujeres con cáncer de mama fallecidas por todas las causas durante el periodo.
Denominador	Total de mujeres con cáncer de mama durante el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	- Los fallecimientos se validan de acuerdo a las novedades administrativas informadas por las entidades, con la fuente oficial del MSPS y la Registraduría Nacional del Estado Civil. - Numerador/denominador*1.000.

20. Supervivencia general a los 5 años

Justificación: cuando se habla de la supervivencia general a los 5 años, se busca calcular el porcentaje de las mujeres con cáncer de mama que permanecen vivas cinco años después de haber sido diagnosticadas. Este indicador refleja la capacidad de un sistema de salud para tratar a las mujeres con cáncer de mama y reducir el impacto global de la enfermedad.

Número	20
Nombre	Supervivencia general a los 5 años.
Dominio	Resultado
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Cada 5 años
Población	Total de mujeres con cáncer de mama.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Tiempo al evento: tiempo entre la fecha del diagnóstico y la fecha de muerte. Evento estudiado: Muerte: Sí - No. - Calculado por estadio al momento del diagnóstico. * Análisis de supervivencia - Método Kaplan Meier.



21. Proporción de mujeres con cáncer de mama de 50 años o menos, en las que se realizó un panel multigénico en CNR

Justificación: la realización del panel multigénico permite detectar a las pacientes que presentan mutaciones en genes vinculados a un mayor riesgo de cáncer de mama, lo cual puede influir en las decisiones sobre los tratamientos específicos, como el uso de terapias dirigidas, y en la evaluación del riesgo para sus familiares (29,44,45). Este enfoque personalizado favorece la mejora de los resultados en términos de supervivencia y calidad de vida, mientras optimiza la prevención y el manejo adecuado de la enfermedad.

Número	21
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama de 50 años o menos, en las que se realizó un panel multigénico en CNR.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama que cumplan las características contenidas en el denominador, y que además cuenten con una fecha de diagnóstico válida y un panel multigénico realizado.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con fecha de diagnóstico válida. Incluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≥ 90%
	≥ 70 y < 90%
	< 70%
Observaciones	El panel multigénico debe incluir los genes BRCA1 y BRCA 2.

22. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela antes del inicio del tratamiento

Justificación: el estado axilar es crucial para el pronóstico y las decisiones terapéuticas en cáncer de mama. La biopsia del ganglio centinela es el estándar para la estadificación axilar en las pacientes sin evidencia clínica de enfermedad nodal. Comparada con la linfadenectomía, la biopsia de ganglio centinela ofrece resultados oncológicos similares, pero con menor morbilidad, menor linfedema y mejor calidad de vida para las pacientes (29,31). Este indicador permite evaluar la tendencia del manejo clínico quirúrgico de la axila en las mujeres con cáncer de mama invasivo en el país.

Número	22
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama invasivo que se sometieron a biopsia del ganglio centinela antes del inicio del tratamiento y que además cumplan con las características contenidas en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado que tengan axila clínicamente negativa (N0) y que además sean T1, T2 o T3. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 90 y < 95%
	< 90%
Observaciones	Se considera como cáncer de mama invasivo a los estadios diferentes (≠) de cero.

23. proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado y mastectomía radical que fueron a radioterapia

Justificación: la radioterapia postmastectomía es una intervención esencial en el manejo del cáncer de mama localmente avanzado, especialmente en las pacientes con características de alto riesgo, como ganglios linfáticos positivos. Reduciendo significativamente el riesgo de recurrencia y la mortalidad por cáncer de mama, mejorando la supervivencia y los resultados oncológicos (29). Este indicador evalúa la calidad de la atención garantizando el acceso a este tratamiento esencial.

Número	23
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado y mastectomía radical que fueron a radioterapia.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama localmente avanzado ($\geq T3$ y/o $\geq N1$) y postmastectomía radical ($\geq p T3$ y/o $\geq p N1$), que fueron llevadas a radioterapia y cumplen con las características contenidas en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama localmente avanzado ($\geq T3$ y/o $\geq N1$) y postmastectomía radical ($\geq p T3$ y/o $\geq p N1$), con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado.
Puntos de corte	$\geq 95\%$
	≥ 90 y $< 95\%$
	$< 90\%$
Observaciones	- Se considera como cáncer localmente avanzado a los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC. - Excluye cáncer metastásico y a las mujeres que hicieron respuesta patológica ganglionar completa individualizada.

24. Oportunidad de inicio del tratamiento quirúrgico posterior a la quimioterapia neoadyuvante: tiempo desde el último ciclo de neoadyuvancia con quimioterapia hasta la cirugía de control local o loco regional del cáncer

Justificación: el tiempo entre la finalización de la quimioterapia neoadyuvante y la cirugía es crucial para optimizar los resultados oncológicos. La evidencia clínica muestra que los retrasos prolongados están asociados con un mayor riesgo de progresión tumoral y peor pronóstico (42). Las tasas de positividad ganglionar aumentan un 5,3% en las pacientes operadas después de 12 semanas, en comparación con aquellas intervenidas durante las primeras 4 semanas tras la quimioterapia, por otro lado, se ha observado crecimiento tumoral en el 12% de los casos cuando el intervalo es de 61 a 120 días y en el 17% cuando supera los 120 días (29). Este indicador es clave para evaluar la calidad y la oportunidad del manejo integrado del cáncer de mama.

Número	24
Nombre	Oportunidad de inicio del tratamiento quirúrgico posterior a la quimioterapia neoadyuvante: tiempo desde el último ciclo de neoadyuvancia con quimioterapia hasta la cirugía de control local o loco regional del cáncer.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos entre el último ciclo de quimioterapia neoadyuvante hasta el primer tratamiento quirúrgico local o loco regional, en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan oportunidad positiva de fechas válidas.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y con oportunidad positiva de fechas válidas. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 42 días
	> 42 y ≤ 56 días
	> 56 días
Observaciones	Numerador: si no se dispone de la fecha del primer tratamiento quirúrgico, se considerarán los días transcurridos desde el último ciclo de quimioterapia neoadyuvante hasta la fecha de corte del periodo evaluado.



25. Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de mama y la confirmación histopatológica

Justificación: la detección clínica temprana del cáncer de mama es fundamental para mejorar los resultados oncológicos. La progresión de los cánceres de mama varía según su biología subyacente; algunos tumores pueden avanzar rápidamente si no se interviene a tiempo. Por ello, es esencial que los sistemas de salud dispongan de los recursos necesarios para distinguir de manera eficiente y precisa entre los hallazgos mamarios benignos y malignos, asegurando que las pacientes reciban el diagnóstico y el manejo adecuado en el menor tiempo posible (7). Este indicador permite evaluar la capacidad del sistema para garantizar una atención oportuna y de calidad en la etapa inicial del proceso diagnóstico.

Número	25
Nombre	Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de mama y la confirmación histopatológica.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos entre la fecha de la mamografía (o, en su defecto, la nota de remisión emitida por el médico o la institución que derivó el caso a la entidad encargada del diagnóstico), hasta la fecha de validación del resultado histopatológico por parte del médico patólogo, en las mujeres con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama con oportunidad positiva. Incluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 30 días ≤ 45 y > 30 días > 45 días
Observaciones	- Para este indicador no aplica la definición de caso gestionable. Numerador: si no se dispone de la fecha de validación del resultado histopatológico, se considerarán los días transcurridos desde la fecha de la mamografía o nota de remisión hasta la fecha de corte del periodo evaluado.

26. Oportunidad para la realización de la prueba de hibridación *in situ* (ISH): tiempo transcurrido desde la fecha del resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y la prueba de hibridación *in situ* (ISH)

Justificación: el retraso en la realización de la prueba ISH puede retrasar el inicio de un tratamiento dirigido, afectando negativamente los resultados clínicos. Es crucial que esta prueba se realice de manera rápida en estos casos, para evitar las demoras innecesarias en la toma de decisiones terapéuticas (32) y asegurar una atención más eficiente a las pacientes con cáncer de mama. Este indicador permite evaluar la efectividad en el manejo de los casos con resultados HER2 equivoco y la rapidez en la confirmación diagnóstica, lo que facilita una intervención terapéutica adecuada.

Número	26
Nombre	Oportunidad para la realización de la prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH): tiempo transcurrido desde la fecha del resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y la prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH).
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Suma de los días transcurridos entre la fecha del resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) y la prueba de hibridación <i>in situ</i> (ISH), en mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además cuenten con fechas válidas y oportunidad positiva.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++).
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	- Se considera como cáncer de mama invasivo a los estadios diferentes (≠) de cero. Se permite cualquiera de estas técnicas validadas para hibridación <i>in situ</i>: CISH-DISH-FISH. Numerador: si no se dispone de la fecha de realización de la prueba de hibridación <i>in situ</i>, se considerarán los días transcurridos desde la fecha del resultado de HER2 equivoco o indeterminado (inmunohistoquímica ++) hasta la fecha de corte del periodo evaluado.

27. Fragmentación de la atención en las mujeres prevalentes con cáncer de mama

Justificación: la fragmentación de la atención dificulta el acceso a servicios, reduce la calidad técnica, aumenta los costos y disminuye la satisfacción del usuario. También provoca discontinuidad en el tratamiento debido a la falta de coordinación entre los actores del sistema de salud, lo que impacta negativamente en la supervivencia y eleva los costos. Este indicador permite identificar áreas críticas para mejorar la integración y coordinación en los distintos niveles de atención, con el fin de reducir retrasos que afectan la supervivencia y calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Número	27
Nombre	Fragmentación de la atención en las mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Razón
Periodicidad	Anual y cada dos años.
Población	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Numerador	Suma del número de IPS en las que son atendidas las mujeres prevalentes con cáncer de mama, desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del último tratamiento, considerando aquellas que cumplan con las características contenidas en el denominador.
Denominador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluados. Incluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se calcula a partir de los códigos de habilitación de las IPS.

28. Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo que iniciaron tratamiento con diagnóstico inmunohistoquímico incompleto en CNR

Justificación: iniciar el tratamiento sin un diagnóstico inmunohistoquímico completo constituye una ineficiencia en el uso de los recursos de salud y una posible prescripción de intervenciones innecesarias. Este indicador tiene como objetivo garantizar que el tratamiento se inicie únicamente cuando se disponga de toda la información necesaria para ofrecer una atención eficiente y de calidad.

Número	28
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama invasivo que iniciaron tratamiento con diagnóstico inmunohistoquímico incompleto en CNR.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama invasivo que cumplan con las características contenidas en el denominador, con fecha válida de inicio de tratamiento y diagnóstico inmunohistoquímico incompleto.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama invasivo, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado, con fecha válida de inicio de tratamiento. Excluye cáncer <i>in situ</i> .
Puntos de corte	0%
	N/A
	≠ 0%
Observaciones	- Se considera como cáncer de mama invasivo a los estadios diferentes (≠) de cero. Diagnóstico inmunohistoquímico completo: resultados de receptores hormonales (estrógenos y progesterona) y HER2 (ISH cuando aplica). Nota: se propone la revisión posterior de las metas.



29. Proporción de mujeres con cáncer de mama que completan el esquema de terapia antineoplásica prescrito en prevalentes

Justificación: el acceso adecuado y la asequibilidad al tratamiento estándar para el cáncer de mama son factores clave que influyen en los resultados clínicos y la supervivencia de las pacientes. Para lograr un beneficio significativo en la mortalidad, es fundamental que cada paciente reciba el tratamiento completo, cumpliendo con todos los ciclos prescritos durante el periodo determinado (7). La interrupción o incompletitud en los esquemas terapéuticos puede comprometer la eficacia del tratamiento y afectar negativamente los resultados a largo plazo (7).

Número	29
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama que completan el esquema de terapia antineoplásica prescrito en prevalentes.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Numerador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan fechas válidas para el inicio del tratamiento con terapia antineoplásica y la finalización del último esquema.
Denominador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama, con diagnóstico mayor a 60 días antes de la fecha de corte del periodo evaluado y tratamiento activo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna

30.1. Proporción de mujeres con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida en CNR

Justificación: aunque los avances en terapias y técnicas modernas han mejorado significativamente la supervivencia y el control tumoral, resulta igualmente esencial evaluar el bienestar físico, social, funcional y emocional de las mujeres afectadas (46,47). Este indicador tiene como propósito verificar si la calidad de vida está siendo medida como parte del cuidado integral de las mujeres con cáncer de mama, reconociendo que este aspecto es fundamental para garantizar una atención centrada en la persona.

Número	30.1
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida en CNR.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres con cáncer de mama (CNR).
Numerador	Mujeres con cáncer de mama que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida antes del inicio del tratamiento.
Denominador	Total de CNR con cáncer de mama.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	- No se consideran las escalas de Karnofsky y ECOG, permitiéndose únicamente el uso de escalas validadas. - La aplicación de la escala puede ser realizada por un médico especialista en cuidados paliativos o por un profesional de la salud enfocado en el soporte oncológico, como un psicólogo, médico general, trabajador social u otro integrante del equipo de salud. Así mismo, se aceptará el uso de escalas auto - aplicadas en aquellas escalas que así lo definan.

30.2. Proporción de mujeres con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida en prevalentes

Justificación: aunque los avances en terapias y técnicas modernas han mejorado significativamente la supervivencia y el control tumoral, resulta igualmente esencial evaluar el bienestar físico, social, funcional y emocional de las mujeres afectadas (46,47). Este indicador tiene como propósito verificar si la calidad de vida está siendo medida como parte del cuidado integral de las mujeres con cáncer de mama, reconociendo que este aspecto es fundamental para garantizar una atención centrada en la persona.

Número	30.2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama evaluadas con una escala de calidad de vida en prevalentes.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Numerador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida al menos una vez en el periodo.
Denominador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	- No se consideran las escalas de Karnofsky y ECOG, permitiéndose únicamente el uso de escalas validadas. - La aplicación de la escala puede ser realizada por un médico especialista en cuidados paliativos o por un profesional de la salud enfocado en el soporte oncológico, como un psicólogo, médico general, trabajador social u otro integrante del equipo de salud. Así mismo, se aceptará el uso de escalas auto-aplicadas en aquellas en aquellas escalas que así lo definan.

31. Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado

Justificación: este indicador permite determinar el porcentaje de las mujeres que no reciben su régimen terapéutico en el periodo evaluado, lo cual puede señalar las áreas que requieren mejoras en la atención y el apoyo brindado a las mujeres durante su tratamiento. Además, facilita la toma de decisiones fundamentadas sobre la necesidad de aplicar intervenciones adicionales o ajustar los protocolos de seguimiento (7), con el fin de asegurar que las pacientes reciban un tratamiento completo y adecuado que optimice su pronóstico y calidad de vida.

Número	31
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Mujeres prevalentes con cáncer de mama.
Numerador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama que cumplan con las características contenidas en el denominador y que además tengan novedad administrativa de abandono respecto al periodo anterior.
Denominador	Mujeres prevalentes con cáncer de mama. Se excluyen las mujeres que finalizaron tratamiento y que no requirieron seguimiento en el último año.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Definición de abandono: mujeres con cáncer de mama que en el periodo de reporte evaluado no recibieron quimioterapia u otra terapia sistémica (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapia dirigida), no fueron sometidas a cirugía curativa o paliativa como parte del manejo del cáncer, no recibieron algún tipo de radioterapia y no tuvieron consulta o procedimiento de cuidado paliativo.

7. Bibliografía

1. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI.
2. Coles CE, Earl H, Anderson BO, Barrios CH, Bienz M, Bliss JM, et al. The Lancet Breast Cancer Commission. The Lancet [en línea]. Mayo de 2024 [citado el 15 de septiembre de 2024];403(10439):1895–950. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38636533/>
3. Trapani D, Ginsburg O, Fadelu T, Lin NU, Hassett M, Ilbawi AM, et al. Global challenges and policy solutions in breast cancer control. Cancer Treat Rev [en línea]. Marzo de 2022 [citado el 16 de septiembre de 2024];104:102339. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35074727/>
4. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto costo (Cuenta de Alto Costo). Indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia. Octubre de 2016 [citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/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/>
5. Dmitry Khodyakov SGJKMB. RAND Methodological Guidance for Conducting and Critically Appraising Delphi Panels. El 29 de diciembre de 2023 [citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.rand.org/pubs/tools/TLA3082-1.html>
6. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [en línea]. El 4 de mayo de 2024 [citado el 15 de septiembre de 2024];74(3):229–63. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21834>
7. World Health Organization. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer. 2023 [citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065987>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 de 2014. El 3 de febrero de 2014 [citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%202014.pdf
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3339 de 2019. El 11 de diciembre de 2019 [citado el 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203339%20de%202019.pdf
10. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 1620 de 2020. El 14 de septiembre de 2020 [citado el 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1620-de-2020.pdf>
11. Internacional Agency of Research on Cancer (IARC). Colombia Fact Sheet 2022. 2024 [citado el 25 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheet.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 de 2014. El 3 de febrero de 2014 [citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%202014.pdf
13. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. Rev Epidemiol Sante Publique [en línea]. Diciembre de 2008 [citado el 4 de septiembre de 2024];56(6):e13–21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762008008559>
14. Fitch Kathryn. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual [en línea]. Rand; 2001 [citado el 4 de septiembre de 2024]. 109 p. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
15. Correia RH, Dash D, Jones A, Vanstone M, Aryal K, Siu HYH, et al. Primary care quality for older adults: Practice-based quality measures derived from a RAND/UCLA appropriateness method study. PLoS One [en línea]. El 19 de enero de 2024 [citado el 4 de septiembre de 2024];19(1):e0297505. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38241388/>
16. Derendorf L, Stock S, Simic D, Lemmen C. Developing quality indicators for cross-sectoral psycho-oncology in Germany: combining the RAND/UCLA appropriateness method with a Delphi technique. BMC Health Serv Res [en línea]. El 8 de junio de 2023 [citado el 4 de septiembre de 2024];23(1):599. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37291536/>
17. Pap R, Lockwood C, Stephenson M, Simpson P. Development of prehospital care quality indicators for the Australian setting: a modified RAND/UCLA appropriateness method. Emergency Medicine Journal [en línea]. Enero de 2022 [citado el 4 de septiembre de 2024];39(1):57–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34289963/>

18. Prezioso G, Suppiej A, Alberghini V, Bergonzini P, Capra ME, Corsini I, et al. Pediatric Headache in Primary Care and Emergency Departments: Consensus with RAND/UCLA Method. *Life* [en línea]. El 19 de enero de 2022 [citado el 4 de septiembre de 2024];12(2):142. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35207430/>
19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [en línea]. El 29 de marzo de 2021 [citado el 4 de septiembre de 2024];n71. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
20. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [en línea]. El 5 de diciembre de 2016 [citado el 15 de septiembre de 2024];5(1):210. Disponible en: <https://www.rayyan.ai/>
21. Aromataris E, Fernández R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews. *Int J Evid Based Healthc*. Septiembre de 2015;13(3):132–40.
22. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. [Citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
23. The Ottawa Hospital Research Institute. Newcastle-Ottawa Quality Assessment Form for Cohort Studies. [Citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
24. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev* [en línea]. El 26 de diciembre de 2019 [citado el 15 de septiembre de 2024];4(1):5. Disponible en: <https://researchintegrity-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41073-019-0064-8#citeas>
25. Aromataris EMZ. Chapter 4: Systematic reviews of text and opinion. En: *JBI Manual for Evidence Synthesis* [en línea]. JBI; 2020 [citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://synt.hesimanager.jbi.global>
26. Carle C, Velentzis LS, Nickson C. BreastScreen Australia national data by factors of interest for risk-based screening: routinely reported data and opportunities for enhancement. *Aust N Z J Public Health*. Abril de 2022;46(2):230–6.
27. England National Health Service). Consolidated Standards for NHS Breast Screening Programme. Abril de 2017 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c518bfde5274a49171e1581/Breast_draft_standards_V1.7.pdf
28. Duggan C, Trapani D, Ilbawi AM, Fidarova E, Laversanne M, Curigliano G, et al. National health system characteristics, breast cancer stage at diagnosis, and breast cancer mortality: a population-based analysis. *Lancet Oncol* [en línea]. Noviembre de 2021 [citado el 16 de diciembre de 2024];22(11):1632–42. Disponible en: <https://www.thelancet.com/retrieve/pii/S1470204521004629>
29. Rubio IT, Marotti L, Biganzoli L, Aristei C, Athanasiou A, Campbell C, et al. EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update. *Eur J Cancer* [en línea]. Febrero de 2024 [citado el 16 de diciembre de 2024];198:113500. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-8049\(23\)00802-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-8049(23)00802-X)
30. Allison KH, Hammond MEH, Dowsett M, McKernin SE, Carey LA, Fitzgibbons PL, et al. Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: ASCO/CAP Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology* [en línea]. El 20 de abril de 2020 [citado el 16 de diciembre de 2024];38(12):1346–66. Disponible en: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.19.02309?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed
31. Nietz S, Ruff P, Chen WC, O’Neil DS, Norris SA. Quality indicators for the diagnosis and surgical management of breast cancer in South Africa. *The Breast* [en línea]. Diciembre de 2020 [citado el 16 de diciembre de 2024];54:187–96. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960-9776\(20\)30190-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960-9776(20)30190-9)
32. Wolff AC, Somerfield MR, Dowsett M, Hammond MEH, Hayes DF, McShane LM, et al. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: ASCO–College of American Pathologists Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology* [en línea]. El 1° de agosto de 2023 [citado el 16 de diciembre de 2024];41(22):3867–72. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.22.02864>
33. NICE. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management. El 16 de enero de 2024 [citado el 16 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng101>
34. Rubio IT, Marotti L, Biganzoli L, Aristei C, Athanasiou A, Campbell C, et al. EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update. *Eur J Cancer* [en línea]. Febrero de 2024 [citado el 16 de diciembre de 2024];198:113500. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-8049\(23\)00802-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959-8049(23)00802-X)
35. Rajan KK, Fairhurst K, Birkbeck B, Novintan S, Wilson R, Savović J, et al. Overall survival after mastectomy versus breast-conserving surgery with adjuvant radiotherapy for early-stage breast cancer: meta-analysis. *BJS Open* [en línea]. El 8 de mayo de 2024 [citado el 19 de diciembre de 2024];8(3). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11100524/>



36. Cardoso F, McCartney A, Ponti A, Marotti L, Vrieling C, Eniu A, et al. European Society of Breast Cancer Specialists/Advanced Breast Cancer Global Alliance quality indicators for metastatic breast cancer care. *Eur J Cancer* [en línea]. Julio de 2023 [citado el 19 de diciembre de 2024];187:105-13. Disponible en: [https://www.ejcancer.com/article/S0959-8049\(23\)00164-8/fulltext](https://www.ejcancer.com/article/S0959-8049(23)00164-8/fulltext)
37. German Guideline Program in Oncology (GGPO). Evidence-based Guideline for the Early Detection, Diagnosis, Treatment and Follow-up of Breast Cancer. Mayo de 2021 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/S3_Guideline_Breast_Cancer.pdf
38. Cardoso F, Senkus E, Costa A, Papadopoulos E, Aapro M, André F, et al. 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4). *Annals of Oncology* [en línea]. Agosto de 2018 [citado el 20 de diciembre de 2024];29(8):1634-57. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7360146/>
39. German Guideline Program in Oncology (GGPO). Palliative care for patients with incurable cancer. Septiembre de 2020 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/GGPO_Palliative_Care_ShortVersion_2.2.pdf
40. Richards M, Westcombe A, Love S, Littlejohns P, Ramírez A. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *The Lancet* [en línea]. Abril de 1999 [citado el 22 de diciembre de 2024];353(9159):1119-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10209974/>
41. Duggan C, Dvaladze A, Rositch AF, Ginsburg O, Yip C, Horton S, et al. The Breast Health Global Initiative 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare Through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and overview. *Cancer* [en línea]. El 15 de mayo de 2020 [citado el 22 de diciembre de 2024];126(S10):2339-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32348573/>
42. Kou K, Aitken JF, Pyke C, Chambers S, Dunn J, Baade PD. Treatment intervals and survival for women diagnosed with early breast cancer in Queensland: the Breast Cancer Outcomes Study, a population-based cohort study. *Medical Journal of Australia* [en línea]. El 6 de noviembre de 2023 [citado el 22 de diciembre de 2024];219(9):409-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37667512/>
43. Gamboa Ó, Buitrago G, Patiño AF, Agudelo NR, Espinel LS, Eslava-Schmalbach J, et al. Fragmentation of Care and Its Association With Survival and Costs for Patients With Breast Cancer in Colombia. *JCO Glob Oncol* [en línea]. Mayo de 2023 [citado el 22 de diciembre de 2024];(9). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10497266/pdf/go-9-e2200393.pdf>
44. Bedrosian I, Somerfield MR, Achatz MI, Boughey JC, Curigliano G, Friedman S, et al. Germline Testing in Patients With Breast Cancer: ASCO-Society of Surgical Oncology Guideline. *Journal of Clinical Oncology* [en línea]. El 10 de febrero de 2024 [citado el 22 de diciembre de 2024];42(5):584-604. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.23.02225>
45. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management. El 16 de junio de 2024 [citado el 22 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng101>
46. Mokhatri-Hesari P, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: Review of reviews from 2008 to 2018. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):1-25.
47. Hinz A, Zenger M, Schmalbach B, Brähler E, Hofmeister D, Petrowski K. Quality of Life Domains in Breast Cancer Survivors: The Relationship Between Importance and Satisfaction Ratings. *Front Psychol* [en línea]. El 22 de junio de 2022 [citado el 25 de diciembre de 2024];13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35814141/>

8. Anexos

Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas

Búsqueda en Medline - Pubmed	
Base de datos	Medline
Plataforma	Pubmed
Fecha de búsqueda	6/7/2024
Límite de tiempo	2016 - 2024
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	GPC, libros y documentos, publicaciones gubernamentales, meta análisis, revisiones narrativas y RSL.
Estrategia de búsqueda	((("Breast Neoplasms"[Mesh]) OR ("Breast Neoplasms")) AND ((("Early Detection of Cancer"[Mesh]) OR ("Early Diagnosis of Cancer") OR ("Neoplasm Staging"[Mesh]) OR ("Cancer staging") OR ("Time-to-Treatment"[Mesh]) OR ("time to treatment") OR ("Genes, erbB-2"[Mesh]) OR ("HER-2 Gene") OR ("Palliative Care"[Mesh]) OR ("palliative care")) AND ((("Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]) OR ("Evaluation of Healthcare") OR ("Quality Assurance, Health Care"[Mesh]) OR ("Healthcare Quality Assessments") OR ("Continuity of Patient Care"[Mesh]) OR ("Patient Care Continuity") OR ("Risk Assessment"[Mesh]) OR ("Health Risk Assessment") OR ("Risk Management"[Mesh]) OR ("Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR ("Healthcare Quality Indicator") OR ("Chronic Disease Indicators"[Mesh]) OR ("Health Status Indices") OR ("Standard of Care"[Mesh]) OR ("care standard") OR ("Primary Health Care"[Mesh]) OR ("Primary Healthcare") OR ("Public Health Surveillance"[Mesh]) OR (cancer surveillance)) Filters: Books and Documents, Government Publication, Guideline, Legislation, Meta-Analysis, Practice Guideline, Review, Systematic Review, English, Spanish, from 2016 - 2024.
Referencias identificadas	1.222

LILACS - Biblioteca Virtual en Salud	
Base de datos	LILACS
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	6/7/2024
Límite de tiempo	2016 - 2024
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Otras bases de LATAM
Estrategia de búsqueda	((("neoplasias de la mama") OR ("Neoplasia Maligna de Mama") OR ("Cancer de Seno") OR ("Carcinoma de Mama")) AND ((("Diagnóstico Temprano") OR ("Detección temprana del cáncer") OR ("tiempo hasta el tratamiento") OR ("genes c-erbB-2") OR ("receptores de progesterona") OR ("receptores de estrógenos") OR ("marcadores tumorales") OR ("quimioterapia") OR ("radioterapia") OR ("cuidados paliativos") OR ("estadificación TNM") OR ("genes HER2")) AND ((("indicadores de calidad en la asistencia sanitaria") OR ("servicios de salud para mujeres") OR ("estándar asistencial") OR ("atención primaria de la salud") OR ("gestión de la atención al paciente") OR ("guía de práctica clínica") OR ("Evaluación del Acceso y de la Calidad de la Atención de Salud") OR ("calidad de los servicios de salud") OR ("Continuación de la Atención") OR ("Gestión del Riesgo") OR ("Indicador de Salud") OR ("indicadores de resultados") OR ("indicadores de Calidad de la Atención de Salud") OR ("estándar de atención") OR ("atención al paciente") OR ("Atención Primaria de Salud")) AND (db:("LILACS" OR "BDENF" OR "BIGG" OR "WHOLIS" OR "IBECS" OR "BRISA" OR "coleccionaSUS" OR "BINACIS" OR "CUMED" OR "LIPECS" OR "campusvirtualsp_brasil" OR "LIS" OR "SES-SP") AND type_of_study:(("diagnostic_studies" OR "guideline" OR "screening_studies" OR "prognostic_studies" OR "qualitative_research" OR "observational_studies" OR "evaluation_studies" OR "health_technology_assessment" OR "health_economic_evaluation" OR "systematic_reviews") AND la:(("es" OR "en")) AND (year_cluster:[2016 TO 2024])).
Referencias identificadas	31



Cochrane Library		
Base de datos	Cochrane Library	
Plataforma	Cochrane Library	
Fecha de búsqueda	6/5/2024	
Límite de tiempo	2016 - 2024	
Límites de lenguaje	Español e inglés	
Otros filtros	Revisiones y protocolos Cochrane, respuestas clínicas, editoriales y colecciones especiales.	
Estrategia de búsqueda final	#7 AND #33 AND #64 with Cochrane Library publication date Between Jan 2016 and Jun 2024, in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols, Clinical Answers, Editorials, Special Collections.	
Referencias identificadas	79	
Estrategia de búsqueda	#1	MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees.
	#2	Breast Neoplasms.
	#3	MeSH descriptor: [Triple Negative Breast Neoplasms] explode all trees.
	#4	Triple Negative Breast Neoplasms.
	#5	MeSH descriptor: [Inflammatory Breast Neoplasms] explode all trees.
	#6	Inflammatory Breast Neoplasms.
	#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6.
	#8	MeSH descriptor: [Diagnosis] explode all trees.
	#9	Diagnosis.
	#10	MeSH descriptor: [Early Diagnosis] explode all trees.
	#11	Early Diagnosis.
	#12	MeSH descriptor: [Early Detection of Cancer] explode all trees.
	#13	Early detection of cancer.
	#14	MeSH descriptor: [Neoplasm Staging] explode all trees.
	#15	Cancer staging.
	#16	MeSH descriptor: [Time-to-Treatment] explode all trees.
	#17	Time to treatment.
	#18	MeSH descriptor: [Genes, erbB-2] explode all trees.
	#19	HER-2 Gene.
	#20	MeSH descriptor: [Receptors, Estrogen] explode all trees.
	#21	Estrogen receptor.
	#22	MeSH descriptor: [Receptors, Progesterone] explode all trees.
	#23	Progesterone receptor.
	#24	MeSH descriptor: [Biomarkers, Tumor] explode all trees.
	#25	Tumor biomarker.
	#26	MeSH descriptor: [Chemotherapy, Adjuvant] explode all trees.
	#27	Adjuvant chemotherapy.
	#28	MeSH descriptor: [Radiotherapy, Adjuvant] explode all trees.
	#29	Adjuvant radiotherapy.
	#30	MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees.
	#31	Palliative care.
	#32	Cancer palliative.
	#33	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32.
	#34	MeSH descriptor: [Health Care Quality, Access, and Evaluation] explode all trees.
	#35	Quality of Healthcare.
	#36	MeSH descriptor: [Quality of Health Care] explode all trees.
	#37	Healthcare Quality.
	#38	MeSH descriptor: [Quality Assurance, Health Care] explode all trees.
	#39	Healthcare Quality Assessments.

Actualización del consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia
www.cuentadealtocosto.org

Cochrane Library	
Estrategia de búsqueda	#40 MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] explode all trees.
	#41 Patient Care Continuity.
	#42 MeSH descriptor: [Risk Assessment] explode all trees.
	#43 Health Risk Assessment.
	#44 MeSH descriptor: [Risk Management] explode all trees.
	#45 Health Risk Management.
	#46 MeSH descriptor: [Health Status Indicators] explode all trees.
	#47 Health Status Indices.
	#48 MeSH descriptor: [Quality Indicators, Health Care] explode all trees.
	#49 Healthcare Quality Indicator.
	#50 MeSH descriptor: [Chronic Disease Indicators] explode all trees.
	#51 MeSH descriptor: [Women's Health Services] explode all trees.
	#52 Woman Health Services.
	#53 MeSH descriptor: [Standard of Care] explode all trees.
	#54 Standards of Care.
	#55 Care standard.
	#56 MeSH descriptor: [Patient Care] explode all trees.
	#57 Patient care.
	#58 MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees.
	#59 Primary Healthcare.
	#60 MeSH descriptor: [Patient Care Management] explode all trees.
	#61 Care Management.
	#62 MeSH descriptor: [Practice Guidelines as Topic] explode all trees.
	#63 Evidence-based recommendations.
	#64 #34 OR #35 OR #36 OR 37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63.
	#64 #34 OR #35 OR #36 OR 37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63.
ScienceDirect	
Base de datos	ScienceDirect
Plataforma	ScienceDirect
Fecha de búsqueda	6/5/2024
Límite de tiempo	2016 - 2024
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Review articles, research articles, encyclopedia, book chapters, editorials, mini reviews.
Estrategia de búsqueda	("Breast Neoplasms") AND ("Diagnosis" OR "Early Diagnosis" OR "Time-to-Treatment") AND ("Quality of Health Care" OR "Risk Assessment" OR "Health Status Indicators" OR "Patient Care Management").
Referencias identificadas	94

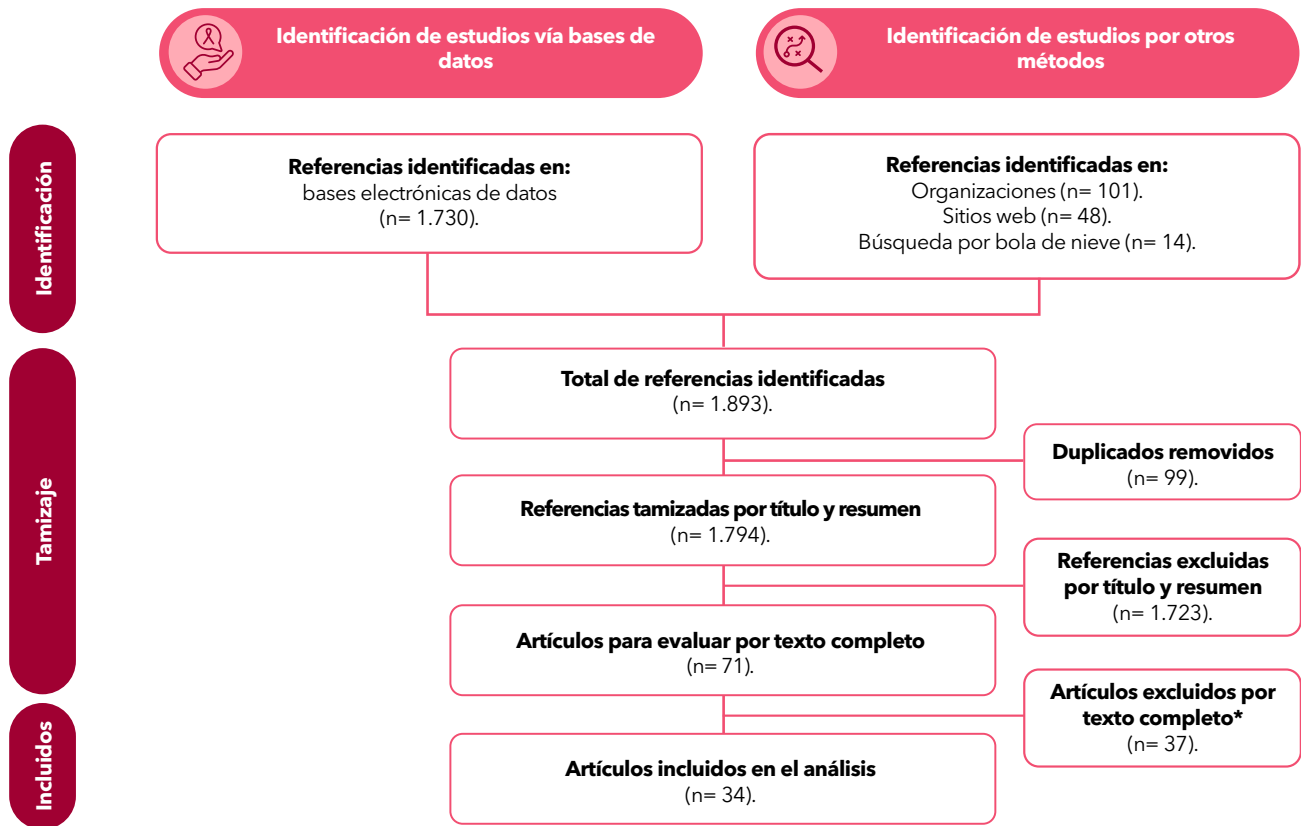


Epistemonikos	
Base de datos	Epistemonikos
Plataforma	Epistemonikos
Fecha de búsqueda	6/6/2024
Límite de tiempo	2016 - 2024
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	RSL - broad synthesis.
Estrategia de búsqueda	<i>((Breast Neoplasms) OR (Breast cancer)) AND ((Diagnosis) OR (Early Detection of Cancer) OR (Time to Treatment) OR (Neoplasm Staging) OR (Genes, erbB-2)) AND ((Quality of Health Care) OR (Risk Assessment) OR (Health Status Indicators) OR (Patient Care Management) OR (Quality of Healthcare) OR (Chronic Disease Indicators) OR (Healthcare Quality Indicator) OR (Primary Healthcare) OR (Standard of Care))</i> Los filtros se aplicaron a esta búsqueda de manera individual, ya que la plataforma no permite aplicar un único filtro que integre todos los tipos de estudio: _ [Filters: classification=broad-synthesis, pmc=without, protocol=no, min_year=2016, max_year=2024]. _ [Filters: classification=systematic-review, pmc=without, protocol=no, min_year=2016, max_year=2024].
Referencias identificadas	RSL: 276, broad synthesis : 28; total : 304.

Google Académico	
Base de datos	Google Académico
Plataforma	Google Académico
Fecha de búsqueda	6/6/2024
Límite de tiempo	2016 - 2024
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	RSL - broad synthesis
Estrategia de búsqueda	<i>("breast cancer") AND (("early diagnosis") OR ("cancer staging") OR ("early detection of cancer")) AND (("healthcare quality assessments") OR ("healthcare quality indicator") OR ("primary healthcare") OR ("women's health services") OR ("quality indicators") OR ("health care evaluation"))</i>
Referencias identificadas	3.260, se tomaron las primeras 5 páginas (48 artículos).

Resultados de búsqueda de las guías de práctica clínica	Número de GPC
National Institute for Clinical Excellence (NICE).	6
Scottish Intercollegiate Network (SIGN).	1
National Comprehensive Cancer Network (NCCN).	1
Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud España (GuíaSalud).	1
Guideline International Network (GIN).	81
Ministerio de Salud de Chile (AUGE).	1
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de México (CENETEC).	2
Tripdatabase.	8
Total	101

Anexo 2. Diagrama PRISMA



* Las causas de exclusión se detallan en el anexo 4.
Fuente: elaboración CAC.

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos

Nº	Título	Autor y/o Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista y/o Organización	Tema	Población
1	<i>Radiation therapy quality indicators for invasive breast cancer.</i>	Lara Best, et al.	Canadá	2017	Consenso con metodología Delphi.	<i>Radiotherapy and oncology.</i>	Indicadores de calidad para el manejo radioterapéutico del cáncer de mama invasivo.	Población con cáncer de mama invasivo.
2	<i>Quality indicators for breast cancer care: A systematic review.</i>	Marta Maes, et al.	España	2021	Revisión sistemática de la literatura.	<i>The breast.</i>	Indicadores de calidad en la atención del cáncer de mama.	Población con cáncer de mama en cualquier estadio.
3	<i>Breast Cancer Care Timeliness Framework: A Quality Framework for Cancer Control.</i>	Noor Mohd, et al.	Malasia	2022	Cohorte retrospectiva.	<i>JCO - Global Oncology.</i>	Oportunidad de, atención, diagnóstico y tratamiento.	Pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama que tuvieron diagnóstico histopatológico.
4	<i>Quality indicators for the diagnosis and treatment of breast cancer integrated assistance: A critical appraisal.</i>	M. Maes Carballo, et al.	España	2024	Cohorte prospectiva.	Medicina de familia. SEMERGEN.	Medición de indicadores propuestos por el proceso integrado de atención oncológica de cáncer de mama en Andalucía en una cohorte de 487 pacientes, desde 2014 a 2019.	Pacientes (hombres y mujeres) con cáncer de mama diagnosticado y tratado.



Nº	Título	Autor y/o Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista y/o Organización	Tema	Población
5	<i>EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update.</i>	European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)	Países europeos	2021	Consenso no Delphi.	<i>European Journal of Cancer.</i>	Actualización de indicadores EUSOMA para la atención del cáncer de mama no metastático.	Población con cáncer de mama no metastático.
6	<i>Breast cancer screening in developing countries.</i>	René da Costa, et al.	Brasil	2017	Revisión sistemática de la literatura.	<i>Clinics.</i>	Indicadores de calidad relacionados con la tamización y el diagnóstico del cáncer de mama en países en desarrollo.	Pacientes con cáncer de mama en general.
7	<i>Quality indicators for the diagnosis and surgical management of breast cancer in South Africa.</i>	Sarah Nietz, et al.	África	2020	Consenso con metodología Delphi.	<i>The breast.</i>	Indicadores para el diagnóstico preoperatorio y tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en Sudáfrica.	Población con cáncer de mama con indicación para tratamiento quirúrgico.
8	<i>Identifying Breast Cancer Care Quality Measures for a Cancer Facility in Rural Sub-Saharan Africa: Results of a Systematic Literature Review and Modified Delphi Process.</i>	Lydia E. Pace, et al.	Ruanda	2020	Consenso con metodología Delphi.	<i>JCO - Global Oncology.</i>	Indicadores de calidad para la atención del cáncer de mama en entornos con recursos limitados.	Población con cáncer de mama en general.
9	<i>Global challenges and policy solutions in breast cancer control.</i>	Dario Trapani, et al.	Global	2022	Revisión narrativa.	<i>Cancer Treatment Reviews.</i>	Resumen de la iniciativa global sobre el cáncer de mama de la OMS (GBCI) del 2021.	Población con cáncer de mama en países de ingresos bajos y medianos.
10	Evaluación de los tiempos de atención del cáncer en las principales localizaciones: colon-recto, pulmón, mama y próstata.	Osteba - Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.	País Vasco	2016	Revisión sistemática de la literatura.	Osteba.	Tiempos de atención en los principales tipos de cáncer que se presentan en el País Vasco.	Población con cáncer de mama en cualquier estadio.
11	<i>Time to Treatment: Measuring Quality Breast Cancer Care.</i>	Amy C. Polverini, et al.	Estados Unidos	2016	Cohorte retrospectiva.	<i>Annals of Surgical Oncology.</i>	Evaluación del tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento quirúrgico en mujeres con cáncer de mama invasivo en la Base de Datos Nacional del Cáncer (NCDB) de Estados Unidos.	Mujeres con cáncer de mama invasivo.
12	<i>Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: ASCO/CAP Guideline Update.</i>	American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists.	Estados Unidos	2020	GPC.	<i>Journal of Clinical Oncology.</i>	Recomendaciones sobre las pruebas de receptores de estrógenos (ER) y progesterona (PgR) en el cáncer de mama.	Cáncer de mama invasivo.
13	<i>The BHGI 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and Overview.</i>	Catherine Duggan, et al.	Estados Unidos	2018	Consenso no Delphi.	<i>Cancer.</i>	La Iniciativa Global de Salud Mamaria (BHGI).	Población con cáncer de mama en general.
14	<i>European Society of Breast Cancer Specialists/ Advanced Breast Cancer Global Alliance quality indicators for metastatic breast cancer care.</i>	European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA).	Países europeos	2023	Consenso no Delphi.	<i>European Journal of Cancer.</i>	Actualización de indicadores EUSOMA para la atención del cáncer de mama metastático.	Población con cáncer de mama metastático.

Actualización del consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia

www.cuentarealcosto.org

N°	Título	Autor y/o Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista y/o Organización	Tema	Población
15	<i>The Lancet Breast Cancer Commission.</i>	Charlotte E Coles, et al.	Estados Unidos	2024	Consenso no Delphi.	<i>The lancet.</i>	Planteamiento de indicadores para la atención del cáncer de mama.	Población con cáncer de mama en todos sus estadios.
16	<i>Evidence-based Guideline for the Early Detection, Diagnosis, Treatment and Follow-up of Breast Cancer.</i>	<i>German Guideline Program in Oncology (GGPO).</i>	Alemania	2021	GPC.	<i>German Guideline Program in Oncology (GGPO).</i>	Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama.	Población con cáncer de mama en todos los estadios.
17	<i>Optimizing the Timeliness of Surgical Therapy in Patients with Breast Cancer Undergoing Immediate Breast Reconstruction.</i>	Tyler Sbrocchi, et al.	Estados Unidos	2023	Cohorte retrospectiva.	<i>Annals of surgical oncology.</i>	Factores que afectan la puntualidad de la terapia quirúrgica para el cáncer de mama.	Pacientes que se sometieron a terapia quirúrgica por cáncer de mama con reconstrucción inmediata.
18	<i>Timeliness of Treatment Initiation in Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer.</i>	Jinghui Dong, et al.	Estados Unidos	2019	Cohorte prospectiva.	<i>American Public Health Association.</i>	Oportunidad del tratamiento quirúrgico y hormonal en pacientes con cáncer de mama en estadios I a IV.	Pacientes incidentes de cáncer de mama en etapas I a IV.
19	<i>Status of breast cancer in Latin American: Results of the breast cancer revealed initiative.</i>	Natalia Ayala, et al.	Latinoamérica	2023	Consenso no Delphi.	<i>Critical Reviews in Oncology/Hematology.</i>	Estrategias para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Latinoamérica.	Población con cáncer de mama en cualquier estadio.
20	<i>Follow-Up Care for Early-Stage Breast Cancer.</i>	Cancer Care Alberta, et al.	Canadá	2021	GPC.	<i>Guideline Resource Unit.</i>	Recomendaciones sobre el cuidado del seguimiento para pacientes con cáncer de mama en etapa temprana que han finalizado tratamiento.	Pacientes que han completado el tratamiento activo de oncología médica y/o radioterapia para el cáncer de mama en etapa temprana y han sido dados de alta.
21	<i>Treatment intervals and survival for women diagnosed with early breast cancer in Queensland: the Breast Cancer Outcomes Study, a population-based cohort study.</i>	Kou Kou, et al.	Australia	2023	Cohorte.	<i>The Medical Journal of Australia.</i>	Oportunidad de tratamiento en pacientes con cáncer de mama invasivo.	Mujeres con cáncer de mama invasivo.
22	<i>4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4).</i>	F. Cardoso, et al.	Países europeos	2018	Consenso no Delphi.	<i>Annals of Oncology.</i>	Recomendaciones para el manejo de pacientes con cáncer de mama avanzado.	Población con cáncer de mama avanzado.
23	<i>Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update.</i>	Harold J. Burstein, et al.	Estados Unidos	2018	GPC.	<i>Journal of Clinical Oncology.</i>	Terapia endocrina adjuvante en mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama.	Mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama en estadios I a III positivo para receptores hormonales.
24	<i>Advanced breast cancer: diagnosis and treatment (CG81).</i>	<i>National Institute for Health and Care Excellence NICE.</i>	Inglaterra	2017	GPC.	NICE.	Recomendaciones sobre el cuidado y atención de las personas con cáncer de mama en estadio avanzado (estadio IV).	Población con cáncer de mama estadio IV.
25	<i>Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management (NG101).</i>	<i>National Institute for Health and Care Excellence NICE.</i>	Inglaterra	2024	GPC.	NICE.	Diagnóstico y manejo del cáncer de mama en etapas tempranas y localmente avanzadas.	Población con cáncer de mama temprano y localmente avanzado.



Nº	Título	Autor y/o Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista y/o Organización	Tema	Población
26	<i>Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.</i>	S. Loibl, et al.	Países europeos	2023	GPC.	<i>Annals of Oncology.</i>	Recomendaciones para el tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con cáncer de mama.	Población con cáncer de mama temprano.
27	<i>American Cancer Society/ American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline.</i>	Carolyn D. Runowicz, et al.	Estados Unidos	2016	GPC.	<i>A cancer journal for clinicians.</i>	Recomendaciones sobre el cuidado de las supervivientes de cáncer de mama.	Mujeres adultas sobrevivientes al cáncer de mama.
28	<i>Timing and Delays in Breast Cancer Evaluation and Treatment.</i>	Richard J. Bleicher	Estados Unidos	2018	Revisión narrativa.	<i>Annals of Surgical Oncology.</i>	Relación entre los tiempos de tratamiento y los resultados.	Población con cáncer de mama en cualquier estadio.
29	<i>BreastScreen Australia national data by factors of interest for risk-based screening: routinely reported data and opportunities for enhancement.</i>	Chelsea Carle, et al.	Australia	2022	Revisión narrativa.	<i>Australian and New Zealand Journal of Public Health.</i>	Resultados clave en Australia del programa BreastScreen para la detección del cáncer de mama.	Población a riesgo de desarrollar cáncer de mama.
30	<i>Consolidated Standards for NHS Breast Screening Programme.</i>	England National Health Service (NHS).	Inglaterra	2017	Política.	NHS.	Indicadores de calidad para los programas de tamizaje para el cáncer de mama.	Población con cáncer de mama en cualquier estadio.
31	<i>Palliative care for patients with incurable cancer.</i>	German Guideline Program in Oncology (GGPO).	Alemania	2020	GPC.	<i>German Guideline Program in Oncology (GGPO).</i>	Cuidado paliativo en pacientes con cáncer de mama incurable.	Pacientes adultos con cáncer incurable para quienes el objetivo principal del cuidado es mejorar la calidad de vida.
32	<i>Tumour profiling tests to guide adjuvant chemotherapy decisions in early breast cancer (DG58).</i>	National Institute for Health and Care Excellence NICE.	Inglaterra	2024	GPC.	NICE.	Recomendaciones sobre pruebas de perfilado del tumor para el cáncer de mama temprano positivo en ganglios linfáticos.	Población con cáncer de mama en estadio temprano.
33	<i>Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework.</i>	Organización Mundial de la Salud - OMS.	Global	2023	Política.	OMS.	Detección temprana y manejo del cáncer de mama.	Población con cáncer de mama en cualquier estadio.
34	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update.</i>	American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists.	Estados Unidos	2018	GPC.	<i>Journal Of Clinical Oncology.</i>	Recomendaciones sobre receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) en cáncer de mama.	Población con cáncer de mama en cualquier estadio.

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 4. Lista de artículos excluidos

Nº	Autores y/o Organización	Año	Título del artículo	Motivo de la exclusión
1	<i>Breast cancer Clinical Expert Group</i>	2017	<i>Clinical Advice to Cancer Alliances for the Provision of Breast Cancer Services.</i>	Corresponde a un asesoramiento clínico para la provisión de servicios de cáncer de mama. Este tipo de documento no está incluido en los criterios de inclusión de la revisión sistemática de la literatura.
2	Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama - GEICAM.	2022	Guía GEICAM de práctica clínica - Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama.	Las recomendaciones están enfocadas a la indicación del tratamiento neoadyuvante.

Actualización del consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia
www.fuerzareal.tocostio.org

N°	Autores y/o Organización	Año	Título del artículo	Motivo de la exclusión
3	Giselle Pizarro, et al.	2021	Calidad de atención y mejora continua en el abordaje integral del cáncer de mama: evaluación de indicadores en una unidad de mastología.	Estudio descriptivo que evaluó los indicadores de proceso propuestos por EUSOMA en 2017 en un grupo de 284 pacientes de una unidad de mastología.
4	Ministerio de Salud del Perú	2017	Plan nacional para la prevención y control del cáncer de mama en el Perú 2017 - 2021.	Contiene indicadores relacionados con las redes de atención que no se ajustan al alcance del consenso.
5	Miriam Mutebi, et al.	2020	<i>Breast Cancer Treatment: A Phased Approach to Implementation.</i>	Describe los requisitos fundamentales de servicio necesarios para implementar en la atención del cáncer de mama en los países de ingresos bajos y medianos.
6	Elena Michaels, et al.	2023	<i>Breast Cancer: Risk Assessment, Screening, and Primary Prevention.</i>	Enfoque basado en el riesgo para la detección y prevención del cáncer de mama, no se ajusta al alcance del consenso.
7	C. H. Yip, et al.	2015	<i>Improving outcomes in breast cancer for low and middle-income countries.</i>	Revisión narrativa sobre las ventajas y desventajas de los diferentes servicios y tratamientos para el cáncer de mama en los países de medios y bajos ingresos.
8	S.L. Cohen, ET AL.	2018	<i>Role of performance metrics in breast screening imaging e where are we and where should we be?</i>	Orientado hacia mediciones para evaluar la tamización del cáncer de mama en la población general, tema no relacionado con el alcance del consenso.
9	de Lemos LLP, et al.	2019	<i>Stage at diagnosis and stage-specific survival of breast cancer in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta analysis.</i>	Enfocado en la carga del cáncer de mama y en las estimaciones de supervivencia en países de América Latina y el Caribe (LAC).
10	<i>The American College of Obstetricians and Gynecologists.</i>	2017	<i>Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women.</i>	Recomendaciones sobre los beneficios y riesgos generales de la detección mediante mamografía, tema no relacionado con el alcance del consenso.
11	Joseph A Pinto, et al.	2018	<i>Barriers in Latin America for the management of locally advanced breast cancer.</i>	Orientado a identificación de las barreras asociadas con el proceso de atención del cáncer de mama en los países latinoamericanos.
12	D. Bowser, et al.	2017	Health system barriers and enablers to early access to breast cancer screening, detection, and diagnosis: a global analysis applied to the MENA region.	Centrado en los factores y las barreras del sistema de salud que impactan en el tamizaje del cáncer de mama en el Medio Oriente y Norte de África.
13	Ifeanyi Obeagu, et al.	2023	<i>Breast cancer a review of risk factors and diagnosis.</i>	Revisión narrativa sobre los factores del riesgo para el cáncer de mama y las diferentes pruebas diagnósticas disponibles.
14	J.A. Merino Bonilla, et al.	2017	El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos.	Revisión narrativa sobre la situación epidemiológica del cáncer de mama, pruebas de cribado y estrategias diagnósticas.
15	Benitez Fuentes, et al.	2023	<i>Global Stage Distribution of Breast Cancer at Diagnosis. A Systematic Review and Meta Analysis.</i>	Evalúa la distribución global de las etapas del cáncer de mama, tema no relacionado con el alcance del consenso.
16	Yu Xian Lim, et al.	2022	Breast Cancer in Asia: Incidence, Mortality, Early Detection, Mammography Programs, and Risk-Based Screening Initiatives.	Revisión narrativa sobre la carga del cáncer de mama en Asia, las directrices predominantes para el cribado del cáncer de mama y las iniciativas de cribado basadas en el riesgo. Tema no relacionado con el alcance del consenso.
17	<i>National Comprehensive Cancer Network - NCCN.</i>	2018	<i>Breast Cancer Screening and Diagnosis, Version 3.2018.</i>	Recomendaciones sobre el tamizaje y la evaluación diagnóstica de personas con sospecha de cáncer de mama, así como de la frecuencia de realización de las mismas.
18	<i>National Comprehensive Cancer Network - NCCN.</i>	2020	<i>Breast Cancer, Version 3.2020.</i>	Recomendaciones sobre los diferentes tratamientos indicados en pacientes con cáncer de mama recurrente en estadio IV. Tema no relacionado con el alcance del consenso.
19	John M. McLaughlin, et al.	2012	<i>Effect on Survival of Longer Intervals Between Confirmed Diagnosis and Treatment Initiation Among Low-Income Women with Breast Cancer.</i>	Fecha de publicación fuera del intervalo establecido para la inclusión en la revisión sistemática de la literatura.
20	<i>American Society of Clinical Oncology - ASCO.</i>	2013	<i>Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update.</i>	Fecha de publicación fuera del intervalo establecido para la inclusión en la revisión sistemática de la literatura.



N°	Autores y/o Organización	Año	Título del artículo	Motivo de la exclusión
21	Belgian Health Care Knowledge Centre - KCE.	2013	<i>Breast cancer in women: diagnosis, treatment and follow-up.</i>	Fecha de publicación fuera del intervalo establecido para la inclusión en la revisión sistemática de la literatura.
22	American Society of Clinical Oncology - ASCO.	2023	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: ASCO-College of American Pathologists Guideline Update.</i>	Recomendaciones relacionadas con el algoritmo de prueba óptimo para la evaluación del estado del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2). Tema no asociado con el alcance del consenso.
23	Erin Hartnett, et al.	2016	<i>Impact of Changes to Breast Cancer Screening Guidelines on Healthcare Providers and Patients.</i>	Revisión narrativa sobre GPC para el tamizaje del cáncer de mama en la población general.
24	K. H. Park, et al.	2024	Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of patients with early breast cancer.	Es una adaptación de la GPC ESMO del 2023 para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer de mama temprano, que ya fue incluida en la revisión sistemática de la literatura.
25	National Comprehensive Cancer Network - NCCN	2018	NCCN Guidelines Updates: Breast Cancer	Contiene puntos clave y recomendaciones sobre los inhibidores de CDK4/6 indicados para el tratamiento de cáncer de mama avanzado/metastásico positivo para receptores de estrógeno.
26	Xiaofu Zhu, et al.	2017	<i>Targeting HER2 in Advanced Breast Cancer.</i>	Resume los datos actualmente disponibles sobre las terapias dirigidas anti-HER2 a partir de ensayos clínicos fase III aleatorizados completados. Tema no asociado con el alcance del consenso.
27	National Comprehensive Cancer Network - NCCN.	2024	<i>Breast Cancer - Version 2.2024.</i>	Aborda recomendaciones sobre las opciones terapéuticas disponibles para el cáncer de mama. Tema no asociado con el alcance del consenso.
28	England National Health Service (NHS).	2002	<i>Improving Outcomes in Breast Cancer.</i>	Fecha de publicación fuera del intervalo establecido para la inclusión en la revisión sistemática de la literatura.
29	The Royal College of Pathologist.	2021	<i>Guidelines for non-operative diagnostic procedures and reporting in breast cancer screening.</i>	Contiene recomendaciones dirigidas a médicos patólogos, para el diagnóstico no operatorio en la evaluación del cribado del cáncer de mama, así como sobre el manejo e informe de las muestras de biopsia. Tema no asociado con el alcance del consenso.
30	National Institute for Health and Care Excellence - NICE.	2020	Cancer: detected at stage 1 or 2 (all cancer).	Indicador que se basa en la guía <i>Suspected cancer: recognition and referral</i> (NG12) para todos los tipos de cáncer. El objetivo de la GPC es ayudar a las personas a entender qué esperar si tienen síntomas que podrían sugerir cáncer. Tema no asociado con el alcance del consenso.
31	National Institute for Health and Care Excellence - NICE.	2023	Cancer: breast screening (50 to 70 years).	Indicador que se basa en el programa de detección del cáncer de mama de Inglaterra, sin embargo, no tiene evidencia que lo respalde.
32	German Guideline Program in Oncology.	2021	<i>Oncological quality indicators Guideline based quality indicators in the guideline program on oncology (OL).</i>	Es un resumen de los indicadores de calidad planteados en la GPC " <i>Evidence-based Guideline for the Early Detection, Diagnosis, Treatment and Follow-up of Breast Cancer</i> ", la cual ya fue incluida en el análisis.
33	Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN.	2013	<i>Treatment of primary breast cancer.</i>	Fecha de publicación fuera del intervalo establecido para la inclusión en la revisión sistemática de la literatura.
34	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud - CENETEC.	2017	Tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención.	GPC enfocada en recomendaciones sobre los diferentes tratamientos disponibles para el cáncer de mama. Tema no asociado con el alcance del consenso.
35	The American Society of Breast Surgeons.	2022	<i>Timeliness of Care for Breast Cancer.</i>	Documento que contiene un indicador de calidad, sin metodología que lo respalde.
36	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud - CENETEC.	2017	Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama.	Enfocada en recomendaciones sobre acciones específicas de prevención y tamizaje para el cáncer de mama.
37	Ministerio de Salud de Chile.	2015	Guías clínicas AUGE - Cáncer de mama.	Fecha de publicación fuera del intervalo establecido para la inclusión en la revisión sistemática de la literatura.

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 5. Evaluación de la calidad de la evidencia

5.1. Revisiones sistemáticas de la literatura

Lista de verificación para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del <i>Joana Briggs Institute</i> (JBI)	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntuación ≥ 10 puntos
Calidad media	Puntuación ≥ 6 y < 10 puntos
Calidad baja	Puntuación < 6 puntos

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Quality indicators for breast cancer care: A systematic review.</i>	Marta Maes, et al. 2021.	Media
<i>Breast cancer screening in developing countries.</i>	René da Costa, et al. 2017.	Baja
Evaluación de los tiempos de atención del cáncer en las principales localizaciones: colon-recto, pulmón, mama y próstata.	Osteba - Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. 2016.	Baja

5.2. Guías de práctica clínica

Herramienta: AGREE II	
Interpretación de la calidad	
Muy recomendada	Puntuación estandarizada de las áreas 3 y 6 ≥ 60
Recomendada	Puntuación estandarizada del área 3 (mínimo 50%) y del área 6 (mínimo 40%)
No recomendada	Puntuaciones estandarizadas del área 3 (menores a 50%) y del área 6 (menores a 40%)
No se sabe	No hay suficientes información para evaluar la GPC.

Adaptada según indicaciones del IETS y el MSPS para la adopción o adaptación de GPCs.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: ASCO/CAP Guideline Update.	American Society of Clinical Oncology College of American Pathologists.	Muy recomendada
<i>Evidence-based Guideline for the Early Detection, Diagnosis, Treatment and Follow-up of Breast Cancer.</i>	German Guideline Program in Oncology (GGPO). 2021.	Muy recomendada
<i>Follow-Up Care for Early-Stage Breast Cancer.</i>	Cancer Care Alberta, et al. 2021.	No recomendada
Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update.	Harold J. Burstein, et al. 2018.	Recomendada
Advanced breast cancer: diagnosis and treatment (CG81).	National Institute for Health and Care Excellence - NICE. 2017.	Muy recomendada
Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management (NG101).	National Institute for Health and Care Excellence - NICE. 2024.	Muy recomendada
Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.	S. Loibl, et al. 2023.	Recomendada
American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline.	Carolyn D. Runowicz, et al. 2016.	Muy recomendada
<i>Palliative care for patients with incurable cancer.</i>	German Guideline Program in Oncology (GGPO). 2020.	Muy recomendada
<i>Tumour profiling tests to guide adjuvant chemotherapy decisions in early breast cancer</i> (DG58).	National Institute for Health and Care Excellence - NICE. 2024.	Recomendada
Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update.	American Society of Clinical Oncology College of American Pathologists.	Muy recomendada



5.3. Estudios de cohortes

New-Castle Ottawa (NOS)	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntuación global ≥ 6 puntos
Buena calidad	Puntuación global de 5 puntos
Baja calidad	Puntuación global 3 - 4 puntos
Muy mala calidad	Puntuación global ≤ 2 puntos

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
Breast Cancer Care Timeliness Framework: A Quality Framework for Cancer Control.	Noor Mohd, et al. 2022	Baja calidad
<i>Quality indicators for the diagnosis and treatment of breast cancer integrated assistance: A critical appraisal.</i>	M. Maes Carballo, et al. 2024	Buena calidad
Time to Treatment: Measuring Quality Breast Cancer Care.	Amy C. Polverini, et al. 2016	Buena calidad
<i>Optimizing the Timeliness of Surgical Therapy in Patients with Breast Cancer Undergoing Immediate Breast Reconstruction.</i>	Tyler Sbrocchi, et al. 2023	Buena calidad
<i>Timeliness of Treatment Initiation in Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer.</i>	Jinghui Dong, et al. 2019	Calidad alta
Treatment intervals and survival for women diagnosed with early breast cancer in Queensland: the Breast Cancer Outcomes Study, a population-based cohort study.	Kou Kou, et al. 2023	Calidad alta

5.4. Revisiones narrativas

Escala SANRA	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntuación promedio de dos puntos
Calidad media	Puntuación promedio 1 y < 2 puntos
Calidad baja	Puntuación promedio 0 y < 1 punto

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Global challenges and policy solutions in breast cancer control.</i>	Dario Trapani, et al. 2022	Calidad media
<i>Timing and Delays in Breast Cancer Evaluation and Treatment.</i>	Richard J. Bleicher, et al. 2018	Calidad media
BreastScreen Australia national data by factors of interest for risk-based screening: routinely reported data and opportunities for enhancement.	Chelsea Carle, et al. 2022	Calidad media

5.5. Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi

Escala DCAT	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	El estudio Delphi es de alta calidad y proporciona una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
Calidad moderada	El estudio Delphi es de calidad moderada y probablemente proporciona una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
Calidad baja	El estudio Delphi es de baja calidad y puede que no proporcione una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
Calidad críticamente baja	El estudio Delphi es de calidad insuficiente para ser utilizado como una representación adecuada de las opiniones de los panelistas.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Radiation therapy quality indicators for invasive breast cancer.</i>	Lara Best, et al. 2017	Baja
<i>Quality indicators for the diagnosis and surgical management of breast cancer in South Africa.</i>	Sarah Nietz, et al. 2020	Moderada
Identifying Breast Cancer Care Quality Measures for a Cancer Facility in Rural Sub-Saharan Africa: Results of a Systematic Literature Review and Modified Delphi Process.	Lydia E. Pace, et al. 2020	Baja



5.6. Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi

Lista de chequeo para opinión de expertos del <i>Joana Briggs Institute</i> (JBI)		
Interpretación de la calidad		
Calidad Alta	Puntuación $\geq$ 5 puntos	
Calidad media	Puntuación = 4 puntos	
Calidad baja	Puntuación $\leq$ 3 puntos	

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update.</i>	<i>European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). 2024.</i>	Media
<i>The BHGI 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and Overview.</i>	Catherine Duggan, et al. 2018.	Media
<i>European Society of Breast Cancer Specialists/Advanced Breast Cancer Global Alliance quality indicators for metastatic breast cancer care.</i>	<i>European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). 2024.</i>	Media
<i>The Lancet Breast Cancer Commission.</i>	Charlotte E Coles, et al. 2024.	Alta
<i>Status of breast cancer in Latin American: Results of the breast cancer revealed initiative.</i>	Natalia Ayala, et al. 2023.	Media
<i>4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4).</i>	F. Cardoso, et al. 2018.	Alta

5.7. Documentos técnicos de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales

Lista de chequeo para la evidencia textual/política del <i>Joana Briggs Institute</i> (JBI)		
Interpretación de la calidad		
Calidad Alta	Puntuación $\geq$ 6 puntos	
Calidad media	Puntuación = 5 puntos	
Calidad baja	Puntuación $\leq$ 4 puntos	

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Consolidated Standards for NHS Breast Screening Programme.</i>	<i>England National Health Service (NHS). 2017.</i>	Baja
<i>Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework.</i>	Organización Mundial de la Salud - OMS. 2023.	Media

Anexo 6. Aplicación de metodología CREMAA a los indicadores propuestos

N°	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
1.1	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en CNR.	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	Ninguna
1.2	Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM en prevalentes.	4,75	5,00	5,00	4,75	5,00	4,75	29,25	4,88	96,88	Sí	Ninguna
2	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados como carcinomas <i>in situ</i> al momento del diagnóstico.	5,00	4,25	5,00	5,00	5,00	5,00	29,25	4,88	96,88	Sí	Ninguna
3	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.	5,00	5,00	5,00	4,75	5,00	5,00	29,75	4,96	98,96	Sí	Ninguna
4.1	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como localmente avanzado en el momento del diagnóstico.	5,00	5,00	5,00	4,75	5,00	4,25	29,00	4,83	95,83	Sí	Ninguna
4.2	Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como metastásico en el momento del diagnóstico.	5,00	5,00	5,00	4,75	5,00	4,25	29,00	4,83	95,83	Sí	Ninguna
5	Proporción de pacientes con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía.	4,75	5,00	5,00	5,00	4,75	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
6	Proporción de mujeres con cáncer de mama con resultado de receptores hormonales (estrógenos y progesterona).	5,00	5,00	3,50	5,00	4,75	5,00	28,25	4,71	92,71	Sí	Ninguna
7.1	Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2.	5,00	5,00	4,75	5,00	4,75	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
7.2	Proporción de pacientes con cáncer de mama invasivo con estudio de HER2 y FISH.	5,00	5,00	4,75	5,00	4,75	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
8.1	Proporción de mujeres con cáncer de mama <i>in situ</i> a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	5,00	5,00	5,00	4,75	4,75	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
8.2	Proporción de mujeres con cáncer de mama localizado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	5,00	5,00	5,00	4,75	4,75	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
8.3	Proporción de mujeres con cáncer de mama localmente avanzado a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama.	5,00	5,00	5,00	4,75	4,75	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna



N°	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
9	Proporción de pacientes con cáncer de mama a quienes se les realizó radioterapia después de la cirugía conservadora de la mama.	5,00	5,00	4,75	5,00	4,75	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Considerar si se mantienen solamente los casos con estadificación TNM válida en el periodo evaluado. Actualmente se excluyen los casos con estadificación no válida (pacientes que no tienen el dato de estadificación en la HC y pacientes que tienen estadificaciones TNM no actualizadas).
10	Proporción de mujeres con receptores hormonales positivos a quienes se les administra bloqueo hormonal como tratamiento.	5,00	5,00	4,00	4,75	5,00	5,00	28,75	4,79	94,79	Sí	Ninguna
11	Proporción de pacientes HER2 (+) con terapia anti - HER2.	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
12.1	Proporción de mujeres con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos.	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	Según el consenso 2016, el indicador 12.1 va sobre ca de mama en estadios tempranos y el 12.2 sobre estadios avanzados. Actualmente solo se está calculando para estadios avanzados de cáncer de mama (en casos nnuevos reportados (12.1) y prevalentes (12.2)).
12.2	Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama metastásico y valoración por cuidados paliativos.	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	
13	Oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas hasta el primer tratamiento).	4,75	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	29,75	4,96	98,96	Sí	Este indicador no fue seleccionado por el consenso de 2016, sin embargo, la CAC lo presenta de forma informativa, debido a su importancia en el proceso de atención del cáncer.
14	Oportunidad de la atención en cáncer (tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento).	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,50	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
15	Oportunidad de la atención por el médico tratante (tiempo entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante).	5,00	4,25	5,00	5,00	5,00	4,50	28,75	4,79	94,79	Sí	Ninguna
16	Oportunidad de inicio del tratamiento (tiempo entre la atención por el médico tratante hasta el primer tratamiento).	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,50	29,50	4,92	97,92	Sí	Ninguna
17	Oportunidad de inicio de terapia adyuvante (tiempo desde la cirugía hasta primer tratamiento postquirúrgico: radioterapia, bloqueo hormonal).	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	Ninguna
18.1	Letalidad del cáncer de mama (estadios tempranos).	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	Este indicador no fue seleccionado por el consenso de 2016, sin embargo, la CAC lo presenta de forma informativa, debido a su importancia en el proceso de atención del cáncer.
18.2	Letalidad del cáncer de mama (estadios avanzados).	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	
19	Mortalidad general en mujeres con cáncer de mama.	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	En el libro de cáncer en adultos siempre se presenta la mortalidad general en mujeres con cáncer de mama.
20	Supervivencia general a los 5 años.	4,00	4,50	4,75	4,50	4,75	5,00	27,50	4,58	89,58	Sí	Ninguna

Actualización del consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo
de las mujeres con cáncer de mama en Colombia
WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

N°	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
21	Proporción de mujeres con cáncer de mama que cumplen criterios de seguimiento.	2,00	4,75	3,00	2,75	3,00	5,00	20,50	3,42	60,42	No	En la actualidad no existen criterios estandarizados para guiar el seguimiento de las mujeres con cáncer de mama según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, ni sobre el profesional de salud que debería realizar la valoración, teniendo en cuenta la limitación de recursos humanos en el país. Por esta razón, se propuso, en su lugar, un indicador de abandono de tratamiento. Que resulta más viable metodológicamente.
22	Atención por equipo multidisciplinario en el periodo.	4,00	4,50	3,00	3,00	3,50	3,50	21,50	21,50	64,58	No	El ideal sería contar con juntas multidisciplinarias para la atención de los pacientes, sin embargo, en la práctica estas juntas se reservan para los casos más complejos debido al alto volumen de mujeres con cáncer de mama que actualmente se atienden en el país. Por otro lado, exigir valoraciones por parte de un grupo específico de profesionales en un sistema de atención en salud fragmentado, como el nuestro, podría incrementar las demoras en la atención, lo que convierte este enfoque en un indicador metodológicamente complejo. Además, la participación de ciertos especialistas no resulta útil en todos los casos y podría derivar en un uso ineficiente de los recursos. Por ejemplo, en casos de cáncer de mama <i>in situ</i> , la intervención de un genetista, un especialista en cuidados paliativos o un trabajador social tendría un impacto limitado en la atención. Por este motivo, se excluye el indicador y en su lugar se propone considerar una medición que evalúe la fragmentación de la atención. Cuando la atención no está fragmentada, se fomenta de manera indirecta una atención multidisciplinaria en un solo centro, lo que resulta más eficiente y efectivo para la mayoría de los casos.
23	Proporción de mujeres con cáncer de mama de 50 años o menos, en las que se realizó un panel multigénico.	5,00	4,75	3,25	4,75	4,00	5,00	26,75	4,46	86,46	Sí	Ninguna
24	Proporción de mujeres con cáncer de mama y axila clínicamente negativa, que se sometieron a una biopsia de ganglio centinela antes del inicio del tratamiento.	4,50	4,50	3,00	4,50	4,75	4,00	25,25	4,21	80,21	Sí	Ninguna



N°	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
25	Proporción de pacientes con mastectomía radical sometidas a cirugía reconstructiva inmediata.	2,50	3,50	3,25	3,50	4,00	4,50	21,25	3,54	63,54	No	Es una medición blanda y multifactorial. Depende de la edad de las mujeres y sus comorbilidades, las cuales influyen en su elegibilidad para la cirugía reconstructiva. Además, la decisión de optar por este procedimiento también está sujeta a las preferencias individuales de las pacientes. Razón por la cual los expertos temáticos del GD deciden excluirlo.
26	Proporción de mujeres prevalentes con cáncer de mama que completan el esquema de quimioterapia prescrito.	4,25	4,75	3,25	4,25	4,00	5,00	25,50	4,25	81,25	Sí	La variable necesaria actualmente tiene el 96% en comodín.
27	Proporción de pacientes con cáncer de mama avanzado que requirieron una reintervención quirúrgica para el cáncer primario de mama dentro de los seis meses posteriores a la cirugía inicial.	4,00	4,50	3,00	4,00	4,00	4,00	23,50	3,92	72,92	No	"Realizar una reintervención no significa una atención de mala calidad. En particular, no se recomienda omitir la reintervención por márgenes positivos. La reintervención de un margen positivo es una atención de buena calidad y resulta en un menor riesgo de recurrencia del cáncer". <i>American Society of Breast Surgeons</i> .
28	Oportunidad de inicio del tratamiento quirúrgico posterior a la quimioterapia neoadyuvante: tiempo desde el último ciclo de neoadyuvancia hasta la cirugía de control local o locoregional del cáncer.	4,75	4,75	4,75	5,00	5,00	4,50	28,75	4,79	94,79	Sí	Ninguna
29	Proporción de mujeres con cáncer de mama y estadificación axilar.	4,25	4,50	3,25	4,25	4,75	2,50	23,50	3,92	72,92	No	No tiene aportación marginal frente a los indicadores de biopsia de ganglio centinela y estadificación TNM propuestos, razón por la cual expertos del GD deciden excluirlo.
30	Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de mama y la confirmación histopatológica.	4,50	5,00	4,50	4,75	4,50	4,50	27,75	4,63	90,63	Sí	Ninguna
31	Proporción de mujeres con cáncer de mama con novedad de abandono en el periodo evaluado.	4,75	4,75	4,75	5,00	5,00	4,50	28,75	4,79	94,79	Sí	Ninguna
32	Fragmentación de la atención en las mujeres prevalentes con cáncer de mama.	5,00	5,00	4,50	4,50	4,50	5,00	28,50	4,75	93,75	Sí	Ninguna
33	Proporción de mujeres con cáncer de mama que iniciaron tratamiento con diagnóstico incompleto.	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	30,00	5,00	100	Sí	Ninguna
34	Oportunidad para la realización de FISH en CNR (Casos Nuevos Reportados) (tiempo transcurrido desde la fecha del resultado indeterminado de HER2 hasta la realización de FISH).	5,00	5,00	4,50	5,00	4,50	5,00	29,00	4,83	95,83	Sí	Ninguna
35	Proporción de mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical que fueron llevadas a radioterapia.	5,00	5,00	4,00	4,50	5,00	5,00	28,50	4,75	93,75	Sí	Ninguna
36	Calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama.	5,00	5,00	4,00	5,00	4,50	5,00	28,50	4,75	93,75	Sí	Ninguna



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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