

Situación de la
**ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA,**
la hipertensión arterial y la
diabetes mellitus en Colombia

2024



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024



Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

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

ISSN: 2322-6323

Periodicidad: una edición anual

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

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024; 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

Eduardo José Verbell De La Rosa
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

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e
Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Adriana Esperanza Peñuela Sánchez
Epidemióloga

Paula Andrea Daza Criollo
Especialista en Analítica

Nathaly Ramírez García
Epidemióloga

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Marcia Tatiana Corredor Acosta
Líder de Auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión y corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Gerente de comunicaciones y proyectos
Elevate's | Media, Talent e Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Líder de diseño editorial
Elevate's | Media, Talent e Impact

Revisores clínicos

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

Juan Diego Montejo Hernández
Presidente ASOCOLNEF

Carlos Hernán Mejía García
Vicepresidente ASOCOLNEF

José Javier Arango Álvarez
Vocal ASOCOLNEF

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

Paola Karina García
Vocal principal ACTO

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

Todos los derechos reservados.

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

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

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

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

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024	1.0	19 de agosto de 2025.	

Tabla de contenido

Abreviaturas	19
Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis	21
Glosario	24
Introducción	26
Aspectos éticos y legales.....	27
Aspectos metodológicos.....	28
Auditoría.....	28
Generalidades del reporte	28
Calidad de la información.....	28
Malla de validación en los sistemas de información.....	29
Verificación de la información con fuentes externas.....	29
Auditoría de campo.....	29
Población de interés, población auditada y periodo evaluado.....	30
Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría	30
Ajuste de datos posterior a la auditoría	32
Análisis epidemiológico	32
1. Características generales de la población reportada.....	36
Contenido infográfico capítulo 1	37
2. Población con hipertensión arterial	39
Contenido infográfico capítulo 2	40
2.1. Incidencia de la hipertensión arterial	41
2.2. Prevalencia de la hipertensión arterial.....	43
2.3. Mortalidad por todas las causas en la población con hipertensión arterial	45
3. Población con diabetes mellitus	49
Contenido infográfico capítulo 3	50
3.1. Incidencia de la diabetes mellitus	51
3.2. Prevalencia de la diabetes mellitus.....	53
3.3. Mortalidad por todas las causas en la población con diabetes mellitus.....	55
4. Población con enfermedad renal crónica.....	58
Contenido infográfico capítulo 4	59

4.1. Incidencia de la enfermedad renal crónica.....	60
4.1.1. Características clínicas y de la atención de los casos incidentes	63
4.1.1.1. Estadificación	63
4.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica.....	65
4.2.1. Características clínicas y de la atención de los casos prevalentes	69
4.2.1.1. Estadificación.....	69
4.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica	71
4.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos fallecidos	75
4.3.1.1. Estadificación.....	75
5. Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo	77
Contenido infográfico capítulo 5	78
5.1. Incidencia específica de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras.....	81
5.1.1. Población con hipertensión arterial	81
5.1.2. Población con diabetes mellitus.....	82
5.1.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus	82
5.2. Prevalencia específica de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras	83
5.2.1. Población con hipertensión arterial	83
5.2.2. Población con diabetes mellitus	84
5.2.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus.....	84
5.3. Mortalidad por todas las causas de la enfermedad renal crónica en los subgrupos de precursoras	85
5.3.1. Población con hipertensión arterial	86
5.3.2. Población con diabetes mellitus	86
5.3.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus.....	87
6. Población con enfermedad renal crónica estadio 5.....	88
Contenido infográfico capítulo 6	89
6.1. Incidencia de la población con enfermedad renal crónica estadio 5	90
6.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica estadio 5	92
6.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica estadio 5.....	94
7. Indicadores de nefroprotección	96
Contenido infográfico capítulo 7	97
7.1. Características de la población viva y activa.....	98
7.2. Indicadores de la gestión del riesgo para la población total reportada	99

7.3. Indicadores de nefroprotección en las subpoblaciones de riesgo	102
7.3.1. Indicadores de nefroprotección en la población con hipertensión arterial o diabetes mellitus	104
7.3.1.1. Población con hipertensión arterial.....	104
7.3.1.2. Población con diabetes mellitus	104
7.3.1.3. Población con hipertensión arterial y diabetes mellitus en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.....	104
7.3.1.4. Población con solo hipertensión arterial en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica	104
7.3.1.5. Población con solo diabetes mellitus en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica	105
7.3.2. Indicadores de nefroprotección en la población con enfermedad renal crónica sin terapia de reemplazo renal.....	105
7.3.2.1. Población con ERC en los estadios 1 y 2 sin terapia de reemplazo renal	107
7.3.2.2. Población con ERC en el estadio 3a sin terapia de reemplazo renal	107
7.3.2.3. Población con ERC en el estadio 3b sin terapia de reemplazo renal.....	107
7.3.2.4. Población con ERC en el estadio 4 sin terapia de reemplazo renal	107
7.3.2.5. Población con ERC en el estadio 5 sin terapia de reemplazo renal	108
8. Población con terapia de reemplazo renal	109
Contenido infográfico capítulo 8	110
8.1. Población con enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo renal.....	111
8.1.1. Incidencia de la terapia de reemplazo renal	111
8.1.2. Prevalencia de la terapia de reemplazo renal	112
8.1.3. Mortalidad por todas las causas de la población con terapia de reemplazo renal	116
8.2. Población prevalente con tratamiento médico no dialítico	117
8.3. Población con diálisis peritoneal.....	121
8.4. Población con hemodiálisis.....	124
8.5. Indicadores de diálisis	127
8.5.1. Indicadores de diálisis en los adultos	127
8.5.2. Indicadores de diálisis en la población pediátrica.....	130
8.6. Población con trasplante renal	131
8.6.1. Incidencia de la población con trasplante renal	131
8.6.2. Prevalencia del trasplante renal	133
8.6.3. Mortalidad por todas las causas de la población con trasplante renal	135
8.7. Tratamiento inmunosupresor en trasplante renal.....	136

8.8. Indicadores de seguimiento al trasplante renal	141
8.8.1. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los mayores de 18 años.....	141
8.8.1.1. Complicaciones quirúrgicas.....	141
8.8.1.2. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia	141
8.8.1.3. Infecciones oportunistas	142
8.8.1.4. Medición de la creatinina en los casos trasplantados en el periodo anterior	143
8.8.1.5. Medición de la tasa de filtración glomerular.....	144
8.8.2. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los menores de 18 años.....	145
Discusión y conclusiones	146
Referencias	151

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de las entidades según la radicación de los casos de ERC, HTA y DM a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2024.....	28
Tabla 2. Distribución de los casos auditados, inconsistencias y calidad de la información según el tipo de entidad, Colombia 2024	30
Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con HTA, DM y/o ERC, Colombia 2024.....	31
Tabla 4. Distribución de los casos incluidos para los análisis epidemiológicos, Colombia 2023 - 2024	32
Tabla 5. Tasa de incidencia de la HTA por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2024.....	43
Tabla 6. Prevalencia de la HTA por 100 habitantes según la región, Colombia 2024	45
Tabla 7. Mortalidad por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	47
Tabla 8. Tasa de incidencia de la DM por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2024.....	52
Tabla 9. Prevalencia de la DM por 100 habitantes según la región, Colombia 2024	54
Tabla 10. Mortalidad por todas las causas en las personas con DM por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	56
Tabla 11. Tasa de incidencia de ERC por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2024.....	62
Tabla 12. Estadio de los casos incidentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024	64
Tabla 13. Estadio de los casos incidentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024	64
Tabla 14. Prevalencia de la ERC por 100 habitantes según la región, Colombia 2024	68
Tabla 15. Estadio de los casos prevalentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024	70
Tabla 16. Estadio de los casos prevalentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024	70
Tabla 17. Mortalidad por todas las causas en las personas con ERC por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	74
Tabla 18. Estadio de los casos fallecidos en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024	75
Tabla 19. Estadio de los casos fallecidos en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024	75
Tabla 20. Distribución de los casos con HTA y DM según el diagnóstico de ERC, Colombia 2024	81
Tabla 21. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2024	81
Tabla 22. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2024.....	81
Tabla 23. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	82

Tabla 24. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2024	82
Tabla 25. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	82
Tabla 26. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2024	83
Tabla 27. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2024.....	83
Tabla 28. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2024	83
Tabla 29. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2024	84
Tabla 30. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	84
Tabla 31. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2024	84
Tabla 32. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	85
Tabla 33. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2024	85
Tabla 34. Distribución de la población fallecida con diagnóstico de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2024.....	85
Tabla 35. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2024	86
Tabla 36. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2024.....	86
Tabla 37. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	86
Tabla 38. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2024.....	87
Tabla 39. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024	87
Tabla 40. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2024.....	87
Tabla 41. Tasa de incidencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024.....	91
Tabla 42. Prevalencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024.....	93
Tabla 43. Mortalidad por todas las causas en la población con ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	94
Tabla 44. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en nefroprotección en la población general, Colombia 2024	99
Tabla 45. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM, Colombia 2024.....	103
Tabla 46. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2024.....	105
Tabla 47. Tasa de incidencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024.....	112
Tabla 48. Prevalencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	115

Tabla 49. Mortalidad por todas las causas en la población con TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	116
Tabla 50. Distribución de los casos con TMND según la región y la entidad territorial, Colombia 2024	118
Tabla 51. Distribución de los casos con TMND según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024	119
Tabla 52. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2024.....	121
Tabla 53. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024.....	122
Tabla 54. Distribución de los casos con hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2024	124
Tabla 55. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024	125
Tabla 56. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas en diálisis.....	127
Tabla 57. Tasa de incidencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2024	132
Tabla 58. Prevalencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2024	134
Tabla 59. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2024.....	135
Tabla 60. Medicamentos usados en el periodo de reporte en los casos prevalentes con trasplante renal funcional, Colombia 2024	137
Tabla 61. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2024.....	137
Tabla 62. Esquemas de tratamiento en las personas trasplantadas durante el último periodo, Colombia 2024	140
Tabla 63. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2024	141
Tabla 64. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados según la región, Colombia 2024	142
Tabla 65. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2024	143
Tabla 66. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2024.....	144
Tabla 67. Medición de la TFG (ml/min/1,73m ²) en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2024.....	145

Lista de figuras

Figura 1. Promedio de la población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023 y 2024.....	34
Figura 2. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2024	35
Figura 3. Casos de HTA, DM y/o ERC reportados a la CAC, Colombia 2008 - 2024.....	38
Figura 4. Casos de HTA, DM y ERC reportados a la CAC, Colombia 2017 - 2024.....	38
Figura 5. Tasa de incidencia cruda de la HTA, Colombia 2017 - 2024	41
Figura 6. Tasa de incidencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2017 - 2024.....	42
Figura 7. Pirámide poblacional de los casos incidentes de HTA, Colombia 2024	42
Figura 8. Tasa de incidencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	43
Figura 9. Prevalencia cruda de la HTA, Colombia 2017 - 2024	44
Figura 10. Prevalencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2017 - 2024.....	44
Figura 11. Prevalencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	45
Figura 12. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con HTA, Colombia 2017 - 2024	46
Figura 13. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA, Colombia 2024	46
Figura 14. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 afiliados según el régimen, Colombia 2024.....	47
Figura 15. Tasa de incidencia cruda de la DM, Colombia 2017 - 2024.....	51
Figura 16. Tasa de incidencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2017 - 2024.....	51
Figura 17. Pirámide poblacional de los casos incidentes de DM, Colombia 2024	52
Figura 18. Tasa de incidencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	53
Figura 19. Prevalencia cruda de la DM, Colombia 2017 - 2024.....	53
Figura 20. Prevalencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2017 - 2024.....	54
Figura 21. Prevalencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	55
Figura 22. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con DM, Colombia 2017 - 2024	55
Figura 23. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de DM, Colombia 2024	56
Figura 24. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con DM por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	57
Figura 25. Tasa de incidencia cruda de la ERC, Colombia 2017 - 2024.....	60
Figura 26. Distribución de los casos incidentes de ERC según la etiología, Colombia 2024.....	60

Figura 27. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2024	61
Figura 28. Tasa de incidencia cruda de la ERC por 1.000 habitantes según el sexo, Colombia 2017 - 2024	62
Figura 29. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	63
Figura 30. Distribución de los casos incidentes de la ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2024	63
Figura 31. Prevalencia cruda de la ERC, Colombia 2017 - 2024.....	65
Figura 32. Distribución de los casos prevalentes de ERC según la etiología, Colombia 2024.....	66
Figura 33. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2024	67
Figura 34. Prevalencia cruda de la ERC por 100 habitantes según el sexo, Colombia 2017 - 2024	68
Figura 35. Prevalencia de la ERC por 100 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	69
Figura 36. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2024	69
Figura 37. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC, Colombia 2017 - 2024	71
Figura 38. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC según el sexo, Colombia 2017 - 2024.....	72
Figura 39. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de ERC, Colombia 2024.....	73
Figura 40. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	74
Figura 41. Número de casos prevalentes reportados según el diagnóstico de la ERC, Colombia 2017 - 2024	80
Figura 42. Tasa de incidencia cruda de la ERC 5, Colombia 2017 - 2024.....	90
Figura 43. Pirámide poblacional de los casos incidentes de ERC 5, Colombia 2024	90
Figura 44. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	91
Figura 45. Prevalencia cruda de la ERC 5, Colombia 2017 - 2024	92
Figura 46. Prevalencia cruda de la ERC 5 según el sexo, Colombia 2017 - 2024.....	92
Figura 47. Prevalencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024....	93
Figura 48. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con ERC 5, Colombia 2017 - 2024	94
Figura 49. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	95

Figura 50. Flujograma descriptivo de los casos incluidos para el cálculo de los indicadores de nefroprotección, periodo 2024	98
Figura 51. Tendencia del control de la PA (< 140/90 mmHg) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024	100
Figura 52. Tendencia de la medición y el control del LDL a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024	100
Figura 53. Tendencia de los indicadores de medición de la creatinina, la albuminuria/creatinuria y el control del IMC a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	101
Figura 54. Tendencia de la proporción de las personas sin pérdida de la función renal (% pérdida TFG < 5 ml/min/1,73 m ² en un año) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024	102
Figura 55. Tendencia de la medición y el control de la HbA1c en las personas con DM a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	104
Figura 56. Pirámide poblacional de los casos incidentes con TRR, Colombia 2024	111
Figura 57. Tasa de incidencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	112
Figura 58. Tendencia de los casos de TRR a la fecha de corte de acuerdo con su modalidad, Colombia 2017 - 2024.....	113
Figura 59. Modalidad de la TRR según el estadio de ERC, Colombia 2024.....	113
Figura 60. Prevalencia cruda de la TRR, Colombia 2017 - 2024.....	114
Figura 61. Prevalencia cruda de la TRR según el sexo, Colombia 2017 - 2024	114
Figura 62. Prevalencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024....	115
Figura 63. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con TRR, Colombia 2024....	116
Figura 64. Mortalidad estandarizada por todas las causas en la población con TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	117
Figura 65. Pirámide poblacional de los casos con TMND, Colombia 2024	118
Figura 66. Tendencia de la proporción de adultos prevalentes en HD con catéter como acceso vascular, Colombia 2019 - 2024.....	128
Figura 67. Tendencia de los indicadores en los adultos con HD, Colombia 2019 - 2024	129
Figura 68. Tendencia de los indicadores en los adultos con DP, Colombia 2019 - 2024	129
Figura 69. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con HD, Colombia 2019 - 2024	130
Figura 70. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con DP, Colombia 2019 - 2024.....	131
Figura 71. Pirámide poblacional de los casos incidentes de trasplante renal, Colombia 2024.....	132
Figura 72. Tasa de incidencia estandarizada de trasplante renal según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024.....	133
Figura 73. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de trasplante renal, Colombia 2024.....	134
Figura 74. Prevalencia estandarizada de trasplante renal según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	135

Figura 75. Mortalidad estandarizada por todas las causas de trasplante renal según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024	136
Figura 76. Tendencia de las medidas de morbimortalidad de los casos con trasplante renal, Colombia 2017 - 2024	136
Figura 77. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2024	141
Figura 78. Tendencia de la incidencia acumulada de cáncer y el rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados, Colombia 2019 - 2024	142
Figura 79. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2024	143
Figura 80. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior, Colombia 2019 - 2024	144

Abreviaturas

BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo - Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
CKD - EPI:	<i>Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.</i>
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DE:	Desviación estándar.
dL:	Decilitro.
DM:	Diabetes mellitus.
DNC:	Dato no conforme.
DOND:	Dato original no disponible.
DP:	Diálisis peritoneal.
EAPB:	Entidad administradora de planes de beneficios.
ECV:	Enfermedad cardiovascular.
EOC:	Entidades obligadas a compensar.
EPS:	Entidad promotora de salud.
ERC:	Enfermedad renal crónica.
ERC 5:	Enfermedad renal crónica estadio 5.
g:	Gramo.
GPC:	Guía de práctica clínica.
HbA1c:	Hemoglobina glicosilada.
HD:	Hemodiálisis.
HTA:	Hipertensión arterial.
IE:	Incidencia estandarizada.
IMC:	Índice de masa corporal.
IPS:	Institución prestadora de servicios de salud.
Kg:	Kilogramo.
Kt/v:	Volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo.
LDL:	Lipoproteínas de baja densidad.
m:	Metro.
mg:	Miligramo.
min:	Minuto.
ml:	Mililitro.
mmHg:	Milímetros de mercurio.
PA:	Presión arterial.

Abreviaturas

PE:	Prevalencia estandarizada.
PTH:	Paratohormona (hormona paratiroidea).
S.A.S.:	Sociedad por acciones simplificada.
SGSSS:	Sistema general de seguridad social en salud.
SISPRO:	Sistema integral de información de la protección social.
TFG:	Tasa de filtración glomerular.
TFGE:	Tasa de filtración glomerular estimada.
TME:	Tasa de mortalidad estandarizada.
TMND:	Terapia médica no dialítica.
TRR:	Terapia de reemplazo renal.

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

Periodo de reporte: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Régimen contributivo	
EAS016	Empresas Públicas de Medellín, Departamento Médico, Antioquia - Medellín
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	EPS Sura
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	EPS Famisanar
EPS018	Servicio Occidental de Salud - S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS046	Salud Mía EPS
EPS047	Salud Bolívar EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Régimen subsidiado	
CCF033	EPS Familiar de Colombia
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - ComfaOriente
CCF055	Cajacopi EPS
CCF102	Comfachocó - CCF del Chocó
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSI04	Anas Wayuu EPSI
EPSI05	Mallamas EPSI
EPSI06	Pijaos Salud EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asociación Mutual la Esperanza Asmet Salud
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud Emssanar ESS
ESS207	Mutual Ser EPS
Régimen especial	
RES007	Universidad del Valle
RES008	Universidad Nacional
RES009	Universidad del Cauca

Lista de las entidades que reportaron información a la cuenta de alto costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
RES011	Unidad de Salud de la Universidad de Antioquia
REUE09	Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
EMP002	Medplus Medicina Prepagada S.A.
Régimen de excepción	
RES001	Policía Nacional
No asegurado	
05000	Secretaría Seccional de Salud de Antioquia
13000	Secretaría Departamental de Salud del Bolívar
23000	Dirección Departamental de Salud del Córdoba
25000	Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca
27000	Dirección Departamental de Salud del Chocó
41000	Dirección Departamental de Salud del Huila
50000	Dirección Departamental de Salud del Meta
52000	Dirección Departamental de Salud de Nariño
54000	Dirección Departamental de Salud de Norte de Santander
66000	Dirección Departamental de Salud del Risaralda
70000	Secretaría de Salud Departamental de Sucre
73000	Dirección Departamental de Salud del Tolima
76000	Dirección Departamental de Salud del Valle
81000	Dirección Departamental de Salud de Arauca
85000	Dirección Departamental de Salud del Casanare
86000	Dirección Departamental de Salud del Putumayo
Fondo de atención en salud para PPL	
USPEC01	Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios
No asegurados que informaron a la CAC no tener casos a reportar	
08000	Secretaría Departamental de Salud del Atlántico
08001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Barranquilla
13001	Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena - DADIS
15000	Secretaría de Salud de Boyacá
17000	Dirección Territorial de Salud de Caldas
18000	Dirección Departamental de Salud del Caquetá
20000	Dirección Departamental de Salud del Cesar
44000	Dirección Departamental de Salud de La Guajira
47000	Dirección Departamental de Salud de Magdalena
47001	Secretaría de Salud de Santa Marta
63000	Dirección Departamental de Salud del Quindío
76109	Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura
88000	Dirección Departamental de Salud de San Andrés

Lista de las entidades que reportaron información a la cuenta de alto costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis

Periodo de reporte: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
91000	Dirección Departamental de Salud del Amazonas
94000	Dirección Departamental de Salud de Guainía
95000	Dirección Departamental de Salud del Guaviare
97000	Dirección Departamental de Salud del Vaupés
99000	Secretaría Departamental de Salud del Vichada

Las entidades RES002, RES003 y RES004 no reportaron información en el periodo 2024.

Para todas las entidades que deben reportar, se incluyeron los casos de los periodos anteriores que no fueron informados en el 2024, para el análisis de prevalencia en las estimaciones demográficas.

Glosario

Donante:	ser humano vivo o fallecido que es fuente de órganos o tejidos con fines de trasplante (1).
Donante fallecido:	donante real. Esta clasificación se utiliza para diferenciarlo del donante vivo relacionado (1).
Donante vivo:	un ser humano vivo al que se le han removido tejidos u órganos con fines de trasplante. Un donante vivo tiene una de las siguientes tres relaciones posibles con el receptor: A) Relacionado: A1) Genéticamente relacionado: primer grado de relación genética: padres, hijos; segundo grado de relación genética: abuelos, nietos, hermanos; tercer grado de relación genética: bisabuelos, tíos, sobrinos; cuarto grado de relación genética: primos; A2) Emocional relacionado: cónyuge (si no está relacionado genéticamente), padres o hijos adoptivos, suegros, amigos; B) No relacionado: no relacionados genética ni emocionalmente con el receptor (1).
Enfermedad renal crónica:	daño renal por más de 3 meses, consistente en la alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), manifestada por los marcadores de daño renal (anomalías en la composición de la sangre o la orina, o de los exámenes con imágenes) o una TFG < 60ml/min/1,73m ² de superficie corporal, con o sin daño renal (2).
Enfermedad renal crónica estadio 5 (ERC 5):	para este documento hace referencia a todas las personas con diagnóstico de ERC que tienen una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) menor a 15ml/min/1,73m ² , independiente de si recibió o no TRR (2).
Enfermedad precursora:	es aquella que precede a otra y facilita su desarrollo. Para este documento se tienen en cuenta la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) como principales precursoras de la ERC (3).
Factor de riesgo:	cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir un efecto (como una enfermedad) en un momento determinado (4).
Gestión del riesgo en salud:	la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir y realizar el seguimiento y el monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población, en todas las fases de la gestión de una enfermedad (5).
Injerto:	tejido que se implanta en una parte del cuerpo para reparar una lesión o implante (6).
Inmunosupresión:	supresión artificial de la respuesta inmune, usualmente a través de medicamentos, para que el organismo no rechace el órgano o tejido trasplantado (6).

Glosario

Lista de espera:	un sistema (o método) para mantener un listado actualizado de candidatos a trasplante, garantizando la protección de la privacidad y la confidencialidad de las personas.
Población con ERC:	para este documento, se considera población con ERC, aquella que fue reportada con la opción 1= [sí presenta ERC], en la variable 38 [el usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquiera de sus estadios], de la estructura de variables para el reporte de información ERC/HTA/DM a la Cuenta de Alto Costo, reglamentada por las Resoluciones 4700 de 2008 y 2463 de 2014 (7).
Población en riesgo de desarrollar ERC:	personas que fueron reportadas con las opciones 0= [no presenta ERC], 2= [indeterminado] o 3= [el usuario no ha sido estudiado] en la variable 38 de la estructura de variables para el reporte de información ERC/HTA/DM a la Cuenta de Alto Costo, reglamentada por las Resoluciones 4700 de 2008 y 2463 de 2014 (7).
Rechazo inmunológico:	respuesta del sistema inmunológico del organismo frente a un órgano trasplantado, en general mediado por linfocitos T, generando una serie de anticuerpos ante lo que reconoce como un cuerpo extraño. Puede provocar la pérdida del órgano trasplantado si no es tratado correctamente (6).
Último año o periodo de reporte:	para efectos de este libro, el último año corresponde al periodo objeto del reporte, comprendido entre el 1° de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024.
Tasa de mortalidad específica:	este indicador mide la frecuencia de las defunciones ocurridas por una causa concreta en un grupo poblacional con una condición específica en el periodo de análisis con relación a la población con esta condición específica (8).
Tasa de mortalidad general:	este indicador mide la frecuencia de las defunciones ocurridas por todas las causas en un grupo poblacional con una condición específica en el periodo de análisis con relación a la población total (afiliados o habitantes) (8).
Tiempo en lista de espera:	es el tiempo transcurrido entre el ingreso a lista de espera y su exclusión por una causa definitiva (mejoría, fallecimiento o trasplante).
Terapia de reemplazo renal:	corresponde a alguna de las siguientes terapias: diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal), tratamiento médico no dialítico o trasplante.
Trasplante:	es la transferencia (injerto) de tejidos u órganos de un donante a un receptor con el fin de restaurar la función en el cuerpo (6).



Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema global creciente que afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, y está asociada con altos costos individuales, de atención médica y sociales (9). Según el estudio *Global Burden of Disease* (GBD), en 2017 se estimó que 697,5 millones de personas en el mundo padecían ERC, lo que representa un incremento del 1,2% en comparación con 1990 (3). A esto se debe sumar la carga global de la insuficiencia renal aguda (IRA) y la insuficiencia renal (incluyendo a las personas en diálisis y los receptores de trasplante renal), lo que incrementa la prevalencia global de la enfermedad renal en un 10% adicional (9).

Por otro lado, la ERC puede causar mortalidad prematura, discapacidad, reducción de la calidad de vida y otros daños psicosociales (9). Los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), permiten medir el impacto de la mortalidad y discapacidad asociadas a enfermedades específicas (10). De acuerdo con el GBD, en 2017 la ERC atribuida a diabetes mellitus (DM) representó el 30% del total de AVADs por ERC, siendo la causa con el mayor número absoluto de esta medida en ese año (3). Además, la diabetes tipo 2 fue la única causa de ERC que mostró un aumento significativo en la tasa de AVADs ajustada por la edad, con un incremento del 9,5% (IC del 95%: 4,3 a 13,7) entre 1990 y 2017 (3). De acuerdo con lo anterior, la ERC es un grave problema de salud pública a nivel mundial, considerando la elevada carga de este indicador asociada al total de los casos de ERC (11).

La carga de la ERC también se refleja en la mortalidad. Para el año 2016 en el mundo, se registraron 500 muertes por cada 1.000 habitantes por ERC relacionada con la DM (IC 95%: 452 - 543), mientras que 299 defunciones por cada 1.000 habitantes fueron asociadas a hipertensión arterial (HTA) (IC 95%: 268 - 335) (12). Se proyecta que para 2040, la enfermedad renal causará 52 millones de años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), ascendiendo del 16º lugar en 2016 al quinto, superando a otras principales causas de mortalidad temprana por enfermedades no transmisibles, como la diabetes, que ocupará el séptimo puesto (9,12).

Según la región, en América Latina Central la prevalencia estandarizada por la edad (PE) de la ERC en 2017 fue de 11,11 casos por cada 100 habitantes (IC 95%: 10,35 - 11,97), lo que representa un aumento del 7,20% con respecto a 1990. Además, la mortalidad estandarizada por la edad (MTE) alcanzó los 42,10 fallecimientos por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 40,8 - 43,3) (11). En comparación, según datos del GBD, en Colombia para ese mismo año la PE de la ERC fue de 9,63 casos por cada 100 habitantes (IC 95%: 8,93 - 10,50), con una MTE de 15,70 por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 14,2 - 17,3) (11).

De acuerdo con lo anterior, factores como el envejecimiento poblacional, el incremento de la obesidad y los efectos del cambio climático probablemente contribuyan a un mayor aumento en la prevalencia de la ERC, lo que tendría importantes repercusiones en la supervivencia, la calidad de vida y los costos globales del sistema de salud (9). La detección precoz representa una estrategia fundamental para prevenir la enfermedad renal, disminuir su avance y evitar sus complicaciones. Por ello, fortalecer el conocimiento y promover soluciones sostenibles para su diagnóstico temprano constituye una prioridad en el ámbito de la salud pública (9).

Teniendo en cuenta lo anterior, en Colombia la Cuenta de Alto Costo (CAC) es la entidad encargada de analizar los datos de la cohorte de ERC y sus precursoras, gestionando el registro nacional de las personas diagnosticadas con esta enfermedad y que están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), uno de los más grandes de la región. Su propósito es promover el manejo adecuado de las personas en riesgo de desarrollar ERC, impulsar estrategias de prevención y fortalecer la atención de quienes requieren terapia de reemplazo renal (TRR).

Este informe presenta la información correspondiente al periodo comprendido entre el 1º de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024, con respecto a las características sociodemográficas y clínicas de las personas con ERC, incluyendo las precursoras, como la DM y la HTA. Así mismo, reportan los indicadores de morbimortalidad y gestión del riesgo, desagregados por los distintos niveles demográficos y del aseguramiento.

Aspectos éticos y legales

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las entidades promotoras de salud (EPS) y demás entidades obligadas a compensar (EOC), realizaron a la CAC entre el 1° de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024.

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

Los autores declaran no tener conflictos de interés de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier interés compartido.

El contenido de este informe es el producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de información en Colombia, garantizando la conservación, custodia, anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki (13), Informe Belmont (14) y Pautas CIOMS (15) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (16), por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y para este caso en particular, la protección de datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada por dicha Ley y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 de 2013 que regula el manejo adecuado de datos sensibles (17-19).



Aspectos metodológicos

Auditoría

Generalidades del reporte

Anualmente, la Cuenta de Alto Costo (CAC) realiza el proceso de auditoría de la población diagnosticada con enfermedad renal crónica (ERC), hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM), el cual incluye aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la evolución clínica, en cumplimiento de lo estipulado por la Resolución 2463 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Dicha normativa exige el reporte obligatorio de información por parte de cada entidad promotora de salud (EPS) y entidad obligada a compensar (EOC). Así mismo, la resolución proporciona el marco normativo para llevar a cabo la revisión de las atenciones en salud ofrecidas a la población incluida en la cohorte, que para este periodo corresponden a las brindadas por las instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS) entre el 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024 (periodo 2024).

Para la preparación del reporte anual de información, la CAC lleva a cabo diversas actividades orientadas a fortalecer la gestión en salud de la población de la cohorte. Entre estas, se incluye la capacitación dirigida a los integrantes de las EPS y EOC, en la que se socializan los hallazgos y aspectos clave relacionados con el manejo de esta población. Además, la CAC realiza un proceso de triangulación de la información, contrastando los datos con la base RedData del Instituto Nacional de Salud y los registros de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) reportados por las EPS durante el periodo evaluado. Este enfoque de triangulación de estas fuentes busca garantizar que las personas sean integradas a la cohorte de manera oportuna.

Para el periodo 2024, 56 entidades reportaron información relacionada con la gestión de atención en salud de las personas con ERC, HTA y DM, y 18 reportaron no haber identificado casos durante el periodo de referencia. La totalidad de los registros informados a la CAC fueron auditados con el objeto de garantizar la calidad de la información que se requiere para el análisis, la evaluación y monitoreo del proceso de atención que gestionan los aseguradores en la cohorte.

La **tabla 1** presenta la distribución detallada de las entidades según su participación en el proceso de reporte a la CAC durante el periodo 2024.

Tabla 1. Distribución de las entidades según la radicación de los casos de ERC, HTA y DM a la Cuenta de Alto Costo, Colombia 2024

Tipo de entidad	Entidades existentes	Entidades que reportaron casos ¹	Entidades que reportaron no tener casos	Entidades que no reportaron casos
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	38	16	18	4
EPS	32	32	0	0
EAPB especial	10	6	0	4
EAPVS	7	1	0	6
EAPB de excepción	4	1	0	3
Total	91	56	18	17

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

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

Calidad de la información

La CAC tiene establecidas las siguientes tres fases para garantizar la confiabilidad y la calidad de la información: validación de la información, cruce de datos con las fuentes externas, y la auditoría de soportes. A continuación, se describe cada una de estas fases:

Malla de validación en los sistemas de información

En la primera fase del proceso de validación de la información, se empleó una malla de validación automatizada, diseñada para evaluar la coherencia, estructura y completitud de los datos reportados. Esta herramienta tecnológica resultó fundamental para identificar errores de forma, contenido y relacionamiento entre variables, asegurando que los datos cumplieran con los requisitos técnicos establecidos. Tras el cierre del plazo de reporte (30 de agosto de 2024), el sistema fue bloqueado para evitar modificaciones posteriores, mientras que los resaldos clínicos y administrativos fueron organizados y almacenados en el repositorio de la CAC, garantizando su trazabilidad y seguridad.

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

Verificación de la información con fuentes externas

La segunda fase, consistió en el cruce de información con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con el objetivo de validar tanto el estado vital como la afiliación de los casos al sistema de salud.

Auditoría de campo

La tercera fase del proceso correspondió a la auditoría de campo, llevada a cabo por el equipo auditor con el apoyo de herramientas de interoperabilidad. Durante esta etapa, se contrastó la información reportada con los soportes clínicos y administrativos disponibles, lo que permitió validar la veracidad de los diagnósticos, confirmar la calidad de los seguimientos clínicos y evaluar la atención proporcionada. El proceso de auditoría para el periodo 2024 revisó los datos del 100% de las personas reportadas con ERC, HTA y DM.

Entre las actividades más destacadas de esta fase se incluyó la verificación del cumplimiento de los algoritmos diagnósticos correspondientes a cada enfermedad conforme los criterios establecidos en las guías de práctica clínica, el seguimiento anual de los paraclínicos (por ejemplo, perfil lipídico, glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada, tasa de filtración glomerular y creatinina sérica, etc.), la tamización para la enfermedad renal crónica (ERC) y la continuidad en las terapias de reemplazo renal. La metodología utilizada aseguró un proceso riguroso y transparente, fundamentado en la evidencia y en la verificación documental. Así mismo, los hallazgos obtenidos fueron puestos a disposición de las (EAPB), brindándoles la oportunidad de ejercer su derecho de objeción.

Durante el proceso, se evaluó la evolución clínica de las personas mediante parámetros clave:

- **ERC:** determinación del estadio según la tasa de filtración glomerular, la presencia de complicaciones asociadas y, cuando correspondiera, el requerimiento de terapia de reemplazo renal, así como la continuidad y el seguimiento clínico de esta.
- **HTA:** clasificación del control de la presión arterial, adherencia a esquemas terapéuticos recomendados y la aplicación del tamizaje de enfermedad renal crónica.
- **DM:** seguimiento del control glicémico mediante hemoglobina glicosilada, ajuste de tratamiento farmacológico y la aplicación del tamizaje de enfermedad renal crónica.

Como parte del enfoque de mejora continua, se publicó un informe de calidad dirigido a cada EAPB, detallando los hallazgos relevantes en la atención integral de los casos con ERC, HTA y DM. Adicionalmente, se facilitaron espacios con los expertos clínicos de las asociaciones científicas para presentar casos clínicos, que generaron recomendaciones clave para la gestión en salud de la población de la cohorte. También, otros espacios de socialización con los equipos de las EAPB para optimizar los procesos de diagnóstico, tratamiento y reporte de información.



Además, la CAC fortaleció el programa de entrenamiento integral con la respectiva certificación en la modalidad híbrida (virtual y presencial), proporcionando talleres especializados, material clínico y administrativo de fácil acceso para mejorar la gestión de datos y garantizar una atención eficiente y basada en evidencia para esta población.

A continuación, en la **tabla 2**, se presentan los resultados de la calidad del reporte de información en el país, desagregado por cada uno de los regímenes del aseguramiento, encontrando que el 79,30% de los datos fueron reportados con calidad, es decir, coincidieron con lo descrito en los soportes clínicos adjuntos.

Tabla 2. Distribución de los casos auditados, inconsistencias y calidad de la información según el tipo de entidad, Colombia 2024

Tipo de entidad	Registros reportados como pertenecientes a la cohorte	Registros con inconsistencias ¹	% Inconsistencias	Datos de calidad (%) ²	Datos ajustados (%) ³	Datos no soportados (%) ⁴	Datos de no gestión (%) ⁵
EAPB contributivo	4.518.838	116.324	2,57	82,50	3,30	2,40	11,70
EAPB subsidiado	2.334.249	217.780	9,33	73,60	4,50	8,10	13,80
EAPB de excepción	43.304	15.123	34,92	53,00	4,80	31,40	10,80
EAPB especial	13.459	3.363	24,99	64,50	4,10	22,40	9,10
Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	421	38	9,03	70,10	4,30	7,30	18,20
EAPVS	15	0	0,00	81,70	10,10	0,60	7,60
Total	6.910.286	352.628	5,10	79,30	3,70	4,60	12,40

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

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

³ **Datos ajustados:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes.

⁴ **Datos no soportados:** dato reportado que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

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

EAPB: empresas administradoras de planes de beneficio; **EAPVS:** empresas administradoras de planes voluntarios de salud.

Población de interés, población auditada y periodo evaluado

El proceso de auditoría presentó un ajuste metodológico orientado a la identificación y seguimiento de la población que pertenece a la cohorte, aumentando la auditoría de los casos reportados con diagnóstico confirmado en un 12,70%, con respecto al periodo anterior. En particular, se reforzó la búsqueda de las personas con diagnóstico reciente de ERC, HTA y DM, y aquellos en proceso de confirmación, con el fin de optimizar la calidad del reporte y asegurar que los datos reflejen fielmente la realidad epidemiológica.

Por otra parte, el proceso de auditoría verificó 683.946 casos que en las fuentes de triangulación indicaban que la persona tenía el diagnóstico de HTA, DM y/o ERC, pero que las entidades reportaron al proceso de auditoría como diagnósticos descartados y por confirmar, en los cuales se realizó la respectiva verificación de los soportes, validando la condición informada. Los registros que están por confirmar el diagnóstico hacen parte del seguimiento anual que realiza la CAC, a pesar de no pertenecer a la cohorte nacional.

Se les aplicaron inconsistencias a 352.628 casos en los cuales no se dispusieron los soportes válidos o completos para sustentar el diagnóstico de ERC, HTA o DM, respectivamente. En comparación con el periodo anterior, esta situación aumentó 2,42 puntos porcentuales (2,68% en 2023) (**tabla 2**).

Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría

La ERC es una enfermedad progresiva que, cuando no es diagnosticada y monitoreada adecuadamente, implica un alto riesgo de complicaciones graves, incluyendo la insuficiencia renal terminal, las afectaciones cardiovasculares y el deterioro de la calidad de vida de las personas. En la auditoría realizada se identificaron oportunidades para las EAPB e IPS en la documentación del diagnóstico, el seguimiento clínico y la gestión de pruebas esenciales (**tabla 3**).

Tabla 3. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la cohorte de las personas con HTA, DM y/o ERC, Colombia 2024

Temática	Descripción del hallazgo
Inconsistencias en el diagnóstico	<p>Durante el proceso de auditoría, se identificaron 352.688 inconsistencias en la población reportada como perteneciente a la cohorte, relacionadas con la falta de soporte documental del diagnóstico de ERC y sus precursoras. La falta de disposición de los soportes clínicos que sustentan el diagnóstico es la causa más frecuente de las inconsistencias, siendo el 88,12% (n= 310.733). Por otro lado, 2,10% (n= 7.413) presentaban documentación considerada no válida, ya sea por falta de información esencial o por inconsistencias en la evidencia presentada.</p> <p>El 9,78% (n= 34.482) de los casos contaban con soportes clínicos en los cuales no se evidenció diagnóstico de HTA, DM y/o ERC, lo que muestra posibles errores en la clasificación y en el registro de las personas. Este hallazgo refleja la necesidad de fortalecer los mecanismos de validación y aseguramiento de la información reportada, garantizando que los registros clínicos cuenten con el soporte necesario para confirmar la presencia de estas condiciones de salud.</p> <p>La ausencia de documentación no solo refleja una debilidad administrativa, sino que tiene consecuencias clínicas significativas. Sin un diagnóstico formal, la persona puede no recibir los tratamientos oportunos que prevengan la progresión de la enfermedad. El retraso en la identificación de la ERC impide la implementación de estrategias para el control de la presión arterial, la reducción de la proteína en la orina y el manejo de la anemia y las alteraciones metabólicas, lo que finalmente contribuye al deterioro acelerado de la función renal.</p>
Déficit en el monitoreo de hemoglobina glucosilada en las personas con diabetes mellitus	<p>El 54,0% (n= 1.237.570) de los casos con diagnóstico de diabetes mellitus (DM), no contaban con los registros de seguimiento de hemoglobina glicosilada en el periodo, un marcador esencial en el control de la enfermedad. Esta deficiencia en el monitoreo limita la capacidad de evaluar la progresión de la diabetes y afecta la toma de decisiones médicas para la prevención de complicaciones.</p>
Deficiencias en la gestión del perfil lipídico en la cohorte	<p>El monitoreo del perfil lipídico es fundamental para la evaluación del riesgo cardiovascular, especialmente en poblaciones con ERC, HTA y DM. Sin embargo, el 45,68% (n= 2.990.522) de los casos en la cohorte no contaban con gestión adecuada en la medición de colesterol total, colesterol HDL y colesterol LDL, lo que limita el diagnóstico oportuno de alteraciones metabólicas y compromete la calidad del seguimiento clínico.</p>
Deficiencias en la gestión de pruebas paraclínicas esenciales en las personas con ERC estadios 3-5	<p>La gestión en el monitoreo de hemoglobina, albúmina y fósforo séricos es fundamental para la evaluación y manejo de la ERC. En los estadios avanzados de la enfermedad, el 60% (n= 854.397) de los casos registran control de dichos exámenes, lo que compromete la calidad del seguimiento clínico.</p> <p>Desde una perspectiva médica, la hemoglobina es clave para la identificación y manejo de la anemia en ERC, una complicación frecuente que afecta el bienestar y la funcionalidad de las personas. La falta de monitoreo de albúmina sérica puede impedir la detección de malnutrición y estados inflamatorios crónicos, que impactan negativamente en la progresión de la enfermedad. Finalmente, el fósforo sérico elevado es un factor determinante en la alteración ósea y el riesgo cardiovascular, problemas críticos en las personas con ERC avanzada.</p> <p>La no realización e interpretación de estos estudios afecta la toma de decisiones clínicas, y dificulta la prevención de los eventos adversos, reduciendo la posibilidad de optimizar el tratamiento antes de que la enfermedad alcance niveles irreversibles.</p>
Atención médica en la población con terapia de reemplazo renal (TRR)	<p>Se identificó que el 3,1% (n= 875) de las personas con terapia de reemplazo renal (TRR) no tuvieron registro de las atenciones médicas en el periodo analizado. Es necesario para los prestadores y aseguradores realizar el seguimiento oportuno de esta población, e identificar los factores que impiden que se tenga la continuidad de la TRR. Así mismo, si la persona recupera la función renal, debe estar sustentado detalladamente en la historia clínica.</p> <p>Los riesgos clínicos asociados con la falta de continuidad de la TRR pueden ser severos. En los casos que están en hemodiálisis, la ausencia de controles médicos puede generar alteraciones electrolíticas, sobrecarga de volumen y eventos cardiovasculares que comprometan su estabilidad. Para aquellos con trasplante renal, la falta de seguimiento puede impedir la detección temprana de rechazo del injerto, un factor crítico en la preservación de la función del trasplante. En las personas con diálisis peritoneal o tratamiento médico no dialítico (TMND) la omisión de estos controles afecta la adaptación y la optimización de la terapia, lo que puede derivar en una progresión acelerada de la insuficiencia renal.</p>

Una vez finalizado el proceso de verificación y de revisión de coherencia de la información, las EAPB aprobaron la base de datos de la cohorte. Posteriormente, se realizó una reunión de cierre de auditoría para socializar los hallazgos y se entregó a las entidades el informe de calidad correspondiente.



Ajuste de datos posterior a la auditoría

Después de la auditoría quedaron 6.546.264 registros activos, de los cuales 27.382 fueron excluidos por el equipo de la subdirección de gestión del conocimiento de la CAC, debido a que se catalogaron como muertos antes de periodo o duplicados no válidos. Además, se identificaron 958 casos duplicados atendidos por dos regímenes válidos, por tanto, se incluyeron en una única vez para los análisis de morbimortalidad, pero se tuvieron en cuenta sus dos atenciones para la medición de los indicadores de la gestión del riesgo.

Como parte del seguimiento de la cohorte, se implementa un proceso de recuperación de los casos que garantiza la integración de todas las personas reportadas como vivas en años anteriores a la CAC en el registro del periodo actual. Este procedimiento es necesario en situaciones como la liquidación de una entidad aseguradora o cuando una persona se desafilia de una entidad y su nuevo asegurador no está al tanto de su diagnóstico, lo que genera omisiones en el reporte. Este proceso, asegura que los análisis mantengan su precisión y que las tasas absolutas calculadas reflejen una representación confiable del comportamiento epidemiológico. Los casos recuperados se incorporan a la base de datos para los estudios de prevalencia. Cuando los casos no informados superan el 3% del total de la cohorte, se realiza la actualización del estado vital de cada registro y se incluyen también en la mortalidad. Lo anterior garantiza una gestión rigurosa y una representación fiel de los datos epidemiológicos.

En 2024, las personas no reportadas del año 2023 ascendieron a 53.393, lo que representó el 0,64% del total de los casos registrados por las entidades y un 0,82% de los prevalentes. En consecuencia, los registros se sumaron a la prevalencia, garantizando un mínimo impacto en las tasas calculadas y permitiendo mantener la calidad y confiabilidad de los análisis realizados.

Finalmente, resultaron un total de 6.571.317 personas únicas con al menos un diagnóstico de HTA, DM o ERC distribuidos como se muestra en la **tabla 4**, en comparación con el periodo anterior.

Tabla 4. Distribución de los casos incluidos para los análisis epidemiológicos, Colombia 2023 - 2024

Población	Incidentes		Prevalentes		Fallecidos	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Hipertensión arterial	304.762	214.741	5.649.061	6.248.153	120.571	130.110
Diabetes mellitus	128.980	85.887	1.985.718	2.325.477	44.969	51.032
Enfermedad renal crónica	200.182	281.714	991.212	1.251.930	32.519	38.281
Enfermedad renal crónica estadio 5	4.096	4.067	40.427	43.924	4.387	5.375
Terapia de reemplazo renal	4.583	4.109	44.512	49.042	3.656	4.797
Trasplante renal	777	832	8.324	9.202	157	201

Análisis epidemiológico

Se realizó un análisis descriptivo de la información sociodemográfica (edad, sexo, régimen de afiliación, departamento y municipio de residencia) y clínica relacionada con las enfermedades. Se estimaron la prevalencia, la incidencia y la mortalidad cruda y estandarizada por la edad para 6 subpoblaciones de interés (HTA, DM, ERC, ERC 5, TRR y trasplante renal) según el total del país, el departamento, el municipio, la región, el régimen de afiliación, el reglón y la entidad aseguradora.

En las ediciones previas, para realizar la estandarización con el método directo, se utilizaba como referencia para las desagregaciones demográficas el promedio de la población proyectada por el DANE para el respectivo periodo, y para el aseguramiento, la BDUA nacional con corte al 1° de enero. A partir de 2024, el ajuste se realiza con la población estándar mundial, por quinquenios, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (20) para todos los niveles de análisis. La información nacional y de las regiones para el periodo actual se presenta en tablas, y para los regímenes contributivo y subsidiado, se muestran las tendencias; se aclara que para construir estas figuras se recalcularon nuevamente los valores estandarizados para los periodos previos, también con la población OMS.

Se incluyeron como casos prevalentes todos aquellos que tuvieron la enfermedad a la fecha de corte del periodo, independiente del estado vital, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Los casos identificados como incidentes para HTA y DM fueron aquellos en los que la fecha de diagnóstico estuvo entre el 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.

Por otra parte, la incidencia de la ERC general hace referencia a los casos nuevos que no habían sido reportados antes con esta enfermedad en cualquiera de sus estadios (incidentes administrativos). Teniendo en cuenta que la estructura de reporte definida por la resolución no cuenta con la fecha de diagnóstico, se realizó un cruce de la información histórica para identificar cuáles casos no han sido reportados en periodos anteriores con la enfermedad. La incidencia de la ERC 5 hace referencia a los casos con fecha de diagnóstico durante el periodo y que pueden comprender aquellos que progresaron de los estadios 1 al 4 hasta el 5, como también, los que se debutan como ERC 5.

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

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

Para los análisis demográficos se tuvo en cuenta el promedio de la población proyectada por el DANE con corte al 30 de junio de 2023 y al 30 de junio de 2024 ($n= 52.455.728$), con la actualización post COVID-19 (**figura 1**). Para los denominadores relacionados con el aseguramiento se tomó la población afiliada a cada una de las EAPB del país reportada en la BDUA con corte al 1° de enero de 2024 ($n= 49.765.559$) (**figura 2**).

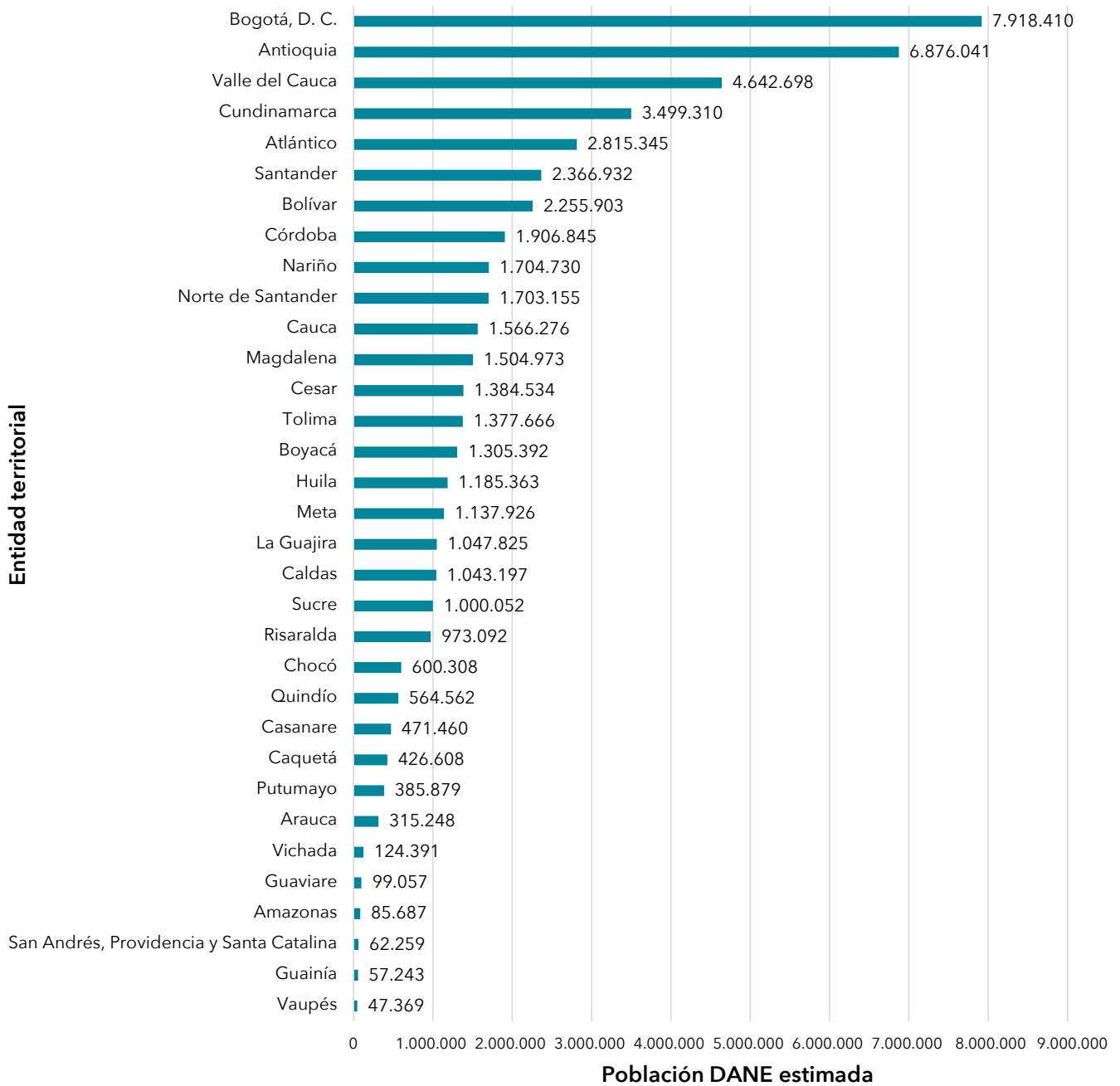
La estructura utilizada para los indicadores de la gestión del riesgo de nefroprotección, diálisis y trasplante y los estándares de medición y la semaforización se realizó teniendo en cuenta lo documentado en los consensos basados en la evidencia: "Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadiificada en 1 - 4 y 5 sin diálisis, hipertensión arterial y diabetes mellitus" (21), "Consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia" (22), su actualización, "Uso de catéter y nivel de hemoglobina para el análisis de resultados clínicos en diálisis" (23), "Indicadores mínimos para seguimiento de niños con enfermedad renal crónica en diálisis o trasplante renal en Colombia" (24) e "Indicadores para seguimiento al Trasplante Renal en Colombia" (25). Estos indicadores fueron estimados en la población viva y activa en las subpoblaciones especificadas en los consensos mencionados.

En marzo de 2025 se publicó la "Actualización del consenso basado en la evidencia. Indicadores mínimos para evaluar la gestión de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica estadios 1 - 4 y 5 sin diálisis ni trasplante" (26). Sin embargo, ya se había realizado el proceso de cargue de las entidades con corte al 30 de junio de 2024, por lo que el análisis de los indicadores del 2024 se mantiene de acuerdo con los documentos mencionados en el párrafo anterior, y a partir de la edición 2025 aplicará la actualización, cuando se complete el proceso de difusión y capacitación de las entidades.

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



Figura 1. Promedio de la población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023 y 2024



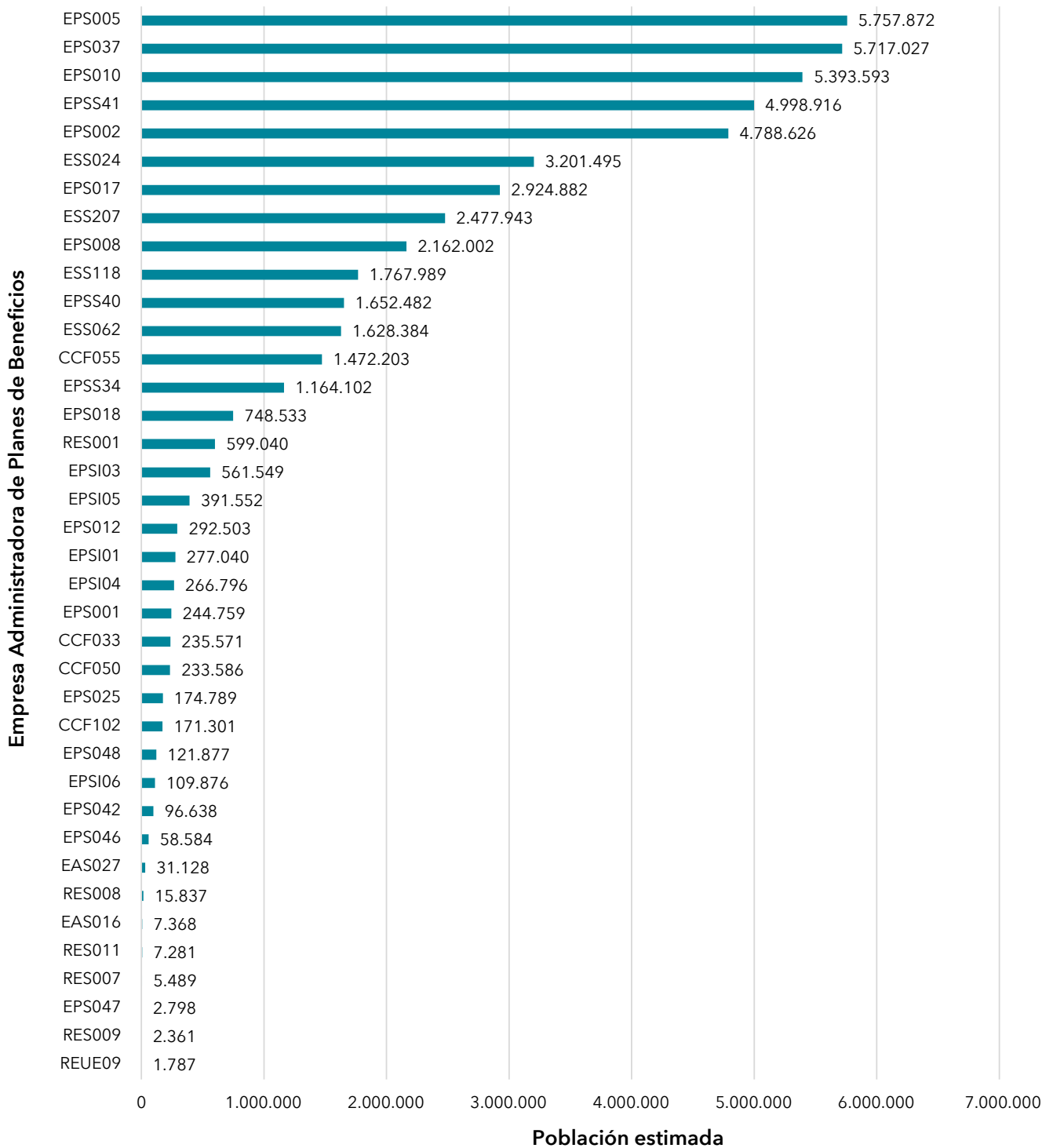
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección 2023 y 2024 con la actualización post COVID-19.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Aspectos metodológicos
www.cuentadealtocosto.org

Figura 2. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2024



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 1° de enero de 2024.

[Descargar figura](#)

1.

Características generales de la población reportada



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

1.

RESUMEN

infográfico

Características generales de la población reportada

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



Se informaron **6.571.317** personas

con diagnóstico de HTA, DM o ERC, lo que representa un aumento del 8,58% frente al periodo anterior.

Del total de las personas, el **60,13%** eran mujeres

(n= 3.951.502), con una edad promedio de 63,80 años (DE \pm 14,81).



La HTA mantiene una tendencia sostenida al alza, con un incremento del 10,61% en el número de los casos reportados (n= 6.248.153) en comparación con el periodo anterior.



La DM muestra una tendencia creciente, con un aumento del 17,11% en los casos informados (n= 2.325.477).

La ERC presentó un aumento del **26,30%** (n= 1.251.930),

aunque su comportamiento es más variable y con una tendencia menos definida en relación con las dos condiciones anteriores.

HTA: hipertensión arterial.
DM: diabetes mellitus.
ERC: enfermedad renal crónica.
DE: desviación estándar.

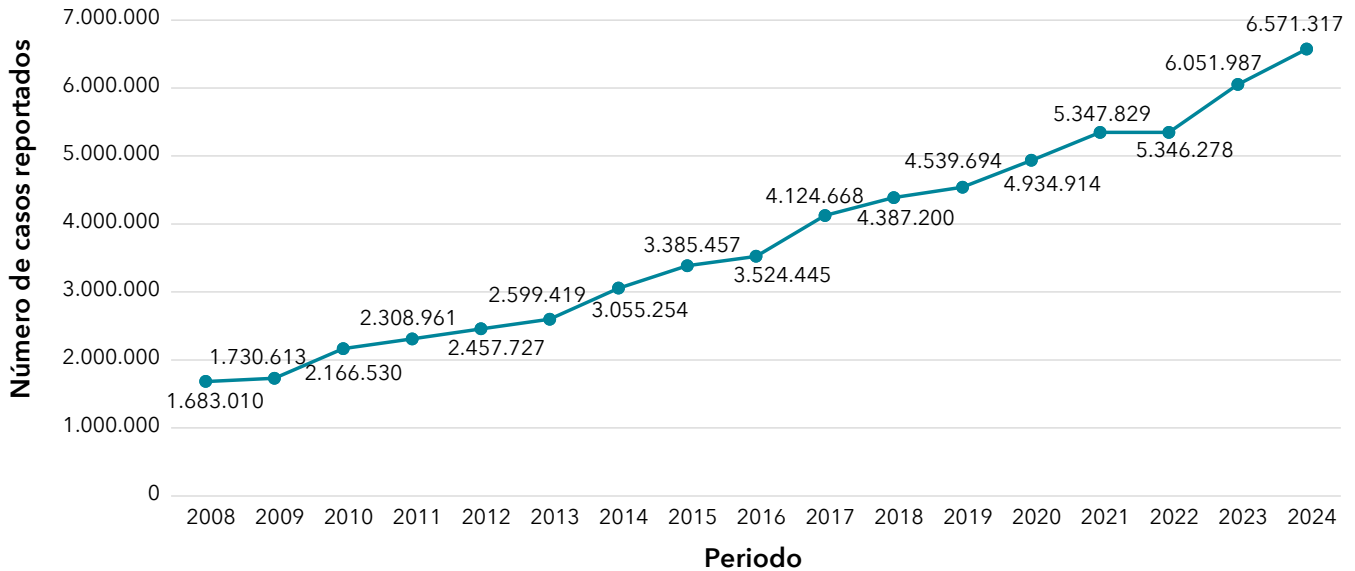
[Descargar infografía](#)



1. Características generales de la población reportada

Entre el 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024, se informaron a la CAC 6.571.317 personas diagnosticadas con HTA, DM o ERC, con un aumento del 8,58% respecto al periodo anterior (**figura 3**). Además, el 60,13% fueron mujeres (n= 3.951.502), con una edad promedio de 63,80 años (DE ± 14,81).

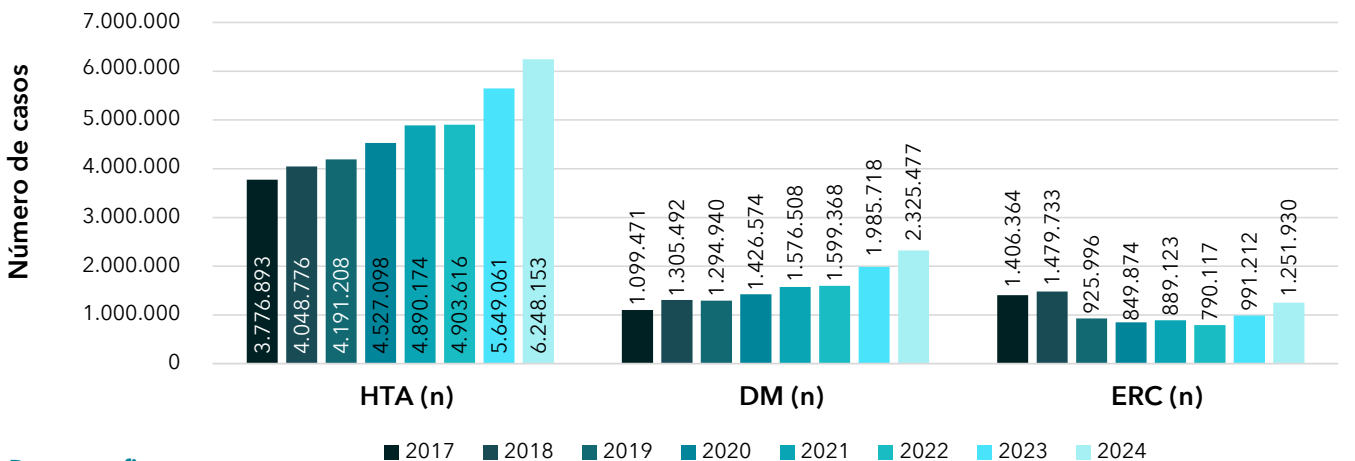
Figura 3. Casos de HTA, DM y/o ERC reportados a la CAC, Colombia 2008 - 2024



[Descargar figura](#)

En la **figura 4** se evidencia el aumento progresivo de los casos de HTA y DM en Colombia entre 2017 y 2024, con un crecimiento más acelerado a partir de 2020, posiblemente influenciado por los efectos de la pandemia. Por su parte, la ERC, aunque con un menor número de casos informados y una tendencia menos clara, tuvo un aumento del 26,30% respecto a 2023, teniendo en cuenta, además, que está estrechamente relacionada con el control de la HTA y DM, por lo que las categorías no son mutuamente excluyentes.

Figura 4. Casos de HTA, DM y ERC reportados a la CAC, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)



En **HIGIA** puede consultar los casos incidentes, prevalentes y fallecidos, desagregados por las variables demográficas y del aseguramiento.

2.

Población con hipertensión arterial



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

2.

RESUMEN infográfico

Población con hipertensión arterial

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



Se reportaron **214.741** casos incidentes de HTA,

lo que representa una disminución del 29,54% frente a 2023.

La incidencia cruda fue la más baja desde 2017, con **4,09** casos por cada 100 habitantes marcando una reducción del 30,22% respecto al periodo anterior.



Del total de los casos nuevos, el 56,52% fueron mujeres (n= 121.591), con una edad promedio de 55,43 años (DE ± 14,24).



Los casos prevalentes de HTA aumentaron un 10,61%, alcanzando un total de 6.248.153 personas.



La prevalencia cruda fue de 11,91 por cada 100 habitantes.



La PE más alta se registró en la región Central, seguida por Bogotá, D. C., y la región Caribe. Así como en el régimen contributivo.



Los fallecimientos por todas las causas en las personas con diagnóstico de HTA aumentaron un 7,91%, con un total de 130.110 muertes.



El 54,50% de los fallecidos fueron mujeres (n= 70.913), con una edad promedio de 80 años (DE ± 12,94).

La TME fue de **180,97** por cada **100.000** afiliados en el régimen subsidiado, muy cercana a la del contributivo 190,34 por cada 100.000 afiliados.

HTA: hipertensión arterial.

DE: desviación estándar.

IE: incidencia estandarizada.

PE: prevalencia estandarizada.

TME: tasa de mortalidad estandarizada.

[Descargar infografía](#)

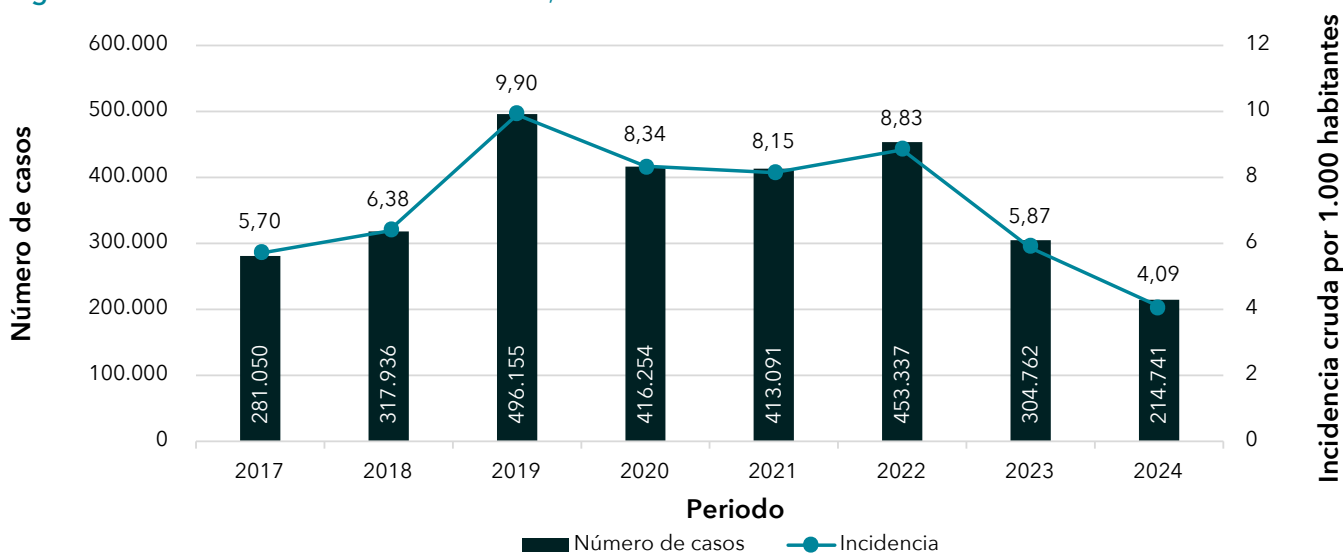
2. Población con hipertensión arterial

2.1. Incidencia de la hipertensión arterial

En el periodo de estudio se informaron a la CAC 214.741 casos nuevos de HTA, lo que representa una disminución del 29,54% respecto a 2023. Además, el 56,52% correspondió a las mujeres (n= 121.591), con una edad promedio de 55,43 años (DE ± 14,24).

En cuanto a la incidencia cruda de HTA (**figura 5**), posteriormente a la reducción presentada en 2020 por efectos de la pandemia, se observó un incremento importante en 2022, sin embargo, en 2024 se presentó el valor más bajo desde 2017, con 4,09 casos por 100 habitantes y una reducción del 30,22% en comparación con el periodo anterior.

Figura 5. Tasa de incidencia cruda de la HTA, Colombia 2017 - 2024

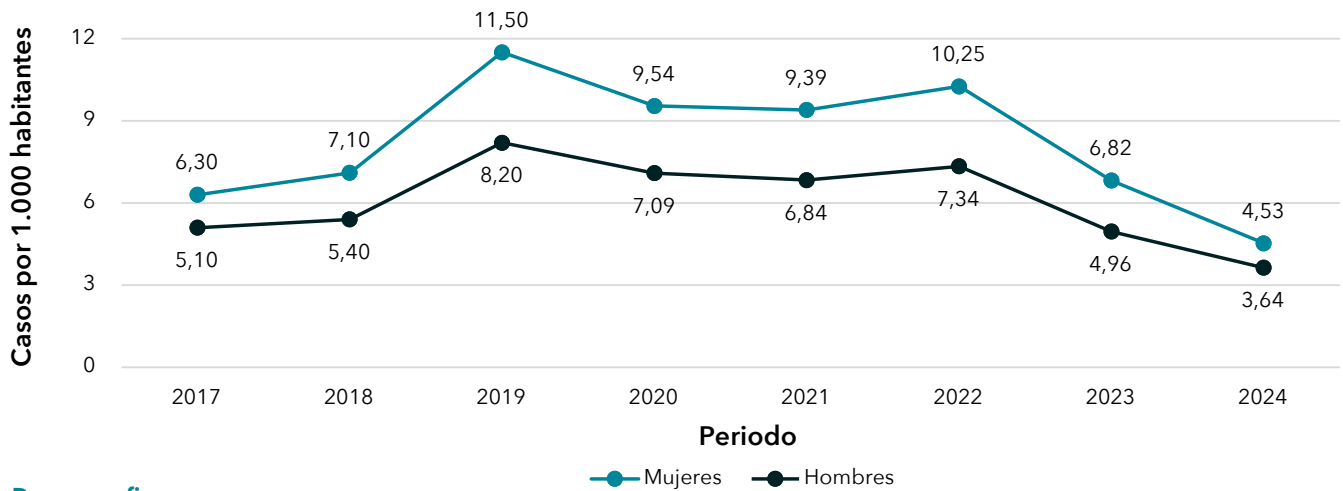


[Descargar figura](#)

Según el sexo, la HTA sigue siendo más frecuente en las mujeres. No obstante, en el periodo de análisis, se observó una disminución importante en ambos sexos, del 33,61% en las mujeres y de 26,61% en los hombres (**figura 6**).



Figura 6. Tasa de incidencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2017 - 2024



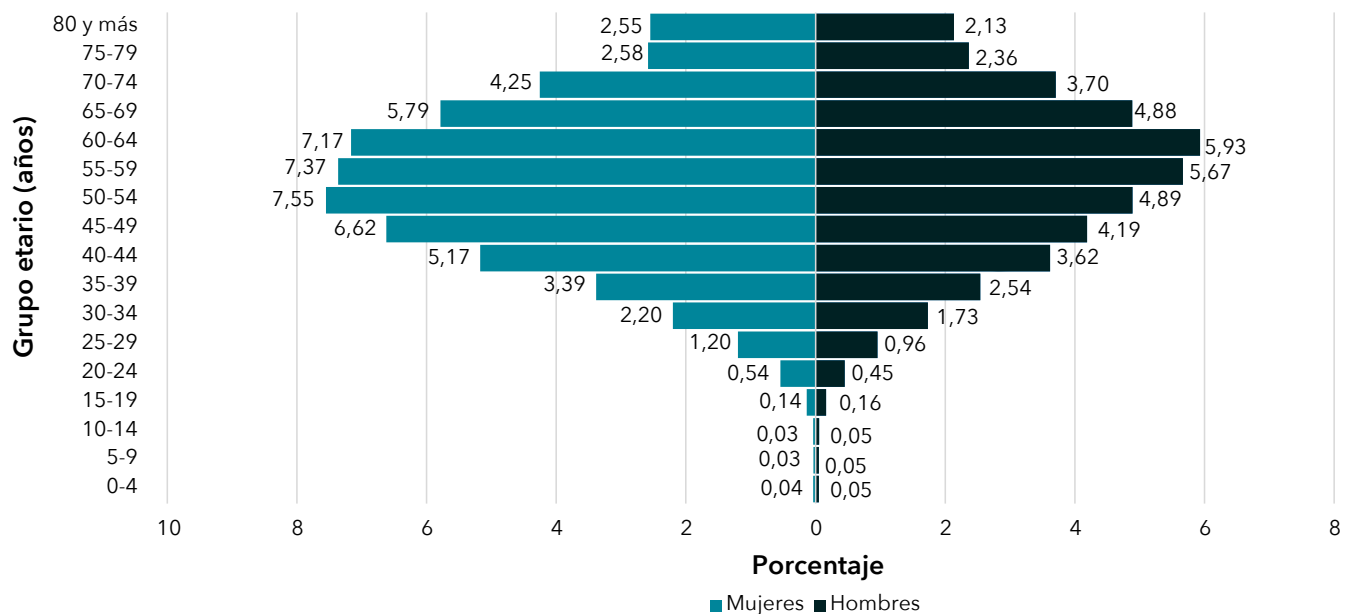
[Descargar figura](#)

Según el sexo, la mayor proporción de los casos incidentes de HTA en las mujeres se concentró entre los 50 y 64 años (n= 47.425), mientras que, en los hombres, entre los 55 y 64 años (n= 24.909). Además, el 7,64% de los casos corresponde a las personas menores de 35 años, y el 4,68% a adultos de 80 años o más (figura 7).



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

Figura 7. Pirámide poblacional de los casos incidentes de HTA, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

De acuerdo con la región, la Central y la Caribe siguen teniendo la mayor incidencia estandarizada (IE), superando el promedio nacional (tabla 5). Según el departamento, el Atlántico (IE= 6,37; IC 95%: 6,28 - 6,46) y Risaralda (IE= 5,73; IC 95%: 5,60 - 5,87) tuvieron las estimaciones más altas.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con hipertensión arterial
www.cuarentaefortos.com

Tabla 5. Tasa de incidencia de la HTA por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2024

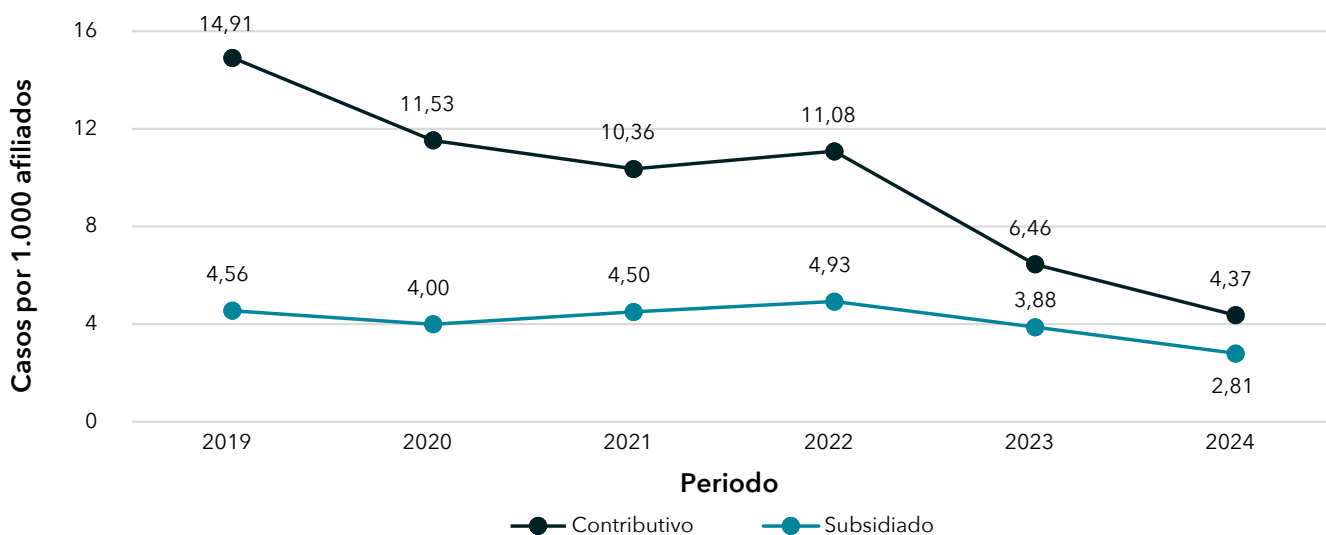
Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	2.805	1.586.332	1,77	2,05	1,98	2,13
Bogotá, D. C.	33.023	7.918.410	4,17	3,52	3,48	3,55
Caribe	57.391	11.977.734	4,79	4,77	4,74	4,81
Central	68.321	12.446.528	5,49	4,69	4,65	4,72
Oriental	26.430	10.012.714	2,64	2,31	2,28	2,33
Pacífica	26.771	8.514.012	3,14	2,80	2,77	2,84
Nacional	214.741	52.455.728	4,09	3,67	3,66	3,69

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

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

En el análisis según el régimen de afiliación, el subsidiado presentó la IE más baja (IE= 2,81; IC 95%: 2,78 - 2,83), sin embargo, el contributivo tuvo una reducción de 32,30% respecto al periodo anterior (**figura 8**). Según las entidades, la EPS010 (IE= 8,58; IC 95%: 8,50 - 8,65), la EPS048 (IE= 8,39; IC 95%: 7,92 - 8,88) y la EAS010 (IE= 8,30; IC 95%: 4,66 - 15,13) tuvieron las estimaciones más altas.

Figura 8. Tasa de incidencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

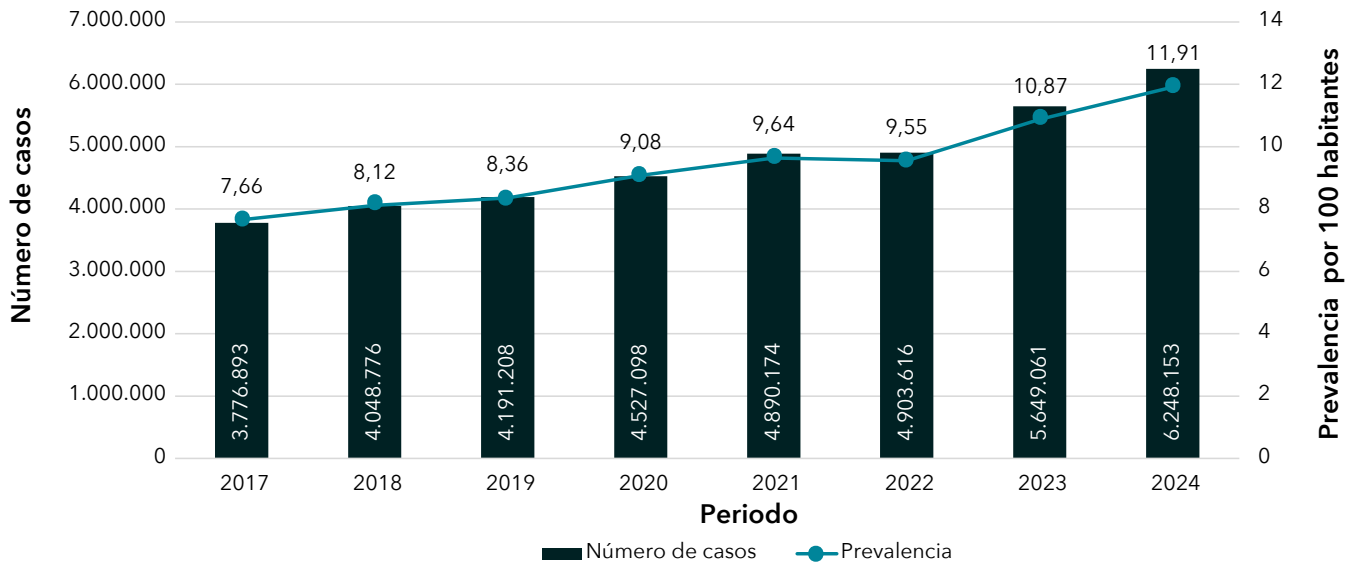
[Descargar figura](#)

2.2. Prevalencia de la hipertensión arterial

En 2024, los casos prevalentes de HTA aumentaron un 10,61%, alcanzando un total de 6.248.153 personas. Esto equivale a una prevalencia cruda del 11,91 por cada 100 habitantes (**figura 9**). Del total de los casos, el 60,42% correspondió a las mujeres (n= 3.774.951), con una edad promedio de 64,15 años (DE ± 14,68). Además, en la **figura 10**, se observa un aumento progresivo en la prevalencia cruda de los últimos dos periodos, con un incremento del 3,44% en las mujeres y un 14,21% en los hombres.

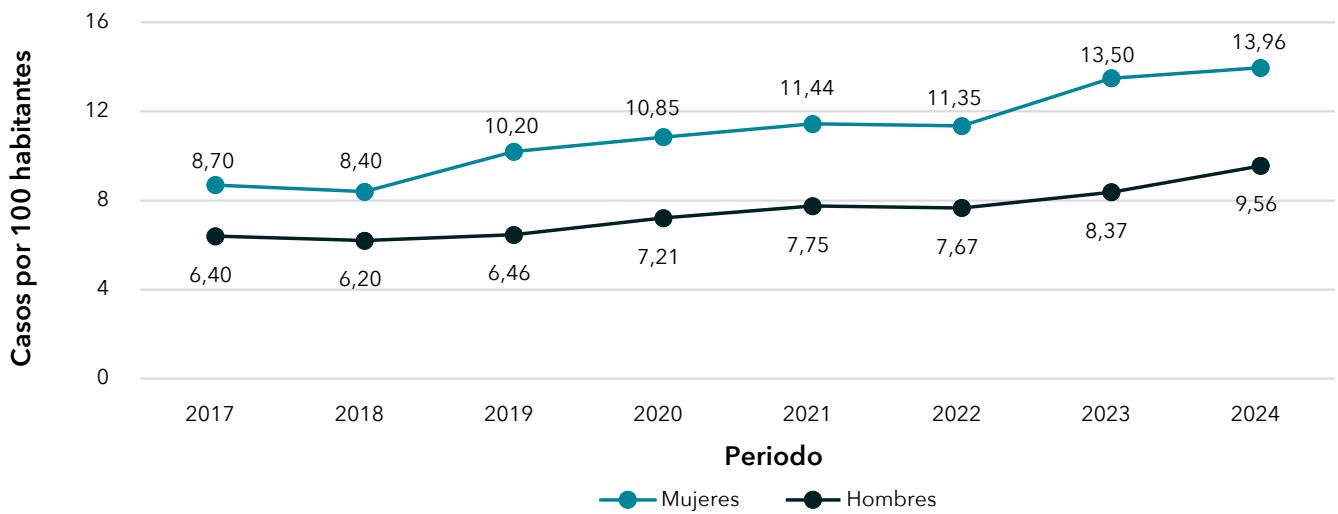


Figura 9. Prevalencia cruda de la HTA, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Figura 10. Prevalencia cruda de la HTA según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Según el territorio, la región Central tuvo la prevalencia estandarizada (PE) más alta, seguida de Bogotá, D. C., y la Caribe (tabla 6). De acuerdo con el departamento, fueron el Atlántico (n= 406.809; PE= 13,25; IC 95%: 13,21 - 13,29) y Antioquia (n= 1.078.449; PE= 12,74; IC 95%: 12,71 - 12,76) aquellos con la mayor PE.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con hipertensión arterial
www.cuarentaefortos.com

Tabla 6. Prevalencia de la HTA por 100 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	81.642	1.586.332	5,15	6,11	6,07	6,15
Bogotá, D. C.	1.068.284	7.922.792	13,48	11,11	11,09	11,13
Caribe	1.300.812	11.977.734	10,86	10,61	10,60	10,63
Central	1.806.510	12.446.528	14,51	11,50	11,48	11,52
Oriental	980.337	10.012.714	9,79	8,18	8,16	8,19
Pacífica	1.010.568	8.514.012	11,87	9,79	9,77	9,81
Nacional	6.248.153	52.455.728	11,91	10,20	10,19	10,21

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

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

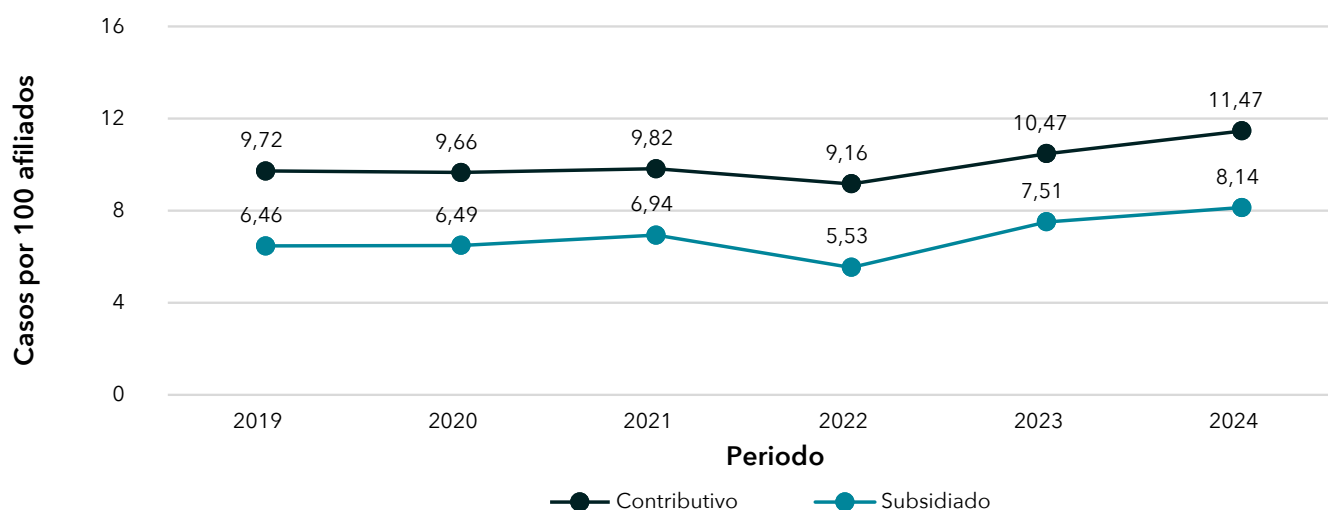
En la categoría de 80 años y más, la cantidad de los casos prevalentes de HTA fue mayor que el número de personas proyectadas por el DANE. Para poder realizar la estandarización fue necesario sumar un excedente de 59 personas en el denominador, razón por la cual el total nacional del denominador DANE es mayor que el total reportado en otros apartados de este libro.

En cuanto al régimen de afiliación (**figura 11**), la PE en el contributivo registró un incremento del 9,50%, manteniéndose por encima del régimen subsidiado, que, a su vez, presentó un aumento del 8,38% en comparación con el periodo anterior. Las EAPB con la estimación más alta de este indicador fueron la EAS027 (PE= 16,74; IC 95%: 15,88 - 17,65) y la EPS010 (PE= 14,29; IC 95%: 14,26 - 14,32).



En **HIGIA** podrá consultar en detalle las estimaciones demográficas y por el aseguramiento.

Figura 11. Prevalencia estandarizada de la HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

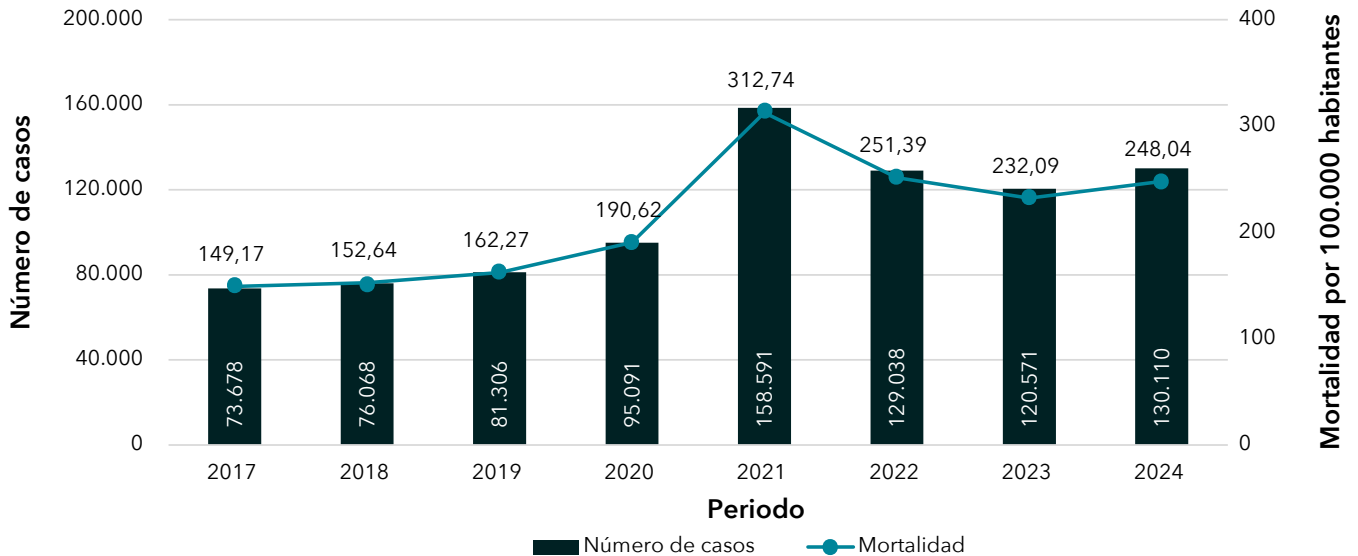
2.3. Mortalidad por todas las causas en la población con hipertensión arterial

En 2024, los fallecimientos por todas las causas en las personas con diagnóstico de HTA aumentaron un 7,91%, con un total de 130.110 casos. De estos, el 54,50% correspondió a las mujeres (n= 70.913), con una edad pro-



medio de 80 años (DE \pm 12,94). La mortalidad cruda alcanzó las 248,04 defunciones por cada 100.000 habitantes, retomando la tendencia ascendente que se había visto interrumpida desde 2022 (**figura 12**). Esto representa un incremento del 7,91% en comparación con el periodo anterior.

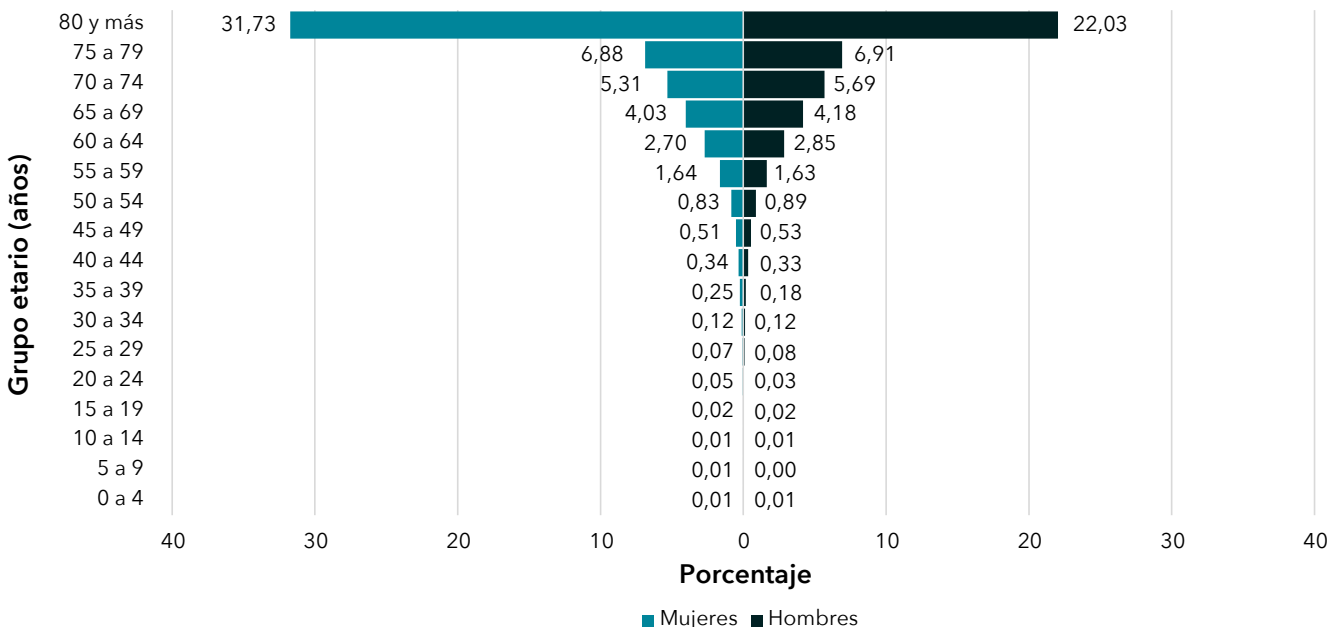
Figura 12. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con HTA, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

El 38,61% (n= 50.234) de las personas fallecidas por todas las causas fueron mujeres que tenían 75 años o más, mientras que en los hombres esta proporción fue menor, con el 28,94% (n= 37.660). Por otro lado, menos del 3% de los fallecidos tenían menos de 50 años (**figura 13**).

Figura 13. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de HTA, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con hipertensión arterial

www.cuartaedicionposto.org

Según el territorio, la región Central y Bogotá, D. C., tuvieron las tasas de mortalidad estandarizada (TME) más altas (**tabla 7**), junto con los departamentos del Atlántico (TME= 247,33; IC 95%: 241,77 - 252,97) y el Huila (TME= 239,45; IC 95%: 231,09 - 248,03).

Tabla 7. Mortalidad por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	1.743	1.586.332	109,88	132,82	126,63	139,22
Bogotá, D. C.	19.690	7.918.410	248,66	201,46	198,65	204,30
Caribe	25.262	11.977.734	210,91	197,28	194,86	199,74
Central	37.682	12.446.528	302,75	219,88	217,66	222,12
Oriental	22.350	10.012.714	223,22	169,81	167,58	172,06
Pacífica	23.383	8.514.012	274,64	194,69	192,17	197,23
Nacional	130.110	52.455.728	248,04	196,20	195,13	197,27

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

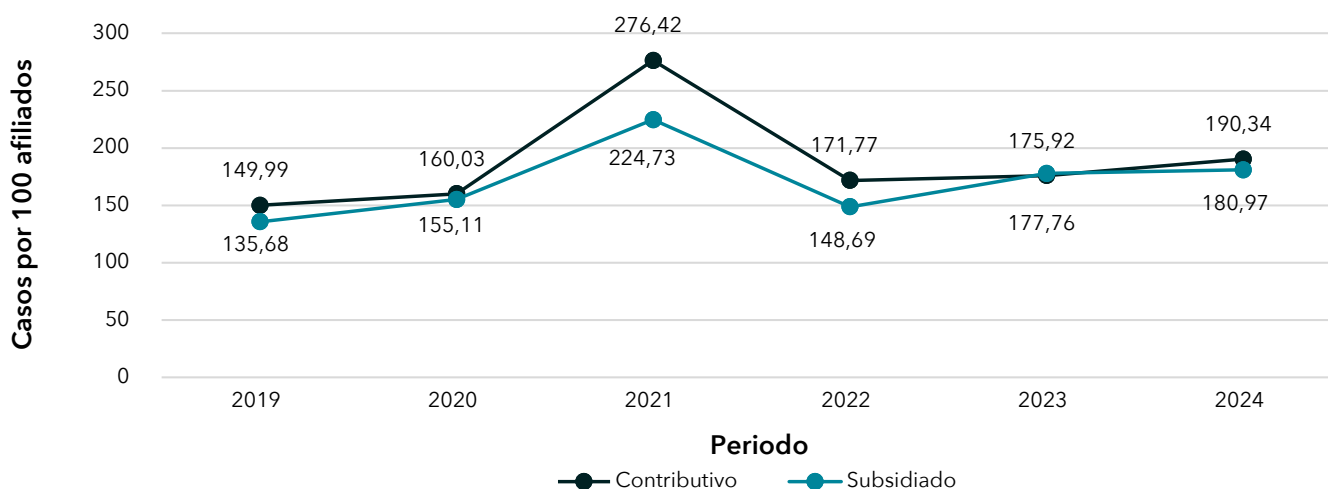
² Intervalo de confianza al 95% para la tasa de mortalidad estandarizada.

En el contexto del aseguramiento, el régimen subsidiado presentó una TME de 180,97 por cada 100.000 afiliados (IC 95%: 153,62 - 156,60), un valor muy cercano al del régimen contributivo, que alcanzó los 190,34 (IC 95%: 158,59 - 161,47) (**figura 14**). Según la EAPB, la EPS025 registró la TME más alta, con 308,46 (IC 95%: 283,29 - 335,30), seguida de la EAS027, con 297,43 (IC 95%: 230,57 - 405,46).



Las estimaciones por desagregación demográfica y de aseguramiento están disponibles para consulta en la plataforma **HIGIA**

Figura 14. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con HTA por 100.000 afiliados según el régimen, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)



En el 1,96% (n= 2.546) de los casos con HTA que fallecieron, la causa especificada fue la enfermedad cardiovascular, mientras que el 2,73% (n= 3.557) se atribuyó a la ERC. El 81,92% (n= 106.591) de las defunciones no tenían información de su causa de muerte.

En conclusión, con respecto al periodo anterior, se observó una disminución en la incidencia de la HTA; por el contrario, la prevalencia y la mortalidad por todas las causas en esta población incrementaron.

3.

Población con **diabetes mellitus**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

3.

RESUMEN

infográfico

Población con diabetes mellitus

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



Se reportaron **85.887** casos incidentes de DM, lo que representa una disminución del 33,41% respecto al periodo anterior.

La incidencia cruda de DM fue de **1,64 casos** — por cada 1.000 habitantes la más baja registrada desde 2017.



El 59,15% de los casos nuevos correspondió a las mujeres (n= 50.798), con una edad promedio de 60,68 años (DE \pm 14,21).



En comparación con el periodo anterior, los casos prevalentes de DM aumentaron un 17,11%, alcanzando un total de 2.325.477 personas notificadas.



El régimen contributivo sigue registrando la PE más alta, con 4,04 casos por cada 100 afiliados.



Respecto a 2023, la prevalencia cruda creció un 10,85% en las mujeres y un 18,79% en los hombres.



Los fallecimientos por todas las causas en las personas con diagnóstico de DM aumentaron un 13,48%, con un total de 51.032 casos.



Según la región, la Central y Bogotá, D. C., presentaron las estimaciones más altas de TME.

La TME más elevada se registró en el **régimen contributivo, con 75,80 muertes** por cada 100.000 afiliados.

DM: diabetes mellitus.

DE: desviación estándar.

PE: prevalencia estandarizada.

TME: tasa de mortalidad estandarizada.

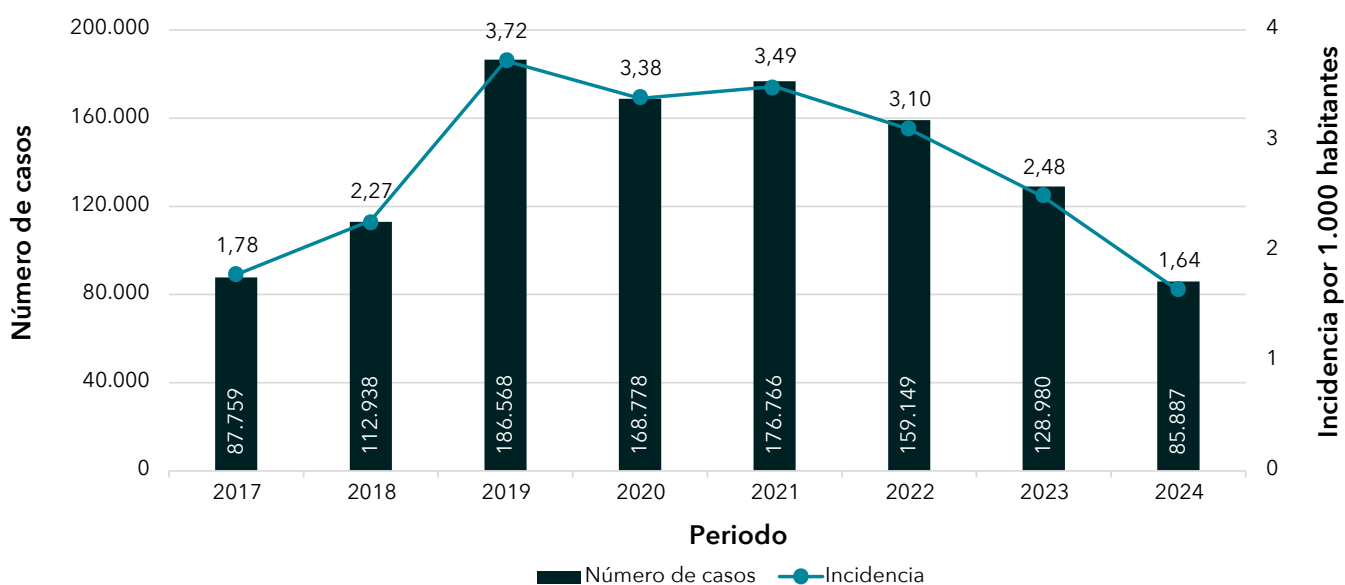
[Descargar infografía](#)

3. Población con diabetes mellitus

3.1. Incidencia de la diabetes mellitus

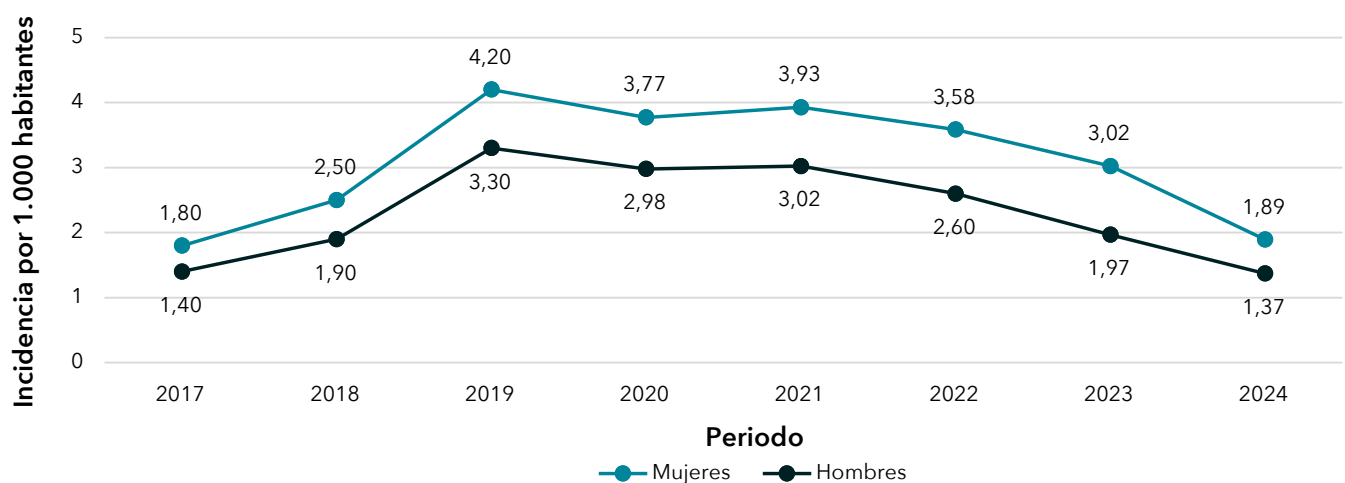
En el periodo de informe, los casos incidentes de DM disminuyeron 33,41%, para un total de 85.887 personas. Esto equivale a una incidencia cruda de 1,64 por cada 1.000 habitantes, la estimación más baja desde 2017 (figura 15). Del total de los casos, el 59,15% correspondió a las mujeres (n= 50.798), con una edad promedio de 60,68 años (DE ± 14,21). Además, la figura 16 muestra que la DM sigue siendo más frecuente en las mujeres, aunque se registró una disminución del 37,43% en comparación con el periodo anterior.

Figura 15. Tasa de incidencia cruda de la DM, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Figura 16. Tasa de incidencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2017 - 2024

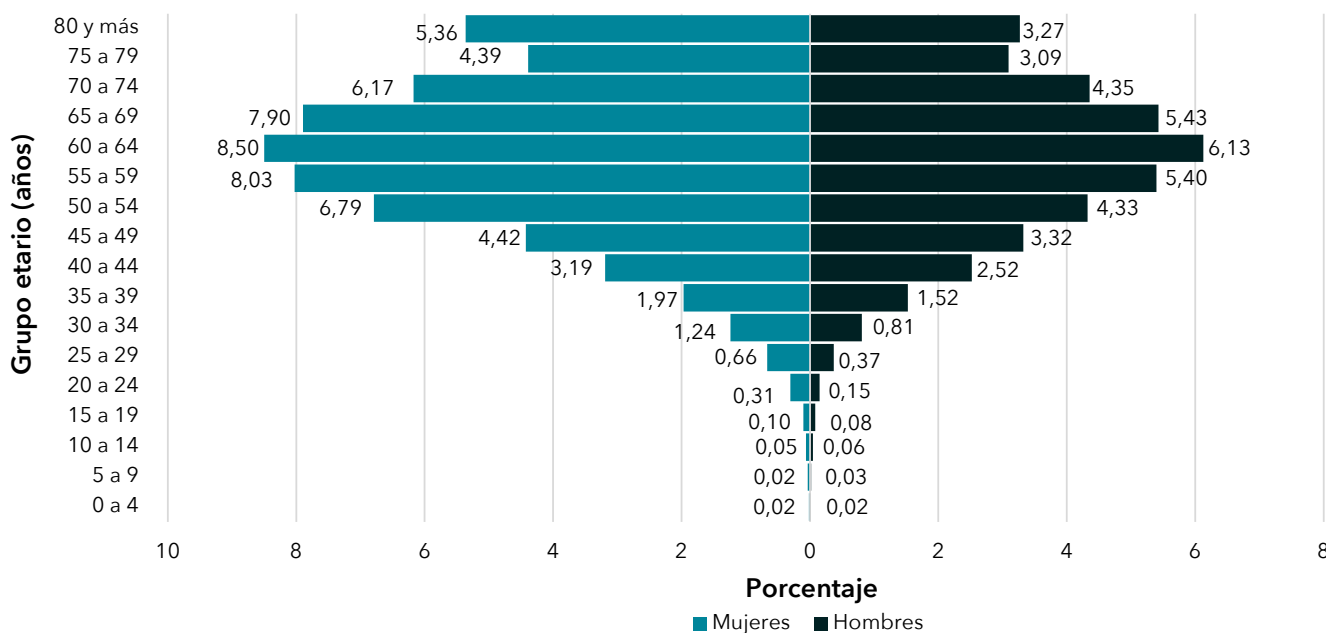


[Descargar figura](#)



Según el sexo, la mayor proporción de los casos nuevos de DM en las mujeres se concentró entre los 50 y 74 años (37,39%; n= 32.110), mientras que, en los hombres, entre los 55 y 69 años (16,59%; n= 14.560) (**figura 17**). Además, del total de las personas informadas, el 4,93% corresponde a menores de 40 años y el 5,75% a adultos de 80 años o más.

Figura 17. Pirámide poblacional de los casos incidentes de DM, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

Según el territorio, las regiones Central y Caribe continúan registrando las estimaciones más altas de IE (**tabla 8**). Así mismo, en el ámbito departamental, Bolívar (IE= 2,61; IC 95%: 2,55 - 2,68) y Atlántico (IE= 2,39; IC 95%: 2,34 - 2,45) presentaron los valores más elevados en este indicador.



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

Tabla 8. Tasa de incidencia de la DM por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	1.184	1.586.332	0,75	0,87	0,82	0,92
Bogotá, D. C.	13.927	7.918.410	1,76	1,46	1,43	1,48
Caribe	23.326	11.977.734	1,95	1,93	1,90	1,95
Central	26.398	12.446.528	2,12	1,70	1,68	1,72
Oriental	11.620	10.012.714	1,16	1,00	0,98	1,01
Pacífica	9.432	8.514.012	1,11	0,95	0,93	0,97
Nacional	85.887	52.455.728	1,64	1,43	1,42	1,44

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

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

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con diabetes mellitus

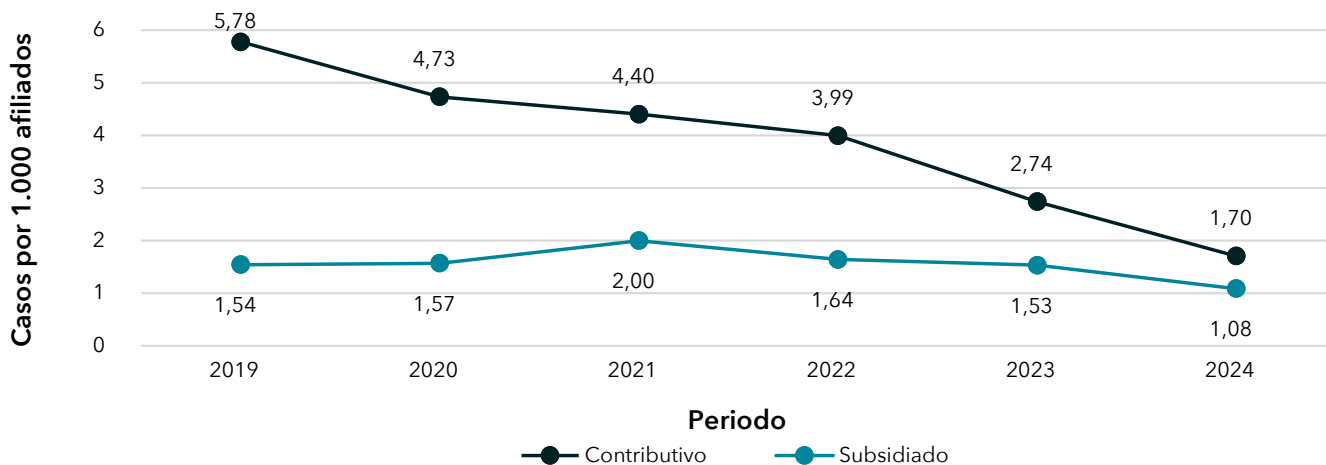
www.colombiadeposito.gov.co

En el contexto del aseguramiento, el régimen contributivo mantiene una IE de DM superior a la del régimen subsidiado. Sin embargo, presenta una tendencia decreciente importante, con una reducción del 37,82% respecto al periodo anterior. Por su parte, el régimen subsidiado conserva una IE baja, aunque con una disminución menos pronunciada (figura 18).



Consulte en **HIGIA** las estimaciones detalladas en el contexto del aseguramiento.

Figura 18. Tasa de incidencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

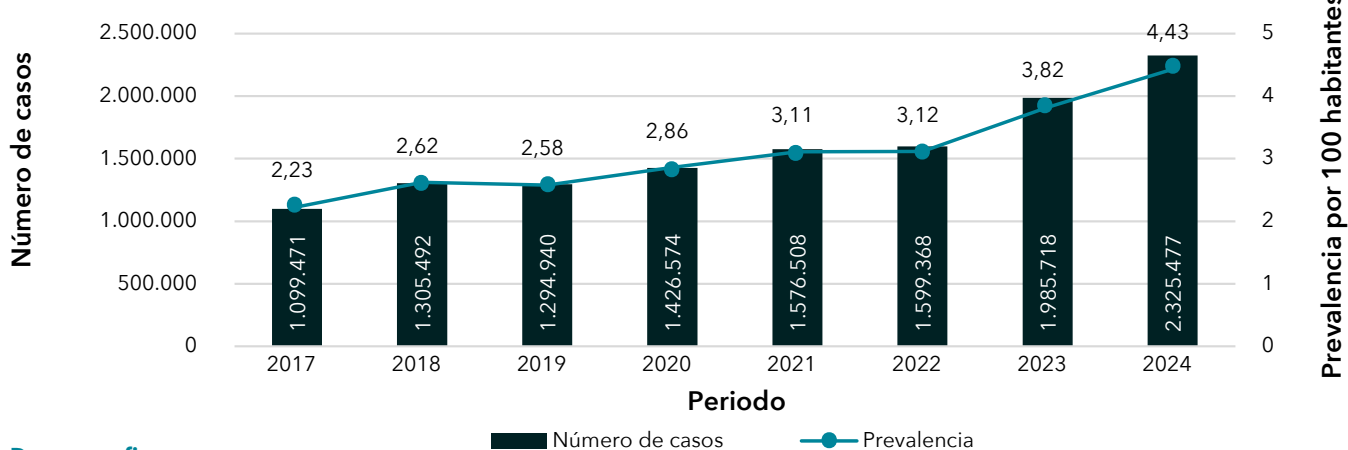
[Descargar figura](#)

3.2. Prevalencia de la diabetes mellitus

Entre el 1º de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024, los casos prevalentes de DM aumentaron un 17,11%, alcanzando un total de 2.325.477 personas informadas. Del total de los casos, el 60,59% correspondió a las mujeres (n= 1.409.097), con una edad promedio de 65,05 años (DE ± 13,79).

La prevalencia cruda de DM ha mostrado una tendencia creciente, con aumentos más pronunciados en los últimos dos periodos (figura 19). Además, en comparación con 2023, tuvo un aumento del 10,85% en las mujeres y un 18,79% en los hombres (figura 20).

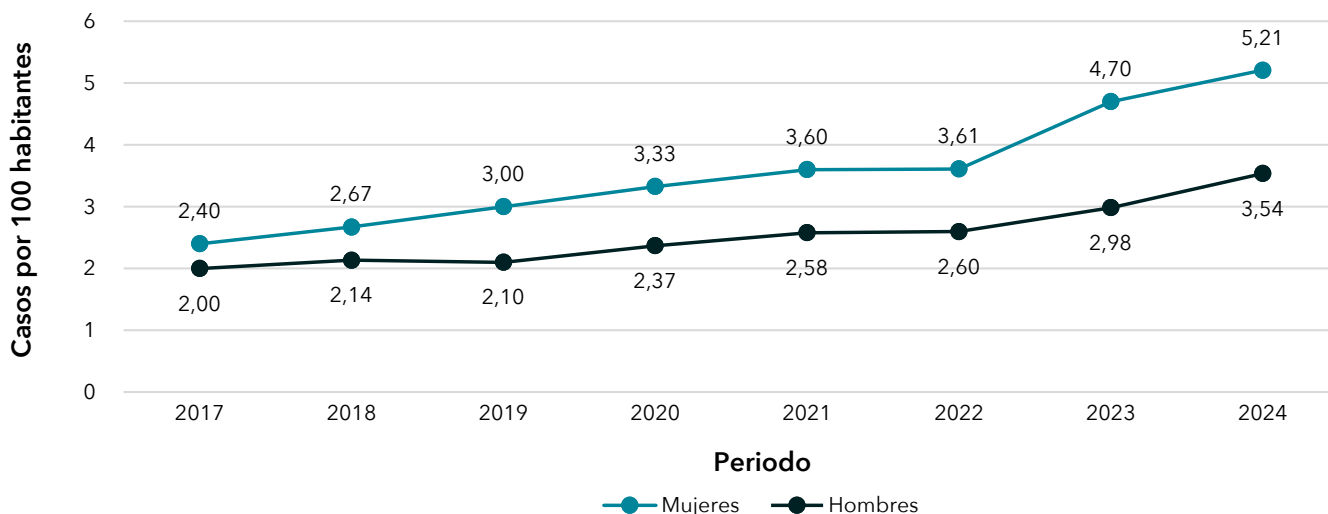
Figura 19. Prevalencia cruda de la DM, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)



Figura 20. Prevalencia cruda de la DM según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Según el territorio, la región Central y Bogotá, D. C., fueron aquellas con la mayor PE de DM (**tabla 9**). Además, al realizar el análisis por los departamentos del país, Atlántico (PE: 4,81; IC 95%: 4,78 - 4,83) y el Valle del Cauca (PE: 4,77; IC 95%: 4,75 - 4,79) tuvieron la PE más alta.

Tabla 9. Prevalencia de la DM por 100 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	35.806	1.586.332	2,26	2,68	2,66	2,71
Bogotá, D. C.	393.502	7.918.410	4,97	4,09	4,07	4,10
Caribe	471.370	11.977.734	3,94	3,85	3,83	3,86
Central	631.150	12.446.528	5,07	3,95	3,94	3,96
Oriental	403.990	10.012.714	4,03	3,36	3,35	3,37
Pacífica	389.659	8.514.012	4,58	3,75	3,74	3,77
Nacional	2.325.477	52.455.728	4,43	3,77	3,77	3,78

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

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

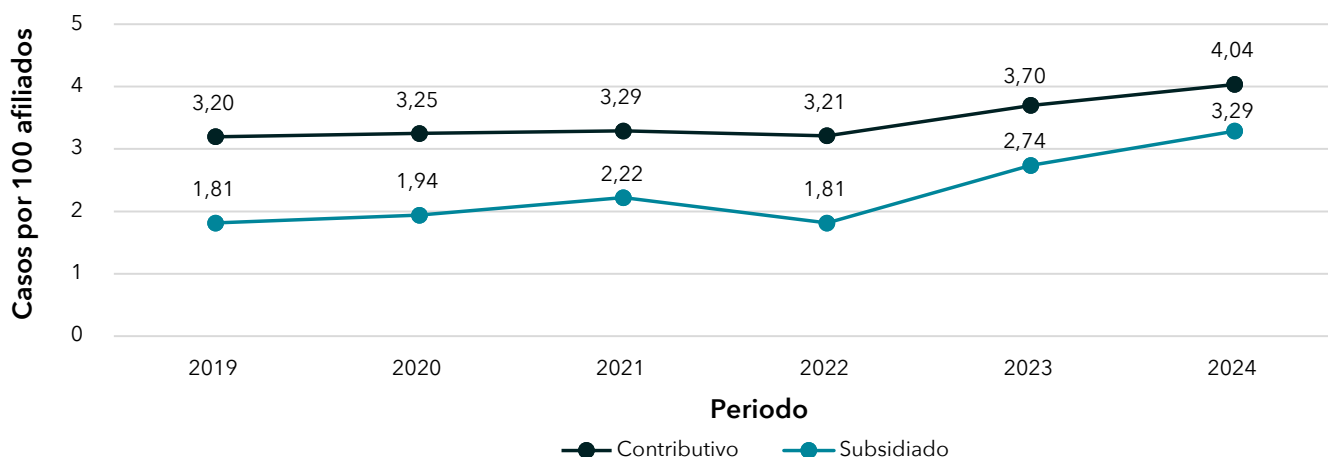
En el contexto del aseguramiento (**figura 21**), el régimen contributivo sigue registrando la PE más alta (PE: 4,04; IC 95%: 4,03 - 4,04) en comparación con el subsidiado (PE: 3,29; IC 95%: 3,28 - 3,30). No obstante, este último ha mostrado una tendencia creciente desde 2022, con un incremento del 20,11% respecto al periodo anterior. Por otro lado, las EAPB con las estimaciones más altas de este indicador fueron la EAS027 (PE: 7,44; IC 95%: 6,96 - 7,97) y la EPS018 (PE: 5,33; IC 95%: 5,28 - 5,37).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con diabetes mellitus

www.cuentadealtoposteo.gov.co

Figura 21. Prevalencia estandarizada de la DM según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



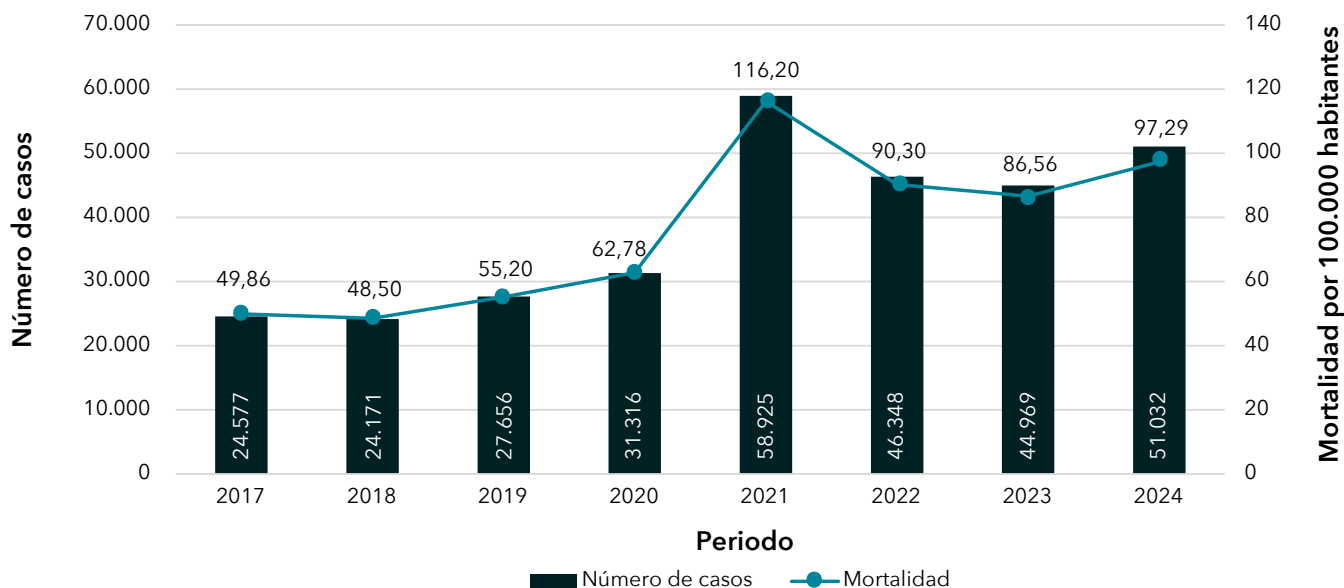
La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

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

Durante el periodo de estudio, los fallecimientos por todas las causas en las personas con diagnóstico de DM aumentaron un 13,48%, alcanzando 51.032 casos. Del total, el 55,17% correspondió a las mujeres (n= 28.156), con una edad promedio de 70,06 años (DE \pm 12,70). La mortalidad cruda se situó en 97,29 casos por cada 100.000 habitantes, retomando la tendencia creciente que no se había observado desde 2021 (**figura 22**).

Figura 22. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con DM, Colombia 2017 - 2024

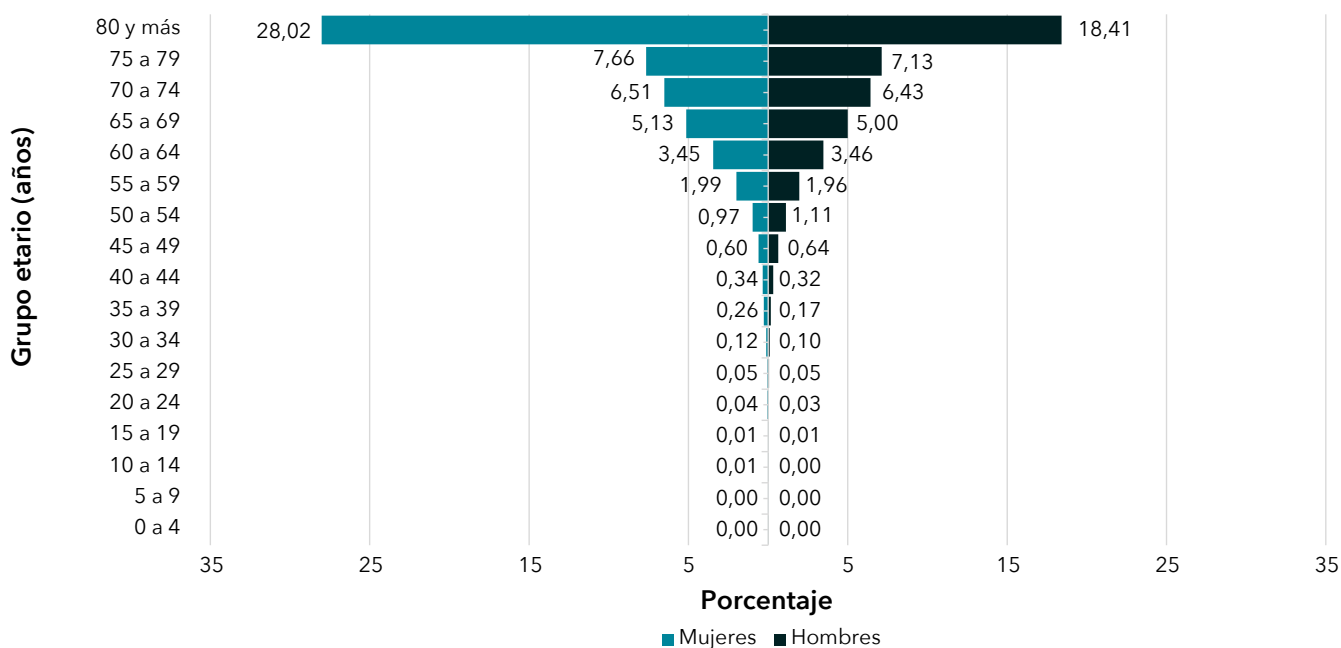


[Descargar figura](#)

Según el sexo y el grupo etario, la mayor proporción de las personas con diagnóstico de DM fallecidas por todas las causas corresponde a aquellas de 60 años o más. Este porcentaje es mayor en las mujeres (50,77%; n= 25.098) en comparación con los hombres (40,44%; n= 20.635) (**figura 23**).



Figura 23. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de DM, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

De acuerdo con la región (**tabla 10**), la Central y Bogotá, D. C., presentaron la estimación de TME más alta. Mientras que, en el ámbito departamental, fueron el Meta (TME= 112,67; IC 95%: 106,73 - 118,86) y Caquetá (TME= 109,04; IC 95%: 98,71 - 120,13).



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

Tabla 10. Mortalidad por todas las causas en las personas con DM por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	688	1.586.332	43,37	52,96	49,06	57,07
Bogotá, D. C.	8.061	7.918.410	101,80	82,53	80,74	84,36
Caribe	9.125	11.977.734	76,18	71,91	70,44	73,41
Central	14.564	12.446.528	117,01	85,22	83,83	86,62
Oriental	9.133	10.012.714	91,21	70,42	68,98	71,89
Pacífica	9.461	8.514.012	111,12	80,21	78,59	81,87
Nacional	51.032	52.455.728	97,29	77,61	76,94	78,29

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

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

La **figura 24** muestra que, desde 2022, tras la pandemia de COVID-19, se ha registrado un leve aumento en la TME por todas las causas en las personas con DM. En el régimen contributivo, la TME alcanzó 75,80 (IC 95%: 74,94 - 76,67) por cada 100.000 afiliados, mientras que en el subsidiado fue de 72,58 (IC 95%: 71,59 - 73,59).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con diabetes mellitus

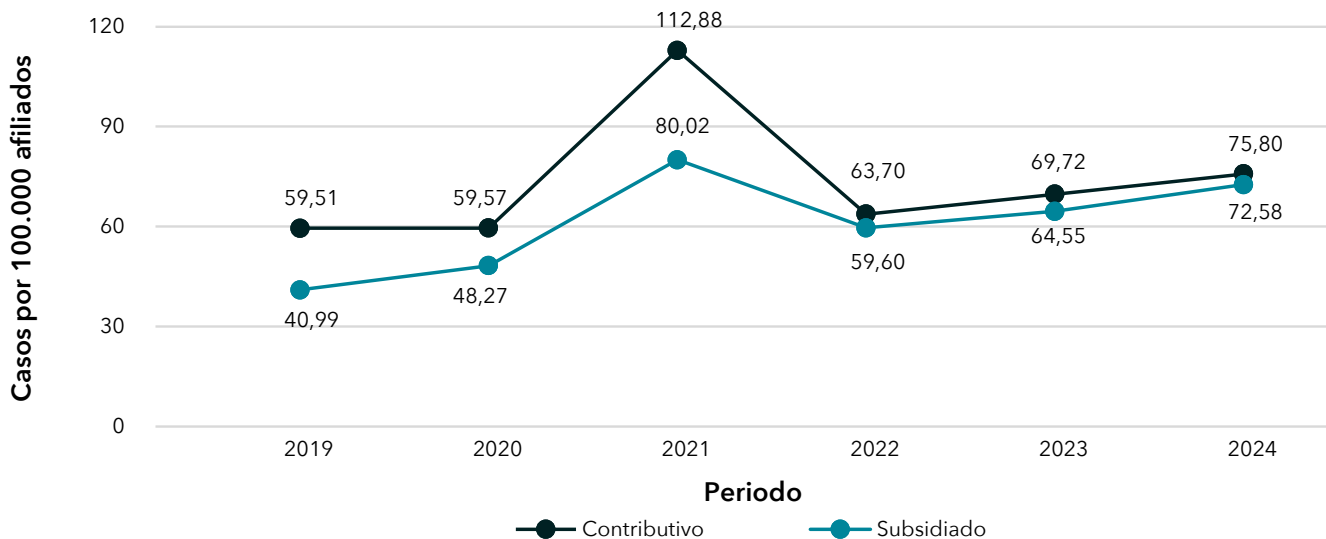
www.cuarentaydos.org

Según la EAPB, las entidades con las estimaciones más altas de este indicador fueron la EAS027, con una TME de 145,60 (IC 95%: 113,05 - 273,54), y la EPS042, con 117,40 (IC 95%: 99,94 - 137,43).



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

Figura 24. Tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con DM por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

Del total de fallecidos, el 3,08% (n= 1.570) se atribuyó a ERC y el 2,64% (n= 1.348) a enfermedad cardiovascular. Sin embargo, en el 80,27% de los casos (n= 40.962), no se contó con información sobre el motivo del deceso.

En resumen, la incidencia de la DM disminuyó, mientras que la prevalencia y la mortalidad por todas las causas en dicha población mostró un incremento para el periodo 2024.

4.

Población con
**enfermedad renal
crónica**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

4.

RESUMEN

infográfico

Población con enfermedad renal crónica

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



Los casos incidentes de ERC **aumentaron un 40,73%**, con 281.715 personas informadas.

El **14,82%** de los nuevos diagnósticos de ERC se atribuyó a enfermedad vascular renal, y el 12,54% estuvo relacionado con DM.



Desde 2021, la incidencia en el régimen contributivo muestra una tendencia creciente, con un incremento del 72,55% frente a 2023.



Se observó un aumento notable en los estadios 1 y 2 de ERC, con incrementos del 26,39% (n= 27.002) y 39,31% (n= 43.710), respectivamente.



Los casos prevalentes aumentaron en un 26,30%, alcanzando 1.251.930 personas.



Las regiones Pacífica y Bogotá, D. C., registraron PE más altas.



En el régimen contributivo, la PE aumentó 25,52%, situándose en 2,33 casos por cada 100 afiliados.



La mortalidad cruda alcanzó su nivel más alto desde 2022, con un aumento del 17,72%.

En el régimen contributivo, la TME creció un **21,83%** con **58,88 fallecimientos** por cada 100.000 afiliados.

ERC: enfermedad renal crónica.

IE: incidencia estandarizada.

DM: diabetes mellitus.

PE: prevalencia estandarizada.

TME: tasa de mortalidad estandarizada.

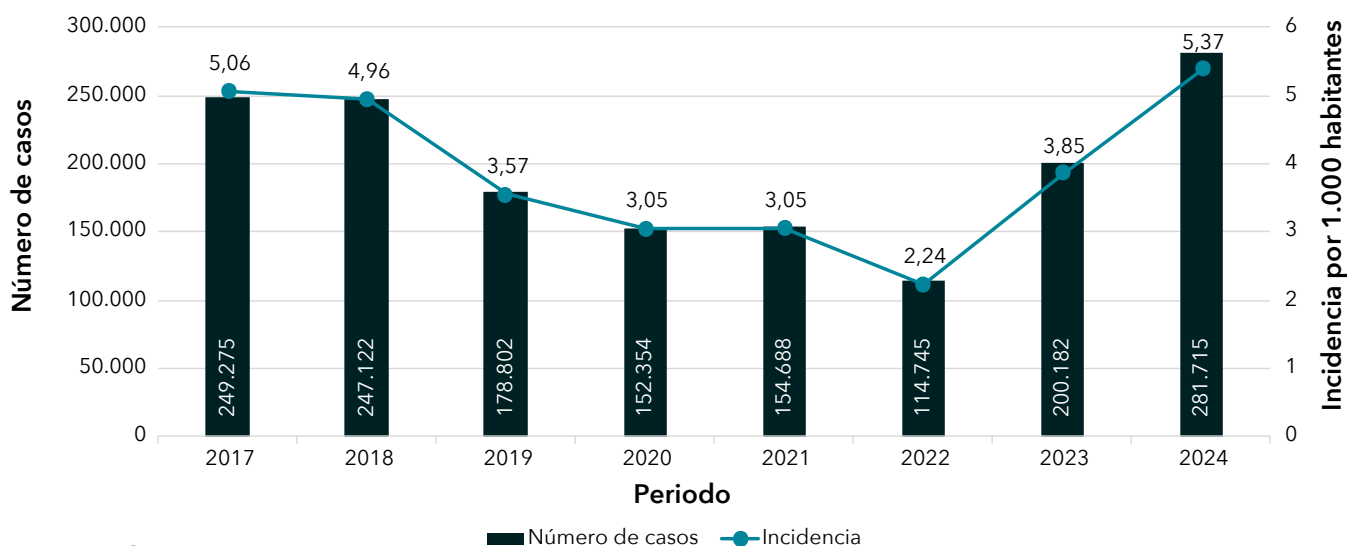
[Descargar infografía](#)

4. Población con enfermedad renal crónica

4.1. Incidencia de la enfermedad renal crónica

En el periodo de análisis, los casos incidentes de ERC aumentaron un 40,73%, con 281.715 personas informadas. Del total, el 59,26% (n= 166.951) correspondió a las mujeres, con una edad promedio de 68,69 años (DE ± 15,56). En cuanto a la incidencia cruda de ERC (**figura 25**), esta presentó el valor más alto desde 2017, con un aumento de 39,37% respecto al periodo anterior, lo que equivale a 5,37 casos por cada 1.000 habitantes.

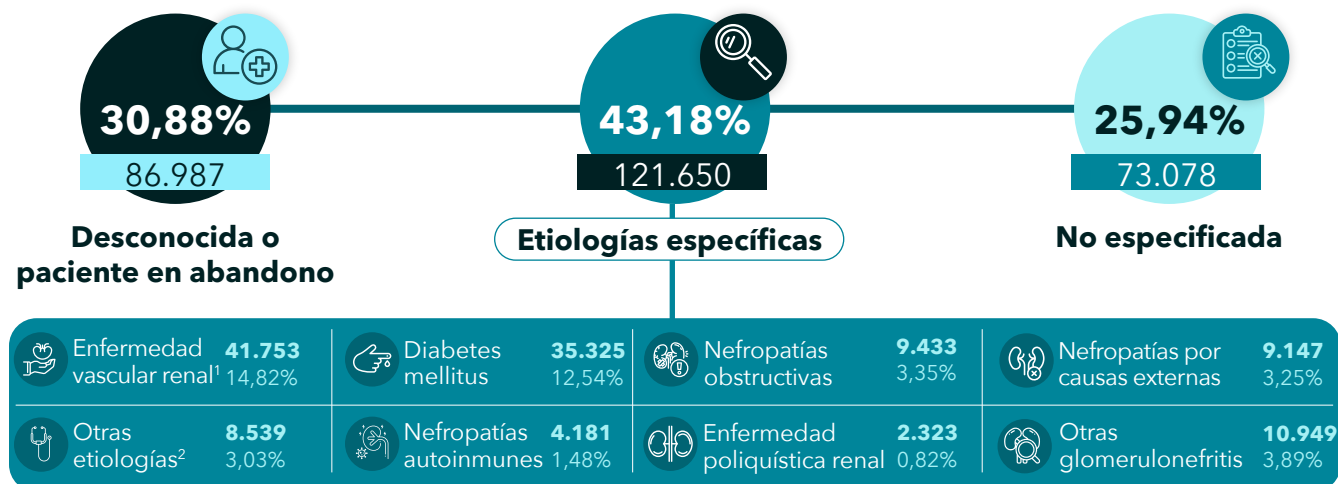
Figura 25. Tasa de incidencia cruda de la ERC, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Como se muestra en la **figura 26**, el 14,82% de los casos nuevos de ERC fueron atribuidos a enfermedad vascular renal, mientras que el 12,54% estuvo relacionado con DM. Comparado con el periodo 2023, se redujo en 46,01% (2023: 57,20% vs 2024: 30,88%) la proporción de los casos informados con etiología desconocida o persona en abandono.

Figura 26. Distribución de los casos incidentes de ERC según la etiología, Colombia 2024



¹ Incluye nefroangioesclerosis por hipertensión arterial.

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

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica

www.cuicr.riadealiofisiologia.org

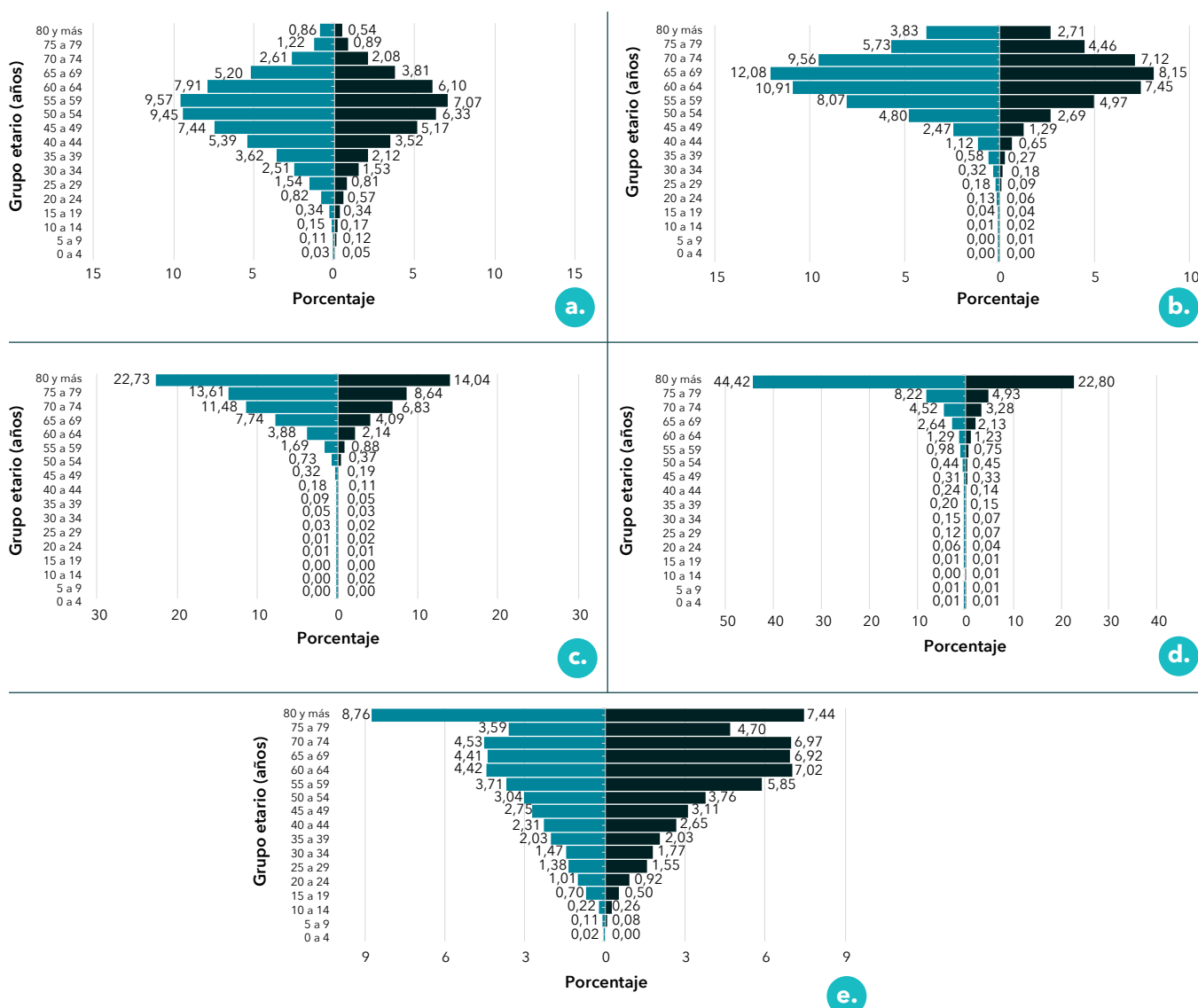
La mayoría de los casos incidentes de ERC se registraron en las personas de 50 años o más (87,30%; n= 245.919), mientras que solo el 3,76% (n= 10.597) correspondió a individuos de 34 años o menos.



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

Como se muestra en la **figura 27**, la distribución de los casos incidentes por estadio de ERC muestra un patrón progresivo, donde la mayoría de las personas en estadios iniciales están en edades más jóvenes (50 a 59 años), mientras que en los estadios avanzados la incidencia se concentra en adultos mayores (60 años o más). Este comportamiento sugiere que la ERC es una enfermedad de progresión lenta, con un aumento significativo en los grupos de mayor edad, especialmente en los hombres en estadios más avanzados.

Figura 27. Distribución de los casos incidentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2024



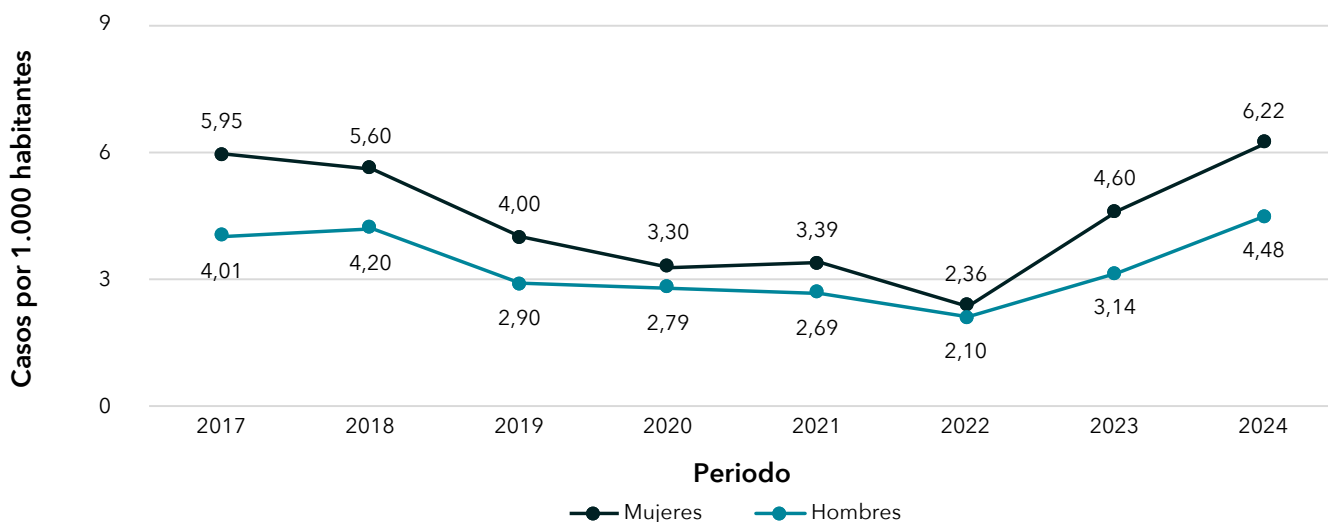
a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes para cada estadio de ERC.

[Descargar figura](#)



En 2022, la incidencia cruda de ERC disminuyó en ambos sexos, alcanzando valores similares (**figura 28**). Sin embargo, desde entonces se ha observado una tendencia al alza, con un incremento del 35,22% en las mujeres y del 42,59% en los hombres, en comparación con el periodo anterior.

Figura 28. Tasa de incidencia cruda de la ERC por 1.000 habitantes según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Según el territorio, las regiones Oriental y Bogotá, D. C., presentaron las estimaciones de IE más altas (**tabla 11**). En el análisis por los departamentos del país, los valores más elevados correspondieron a Norte de Santander (IE= 8,20; IC 95%: 8,08 - 8,34) y San Andrés, Providencia y Santa Catalina (IE= 8,18; IC 95%: 7,52 - 8,89).

Tabla 11. Tasa de incidencia de ERC por 1.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	4.461	1.586.332	2,81	3,38	3,28	3,48
Bogotá, D. C.	57.398	7.918.410	7,25	6,08	6,03	6,13
Caribe	48.520	11.977.734	4,05	3,91	3,87	3,94
Central	68.690	12.446.528	5,52	4,21	4,18	4,24
Oriental	57.152	10.012.714	5,71	4,72	4,69	4,76
Pacífica	45.494	8.514.012	5,34	4,17	4,13	4,21
Nacional	281.715	52.455.728	5,37	4,51	4,49	4,52

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

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

En el contexto del aseguramiento (**figura 29**), desde 2021 se observa una tendencia creciente en la IE del régimen contributivo, con un aumento del 72,55% en comparación con 2023. En contraste, el subsidiado presenta una tendencia fluctuante entre periodos, con una disminución del 13,97%.

Así mismo, según la EAPB, las entidades EAS016 (IE= 23,82; IC 95%: 19,51 - 30,54) y EPS046 (IE= 18,08; IC 95%: 18,08 - 20,21) registraron las estimaciones más altas de IE.



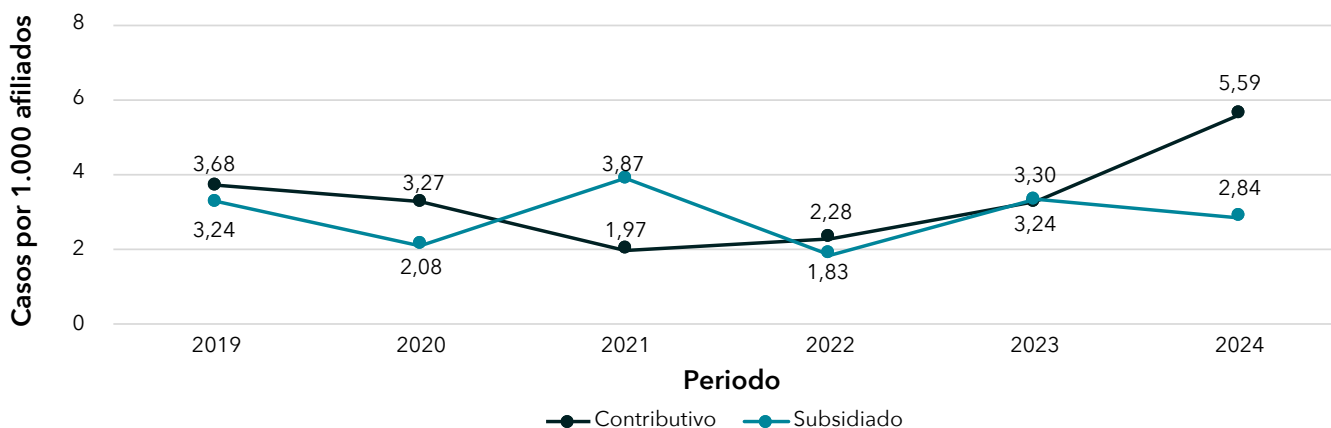
En **HIGIA** está disponible el detalle completo de las estimaciones de incidencia de la ERC para cada EAPB.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica

www.cuartaedicionposto.org

Figura 29. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

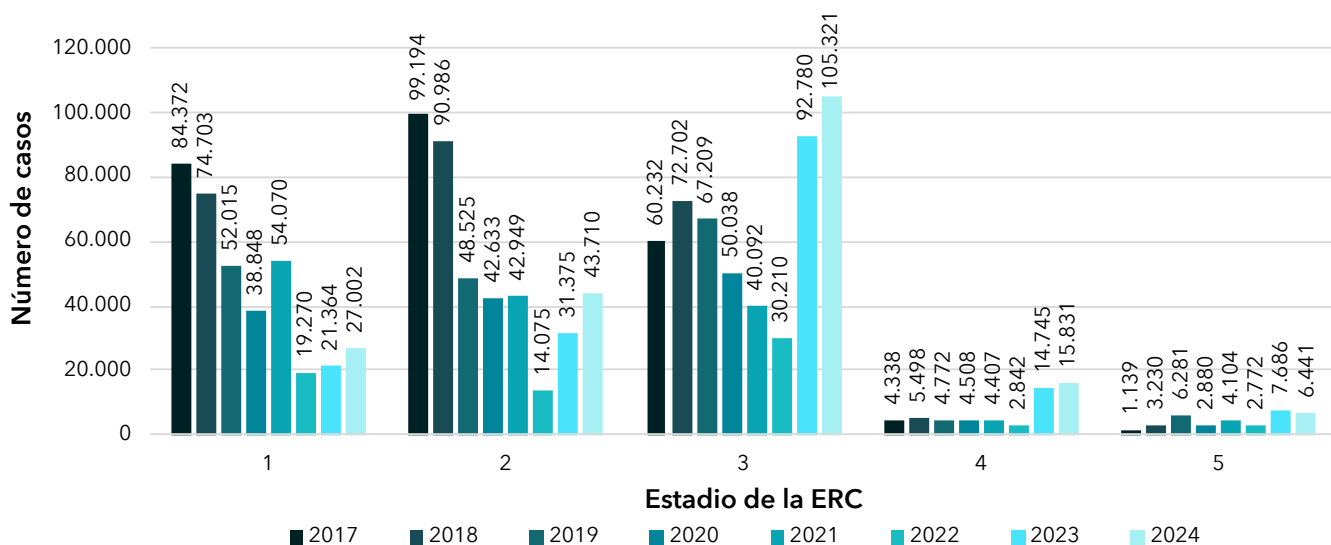
[Descargar figura](#)

4.1.1. Características clínicas y de la atención de los casos incidentes

4.1.1.1. Estratificación

Durante el periodo de análisis, se evidenció un aumento importante en el número de las personas incidentes con ERC en los estadios 1 y 2, con incrementos del 26,39% (n= 27.002) y 39,31% (n= 43.710), respectivamente. En contraste, las personas incidentes en estadio 5 presentaron una disminución del 16,20% en comparación con el periodo anterior (n=6.441) (**figura 30**).

Figura 30. Distribución de los casos incidentes de la ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Actualmente, se recomienda realizar la estratificación de la enfermedad renal crónica (ERC) utilizando la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe), calculada a partir de la fórmula CKD-EPI 2021 (27). Conforme a esta metodología, el 11,18% (n= 31.493) de los casos incidentes estaba en el estadio 1, el 32,70% (n= 92.126) en el estadio 2, el 24,83% (n= 69.937) en el estadio 3, el 2,56% (n= 7.204) en el estadio 4 y el 0,78% (n= 2.189) en el estadio 5. En el 27,96% de los casos (n= 78.766), no se contó con información suficiente para calcular la TFGe.



Según el sexo, el 88,60% (n= 147.926) de las mujeres con ERC estaba entre los 50 años o más, mientras que en los hombres esta proporción fue del 85,39% (n= 97.993) (**tablas 12 y 13**).

Tabla 12. Estadio de los casos incidentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 - 4	9 (0,06)	1 (0,00)	1 (0,00)	1 (0,01)	1 (0,03)	237 (0,51)	250 (0,15)
5 - 9	30 (0,19)	1 (0,00)	3 (0,00)	2 (0,02)	7 (0,24)	289 (0,63)	332 (0,20)
10 - 14	41 (0,26)	5 (0,02)	2 (0,00)	0 (0,00)	14 (0,49)	293 (0,64)	355 (0,21)
15 - 19	91 (0,57)	17 (0,07)	9 (0,01)	1 (0,01)	45 (1,57)	228 (0,49)	391 (0,23)
20 - 24	222 (1,40)	55 (0,21)	15 (0,02)	10 (0,10)	65 (2,27)	274 (0,59)	641 (0,38)
25 - 29	415 (2,61)	80 (0,31)	32 (0,05)	19 (0,19)	89 (3,11)	645 (1,40)	1.280 (0,77)
30 - 34	678 (4,27)	141 (0,54)	57 (0,09)	23 (0,23)	95 (3,32)	1.108 (2,40)	2.102 (1,26)
35 - 39	978 (6,16)	254 (0,97)	96 (0,15)	32 (0,32)	131 (4,57)	1.546 (3,35)	3.037 (1,82)
40 - 44	1.455 (9,17)	488 (1,87)	185 (0,28)	38 (0,38)	149 (5,20)	2.173 (4,71)	4.488 (2,69)
45 - 49	2.009 (12,66)	1.078 (4,12)	340 (0,52)	49 (0,49)	177 (6,18)	2.496 (5,41)	6.149 (3,68)
50 - 54	2.553 (16,09)	2.100 (8,03)	766 (1,16)	69 (0,69)	196 (6,84)	3.055 (6,63)	8.739 (5,23)
55 - 59	2.583 (16,27)	3.528 (13,49)	1.782 (2,70)	155 (1,54)	239 (8,34)	4.013 (8,70)	12.300 (7,37)
60 - 64	2.137 (13,46)	4.769 (18,24)	4.083 (6,20)	205 (2,04)	285 (9,95)	4.745 (10,29)	16.224 (9,72)
65 - 69	1.404 (8,85)	5.279 (20,19)	8.147 (12,36)	418 (4,15)	284 (9,92)	5.268 (11,43)	20.800 (12,46)
70 - 74	706 (4,45)	4.179 (15,98)	12.094 (18,36)	715 (7,10)	292 (10,20)	5.127 (11,12)	23.113 (13,84)
75 - 79	329 (2,07)	2.503 (9,57)	14.333 (21,75)	1.302 (12,93)	231 (8,07)	4.706 (10,21)	23.404 (14,02)
80 y más	231 (1,46)	1.675 (6,40)	23.944 (36,34)	7.032 (69,82)	564 (19,69)	9.900 (21,47)	43.346 (25,96)
Total	15.871 (100,00)	26.153 (100,00)	65.889 (100,00)	10.071 (100,00)	2.864 (100,00)	46.103 (100,00)	166.951 (100,00)

Tabla 13. Estadio de los casos incidentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 - 4	14 (0,13)	1 (0,01)	1 (0,00)	1 (0,02)	0 (0,00)	559 (1,50)	576 (0,50)
5 - 9	32 (0,29)	3 (0,02)	19 (0,05)	2 (0,03)	5 (0,14)	568 (1,52)	629 (0,55)
10 - 14	47 (0,42)	7 (0,04)	3 (0,01)	1 (0,02)	17 (0,48)	456 (1,22)	531 (0,46)
15 - 19	92 (0,83)	19 (0,11)	7 (0,02)	2 (0,03)	32 (0,89)	305 (0,82)	457 (0,40)
20 - 24	154 (1,38)	28 (0,16)	20 (0,05)	6 (0,10)	59 (1,65)	261 (0,70)	528 (0,46)
25 - 29	220 (1,98)	38 (0,22)	21 (0,05)	11 (0,19)	100 (2,80)	520 (1,39)	910 (0,79)
30 - 34	414 (3,72)	77 (0,44)	33 (0,08)	11 (0,19)	114 (3,19)	973 (2,61)	1.622 (1,41)
35 - 39	572 (5,14)	120 (0,68)	52 (0,13)	23 (0,40)	131 (3,66)	1.527 (4,09)	2.425 (2,11)
40 - 44	951 (8,54)	285 (1,62)	121 (0,31)	22 (0,38)	171 (4,78)	2.382 (6,38)	3.932 (3,43)
45 - 49	1.395 (12,53)	564 (3,21)	202 (0,51)	52 (0,90)	200 (5,59)	2.748 (7,37)	5.161 (4,50)
50 - 54	1.709 (15,35)	1.176 (6,70)	387 (0,98)	71 (1,23)	242 (6,77)	3.051 (8,18)	6.636 (5,78)
55 - 59	1.909 (17,15)	2.172 (12,37)	925 (2,35)	118 (2,05)	377 (10,54)	3.596 (9,64)	9.097 (7,93)
60 - 64	1.646 (14,79)	3.255 (18,54)	2.259 (5,73)	194 (3,37)	452 (12,64)	4.142 (11,10)	11.948 (10,41)
65 - 69	1.029 (9,24)	3.563 (20,29)	4.305 (10,92)	337 (5,85)	446 (12,47)	4.035 (10,82)	13.715 (11,95)

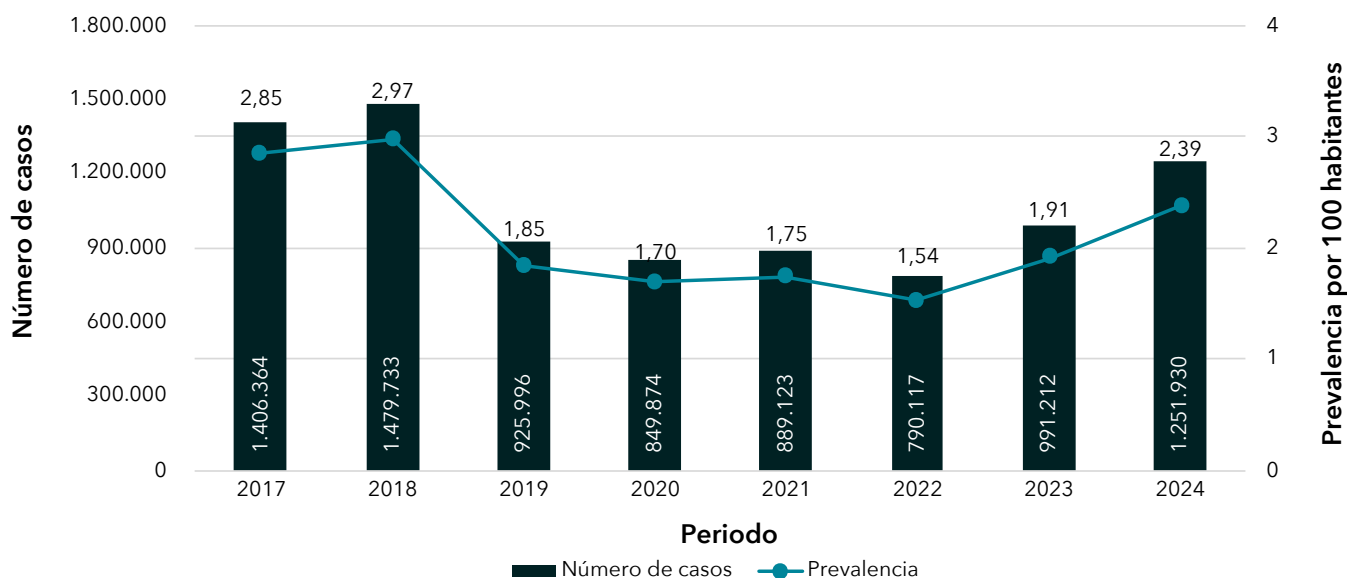
Tabla 13. Estadio de los casos incidentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024 (continuación)

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
70 - 74	562 (5,05)	3.113 (17,73)	7.189 (18,23)	519 (9,01)	449 (12,55)	3.799 (10,18)	15.631 (13,62)
75 - 79	240 (2,16)	1.951 (11,11)	9.105 (23,09)	780 (13,54)	303 (8,47)	3.283 (8,80)	15.662 (13,65)
80 y más	145 (1,30)	1.185 (6,75)	14.783 (37,49)	3.610 (62,67)	479 (13,39)	5.102 (13,68)	25.304 (22,05)
Total	11.131 (100,00)	17.557 (100,00)	39.432 (100,00)	5.760 (100,00)	3.577 (100,00)	37.307 (100,00)	114.764 (100,00)

4.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica

En el periodo 2024, los casos prevalentes de ERC aumentaron 26,30%, lo que corresponde a 1.251.930 personas informadas. Del total de los casos el 58,79% (n= 736.016) fueron mujeres, con una edad promedio de 68,84 años (DE ± 14,99). De acuerdo con la prevalencia cruda de la ERC (**figura 31**), se registró el valor más alto desde 2019, con un aumento de 25,08%, respecto al periodo anterior, lo que equivale a 2,39 casos por cada 100 habitantes.

Figura 31. Prevalencia cruda de la ERC, Colombia 2017 - 2024

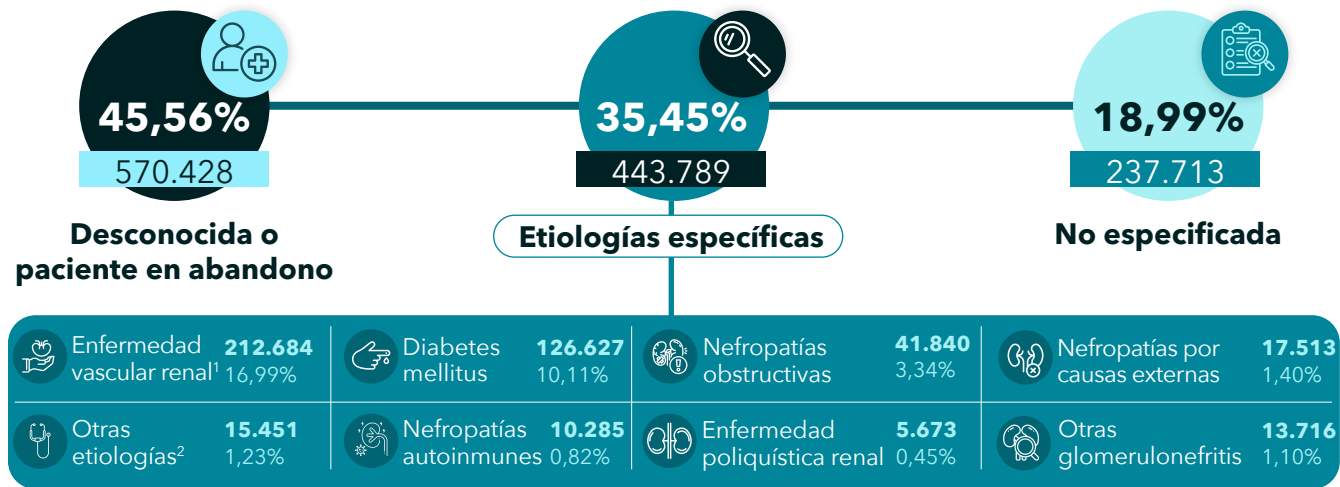


[Descargar figura](#)

En cuanto a las etiologías relacionadas en los casos prevalentes, el 16,99% se atribuyó a enfermedad vascular renal y el 10,11% se relacionó a DM (**figura 32**). Mientras que el 45,56% tuvo etiología desconocida o persona en abandono.



Figura 32. Distribución de los casos prevalentes de ERC según la etiología, Colombia 2024



¹ Incluye nefroangioesclerosis por hipertensión arterial

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

Descargar figura

La mayoría de los casos prevalentes de ERC se registraron en las personas de 50 años o más (96,28%; n= 1.205.398), mientras que solo el 1,12% (n= 14.027) correspondió a individuos de 34 años o menos.

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

Como se observa en la **figura 33**, la distribución de los casos prevalentes por estadio de ERC sigue un patrón progresivo. La mayoría de las personas en estadios iniciales están en el grupo de 50 a 64 años, mientras que en los estadios avanzados la prevalencia se concentra en adultos mayores (60 años o más).

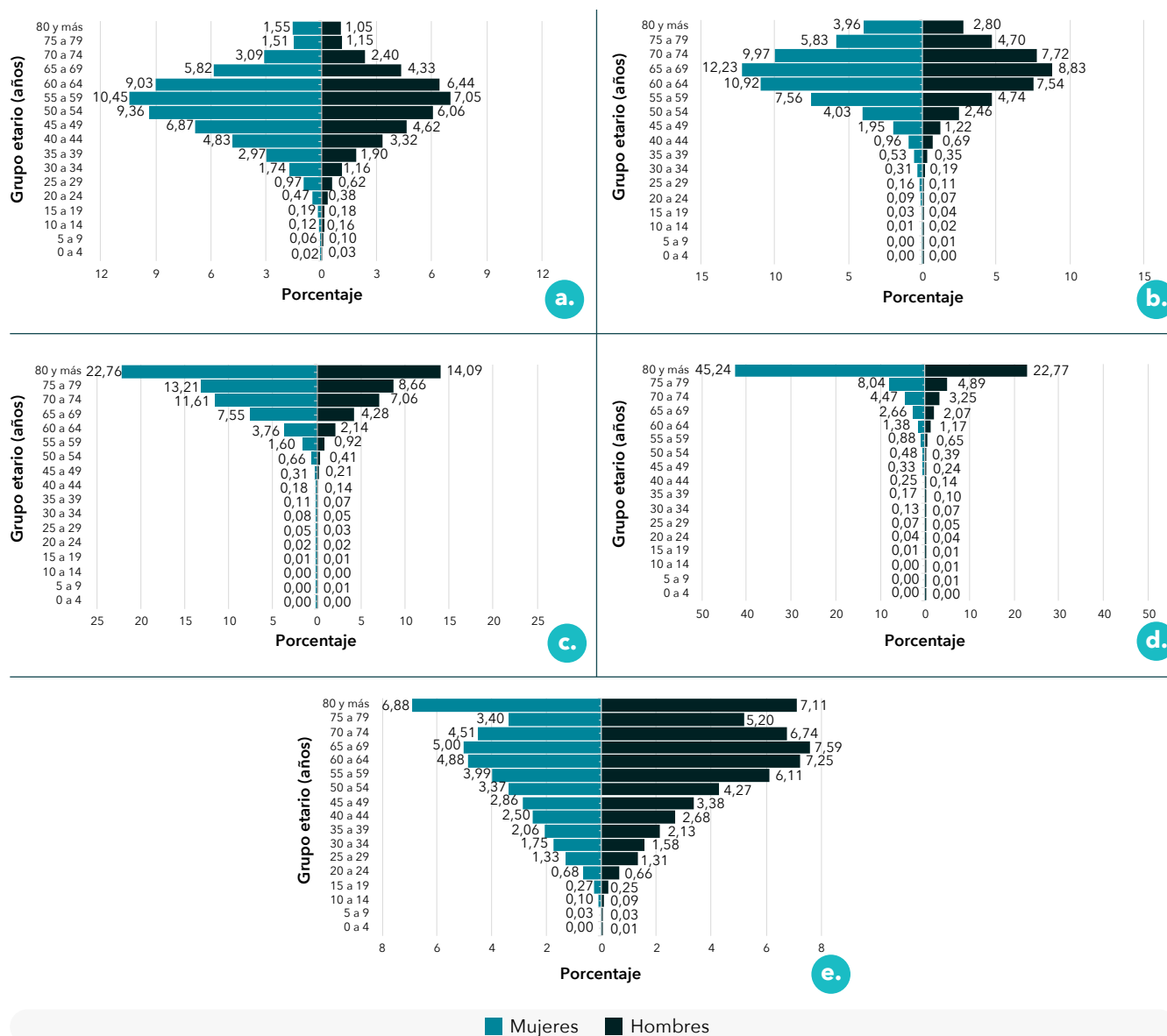
En particular, los estadios 3 y 4 son más comunes en las personas de 80 años o más, con una mayor proporción de mujeres. En contraste, el estadio 5 aparece desde edades más tempranas (a partir de los 40 años) y es más predominante en los hombres.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica

www.minsalud.gov.co

Figura 33. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio, el sexo y la edad, Colombia 2024



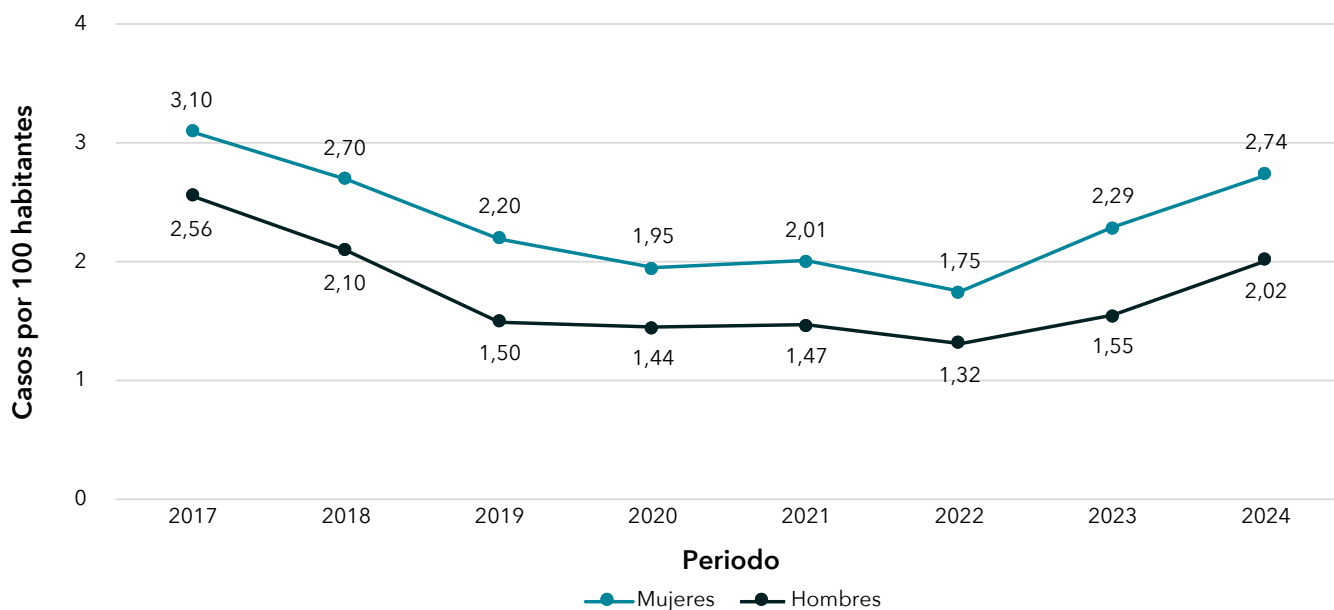
a. Estadio 1; b. Estadio 2; c. Estadio 3; d. Estadio 4; e. Estadio 5. Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos prevalentes para cada estadio de ERC.

[Descargar figura](#)

Desde 2022 se observa una tendencia creciente en la prevalencia cruda de la ERC en ambos sexos, con un aumento del 19,65% en las mujeres y del 30,32% en los hombres en comparación con el periodo anterior (figura 34).



Figura 34. Prevalencia cruda de la ERC por 100 habitantes según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Según la región (**tabla 14**), la Pacífica y Bogotá, D. C., registran las estimaciones más altas de prevalencia estandarizada. Del mismo modo, al desagregar la información por los departamentos, los valores más elevados se presentan en Valle del Cauca (PE= 2,99; IC 95%: 2,97 - 3,00) y La Guajira (PE= 2,84; IC 95%: 2,80 - 2,88).



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

Tabla 14. Prevalencia de la ERC por 100 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	14.883	1.586.332	0,94	1,13	1,11	1,15
Bogotá, D. C.	258.941	7.918.410	3,27	2,71	2,70	2,72
Caribe	241.761	11.977.734	2,02	1,94	1,94	1,95
Central	271.072	12.446.528	2,18	1,65	1,65	1,66
Oriental	212.277	10.012.714	2,12	1,75	1,74	1,75
Pacífica	252.996	8.514.012	2,97	2,35	2,34	2,36
Nacional	1.251.930	52.455.728	2,39	1,99	1,99	2,00

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

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

En el contexto del aseguramiento (**figura 35**), la PE en el régimen contributivo aumentó un 25,52%, alcanzando un total de 2,33 casos por cada 100 afiliados (IC 95%: 2,32 - 2,33). En el régimen subsidiado, el incremento fue del 12,65%, con una prevalencia de 1,42 casos por cada 100 afiliados (IC 95%: 1,42 - 1,43). Adicionalmente, las EAPB con las estimaciones más altas fueron la EAS027 (PE= 12,38; IC 95%: 11,65 - 13,17) y la EPS018 (PE= 7,10; IC 95%: 7,04 - 7,15).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

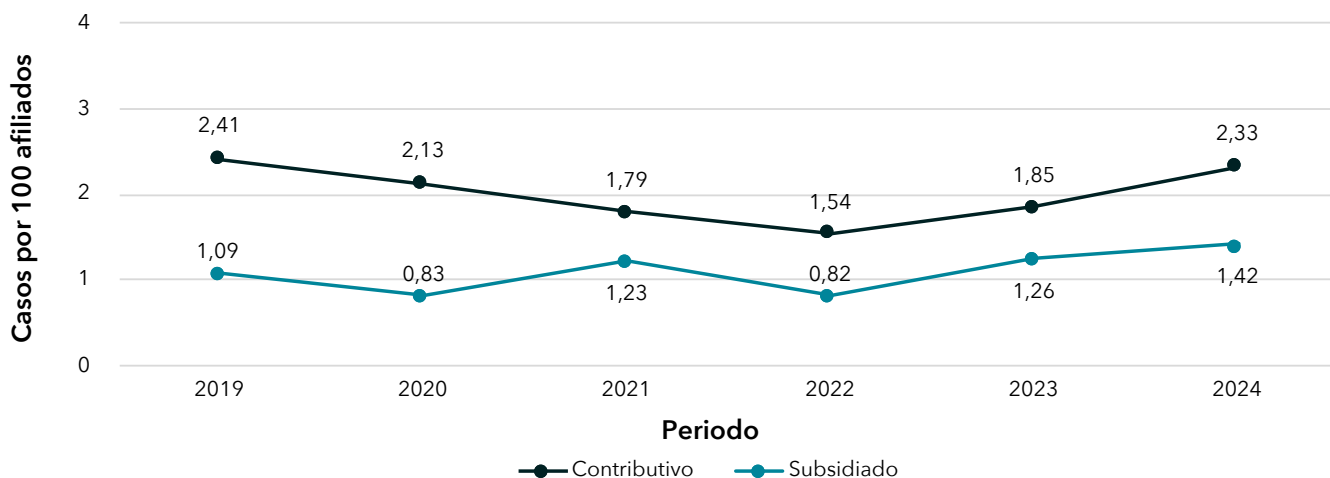
Población con enfermedad renal crónica

www.cuentadealtodo.gov.co



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

Figura 35. Prevalencia de la ERC por 100 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

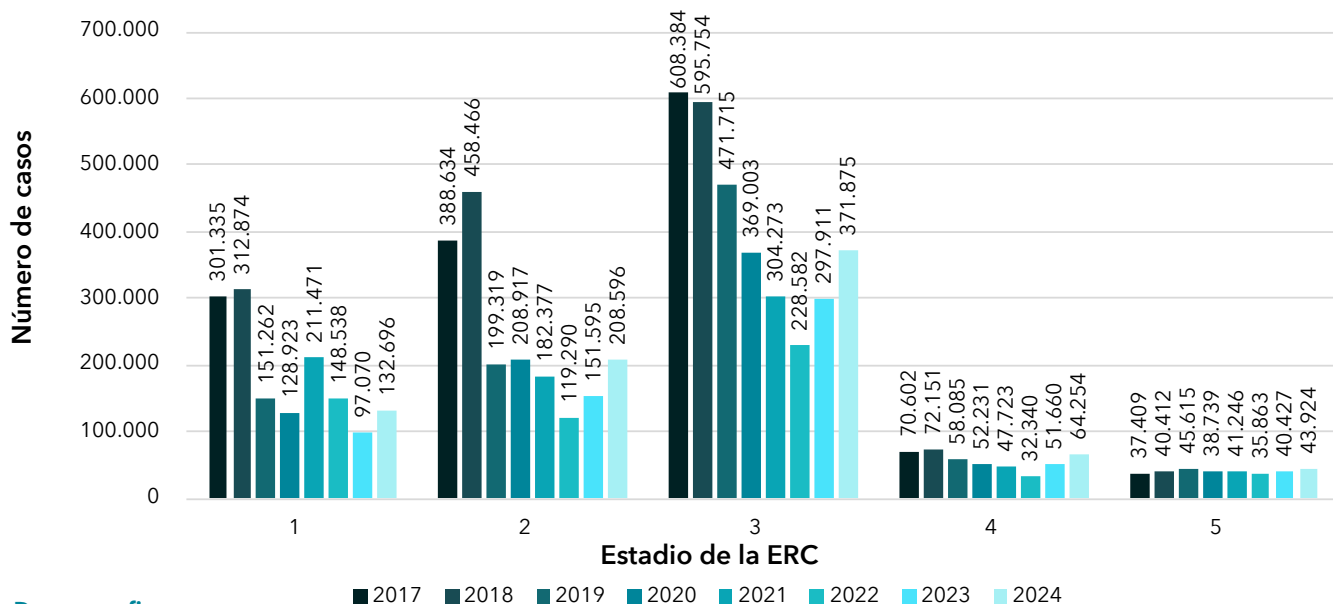
[Descargar figura](#)

4.2.1. Características clínicas y de la atención de los casos prevalentes

4.2.1.1. Estadificación

Durante el periodo de análisis, se observó una tendencia creciente en las personas prevalentes con ERC en todos los estadios (**figura 36**). Los mayores incrementos se registraron en el estadio 1 (36,70%) y estadio 2 (37,60%). Los estadios 3 y 4 presentaron aumentos superiores al 24%, mientras que el estadio 5 mostró un incremento del 8,65%.

Figura 36. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio clínico, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)



Según la estadificación basada en la TFG_e, estimada mediante la fórmula CKD-EPI 2021, el 10,68% (n= 133.713) de los casos prevalentes con ERC estaba en estadio 1; el 26,88% (n= 336.564), en estadio 2; el 18,74% (n= 234.593), en estadio 3; el 2,07% (n= 25.896), en estadio 4; y el 0,63% (n= 7.851), en estadio 5. Por otro lado, el 41,00% (n= 513.313) no contaba con información suficiente para el cálculo de la TFG_e.

Los casos prevalentes de ERC en los hombres y mujeres aumentan con la edad, especialmente en los estadios avanzados. A partir de los 40 años, el 3, 4 y 5 se vuelven más comunes, siendo más pronunciados en los grupos de 60 años o más. En las mujeres, el estadio 5 predomina a partir de los 70 años, mientras que en los hombres se observa un aumento en los grupos de 80 años y más. Esto subraya la creciente carga de la ERC en la población envejecida (**tablas 15 y 16**).

Tabla 15. Estadio de los casos prevalentes en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 - 4	21 (0,03)	2 (0,00)	1 (0,00)	1 (0,00)	2 (0,01)	395 (0,16)	422 (0,06)
5 - 9	79 (0,10)	3 (0,00)	7 (0,00)	2 (0,00)	12 (0,06)	847 (0,35)	950 (0,13)
10 - 14	158 (0,20)	18 (0,01)	4 (0,00)	0 (0,00)	46 (0,24)	813 (0,33)	1.039 (0,14)
15 - 19	250 (0,32)	70 (0,06)	22 (0,01)	6 (0,01)	118 (0,62)	784 (0,32)	1.250 (0,17)
20 - 24	630 (0,80)	189 (0,15)	71 (0,03)	23 (0,06)	299 (1,56)	1.146 (0,47)	2.358 (0,32)
25 - 29	1.285 (1,64)	330 (0,27)	175 (0,08)	47 (0,11)	582 (3,04)	2.484 (1,01)	4.903 (0,67)
30 - 34	2.305 (2,94)	652 (0,53)	283 (0,12)	84 (0,20)	770 (4,02)	4.308 (1,76)	8.402 (1,14)
35 - 39	3.943 (5,03)	1.099 (0,90)	424 (0,18)	108 (0,26)	903 (4,71)	5.774 (2,36)	12.251 (1,66)
40 - 44	6.414 (8,19)	1.993 (1,63)	673 (0,29)	162 (0,39)	1.096 (5,72)	8.029 (3,28)	18.367 (2,50)
45 - 49	9.114 (11,63)	4.060 (3,33)	1.143 (0,50)	214 (0,52)	1.255 (6,55)	10.309 (4,21)	26.095 (3,55)
50 - 54	12.423 (15,85)	8.398 (6,88)	2.447 (1,06)	306 (0,74)	1.479 (7,72)	14.869 (6,07)	39.922 (5,42)
55 - 59	13.864 (17,69)	15.762 (12,91)	5.959 (2,59)	566 (1,37)	1.753 (9,15)	21.046 (8,59)	58.950 (8,01)
60 - 64	11.988 (15,30)	22.785 (18,67)	13.968 (6,07)	887 (2,15)	2.144 (11,19)	26.211 (10,70)	77.983 (10,60)
65 - 69	7.723 (9,86)	25.502 (20,89)	28.089 (12,20)	1.707 (4,14)	2.197 (11,47)	29.990 (12,24)	95.208 (12,94)
70 - 74	4.101 (5,23)	20.787 (17,03)	43.157 (18,75)	2.869 (6,96)	1.979 (10,33)	30.052 (12,26)	102.945 (13,99)
75 - 79	2.010 (2,57)	12.164 (9,96)	49.125 (21,34)	5.164 (12,53)	1.493 (7,80)	27.844 (11,36)	97.800 (13,29)
80 y más	2.052 (2,62)	8.256 (6,76)	84.648 (36,77)	29.068 (70,53)	3.024 (15,79)	60.123 (24,54)	187.171 (25,43)
Total	78.360 (100,00)	122.070 (100,00)	230.196 (100,00)	41.214 (100,00)	19.152 (100,00)	245.024 (100,00)	736.016 (100,00)

Tabla 16. Estadio de los casos prevalentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 - 4	44 (0,08)	3 (0,00)	2 (0,00)	3 (0,01)	4 (0,02)	901 (0,49)	957 (0,19)
5 - 9	128 (0,24)	18 (0,02)	25 (0,02)	4 (0,02)	13 (0,05)	1.429 (0,77)	1.617 (0,31)
10 - 14	210 (0,39)	32 (0,04)	15 (0,01)	6 (0,03)	41 (0,17)	1.041 (0,56)	1.345 (0,26)
15 - 19	244 (0,45)	82 (0,09)	35 (0,02)	7 (0,03)	109 (0,44)	917 (0,49)	1.394 (0,27)
20 - 24	502 (0,92)	145 (0,17)	69 (0,05)	28 (0,12)	291 (1,17)	935 (0,50)	1.970 (0,38)
25 - 29	821 (1,51)	223 (0,26)	126 (0,09)	33 (0,14)	575 (2,32)	1.591 (0,86)	3.369 (0,65)
30 - 34	1.536 (2,83)	402 (0,46)	191 (0,13)	48 (0,21)	696 (2,81)	2.752 (1,48)	5.625 (1,09)
35 - 39	2.524 (4,65)	730 (0,84)	251 (0,18)	63 (0,27)	936 (3,78)	4.370 (2,36)	8.874 (1,72)

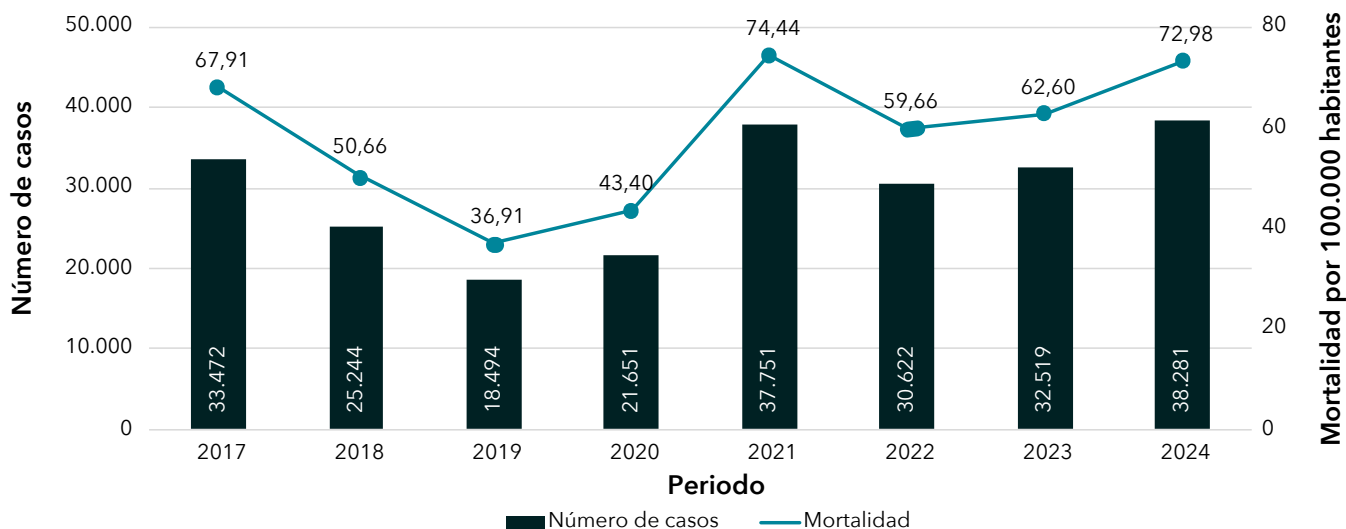
Tabla 16. Estadio de los casos prevalentes en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024 (continuación)

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
40 - 44	4.399 (8,10)	1.446 (1,67)	514 (0,36)	92 (0,40)	1.176 (4,75)	7.123 (3,84)	14.750 (2,86)
45 - 49	6.131 (11,28)	2.535 (2,93)	798 (0,56)	152 (0,66)	1.484 (5,99)	9.337 (5,03)	20.437 (3,96)
50 - 54	8.035 (14,79)	5.138 (5,94)	1.533 (1,08)	248 (1,08)	1.877 (7,58)	12.262 (6,61)	29.093 (5,64)
55 - 59	9.358 (17,22)	9.878 (11,42)	3.404 (2,40)	418 (1,81)	2.683 (10,83)	16.496 (8,89)	42.237 (8,19)
60 - 64	8.546 (15,73)	15.728 (18,18)	7.940 (5,60)	749 (3,25)	3.185 (12,86)	20.698 (11,15)	56.846 (11,02)
65 - 69	5.743 (10,57)	18.410 (21,28)	15.912 (11,23)	1.329 (5,77)	3.334 (13,46)	23.245 (12,53)	67.973 (13,18)
70 - 74	3.186 (5,86)	16.105 (18,61)	26.269 (18,54)	2.086 (9,05)	2.960 (11,95)	23.610 (12,72)	74.216 (14,39)
75 - 79	1.531 (2,82)	9.801 (11,33)	32.210 (22,73)	3.143 (13,64)	2.284 (9,22)	21.491 (11,58)	70.460 (13,66)
80 y más	1.398 (2,57)	5.850 (6,76)	52.385 (36,97)	14.631 (63,50)	3.124 (12,61)	37.363 (20,14)	114.751 (22,24)
Total	54.336 (100,00)	86.526 (100,00)	141.679 (100,00)	23.040 (100,00)	24.772 (100,00)	185.561 (100,00)	515.914 (100,00)

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

En 2024, las defunciones en la población con ERC (**figura 37**) aumentaron en 16,58%, para un total de 38.281 personas fallecidas. En cuanto a la mortalidad cruda por todas las causas, esta presentó el valor más alto desde 2022, con un aumento de 17,72% respecto al periodo anterior, lo que equivale a 72,98 casos fallecidos por cada 100.000 habitantes.

Figura 37. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC, Colombia 2017 - 2024

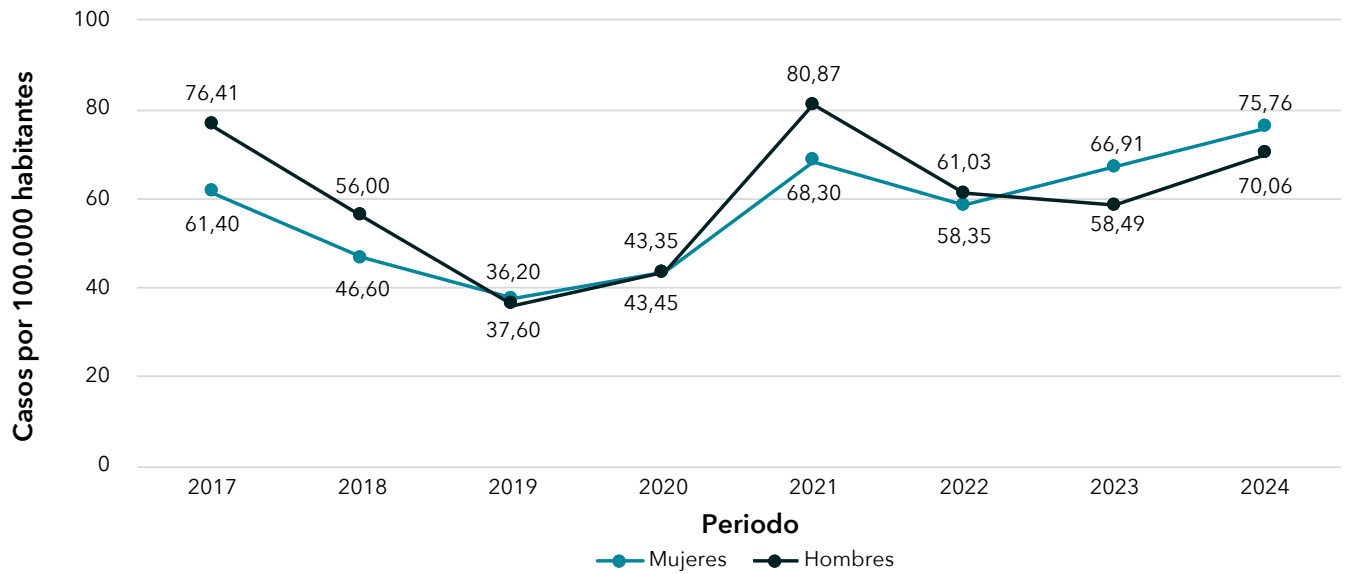


[Descargar figura](#)

Según el sexo, la mortalidad cruda ha mostrado un comportamiento heterogéneo a lo largo de los años (**figura 38**), con un incremento del 13,23% en las mujeres y del 19,78% en los hombres en comparación con el periodo anterior.



Figura 38. Mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

El 12,50% (n= 4.787) de las personas fallecidas con ERC por todas las causas tenían entre 60 y 69 años, mientras que el 80,14% (n= 30.677) tenía 70 años o más.

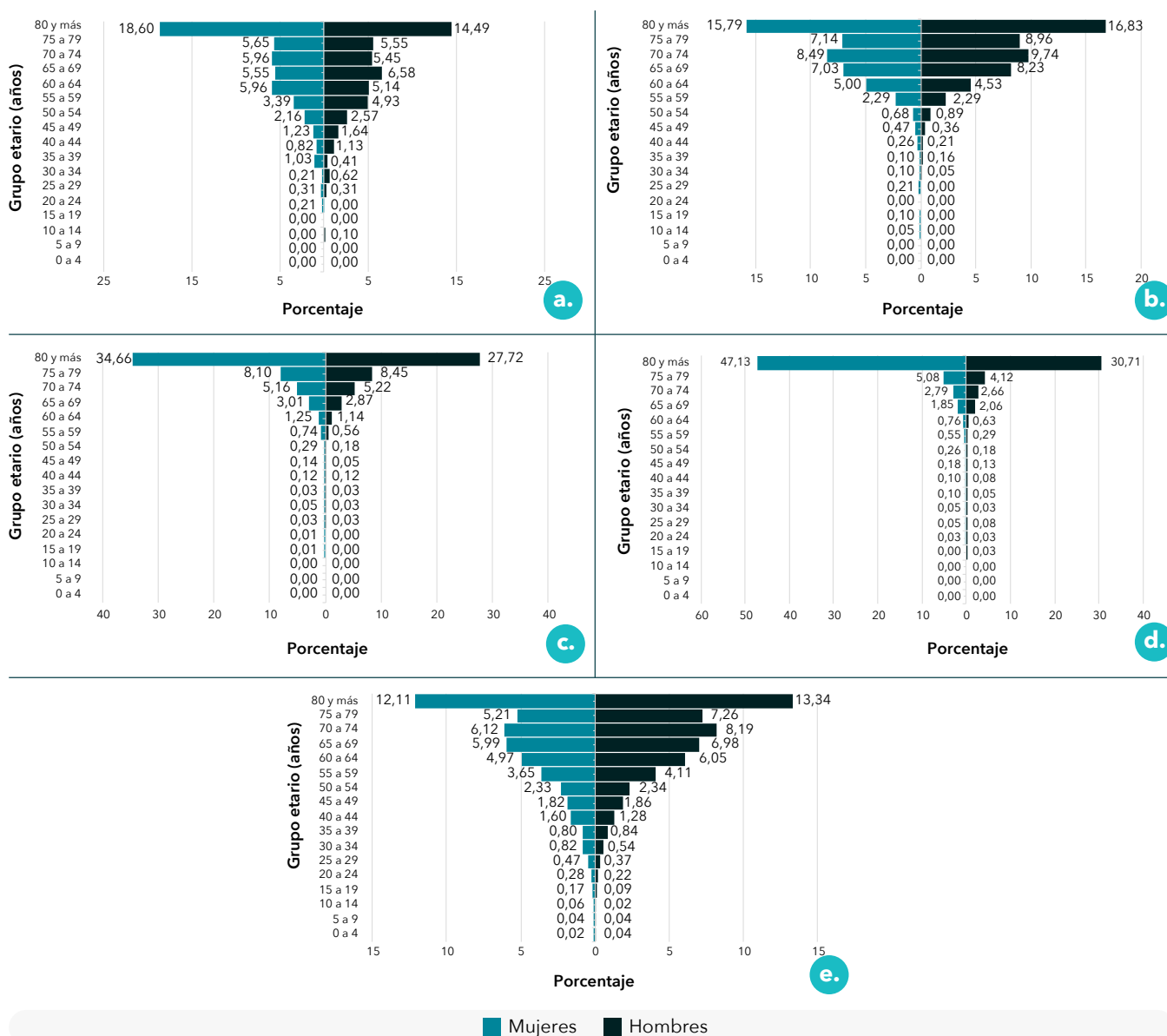
En la **figura 39** se observa que, en el estadio 1, la mayor proporción de defunciones por todas las causas ocurre a partir de los 40 años, afectando a los hombres y a las mujeres en proporciones similares. En cambio, en el estadio 5, los fallecimientos comienzan a presentarse desde los 20 años, con una mayor concentración en las personas de edad avanzada y una ligera predominancia en los hombres.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica

www.fuerzadevitalidadposto.org

Figura 39. Pirámide poblacional de los casos fallecidos con diagnóstico de ERC, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

Según el territorio, Bogotá, D. C., y la región Pacífica registraron las estimaciones más altas de TME. Los departamentos con los valores más elevados fueron Caquetá (TME= 90,74; IC 95%: 81,32 - 100,93) y Valle del Cauca (TME= 81,21; IC 95%: 79,08 - 83,40).



Tabla 17. Mortalidad por todas las causas en las personas con ERC por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	521	1.586.332	32,84	39,60	36,26	43,15
Bogotá, D. C.	6.517	7.918.410	82,30	66,73	65,12	68,38
Caribe	7.212	11.977.734	60,21	56,21	54,92	57,53
Central	10.146	12.446.528	81,52	59,02	57,88	60,19
Oriental	5.899	10.012.714	58,92	44,99	43,84	46,16
Pacífica	7.986	8.514.012	93,80	65,64	64,20	67,12
Nacional	38.281	52.455.728	72,98	57,58	57,00	58,16

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

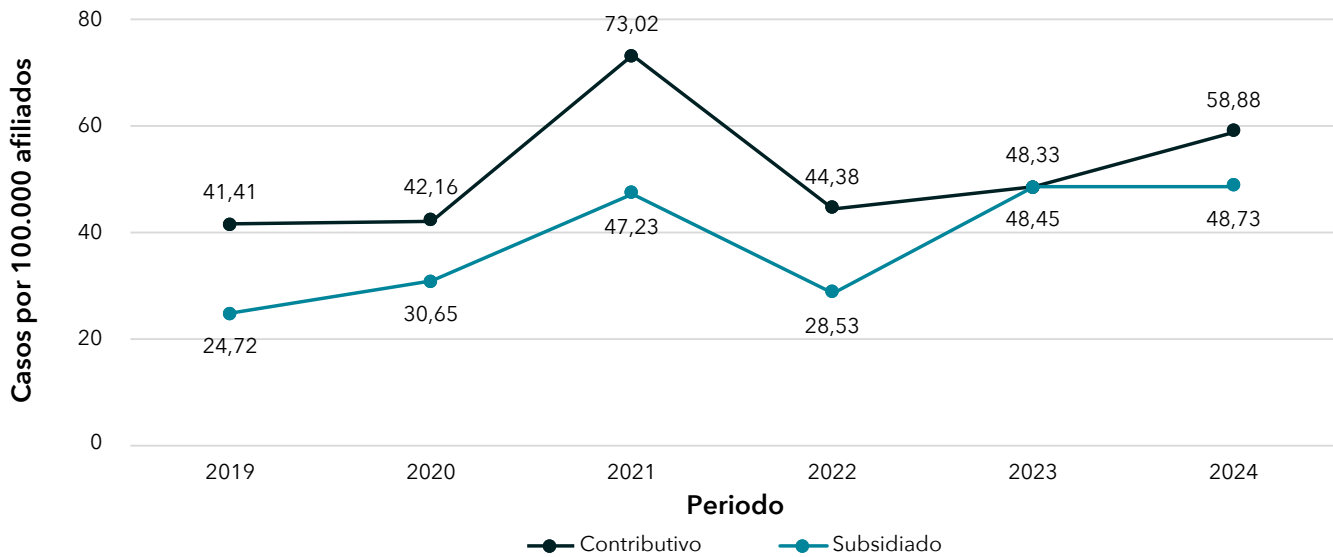
² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

De acuerdo con el tipo de aseguramiento, la TME en el régimen contributivo presentó un aumento del 21,83%, con 58,88 fallecimientos por cada 100.000 afiliados (**figura 40**). En contraste, el subsidiado registró un incremento menor al 1%, con 48,73 fallecimientos por cada 100.000 afiliados. Además, las entidades con las estimaciones más altas fueron la EAS027 (TME: 209,45; IC 95%: 186,82 - 330,12) y la EPS017 (TME: 131,50; IC 95%: 127,56 - 135,53).



Consulte en **HIGIA** las estimaciones detalladas de mortalidad para todas las EAPB.

Figura 40. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica

www.cuicr.abcdalposto.org

4.3.1. Características clínicas y de la atención de los casos fallecidos

4.3.1.1. Estadificación

La mortalidad por todas las causas en las personas con ERC se concentra principalmente en los grupos de edad avanzada, especialmente en los mayores de 80 años, tanto en las mujeres como en los hombres (**tablas 18 y 19**). Entre quienes cuentan con clasificación del estado de la enfermedad, el estadio 3 es el más frecuente, seguido por los 5 y 4. No obstante, la interpretación clínica se ve limitada debido a una alta proporción de registros sin información sobre estadificación de la ERC, que alcanza el 50,42% en las mujeres y el 48,02% en los hombres.

Tabla 18. Estadio de los casos fallecidos en las mujeres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 - 4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,04)	1 (0,01)	2 (0,01)
5 - 9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,08)	2 (0,02)	4 (0,02)
10 - 14	0 (0,00)	1 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,12)	0 (0,00)	4 (0,02)
15 - 19	0 (0,00)	2 (0,22)	1 (0,03)	0 (0,00)	9 (0,36)	0 (0,00)	12 (0,06)
20 - 24	2 (0,40)	0 (0,00)	1 (0,03)	1 (0,04)	15 (0,60)	8 (0,08)	27 (0,13)
25 - 29	3 (0,60)	4 (0,44)	2 (0,05)	2 (0,09)	25 (1,00)	11 (0,11)	47 (0,23)
30 - 34	2 (0,40)	2 (0,22)	4 (0,10)	2 (0,09)	44 (1,76)	12 (0,12)	66 (0,32)
35 - 39	10 (2,01)	2 (0,22)	2 (0,05)	4 (0,18)	43 (1,72)	42 (0,41)	103 (0,51)
40 - 44	8 (1,61)	5 (0,55)	9 (0,23)	4 (0,18)	86 (3,45)	44 (0,43)	156 (0,77)
45 - 49	12 (2,41)	9 (0,98)	10 (0,26)	7 (0,31)	98 (3,93)	61 (0,59)	197 (0,97)
50 - 54	21 (4,23)	13 (1,42)	21 (0,54)	10 (0,44)	125 (5,01)	110 (1,07)	300 (1,47)
55 - 59	33 (6,64)	44 (4,80)	54 (1,38)	21 (0,93)	196 (7,85)	206 (2,01)	554 (2,72)
60 - 64	58 (11,67)	96 (10,48)	91 (2,32)	29 (1,28)	267 (10,70)	360 (3,51)	901 (4,43)
65 - 69	54 (10,87)	135 (14,74)	220 (5,62)	71 (3,14)	322 (12,90)	596 (5,81)	1.398 (6,87)
70 - 74	58 (11,67)	163 (17,79)	377 (9,63)	107 (4,73)	329 (13,18)	803 (7,83)	1.837 (9,03)
75 - 79	55 (11,07)	137 (14,96)	592 (15,12)	195 (8,62)	280 (11,22)	1.212 (11,81)	2.471 (12,15)
80 y más	181 (36,42)	303 (33,08)	2.532 (64,66)	1.808 (79,96)	651 (26,08)	6.791 (66,20)	12.266 (60,29)
Total	497 (100,00)	916 (100,00)	3.916 (100,00)	2.261 (100,00)	2.496 (100,00)	10.259 (100,00)	20.345 (100,00)

Tabla 19. Estadio de los casos fallecidos en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
0 - 4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,07)	0 (0,00)	2 (0,01)
5 - 9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,07)	1 (0,01)	3 (0,02)
10 - 14	1 (0,21)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,03)	1 (0,01)	3 (0,02)
15 - 19	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,06)	5 (0,17)	0 (0,00)	6 (0,03)
20 - 24	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,06)	12 (0,42)	5 (0,06)	18 (0,10)
25 - 29	3 (0,63)	0 (0,00)	2 (0,06)	3 (0,19)	20 (0,69)	4 (0,05)	32 (0,18)
30 - 34	6 (1,26)	1 (0,10)	2 (0,06)	1 (0,06)	29 (1,01)	11 (0,13)	50 (0,28)
35 - 39	4 (0,84)	3 (0,30)	2 (0,06)	2 (0,13)	45 (1,56)	15 (0,17)	71 (0,40)
40 - 44	11 (2,31)	4 (0,40)	9 (0,27)	3 (0,19)	69 (2,40)	41 (0,48)	137 (0,76)



Tabla 19. Estadio de los casos fallecidos en los hombres con ERC según el grupo etario, Colombia 2024 (continuación)

Grupo etario (años)	Estadios					Sin estadificación	Total
	1	2	3	4	5		
	n (%)						
45 - 49	16 (3,36)	7 (0,70)	4 (0,12)	5 (0,32)	100 (3,47)	61 (0,71)	193 (1,08)
50 - 54	25 (5,25)	17 (1,69)	13 (0,38)	7 (0,44)	126 (4,38)	90 (1,04)	278 (1,55)
55 - 59	48 (10,08)	44 (4,39)	41 (1,21)	11 (0,70)	221 (7,68)	187 (2,17)	552 (3,08)
60 - 64	50 (10,50)	87 (8,67)	83 (2,45)	24 (1,52)	325 (11,29)	379 (4,40)	948 (5,29)
65 - 69	64 (13,45)	158 (15,75)	210 (6,20)	79 (5,02)	375 (13,03)	654 (7,59)	1.540 (8,59)
70 - 74	53 (11,13)	187 (18,64)	381 (11,24)	102 (6,48)	440 (15,28)	932 (10,82)	2.095 (11,68)
75 - 79	54 (11,34)	172 (17,15)	617 (18,21)	158 (10,03)	390 (13,55)	1.311 (15,22)	2.702 (15,06)
80 y más	141 (29,62)	323 (32,20)	2.025 (59,75)	1.178 (74,79)	717 (24,90)	4.922 (57,14)	9.306 (51,88)
Total	476 (100,00)	1.003 (100,00)	3.389 (100,00)	1.575 (100,00)	2.879 (100,00)	8.614 (100,00)	17.936 (100,00)

Del total de las personas fallecidas (n= 38.281), el 9,20% (n= 3.522) murieron por causas directamente relacionadas con la ERC, el 4,34% (n= 1.663) por enfermedad cardiovascular y el 20,36% (n= 7.791) por otras causas. En el 66,10% de los casos (n= 25.305), no se registró información sobre la causa específica de muerte.

En general, la prevalencia de la ERC incrementó, asociada a un aumento en la incidencia de la enfermedad; la mortalidad también mostró un crecimiento, pero fue más discreto.



5.

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



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



5.

RESUMEN infográfico

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



Comparado con el 2023, el número de los casos definidos con o sin ERC incrementó en _____

26,30% y 6,31%
respectivamente.

El número de los casos indeterminados* se redujo en

14,19%, —

con respecto al periodo anterior.



El 46,24% de las personas con solo HTA, el 48,12% de las que tenían solo DM y el 33,17% de las que tenían las dos precursoras no fueron estudiadas para ERC durante el periodo.



El 34,39% del total de los casos prevalentes de ERC no contó con la estadificación de la enfermedad.



De las personas prevalentes con solo DM, la mayoría estaba en el estadio 1 de ERC, mientras que en las poblaciones con solo HTA o con las 2 precursoras el estadio más frecuente fue el 3.



La IE de ERC en los tres grupos de riesgo fue mayor en el régimen contributivo.



La PE de ERC en la población con HTA o con alguna de las dos precursoras fue mayor en Bogotá, D. C., mientras que en las personas con DM fue más alta en la Pacífica.



En las personas con solo ERC, el estadio más frecuente de los fallecidos fue el 1.



El 49,30% de las defunciones por todas las causas en las personas con ERC no tenía estadificación.

La región Pacífica y el régimen subsidiado tuvieron la

TME de ERC
más alta, —

en los tres grupos de riesgo.

HTA: hipertensión arterial.

DM: diabetes mellitus.

ERC: enfermedad renal crónica.

IE: incidencia estandarizada.

PE: prevalencia estandarizada.

TME: tasa de mortalidad estandarizada.

* Se refiere a aquellos casos en los que no se han realizado todas las pruebas complementarias para confirmar o descartar el diagnóstico o no se ha confirmado la cronicidad de la enfermedad.

[Descargar infografía](#)

5. Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

El análisis de la población con ERC, según el grupo de riesgo o sus condiciones precursoras, permite caracterizar las tendencias diferenciales en las medidas de morbimortalidad y, de esta forma, identificar potenciales grupos de intervención. En este contexto, la HTA es reconocida como un factor de riesgo independiente para los desenlaces renales. A medida que incrementa la presión arterial (PA), mayor es el riesgo de desarrollar ERC; y esta probabilidad se evidencia incluso en las personas con elevaciones leves a moderadas de la PA, tanto en los hombres como en las mujeres (28). Además, en la población general, la presencia de albúmina en la orina potencia significativamente los efectos adversos de una PA elevada sobre la morbilidad y mortalidad cardiovascular (28).

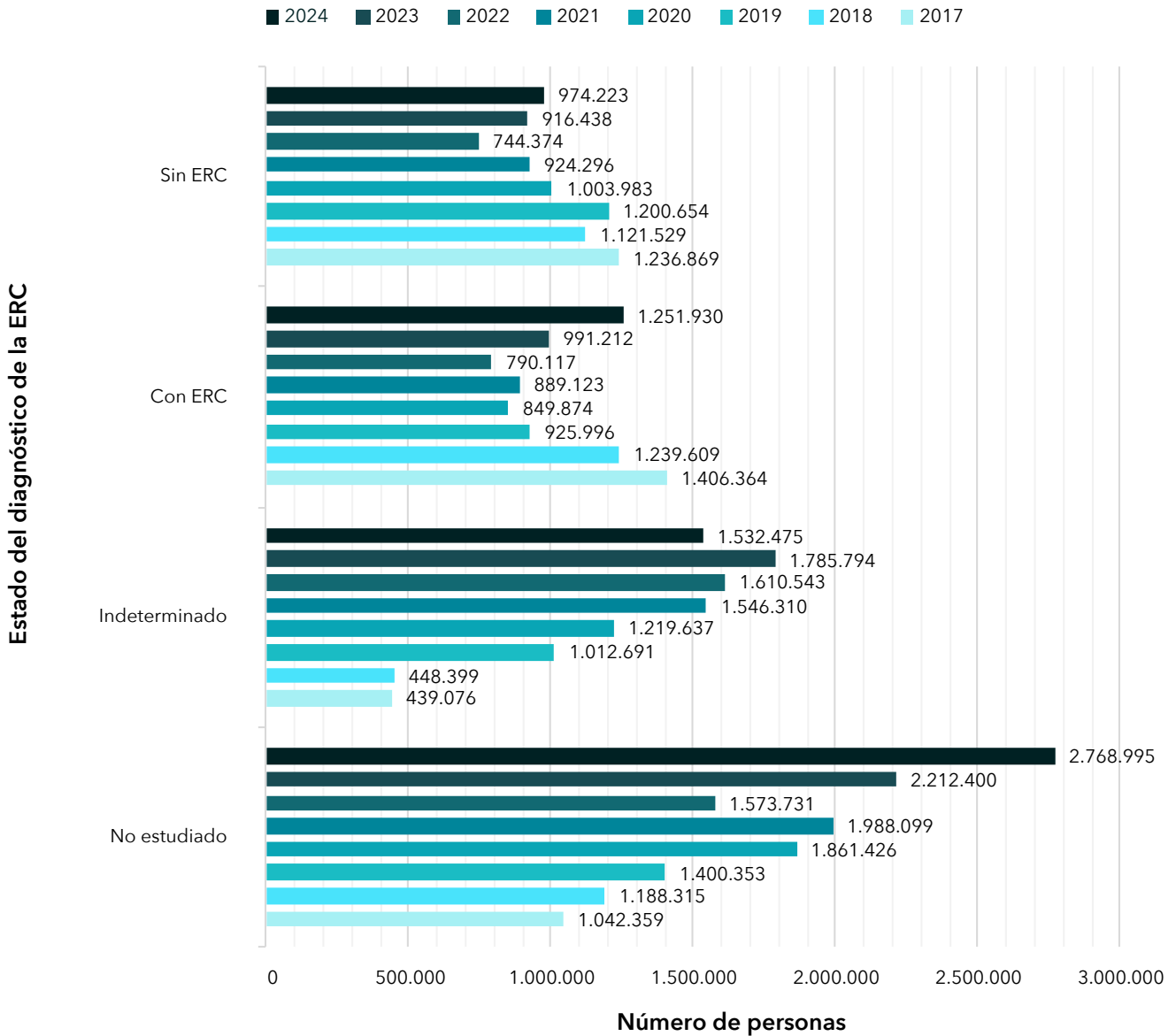
Adicionalmente, la diabetes constituye una de las principales causas de ERC, siendo la tipo 2 la mayor contribuyente a la carga de enfermedad renal atribuida a esta condición. En estos casos, el daño renal ocurre como consecuencia directa de la hiperglucemia sostenida. Las personas que viven con ERC relacionada con la diabetes presentan un riesgo incrementado de desarrollar enfermedad cardiovascular, progresar a insuficiencia renal y fallecer (29).

Para definir un caso con diagnóstico de ERC, se requiere documentar el daño renal funcional o estructural persistente por 90 días o más, de acuerdo con las guías de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad renal crónica del Ministerio de Salud y Protección Social (30). Por otro lado, un diagnóstico indeterminado se refiere a aquellos casos en los que no se han realizado todas las pruebas complementarias para confirmar o descartar el diagnóstico o no se ha confirmado la cronicidad de la enfermedad (al menos 3 meses). Finalmente, se define que una persona no ha sido estudiada para ERC cuando no se realizó ninguna de las pruebas mínimas para el diagnóstico (creatinina, relación albuminuria/creatinuria o albuminuria) durante el periodo de reporte.

Como se observa en la **figura 41**, en el 2024 las personas no estudiadas para ERC incrementaron, por segundo periodo consecutivo, en un 25,16% (n= 555.595) mientras que, en contraste con la tendencia ascendente de años previos, los casos indeterminados se redujeron en 14,19% (n= 253.319). También, fue evidente el aumento de los individuos estudiados y definidos con o sin ERC (26,30% y 6,31%, respectivamente), manteniendo la tendencia incremental del periodo anterior.



Figura 41. Número de casos prevalentes reportados según el diagnóstico de la ERC, Colombia 2017 - 2024



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

[Descargar figura](#)

En la **tabla 20** se observa que el 46,24% (n= 1.952.660) de las personas con solo HTA, el 48,12% (n= 144.477) de las que tenían solo DM y el 33,17% (n= 671.858) de las que tenían las dos precursoras no fueron estudiadas para ERC durante el periodo. Además, al 23,32% (n= 1.532.475) del total de los casos no se les realizaron los estudios completos para definir el diagnóstico.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.cuartaedicionposto.org

Tabla 20. Distribución de los casos con HTA y DM según el diagnóstico de ERC, Colombia 2024

Enfermedad precursora	No tiene ERC	Tiene ERC	Indeterminado	No ha sido estudiado para ERC	Sin dato ¹	Total
	n (%)					
Solo HTA	626.910 (64,35)	688.921 (55,03)	927.804 (60,54)	1.952.660 (70,52)	26.633 (60,95)	4.222.928 (64,26)
Solo DM	55.758 (5,72)	37.234 (2,97)	60.618 (3,96)	144.477 (5,22)	2.165 (4,95)	300.252 (4,57)
HTA y DM	291.555 (29,93)	502.863 (40,17)	544.053 (35,50)	671.858 (24,26)	14.896 (34,09)	2.025.225 (30,82)
Sin HTA ni DM	0 (0,00)	22.912 (1,83)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	22.912 (0,35)
Total	974.223 (100,00)	1.251.930 (100,00)	1.532.475 (100,00)	2.768.995 (100,00)	43.694 (100,00)	6.571.317 (100,00)

¹ Corresponden a los casos que no fueron gestionados en el periodo.

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

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

5.1.1. Población con hipertensión arterial

La IE de ERC entre las personas con HTA fue mayor en el régimen contributivo, en comparación con el subsidiado (**tabla 21**). De acuerdo con las regiones, la Central tuvo la mayor cantidad de casos, pero fue Bogotá, D. C., en la que se estimó la IE más alta y en la Central, la más baja (**tabla 22**).

Tabla 21. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	190.051	3.478.318	5,46	4,43	4,35	4,50
Subsidiado	72.300	1.756.962	4,12	2,99	2,89	3,09

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

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

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

Tabla 22. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2024

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	4.129	71.469	5,78	4,50	4,00	5,05
Bogotá, D. C.	52.734	878.474	6,00	6,50	6,28	6,72
Caribe	46.616	1.109.491	4,20	3,03	2,91	3,15
Central	65.395	1.604.816	4,07	2,76	2,68	2,84
Oriental	53.341	832.435	6,41	6,09	5,88	6,31
Pacífica	43.507	809.335	5,38	3,65	3,52	3,80

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

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

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



5.1.2. Población con diabetes mellitus

En las personas con DM, la IE de ERC fue mayor en el régimen contributivo, en comparación con el subsidiado (**tabla 23**). En la región Central se informaron más casos, pero fue en la Oriental en la que se obtuvo la IE más alta y en la Caribe, la menor (**tabla 24**).

Tabla 23. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	73.802	1.186.050	6,22	4,10	3,99	4,21
Subsidiado	38.121	676.828	5,63	3,67	3,51	3,83

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

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

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

Tabla 24. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2024

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	2.059	30.439	6,76	4,78	3,94	5,76
Bogotá, D. C.	20.024	307.080	6,52	4,74	4,51	4,98
Caribe	19.315	383.471	5,04	3,10	2,92	3,28
Central	28.400	547.039	5,19	3,35	3,20	3,50
Oriental	24.784	330.591	7,50	5,53	5,24	5,83
Pacífica	19.526	296.462	6,59	3,83	3,62	4,04

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

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

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

5.1.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

Entre las personas con HTA o DM, la IE de ERC más alta se estimó en el régimen contributivo (**tabla 25**). En la región Central se ubicaron la mayor cantidad de los casos con ERC, pero se estimó la menor IE; fue en Bogotá, D. C., donde se calculó la IE más alta (**tabla 26**).

Tabla 25. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	199.064	3.682.304	5,41	4,40	4,34	4,47
Subsidiado	73.624	1.820.268	4,04	2,91	2,82	3,00

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

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

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

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.cuertaderealtoposteo.org

Tabla 26. Incidencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2024

Región	Casos nuevos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	4.344	75.972	5,72	4,46	4,00	4,95
Bogotá, D. C.	55.372	944.782	5,86	6,11	5,93	6,29
Caribe	48.030	1.168.523	4,11	2,95	2,84	3,05
Central	67.577	1.655.793	4,08	2,82	2,74	2,89
Oriental	55.956	886.332	6,31	5,95	5,76	6,14
Pacífica	44.837	845.542	5,30	3,63	3,51	3,76

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

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

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

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

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

Entre las personas con solo HTA, el estadio 3 fue el más frecuente con el 29,36% (n= 202.239), al igual que en los casos con HTA y DM (31,85%, n= 160.152). En contraste, el 22,15% (n= 8.248) de los individuos con solo DM y el 20,62% de aquellos sin precursoras (n= 4.725) tenían estadio 1. Se resalta que el 34,39% (n= 430.585) del total no contó con la estadificación de la enfermedad (**tabla 27**).

Tabla 27. Distribución de los casos prevalentes de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2024

Enfermedad precursora	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Sin estadificación	Total
	n (%)						
Solo HTA	64.109 (48,31)	106.815 (51,21)	202.239 (54,38)	33.172 (51,63)	23.776 (54,13)	258.810 (60,11)	688.921 (55,03)
Solo DM	8.248 (6,22)	6.751 (3,24)	5.996 (1,61)	667 (1,04)	330 (0,75)	15.242 (3,54)	37.234 (2,97)
HTA y DM	55.614 (41,91)	92.470 (44,33)	160.152 (43,07)	29.828 (46,42)	18.650 (42,46)	146.149 (33,94)	502.863 (40,17)
Sin HTA ni DM	4.725 (3,56)	2.560 (1,23)	3.488 (0,94)	587 (0,91)	1.168 (2,66)	10.384 (2,41)	22.912 (1,83)
Total	132.696 (100,00)	208.596 (100,00)	371.875 (100,00)	64.254 (100,00)	43.924 (100,00)	430.585 (100,00)	1.251.930 (100,00)

5.2.1. Población con hipertensión arterial

En la población con HTA, en el régimen contributivo se estimó la PE de ERC más alta (**tabla 28**). En la región Central residían la mayor cantidad de los casos, pero se calculó la PE más baja, mientras que fue en Bogotá, D. C., donde se calculó la más alta (**tabla 29**).

Tabla 28. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	796.399	4.084.666	19,50	14,41	14,29	14,53
Subsidiado	370.853	2.055.515	18,04	13,54	13,35	13,73

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

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

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



Tabla 29. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	13.905	81.245	17,11	12,30	11,50	13,15
Bogotá, D. C.	238.380	1.064.120	22,40	19,02	18,72	19,33
Caribe	234.621	1.297.496	18,08	12,68	12,47	12,88
Central	258.504	1.797.925	14,38	9,77	9,63	9,92
Oriental	198.173	977.267	20,28	17,09	16,78	17,40
Pacífica	242.198	1.008.026	24,03	16,89	16,64	17,15

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

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

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

5.2.2. Población con diabetes mellitus

El régimen subsidiado tuvo la PE más alta de ERC en las personas con DM, aunque tuvo el menor número de casos comparado con el contributivo (**tabla 30**). En las regiones Pacífica y Central se estimaron las PE más alta y baja, respectivamente (**tabla 31**).

Tabla 30. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	343.013	1.455.261	23,57	15,00	14,80	15,19
Subsidiado	187.496	826.203	22,69	15,49	15,20	15,79

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

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

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

Tabla 31. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	7.362	35.742	20,60	13,70	12,41	15,11
Bogotá, D. C.	105.424	392.480	26,86	18,73	18,31	19,15
Caribe	106.598	470.754	22,64	14,36	14,04	14,70
Central	110.976	629.615	17,63	9,47	9,25	9,70
Oriental	97.263	403.070	24,13	17,54	17,08	18,02
Pacífica	112.011	388.947	28,80	19,10	18,65	19,55

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

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

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

5.2.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

En el régimen contributivo se estimó la mayor PE de ERC en las personas con alguna de las 2 precursoras (**tabla 32**). Según la región, en la Central se informaron la mayor cantidad de los casos con ERC, pero se calculó la menor PE, mientras que, en Bogotá, D. C., se calculó la más alta (**tabla 33**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.cuartaedatoposto.org

Tabla 32. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	826.287	4.309.527	19,17	14,25	14,14	14,36
Subsidiado	377.453	2.124.097	17,77	13,09	12,92	13,26

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

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

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

Tabla 33. Prevalencia de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	14.651	86.279	16,98	12,24	11,50	13,02
Bogotá, D.C.	248.861	1.138.271	21,86	18,28	18,02	18,53
Caribe	239.473	1.359.966	17,61	12,13	11,95	12,32
Central	263.799	1.852.015	14,24	9,66	9,52	9,79
Oriental	206.283	1.036.659	19,90	16,65	16,38	16,93
Pacífica	249.716	1.050.421	23,77	17,05	16,81	17,30

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

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

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

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

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

En la **tabla 34** se puede observar que, en la población con solo HTA, con solo DM o con las dos enfermedades, el estadio de los casos fallecidos por todas las causas más frecuente fue el 3, con 19,07% (n= 3.742), 19,77% (n= 135) y 19,24% (n= 3.340), respectivamente. Por su parte, en las personas con solo ERC, el estadio más frecuente fue el 1 (18,17%; n= 111). En total, el 49,30% (n= 18.873) de las defunciones no tenía estadificación.

Tabla 34. Distribución de la población fallecida con diagnóstico de ERC según el estadio y la presencia de HTA y DM, Colombia 2024

Enfermedad precursora	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Sin estadificación	Total
	n (%)						
Solo HTA	409 (42,03)	899 (46,85)	3.742 (51,23)	2.046 (53,34)	2.314 (43,05)	10.214 (54,12)	19.624 (51,26)
Solo DM	44 (4,52)	58 (3,02)	135 (1,85)	60 (1,56)	45 (0,84)	341 (1,81)	683 (1,78)
HTA y DM	409 (42,03)	948 (49,40)	3.340 (45,72)	1.681 (43,82)	2.917 (54,27)	8.068 (42,75)	17.363 (45,36)
Sin HTA ni DM	111 (11,41)	14 (0,73)	88 (1,20)	49 (1,28)	99 (1,84)	250 (1,32)	611 (1,60)
Total	973 (100,00)	1.919 (100,00)	7.305 (100,00)	3.836 (100,00)	5.375 (100,00)	18.873 (100,00)	38.281 (100,00)



5.3.1. Población con hipertensión arterial

La TME de ERC en las personas con HTA del régimen subsidiado fue superior a la del contributivo, aunque fue en este último donde se informaron la mayor cantidad de fallecidos (**tabla 35**). De acuerdo con las regiones, en la Pacífica y la Central se calculó la TME más alta y baja, respectivamente (**tabla 36**).

Tabla 35. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	22.478	4.084.666	0,55	0,17	0,16	0,18
Subsidiado	14.261	2.055.515	0,69	0,33	0,30	0,36

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

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

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

Tabla 36. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	495	81.245	0,61	0,20	0,17	0,28
Bogotá, D. C.	6.250	1.064.120	0,59	0,20	0,18	0,23
Caribe	7.025	1.297.496	0,54	0,23	0,21	0,25
Central	9.834	1.797.925	0,55	0,18	0,16	0,19
Oriental	5.582	977.267	0,57	0,22	0,20	0,26
Pacífica	7.775	1.008.026	0,77	0,25	0,23	0,27

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

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

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

5.3.2. Población con diabetes mellitus

En las personas con DM, la TME de ERC más alta se estimó en el régimen subsidiado, aunque fue el contributivo el que se informaron la mayor cantidad de los casos fallecidos (**tabla 37**). En la región Pacífica se calculó la TME más alta y en la Central, la menor (**tabla 38**).

Tabla 37. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	10.837	1.455.261	0,74	0,22	0,20	0,23
Subsidiado	7.083	826.203	0,86	0,37	0,33	0,41

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

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

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

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica por grupos de riesgo

www.cuentadealtoposto.org

Tabla 38. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con DM según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	273	35.742	0,76	0,30	0,22	0,56
Bogotá, D. C.	3.027	392.480	0,77	0,25	0,21	0,29
Caribe	3.257	470.754	0,69	0,28	0,25	0,33
Central	4.652	629.615	0,74	0,22	0,19	0,26
Oriental	2.965	403.070	0,74	0,26	0,22	0,31
Pacífica	3.870	388.947	0,99	0,31	0,27	0,36

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

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

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

5.3.3. Población con hipertensión arterial o diabetes mellitus

En la población con HTA o DM, la mayor TME de ERC se calculó en el régimen subsidiado (**tabla 39**). En la región Central se informó el mayor número de fallecidos, pero se estimó la menor TME, mientras que en la Pacífica se calculó la más alta (**tabla 40**).

Tabla 39. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo	23.013	4.309.527	0,53	0,17	0,16	0,18
Subsidiado	14.406	2.124.097	0,68	0,31	0,29	0,34

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

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

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

Tabla 40. Mortalidad por todas las causas de la ERC por cada 100 casos con HTA o DM según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos de ERC ¹	Casos prevalentes de HTA o DM ¹	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ²	IC 95% ³	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	514	86.279	0,60	0,21	0,18	0,28
Bogotá, D. C.	6.387	1.138.271	0,56	0,19	0,17	0,22
Caribe	7.127	1.359.966	0,52	0,22	0,20	0,24
Central	9.969	1.852.015	0,54	0,18	0,16	0,19
Oriental	5.749	1.036.659	0,55	0,22	0,19	0,24
Pacífica	7.898	1.050.421	0,75	0,24	0,22	0,26

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

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

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

6.

Población con
enfermedad renal
crónica **estadio 5**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

6.

RESUMEN infográfico

Población con enfermedad renal crónica estadio 5

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



Se informaron a la CAC **4.067** casos nuevos de ERC 5, que correspondieron a una incidencia cruda de 7,75 casos por 100.000 habitantes.

El **53,48%** de los casos incidentes de ERC 5 correspondieron a los hombres y el promedio de la edad fue de 64,31 años (DE \pm 18,41).



La región Caribe, seguida de Bogotá, D. C., y la Central registraron las IE más altas del país.



La IE fue mayor en el régimen contributivo con 6,70 casos por 100.000 afiliados.



Se analizaron 43.924 casos con ERC 5, que representaron 8,65% más que en el periodo 2023 y la prevalencia cruda se estimó en 83,74 casos por 100.000 habitantes.



La edad promedio de las personas con ERC 5 fue de 61,37 años (DE \pm 17,09) y el 56,40% eran hombres.



La PE de ERC 5 incrementó 4,21% en el régimen subsidiado y 5,12%, en el contributivo. Según la región, la Caribe tuvo la estimación más alta.



La mortalidad cruda por todas las causas en las personas con ERC 5 fue 10,25 defunciones por 100.000 habitantes.



El promedio de la edad de los casos con ERC 5 que fallecieron fue 68,78 años (DE \pm 15,56) y el 53,56% eran hombres.



En el 6,70% de las personas con ERC 5 que fallecieron la causa reportada fue la ERC y en el 22,16% se atribuyó a la enfermedad cardiovascular. El 45,67% de las defunciones no tenía el dato y para el 15,31% se informaron otras causas.

Las mayores TME se estimaron en la región Caribe, con

10,50 fallecidos por 100.000 habitantes y en el régimen subsidiado, con 9,61 casos por 100.000 afiliados.

ERC 5: enfermedad renal crónica en estadio 5.
IE: incidencia estandarizada.
DE: desviación estándar.
TME: tasa de mortalidad estandarizada.
PE: prevalencia estandarizada.

[Descargar infografía](#)



6. Población con enfermedad renal crónica estadio 5

6.1. Incidencia de la población con enfermedad renal crónica estadio 5

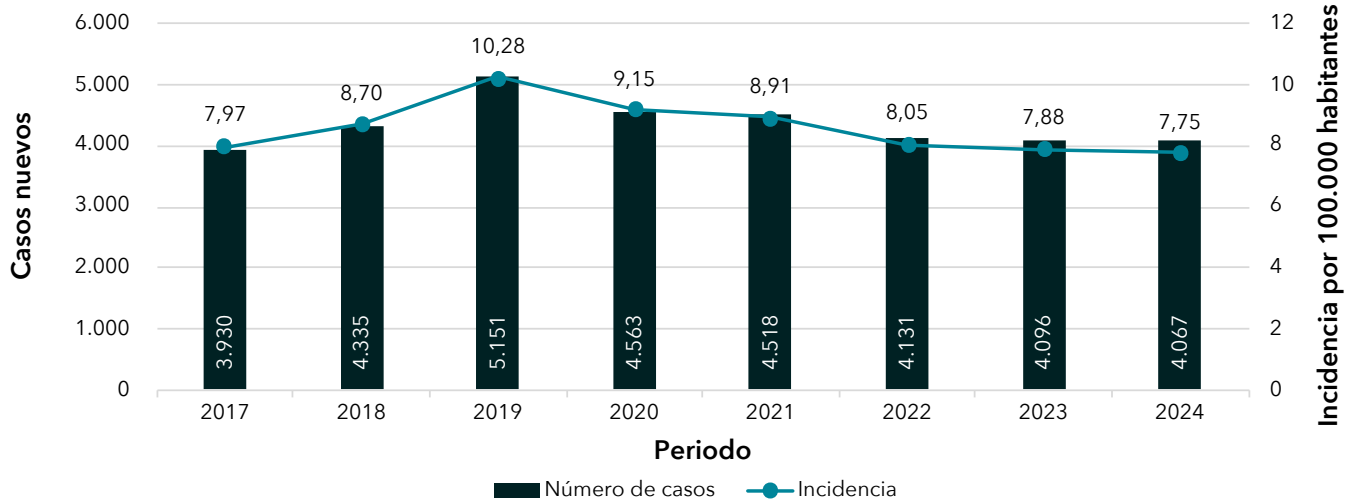
En el periodo de estudio, se informaron a la CAC 4.067 personas con nuevo diagnóstico de enfermedad renal crónica en estadio 5 (ERC 5), es decir, un 0,71% (n= 29) menos que en el 2023. La incidencia cruda fue de 7,75 casos por cada 100.000 habitantes (**figura 42**) y mantiene una tendencia descendente desde el 2020.

En el total de los casos nuevos de ERC 5 el promedio de la edad fue de 64,31 años (DE ± 18,41), el 65,13% tenían 60 años o más (n= 2.649) y el 53,48% (n= 2.175) eran hombres. Por otro lado, el 12,05% correspondió a las mujeres de 80 años o más (n= 490) y el 9,37% (n= 381) a los hombres en el mismo rango de edad (**figura 43**).



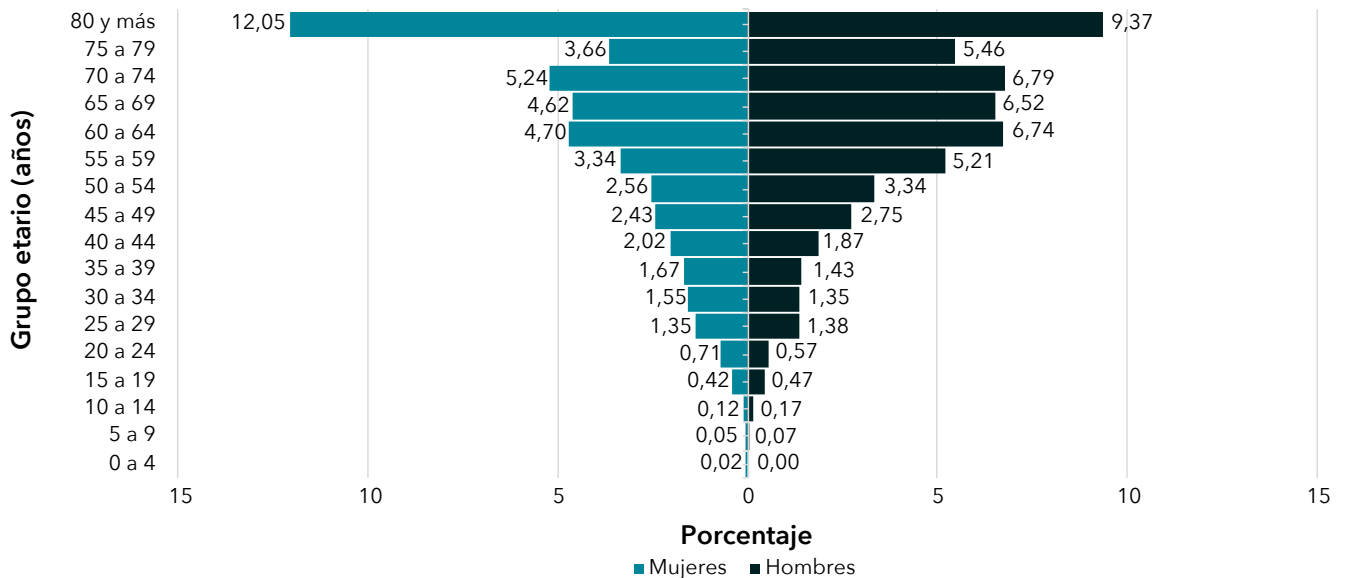
En **HIGIA** está disponible la información demográfica detallada de incidencia y las pirámides poblacionales hasta la desagregación departamental y municipal.

Figura 42. Tasa de incidencia cruda de la ERC 5, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Figura 43. Pirámide poblacional de los casos incidentes de ERC 5, Colombia 2024



Cada valor corresponde al porcentaje sobre el total de los casos incidentes de ERC 5.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica estadio 5

www.cuirtadefaltoposteo.org

En la **tabla 41** se observa que el 27,32% (n= 1.111) de los casos nuevos de ERC 5 se informaron en la región Central y las IE más altas por 100.000 habitantes correspondieron a la región Caribe, seguida de Bogotá, D. C., y la Central. En cuanto a los departamentos, Sucre (n= 116, IE= 9,91; IC 95%: 8,17 - 11,92) y Atlántico (n= 284, IE= 9,35; IC 95%: 8,29 - 10,50) presentaron las estimaciones más altas.



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

Tabla 41. Tasa de incidencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	53	1.586.332	3,34	3,95	2,95	5,16
Bogotá, D. C.	675	7.918.410	8,52	7,07	6,55	7,63
Caribe	908	11.977.734	7,58	7,30	6,83	7,79
Central	1.111	12.446.528	8,93	7,07	6,66	7,51
Oriental	602	10.012.714	6,01	5,12	4,72	5,55
Pacífica	718	8.514.012	8,43	6,86	6,36	7,39
Nacional	4.067	52.455.728	7,75	6,61	6,41	6,82

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

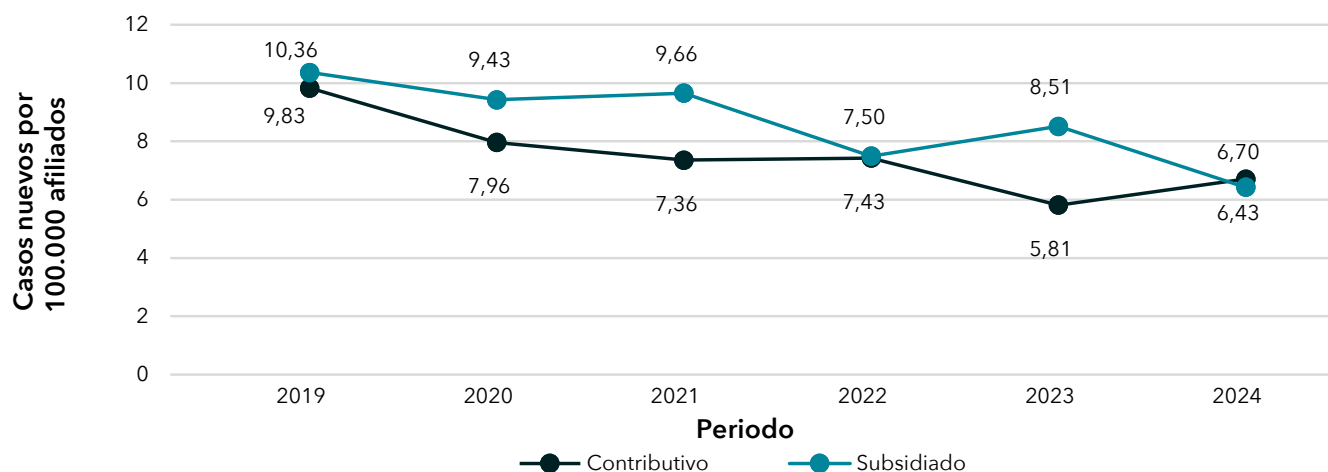
² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

En la **figura 44** se muestra que la IE de la ERC 5 por 100.000 afiliados, a diferencia de los periodos anteriores, fue mayor en el régimen contributivo (n= 2.428, IE= 6,70; IC 95%: 6,44 - 6,98) comparado con el subsidiado (n= 1.610, IE= 6,43; IC 95%: 6,11 - 6,75). La EAS027 tuvo la IE más alta del régimen contributivo (n= 12, IE= 21,53; IC 95%: 3,41 - 166,45) y la ESS207, la del subsidiado (n= 393, IE= 12,21; IC 95%: 11,01 - 13,52).



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

Figura 44. Tasa de incidencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

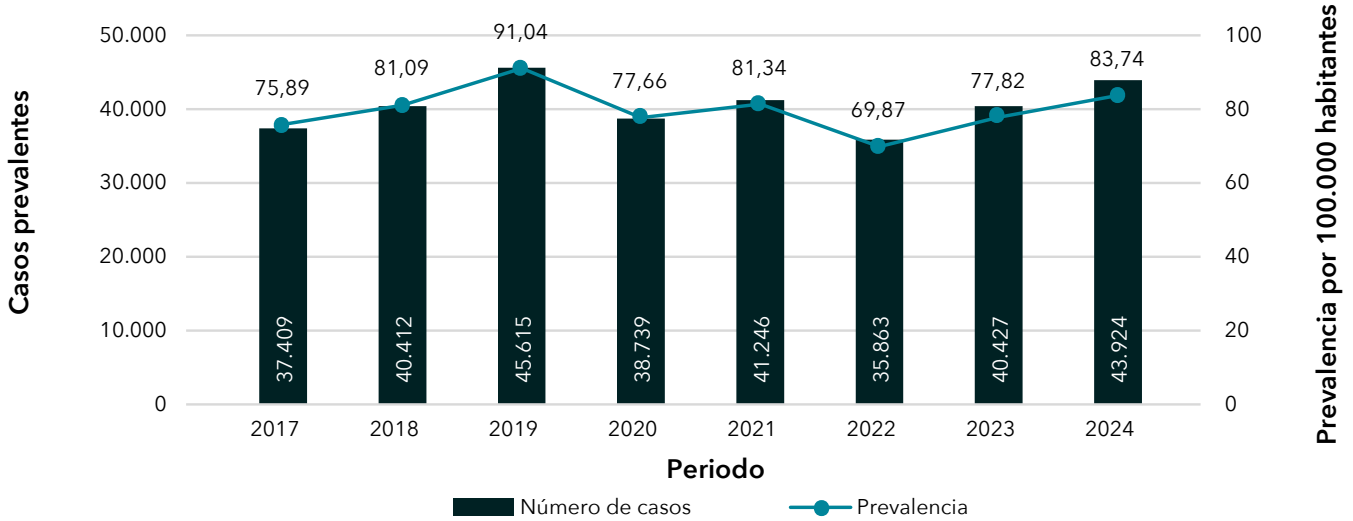
[Descargar figura](#)



6.2. Prevalencia de la enfermedad renal crónica estadio 5

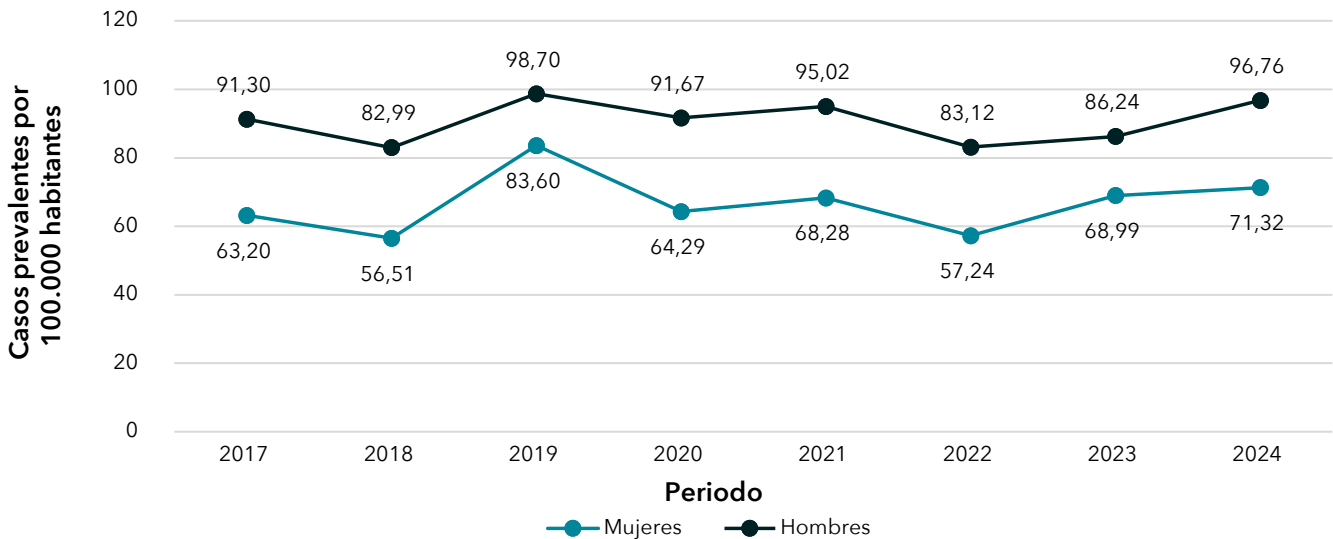
Como se observa en la **figura 45**, se reportaron 43.924 casos con ERC 5, lo que significó un incremento del 8,65% en el número de las personas con la enfermedad, con respecto al 2023, y correspondió a una prevalencia de 83,74 casos por 100.000 habitantes. La edad promedio fue de 61,37 años (DE \pm 17,09), y el 56,40% (n= 24.772) eran hombres. Comparado con el 2023, se observó un incremento del 3,38% en la prevalencia cruda de ERC 5 en las mujeres y del 12,20% en los hombres (**figura 46**).

Figura 45. Prevalencia cruda de la ERC 5, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Figura 46. Prevalencia cruda de la ERC 5 según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Como se muestra en la **tabla 42**, el 25,17% (n= 11.055) de los casos de ERC 5 se reportaron en la región Central y en la Caribe se estimó la PE más alta. Los departamentos de Sucre con 105,06 casos por 100.000 habitantes (n= 1.180, IC 95%: 99,10 - 111,29) y Atlántico con 96,49 (n= 2.935, IC 95%: 93,02 - 100,05) tuvieron los mayores cálculos de PE.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con enfermedad renal crónica estadio 5

www.cuarentaefaltoposto.org



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

Tabla 42. Prevalencia de la ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	682	1.586.332	42,99	49,90	46,20	53,80
Bogotá, D. C.	7.057	7.918.410	89,12	74,17	72,44	75,93
Caribe	10.454	11.977.734	87,28	85,06	83,43	86,71
Central	11.055	12.446.528	88,82	72,08	70,72	73,45
Oriental	7.202	10.012.714	71,93	61,58	60,16	63,03
Pacífica	7.474	8.514.012	87,78	73,08	71,41	74,78
Nacional	43.924	52.455.728	83,74	72,49	71,81	73,17

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

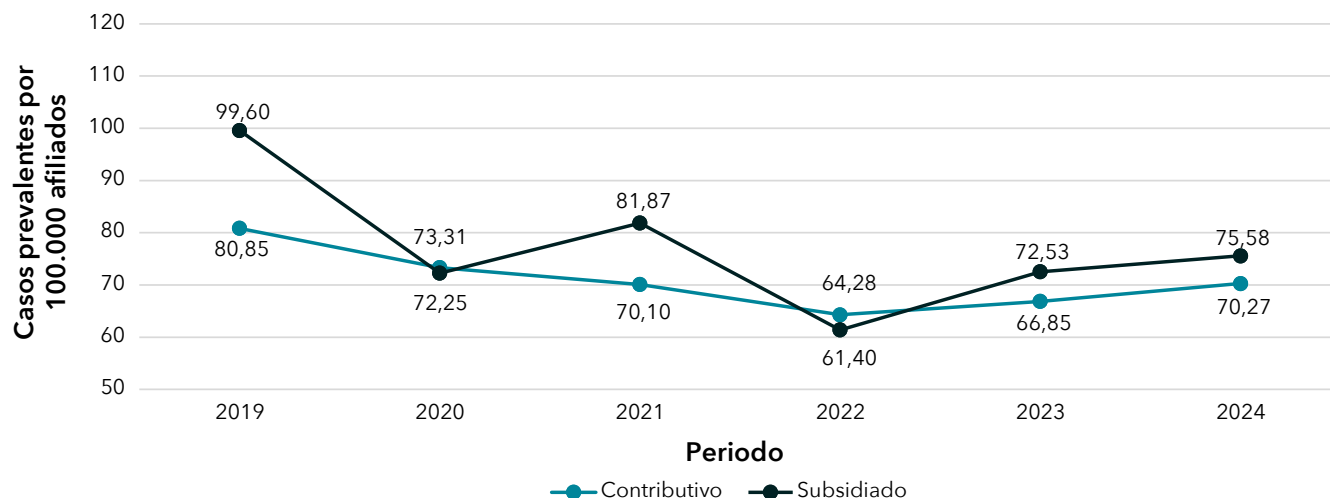
² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

En el aseguramiento, la tendencia de la PE de ERC 5 incrementó por segundo periodo consecutivo. Para el 2024, el régimen subsidiado aumentó 4,21% y el contributivo lo hizo en 5,12% (**figura 47**). Según la EAPB, la EAS027 (n= 164, PE= 304,28; IC 95%: 141,52 - 574,65) y la EPS048 (n= 163, PE= 100,98; IC 95%: 94,51 - 129,67) del contributivo y la ESS207 (n= 3.141, PE= 104,48; IC 95%: 100,77 - 108,29) del subsidiado tuvieron las mayores estimaciones de PE.



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

Figura 47. Prevalencia estandarizada de la ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

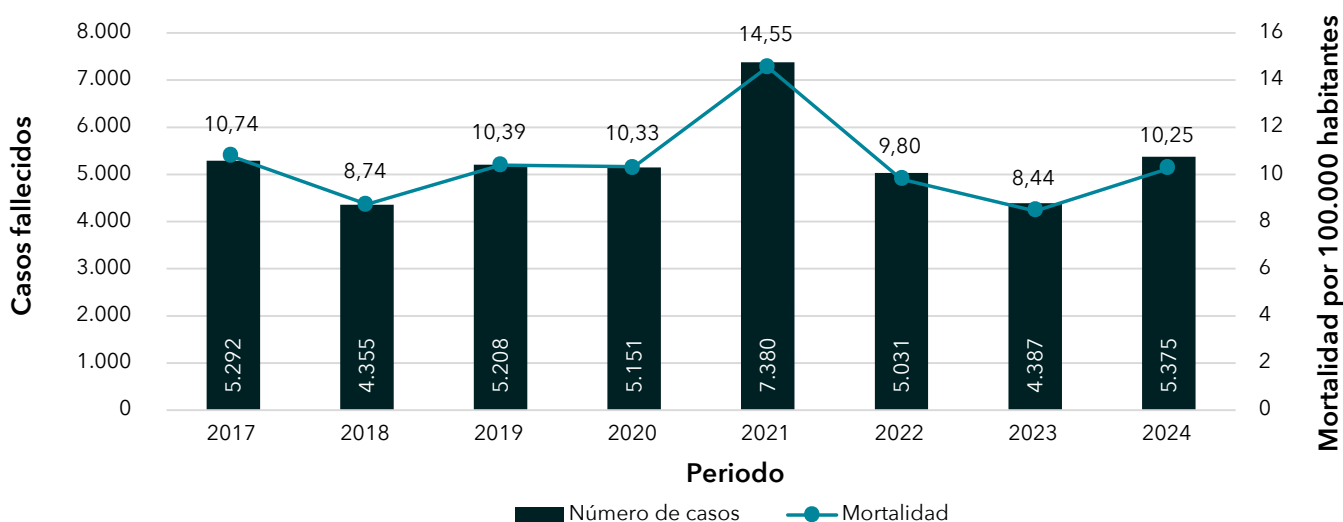
[Descargar figura](#)



6.3. Mortalidad por todas las causas en la población con enfermedad renal crónica estadio 5

En el periodo 2024 se informaron 5.375 muertes por todas las causas entre las personas con ERC 5, lo que significa un 22,52% más defunciones con respecto al 2023. El promedio de la edad fue de 68,78 años (DE ± 15,56) y el 53,56% eran hombres (n= 2.879). En la **figura 48** se observa que la mortalidad cruda incrementó en 1,81 casos por cada 100.000 habitantes, después de haber mantenido una tendencia descendente durante los 2 periodos anteriores.

Figura 48. Tasa de mortalidad cruda por todas las causas en la población con ERC 5, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

En la región Central se reportó el 25,41% (n= 1.366) de las defunciones por todas las causas en las personas con ERC 5 y en la Caribe se estimó la mayor TME (**tabla 43**). Sucre (n= 153, TME= 12,95; IC 95%: 10,96 - 15,20) y Atlántico (n= 369, TME= 12,05; IC 95%: 10,85 - 13,35) fueron los departamentos con las tasas de mortalidad más altas del país.

Tabla 43. Mortalidad por todas las causas en la población con ERC 5 por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Tasa de mortalidad cruda	Tasa de mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	93	1.586.332	5,86	7,11	5,73	8,70
Bogotá, D. C.	817	7.918.410	10,32	8,47	7,90	9,07
Caribe	1.310	11.977.734	10,94	10,50	9,94	11,08
Central	1.366	12.446.528	10,97	8,40	7,96	8,86
Oriental	814	10.012.714	8,13	6,67	6,21	7,14
Pacífica	975	8.514.012	11,45	8,94	8,38	9,53
Nacional	5.375	52.455.728	10,25	8,54	8,31	8,77

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

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

La TME en el régimen contributivo aumentó 19,38% y permaneció por debajo del subsidiado, el cual tuvo una disminución del 20,58% (**figura 49**). La EPS048 (n= 24, TME= 15,28; IC 95%: 9,75 - 23,09) y la ESS207 (n= 465, TME= 14,39; IC 95%: 13,09 - 15,80) fueron las EAPB con la mayor TME en la población con ERC 5.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

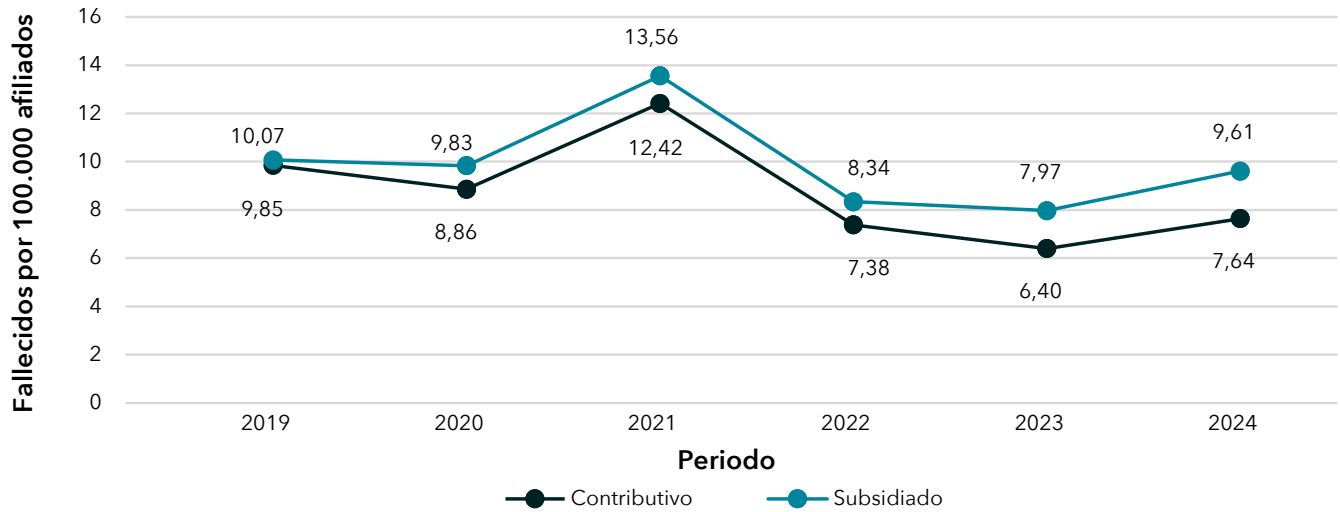
Población con enfermedad renal crónica estadio 5

www.cuentadealtocosto.org



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

Figura 49. Mortalidad estandarizada por todas las causas en las personas con ERC 5 según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

En el 6,70% (n= 360) de los casos con ERC 5 que fallecieron, la causa reportada fue la ERC, mientras que el 22,16% (n= 1.191) se atribuyó a la enfermedad cardiovascular, el 8,22% (n= 442) a las infecciones y el 1,93% (n= 104) al cáncer. El 45,67% (n= 2.455) de las defunciones no tenía información y para el 15,31% (n= 823) se informaron otras causas.

En conclusión, la prevalencia de ERC 5 y la mortalidad por todas las causas en esta población incrementaron, mientras que la incidencia mostró una discreta disminución en comparación con el 2023.

7.

Indicadores de **nefroprotección**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

7.

RESUMEN infográfico

Indicadores de nefroprotección

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



El **73,30%** de la población general afiliada al régimen contributivo mantuvo las cifras de PA por debajo de 140/90 mmHg, mientras que en el subsidiado el cumplimiento fue del 50,87%.

En el **33,69%** de la población general se midió la relación de albuminuria/creatinuria en el último año.



En el país, el 67,96% de la población mantuvo la función renal conservada, según la fórmula CKD-EPI.



El control de la PA, el control glicémico (HbA1c < 7%) y el mantenimiento de la función renal presentaron un cumplimiento alto en las poblaciones con HTA y/o DM.

El control de la PA y la HbA1c, la medición y meta de LDL y la preservación de la función renal se alcanzaron en todas las **poblaciones con ERC** en los diferentes estadios.

PA: presión arterial.
CKD-EPI: *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*.
HbA1c: hemoglobina glicosilada.
DM: diabetes mellitus.
HTA: hipertensión arterial.
LDL: por sus siglas en inglés, lipoproteína de baja densidad.
ERC: enfermedad renal crónica.

[Descargar infografía](#)

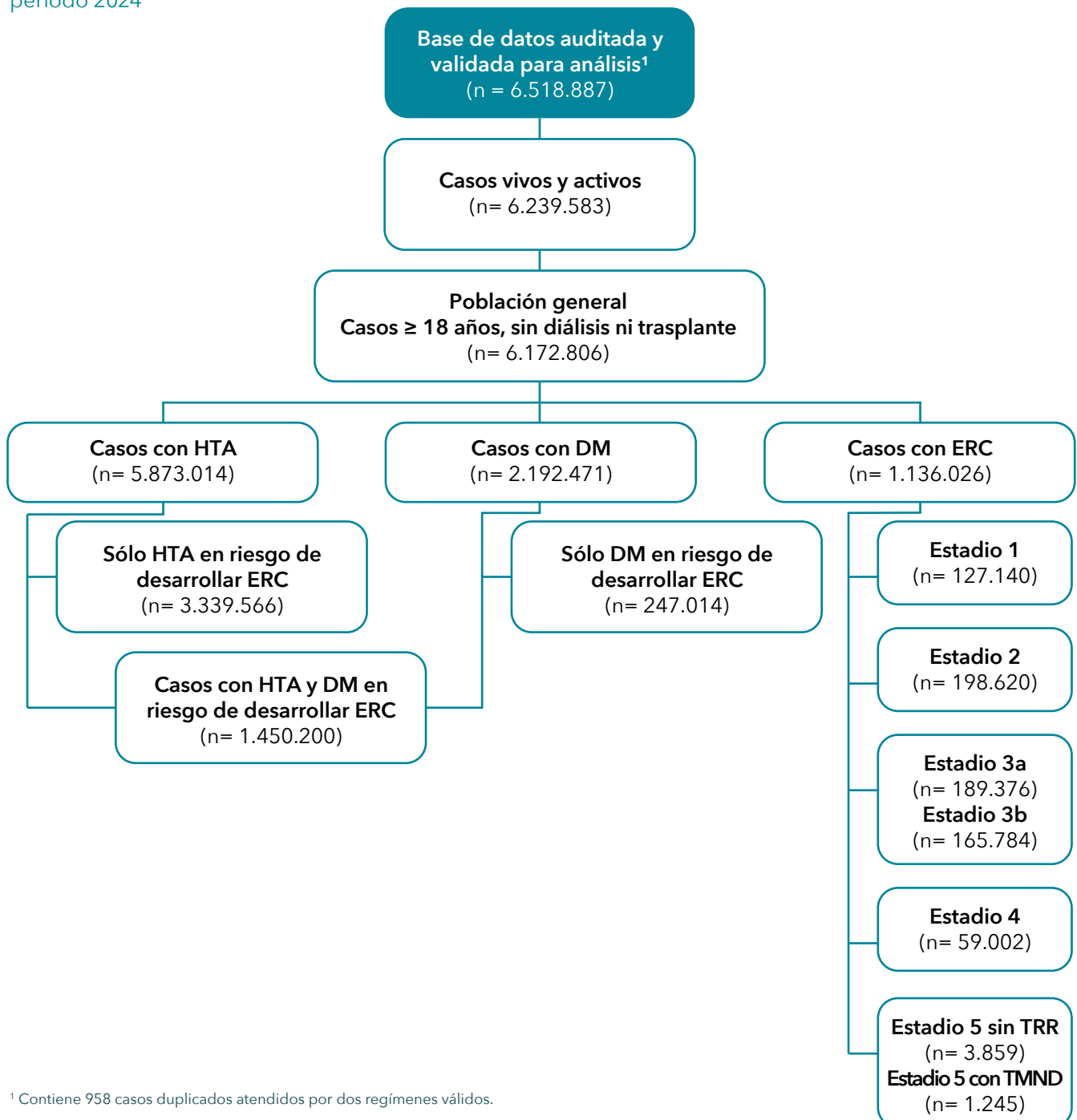


7. Indicadores de nefroprotección

7.1. Características de la población viva y activa

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

Figura 50. Flujograma descriptivo de los casos incluidos para el cálculo de los indicadores de nefroprotección, periodo 2024



¹ Contiene 958 casos duplicados atendidos por dos regímenes válidos.

[Descargar figura](#)

7.2. Indicadores de la gestión del riesgo para la población total reportada

Los indicadores de la gestión del riesgo son una herramienta objetiva para medir los aspectos relacionados con la atención y los resultados en salud de las personas con HTA, DM y ERC sin TRR en el país. La evaluación continua de sus resultados ha permitido identificar aquellos grupos con las mayores necesidades en salud, diseñar y ejecutar intervenciones para mejorar la calidad de la atención y establecer políticas y prioridades en salud. En la **tabla 44** se describen los tipos, nombres y rangos de cumplimiento con su correspondiente semaforización para cada uno de los indicadores.

Se aclara que, ya se está disponible el documento "[Actualización del consenso basado en la evidencia. Indicadores mínimos para evaluar la gestión en la atención de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica estadios 1 - 4 y 5 sin diálisis ni trasplante](#)" (26), pero la medición de los indicadores iniciará con la información acopiada en el corte de 2025. Por tanto, en la presente edición se plasman los indicadores acordes con lo establecido en el consenso de 2016 (21), aunque ya no se encontrarán los resultados de la medición de albuminuria en el último año y sin pérdida de la función renal medida con Cockcroft, que en la actualización del consenso se decidieron eliminar.

Tabla 44. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en nefroprotección en la población general, Colombia 2024

Tipo	Indicador	Semaforización de cumplimiento		
		Alto	Medio	Bajo
Resultado	Control de la presión arterial (PA) (< 140/90).	> 60%	40 a 60%	< 40%
Proceso	Medición de LDL en el último año.	> 60%	40 a 60%	< 40%
Resultado	Meta de LDL (< 100 mg/dL).	> 50%	30 a 50%	< 30%
Proceso	Medición de creatinina en el último año.	> 70%	50 a 70%	< 50%
Proceso	Medición de albuminuria/creatinuria en el último año ¹ .	> 60%	40 a 60%	< 40%
Resultado	Control del IMC (20 - 25 kg/m ²).	> 30%	20 a 30%	< 20%
Resultado	Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año).	> 50%	40 a 50%	< 40%

Población general: mayores o iguales a 18 años, vivos y activos a la fecha de corte, con diagnóstico de HTA o DM o ERC sin diálisis ni trasplante.

¹ En ediciones previas, la información de este indicador se incluía dentro del texto. Para el periodo 2024 se reconstruyó la tendencia y se presentan los datos para todas las poblaciones.

LDL: lipoproteína de baja densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TFG:** tasa de filtración glomerular; **CKD-EPI:** *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*.



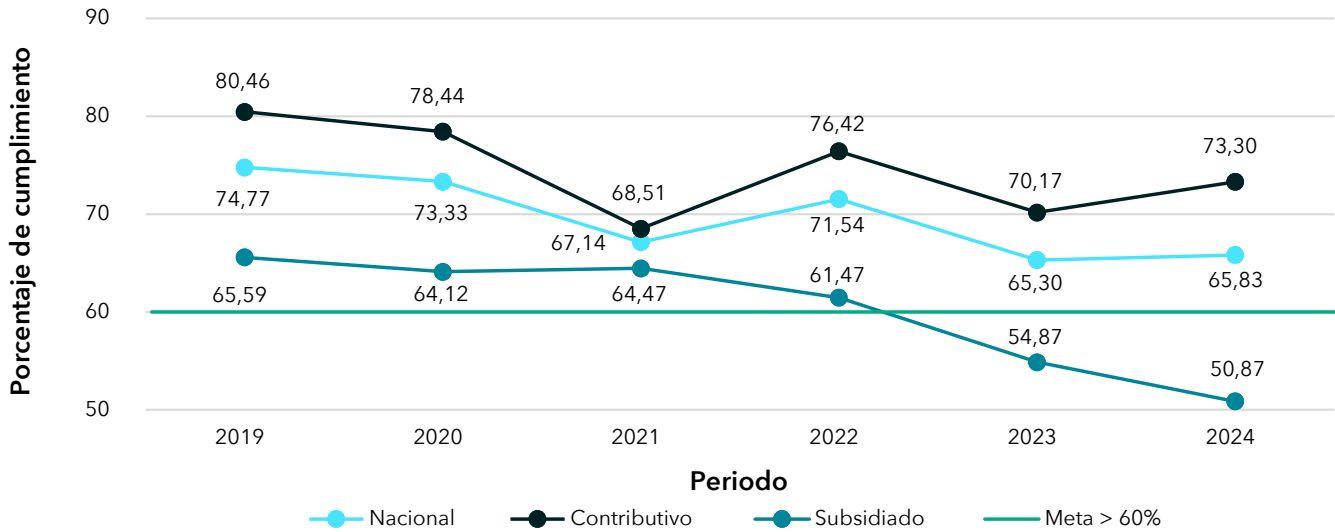
Para consultar la información más detallada y desagregada en el ámbito demográfico y del aseguramiento, le invitamos a consultar la plataforma **HIGIA**.

De acuerdo con el objetivo general del tratamiento antihipertensivo, el consenso intersocietario colombiano PresiónCo recomienda alcanzar cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg en las personas sin comorbilidades. En aquellas con enfermedad cardiovascular diagnosticada, se sugiere intensificar el tratamiento para lograr niveles por debajo de 130/80 mmHg. Esta misma meta se extiende a casos con alto riesgo cardiovascular que presentan de forma concomitante enfermedades como aterosclerosis, ERC, DM o dislipidemia (31).

En la población general, el indicador de control de la PA (< 140/90 mmHg) logró la meta establecida por el consenso y se mantuvo estable; además, el régimen contributivo tuvo un incremento del 4,46%, en contraste con el subsidiado, que continuó la tendencia descendente de los periodos previos y se redujo en 7,29% (**figura 51**). De acuerdo con las regiones, Bogotá, D. C., y la Central tuvieron resultados superiores al valor de referencia del país, con 71,29% y 69,69%, respectivamente.



Figura 51. Tendencia del control de la PA (< 140/90 mmHg) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024

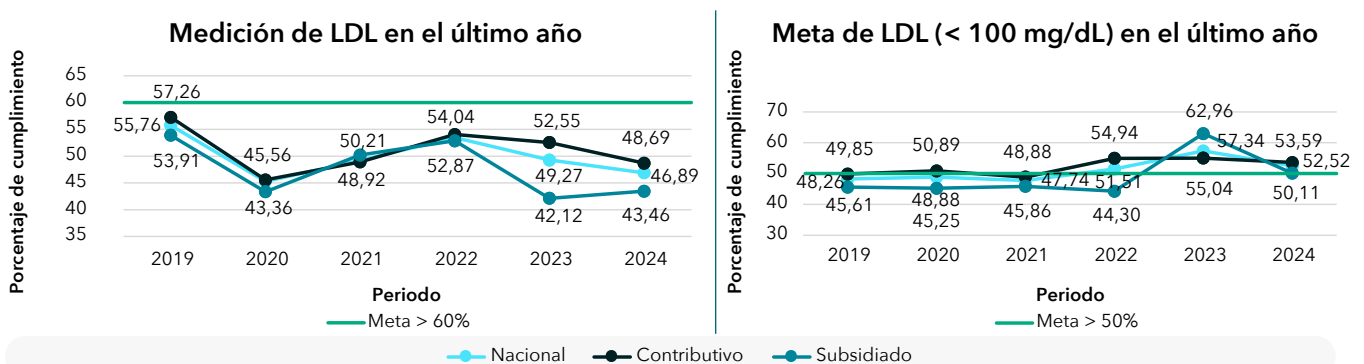


[Descargar figura](#)

La enfermedad cardiovascular (ECV) representa la principal causa de morbilidad y mortalidad en la población con ERC, y su riesgo se incrementa a medida que la TFGe disminuye progresivamente (32). El colesterol LDL es un factor clave y modificable en el desarrollo de la ECV, y su reducción contribuye significativamente a disminuir el riesgo de estos eventos en esta población (33). Por ello, resulta fundamental realizar un adecuado tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia en las personas con ERC, dada la alta carga de riesgo atribuible tanto a la ECV aterosclerótica como a la no aterosclerótica (32).

En la **figura 52** se observa una disminución, por segundo periodo consecutivo, en la medición de LDL en el último año, con un descenso en el régimen contributivo del 7,35% y una leve recuperación del subsidiado (incremento de 3,18%). Este indicador se mantiene en cumplimiento medio a nivel nacional y en ambos regímenes desde el 2019; y entre las regiones, la Pacífica (50,19%) y la Central (49,25%) tuvieron los resultados más altos. En relación con el control del LDL, el desempeño entre los casos que tuvieron esta medición fue alto, tanto en el país como en los regímenes, aunque el subsidiado evidenció una caída del 20,41% y se ubicó nuevamente por debajo del contributivo. La región Central (56,86%) y la Caribe (53,18%) tuvieron los mayores cumplimientos del país.

Figura 52. Tendencia de la medición y el control del LDL a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024



LDL: lipoproteína de baja densidad.

[Descargar figura](#)

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Indicadores de nefroprotección

www.gubernacion.gov.co

La relación albúmina-creatinina (RAC) en orina y la TFG son pruebas que deben medirse de forma rutinaria, como parte del perfil metabólico básico en las personas con ERC. Esto permite una mejor estimación del pronóstico en relación con desenlaces como la insuficiencia renal, las enfermedades cardiovasculares y el riesgo de mortalidad. Además de su valor pronóstico, estas pruebas son fundamentales para guiar decisiones clínicas, incluyendo el diagnóstico, la estadificación de la ERC y el inicio del tratamiento adecuado (2).

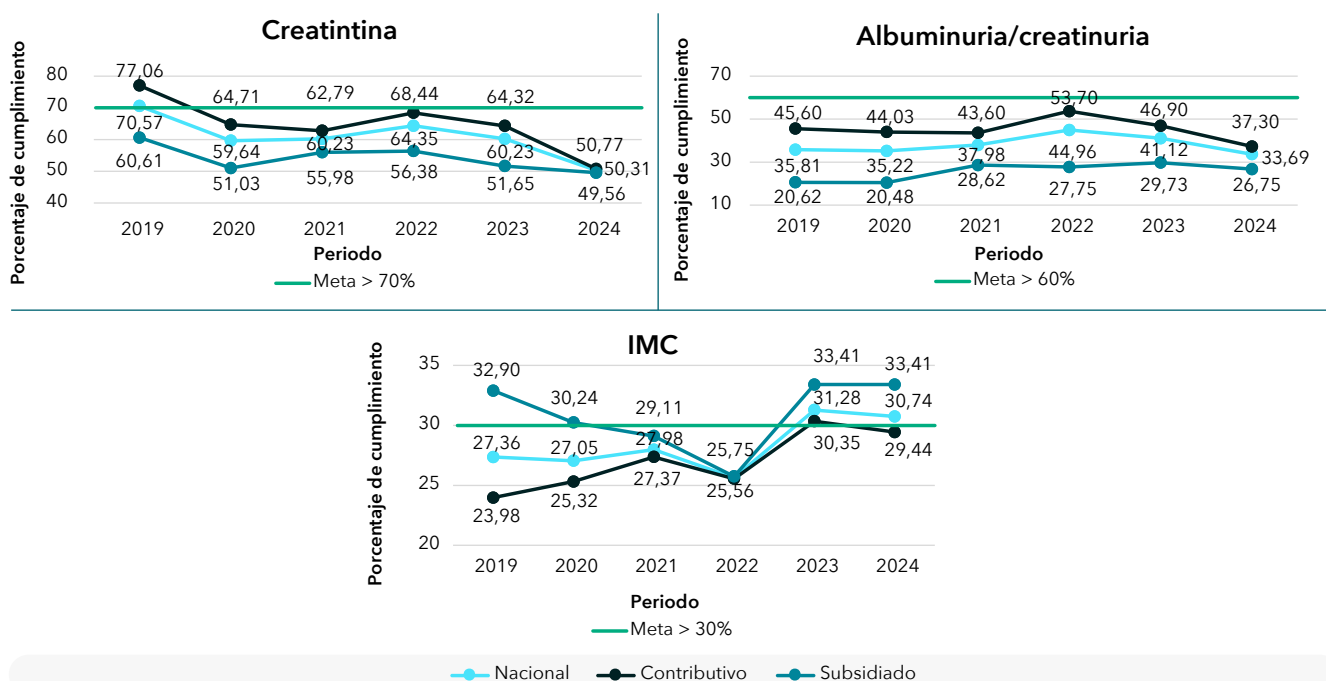
Como se observa en la **figura 53**, la medición de la creatinina en la población general disminuyó 16,47%, con respecto al 2023 en el ámbito nacional; el régimen subsidiado cayó a cumplimiento bajo (< 50%) y el contributivo se redujo en 21,07%. En cuanto a las regiones geográficas, la evaluación de la creatinina estuvo entre el 45% y 57%, siendo la Central (56,58%) y la Amazonía-Orinoquía (51,41%) las que presentaron el mayor porcentaje de cumplimiento.

En cuanto a la medición de la RAC, se observó una disminución, por segundo periodo consecutivo, de 18,07% y se ubicó en cumplimiento bajo (< 40%). El resultado del régimen contributivo se redujo en 20,47% y el del subsidiado en 10,02% (**figura 53**). En las regiones, la Caribe logró mantenerse dentro del cumplimiento medio con un 40,32%, mientras que las demás alcanzaron menos del 35%. Entre quienes tenían la medición de esta relación, el 84,41% se clasificó como categoría A1, el 13,84% como A2 y el 1,75% como A3.

Por otro lado, el IMC se relaciona con los niveles de adiposidad en el ámbito poblacional. Un IMC superior a 25 kg/m² en adultos (es decir, en rango de sobrepeso u obesidad) se asocia con un mayor riesgo de desarrollar múltiples enfermedades crónicas, incluida la ERC. Por lo que, en esta población se recomienda fomentar la realización de actividad física que sea compatible con la salud cardiovascular, el nivel de tolerancia individual y el grado de fragilidad, así como promover el logro de un IMC óptimo (2).

A pesar de una disminución de 1,73%, el indicador nacional de control del IMC se mantuvo en el cumplimiento alto por segundo periodo consecutivo; el régimen subsidiado se mantuvo estable, y el contributivo se redujo en 3,00%, por lo cual cayó a desempeño medio (**figura 53**). A excepción de Bogotá, D. C., (28,84%), las demás regiones lograron un alto cumplimiento.

Figura 53. Tendencia de los indicadores de medición de la creatinina, la albuminuria/creatinuria y el control del IMC a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024



[Descargar figura](#)

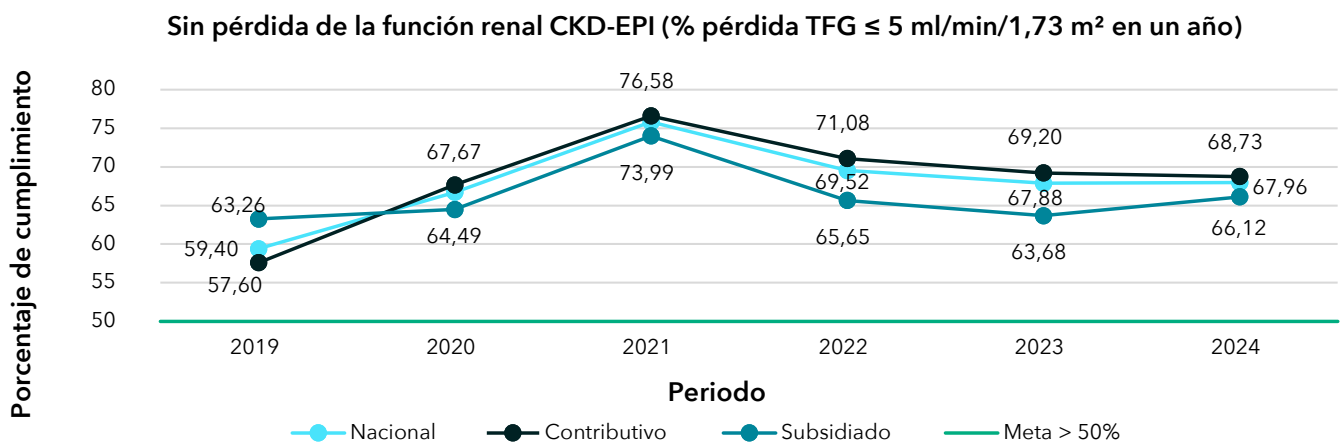


Evitar el desarrollo de la ERC o desacelerar su progresión puede prevenir el desarrollo de la falla renal y de las complicaciones cardiovasculares. Con el objetivo de evaluar la progresión de la ERC, se han desarrollado diversas ecuaciones de estimación de la TFG, las cuales, según la Guía de Práctica Clínica KDIGO 2024, han sido validadas y presentan altos niveles de precisión. De acuerdo con lo anterior, en adultos en riesgo de desarrollar ERC, se recomienda utilizar la TFGe basada en creatinina (TFG_{Ge}) y/o cistatina C, según la disponibilidad de la última (2).

La ecuación CKD-EPI 2009 (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*), basada en la creatinina sérica y con la cual se calcula actualmente el indicador sin pérdida de la función renal, incluye los parámetros: creatinina, edad, sexo y raza. En contraste, la ecuación CKD-EPI 2021 fue ajustada para excluir el componente racial, utilizando únicamente la creatinina, la edad y el sexo. Esta última ecuación ofrece una mejor precisión en ambos grupos raciales, reduce las diferencias entre ellos en todas las métricas de evaluación y, de acuerdo con las recomendaciones de la evidencia, comenzará a ser usada a partir del próximo periodo para calcular los indicadores de gestión del riesgo relacionados (2).

Como se observa en la **figura 54**, el indicador de las personas sin pérdida de la función renal se mantuvo estable y en el cumplimiento alto, después de dos periodos en descenso; además, el régimen subsidiado mostró un incremento del 3,83%, mientras que, el del contributivo se redujo en 0,68%. Al calcular la TFG con la fórmula CKD-EPI 2021, el indicador nacional fue 74,36% y de acuerdo con el aseguramiento, el 75,85% y el 70,87% de los casos del contributivo y el subsidiado, respectivamente, lograron mantener la función renal.

Figura 54. Tendencia de la proporción de las personas sin pérdida de la función renal (% pérdida TFG < 5 ml/min/1,73 m² en un año) a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024



CKD-EPI: *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*; TFG: tasa de filtración glomerular.

[Descargar figura](#)

7.3. Indicadores de nefroprotección en las subpoblaciones de riesgo

A continuación, en la **tabla 45** se describen los principales resultados en cada una de las subpoblaciones de riesgo definidas en el consenso.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Indicadores de nefroprotección

www.cuentadealtoposto.org

Tabla 45. Indicadores de nefroprotección en la población con HTA o DM, Colombia 2024

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥ 18 años, vivos y activos, sin diálisis ni trasplante				
		Resultados (%)				
		Con HTA	Con DM	Con solo HTA en riesgo de ERC	Con solo DM en riesgo de ERC	Con HTA y DM en riesgo de ERC
Control de la presión arterial (< 140/90).	> 60					
	40 a 60	● 65,32	● 71,73	NA	● 76,85	● 69,75
	< 40					
Control de la presión arterial (< 140/90) en menores de 60 años.	> 60					
	40 a 60	NA	NA	● 58,64	NA	NA
	< 40					
Control de la presión arterial (< 150/90) en mayores o iguales a 60 años.	> 60					
	40 a 60	NA	NA	● 66,74	NA	NA
	< 40					
Medición de HbA1c en los últimos 6 meses en las personas con DM.	> 60					
	40 a 60	● 36,77	● 37,51	NA	● 41,84	● 34,32
	< 40					
Meta de HbA1c (< 7%) en las personas con DM.	> 50					
	30 a 50	● 62,62	● 61,62	NA	● 56,19	● 63,48
	< 30					
Medición de LDL en el último año.	> 60					
	40 a 60	● 46,99	● 53,79	● 41,22	● 45,27	● 52,53
	< 40					
Meta de LDL (< 100 mg/dL).	> 50					
	30 a 50	● 52,65	● 56,6	● 48,42	● 49,65	● 55,89
	< 30					
Medición de creatinina en el último año.	> 70					
	50 a 70	● 50,53	● 56,81	● 44,46	● 45,61	● 55,19
	< 50					
Medición de albuminuria/creatinuria en el último año.	> 60					
	40 a 60	● 33,67	● 38,43	● 30,69	● 35,22	● 38,57
	< 40					
Control del IMC (20 - 25 kg/m²).	> 30					
	20 a 30	● 30,78	● 27,42	● 31,81	● 27,81	● 26,16
	< 20					
Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m² en un año).	> 50					
	40 a 50	● 67,86	● 67,26	● 68,29	● 70,29	● 67,11
	< 40					

HbA1c: hemoglobina glicosilada; **DM:** diabetes mellitus; **NA:** no aplica; **LDL:** lipoproteína de baja densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TGF:** tasa de filtración glomerular; **CKD-EPI:** *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*.



Para consultar la información más detallada y desagregada en el ámbito demográfico y en el aseguramiento, le invitamos a consultar la plataforma **HIGIA**.



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

7.3.1.1. Población con hipertensión arterial

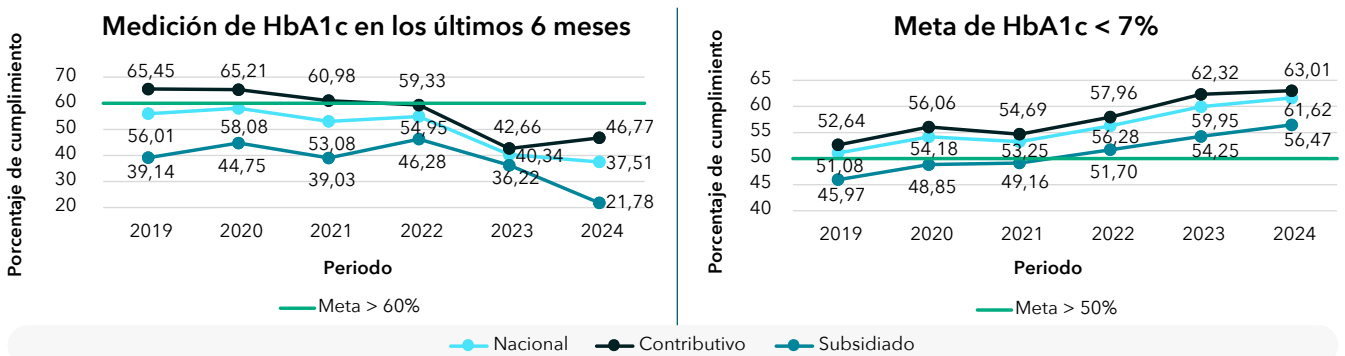
En esta subpoblación, el control de la presión arterial, el control glicémico en las personas con DM, la meta de LDL, el IMC y la no pérdida de la función renal mostraron un cumplimiento alto (**tabla 45**). Por otro lado, la medición de LDL y de creatinina en el último año obtuvieron desempeño medio, mientras que la medición de la albuminuria/creatinuria en el último año y de la HbA1c en los últimos seis meses en las personas con DM presentaron un desempeño bajo (33,67% y 36,77%, respectivamente).

7.3.1.2. Población con diabetes mellitus

En la población con DM, el control de la presión arterial, la meta de LDL y el mantenimiento de la función renal lograron cumplimiento alto; la medición de LDL y creatinina en el último año y el control del IMC obtuvieron desempeño medio, mientras que la medición de albuminuria/creatinuria en el último año fue bajo (38,43%) (**tabla 45**).

En la **figura 55** se observa que la medición de HbA1c en los últimos 6 meses disminuyó su porcentaje de cumplimiento en el ámbito nacional y en el régimen subsidiado, mientras que en el contributivo se incrementó en 9,63%, por lo que la brecha se triplicó; según la región, los resultados más altos estuvieron en Bogotá, D. C., (41,78%) y la Caribe (40,50%). En las personas con este paraclínico, el control glicémico obtuvo cumplimiento alto, e incrementó tanto en el país, como en el aseguramiento, en comparación con el periodo anterior. La región Central y Bogotá, D. C., obtuvieron los mayores porcentajes, con 65,57% y 64,22%, respectivamente.

Figura 55. Tendencia de la medición y el control de la HbA1c en las personas con DM a nivel nacional y en los regímenes de afiliación, Colombia 2019 - 2024



HbA1c: hemoglobina glicosilada

[Descargar figura](#)

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

El 38,57% de la población con HTA y DM contó con la medición de albuminuria/creatinuria en el último periodo y el 34,32% con la de HbA1c en los últimos 6 meses, lo que se tradujo en un bajo cumplimiento. La medición de LDL y creatinina en el último año y el control de IMC alcanzaron el desempeño medio, mientras que los restantes tuvieron un óptimo cumplimiento (**tabla 45**).

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

Entre las personas que solo tienen HTA y están en riesgo de desarrollar ERC, el 58,64% de los menores de 60 años y el 66,74% de quienes tienen 60 años o más lograron el control de la PA según lo establecido en el consenso. La medición y control del LDL obtuvieron cumplimiento medio, mientras que la medición de la creatinina y de la albuminuria/creatinuria se ubicaron en desempeño bajo y el control del IMC y el mantenimiento de la función renal, en alto (**tabla 45**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Indicadores de nefroprotección

www.cuifmabecafmopsto.org

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

El control de la presión arterial y de la HbA1c, y el mantenimiento de la función renal alcanzaron un cumplimiento alto. Por el contrario, solo el 35,22% de la población contó con la medición de la albuminuria/creatinuria en el último año y el 45,61% con la de creatinina, lo cual los ubicó en el nivel bajo. La medición de HbA1c, los indicadores de LDL y el control del IMC tuvieron un desempeño medio (**tabla 45**).

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

La **tabla 46** presenta los resultados nacionales de nefroprotección en la población con ERC sin TRR según el estadio.



En la plataforma **HIGIA** dispuesta en la página web de la CAC puede ampliar esta información, desagregada en los ámbitos demográfico y del aseguramiento.

Tabla 46. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2024

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥ 18 años, vivos y activos Resultados (%)					
		ERC 1 o 2 sin TRR	ERC 3a sin TRR	ERC 3b sin TRR	ERC 4 sin TRR	ERC 5 sin TRR	ERC 5 con TMND
Control de la presión arterial (< 140/90).	> 60						
	40 a 60	● 80,98	● 84,82	● 84,30	● 82,59	● 74,19	● 72,37
	< 40						
Medición de HbA1c en los últimos 6 meses en las personas con DM.	> 60						
	40 a 60	● 51,93	● 55,80	● 56,56	● 55,59	● 57,81	● 83,00
	< 40						
Meta de HbA1c (< 7%) en personas con DM.	> 50						
	30 a 50	● 55,68	NA	NA	NA	NA	NA
	< 30						
Meta de HbA1c (< 8%) en los últimos 6 meses en personas con DM.	> 50						
	30 a 50	NA	● 84,32	● 84,28	● 83,67	● 85,54	● 90,24
	< 30						
Medición de LDL en el último año.	> 60						
	40 a 60	● 77,03	● 81,96	● 82,81	● 85,39	● 82,92	● 94,54
	< 40						
Meta de LDL (< 100 mg/dL).	> 50						
	30 a 50	● 51,48	● 60,28	● 63,94	● 65,93	● 60,47	● 63,72
	< 30						
Medición de creatinina en el último año.	> 70						
	50 a 70	● 88,78	NA	NA	NA	NA	NA
	< 50						
Medición de creatinina en los últimos 3 meses.	> 70						
	50 a 70	NA	● 48,59	● 52,38	● 61,32	● 73,70	● 99,20
	< 50						
Medición de albuminuria/creatinuria en el último año.	> 60						
	40 a 60	● 46,29	● 54,41	● 57,62	● 61,18	● 55,04	NA
	< 40						



Tabla 46. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2024 (continuación)

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥ 18 años, vivos y activos Resultados (%)					
		ERC 1 o 2 sin TRR	ERC 3a sin TRR	ERC 3b sin TRR	ERC 4 sin TRR	ERC 5 sin TRR	ERC 5 con TMND
Control del IMC (20 - 25 kg/m ²).	> 30						
	20 a 30	● 21,43	● 40,45	● 47,28	● 48,08	● 43,22	● 50,04
	< 20						
Sin pérdida de la función renal CKD-EPI (% pérdida TFG ≤ 5 ml/min/1,73 m ² en un año).	> 50						
	30 a 50	● 74,07	● 68,51	● 61,97	● 58,75	NA	NA
	< 40						
Medición de hemoglobina en el último año.	Línea de base país	NA	38,04	46,16	49,14	NA	NA
Meta de hemoglobina (> 10g/dL) en el último año.	> 80						
	50 a 80	NA	● 97,67	● 96,93	● 92,78	NA	NA
	< 50						
Medición de hemoglobina en los últimos 6 meses.	> 90						
	60 a 90	NA	NA	NA	NA	● 52,40	● 96,79
	< 60						
Meta de hemoglobina (> 10 g/dL) en los últimos 6 meses	> 80						
	50 a 80	NA	NA	NA	NA	● 67,90	● 83,49
	< 50						
Medición de PTH en el último año.	Línea de base país	NA	25,88	38,00	NA	NA	NA
Meta de PTH entre 35 y 70 pg/ml en el último año.	Línea de base país	NA	53,11	51,96	NA	NA	NA
Medición de PTH en el último semestre.	> 50						
	30 a 50	NA	NA	NA	● 39,98	NA	NA
	< 30						
Meta de PTH entre 70 y 110 pg/ml en el último semestre.	> 50						
	30 a 50	NA	NA	NA	● 25,37	NA	NA
	< 30						
Medición de PTH en el último trimestre.	> 60						
	40 a 60	NA	NA	NA	NA	● 36,51	● 84,82
	< 40						
Meta de PTH entre 150 y 300 pg/ml en el último trimestre.	> 60						
	40 a 60	NA	NA	NA	NA	● 26,40	● 28,41
	< 40						
Medición de fósforo en el último año ¹ .	> 90						
	60 a 90	NA	23,25	34,63	42,77	● 46,77	● 93,65
	< 60						
Meta de fósforo entre 2,7 y 4,6 mg/dL.	Línea de base país	NA	90,85	90,10	87,78	NA	NA

Tabla 46. Indicadores de nefroprotección por estadios de ERC, Colombia 2024 (continuación)

Nombre del Indicador	Semaforización (%)	Población ≥ 18 años, vivos y activos Resultados (%)					
		ERC 1 o 2 sin TRR	ERC 3a sin TRR	ERC 3b sin TRR	ERC 4 sin TRR	ERC 5 sin TRR	ERC 5 con TMND
Meta de fósforo entre 2,7 y 5,5 mg/dL en el último trimestre	> 80						
	40 a 80	NA	NA	NA	NA	● 86,15	● 90,91
	< 40						
Medición de albúmina en el último año.	Línea de base país	NA	22,46	33,58	37,31	44,13	92,13
Meta de albúmina (≥ 4 g/dL) en el último año.	Línea de base país	NA	86,88	83,26	72,52	51,67	62,16

¹ La semaforización aplica para los casos con ERC 5 con medición de fósforo en el último trimestre; sin embargo, debido a la naturaleza de recolección de la variable en todos los estadios se midió para el periodo de reporte, excepto para las personas con TMND en las cuales se midió en el último semestre. Para los estadios 1 a 4 no está definida la meta.

HbA1c: hemoglobina glicosilada; **DM:** diabetes mellitus; **LDL:** lipoproteína de baja densidad; **IMC:** índice de masa corporal; **TGF:** tasa de filtración glomerular; **PTH:** hormona paratiroidea; **ERC:** enfermedad renal crónica; **TRR:** terapia de reemplazo renal; **TMND:** tratamiento médico no dialítico; **CKD-EPI:** *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*; **NA:** no aplica.

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

En general, para la población con ERC en los estadios 1 y 2 se evidenció un cumplimiento alto, excepto en la medición de HbA1c en los últimos 6 meses (51,93%) y de albuminuria/creatinuria en el último año (46,29%) y el control del IMC (21,43%), que alcanzaron un cumplimiento medio (**tabla 46**).

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

La medición de creatinina en los últimos 3 meses se realizó al 48,59% lo que lo ubicó en cumplimiento bajo. La albuminuria/creatinuria en el último año se realizó al 54,41% de la población y junto con la medición de HbA1c (55,80%) obtuvieron desempeño medio; mientras que los demás indicadores que cuentan con semaforización alcanzaron las metas. La medición de PTH en el último año se realizó al 25,88% de las personas y de estas, el 53,11% logró la meta (**tabla 46**).

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

En esta subpoblación, la creatinina en los últimos 3 meses, la HbA1c en los últimos 6 meses y la albuminuria/creatinuria en el último año se evaluaron al 52,38%, 56,56% y 57,62% de la población, respectivamente, y presentaron un desempeño medio. Los demás indicadores con semaforización obtuvieron cumplimiento alto. La medición de PTH en el último año se realizó al 38,00% de las personas y de estas, el 51,96% logró la meta establecida (**tabla 46**).

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

El logro de la meta de PTH (70 - 110 pg/ml) en el último semestre obtuvo un desempeño bajo, mientras que la medición de PTH se realizó al 39,98% de la población, la de HbA1c en los últimos 6 meses al 55,59% y la de creatinina al 61,32%, ubicándose en cumplimiento medio. Los demás indicadores semaforizados estuvieron en el rango óptimo, y se destaca que este grupo fue el único que logró el objetivo de albuminuria/creatinuria con un 61,18%. Del 37,31% de las personas a las que se les tomó la albúmina, el 72,52% alcanzó la meta ≥ 4 g/dL (**tabla 46**).



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

La medición de albuminuria/creatinuria, la meta de HbA1c en los últimos 6 meses y la hemoglobina > 10 g/dL obtuvieron un desempeño medio, mientras que la medición de la hemoglobina y de fósforo tuvieron un cumplimiento bajo, al igual que la medición y la meta de la PTH (**tabla 46**). Finalmente, del 44,13% al que se le tomó la albúmina en el último año, el 51,67% alcanzó la meta.

7.3.2.6. Población con ERC estadio 5 con terapia médica no dialítica

En general, el desempeño de los indicadores que tienen semaforización fue favorable, exceptuando la meta de PTH entre 150 y 300 pg/ml en el último trimestre que se alcanzó en el 28,41% de las personas y se clasificó en el nivel bajo. La medición de albúmina se realizó al 92,13% de la población, y, la meta de mantenerla ≥ 4 g/dL se logró en el 62,16% de ellos (**tabla 46**).

8.

Población con
**terapia de
reemplazo renal**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

8.

RESUMEN infográfico

Población con terapia de reemplazo renal

Periodo: del 1° de julio de 2023 al 30 de junio de 2024.



Se informaron a la CAC **4.109** casos nuevos de TRR.

El 45,83% tenían solo HTA, el 1,00% solo DM y el 47,75% las dos precursoras.



La IE del régimen subsidiado disminuyó 17,02% y se mantuvo por encima del contributivo.

Se analizaron

49.042 personas

con algún tipo de TRR y la prevalencia cruda se estimó en 93,49 casos por cada 100.000 habitantes.



Bogotá, D. C., y el régimen contributivo tuvieron la PE más alta.



La HD fue la TRR más frecuente (57,92%) y con respecto al 2023, hubo un incremento del número de los casos de todos los tipos de terapia.



Se informaron 4.797 defunciones por todas las causas en las personas con TRR. El 73,23% de los casos tenían 60 años o más y el 55,85% correspondió a los hombres.



El principal acceso vascular en las personas con HD fue la fístula arteriovenosa con el 69,06% de los casos, seguido por el catéter con 30,25%.



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



Se identificaron 832 casos nuevos de trasplante renal, de los cuales el 50,96% tenían entre 30 y 54 años y el 56,97% correspondían a los hombres.



Durante el periodo 2024, el micofenolato (83,20%) y el tacrolimus (73,76%) fueron los medicamentos más utilizados en la terapia inmunosupresora en las personas con trasplante renal.

Se informaron **9.202** personas con trasplante renal y la prevalencia cruda estimada fue de 175,42 casos por 1.000.000 de habitantes.

TRR: terapia de reemplazo renal.
HTA: hipertensión arterial
DM: diabetes mellitus.
PE: prevalencia estandarizada.
HD: hemodiálisis.
DP: diálisis peritoneal.

[Descargar infografía](#)

8. Población con terapia de reemplazo renal

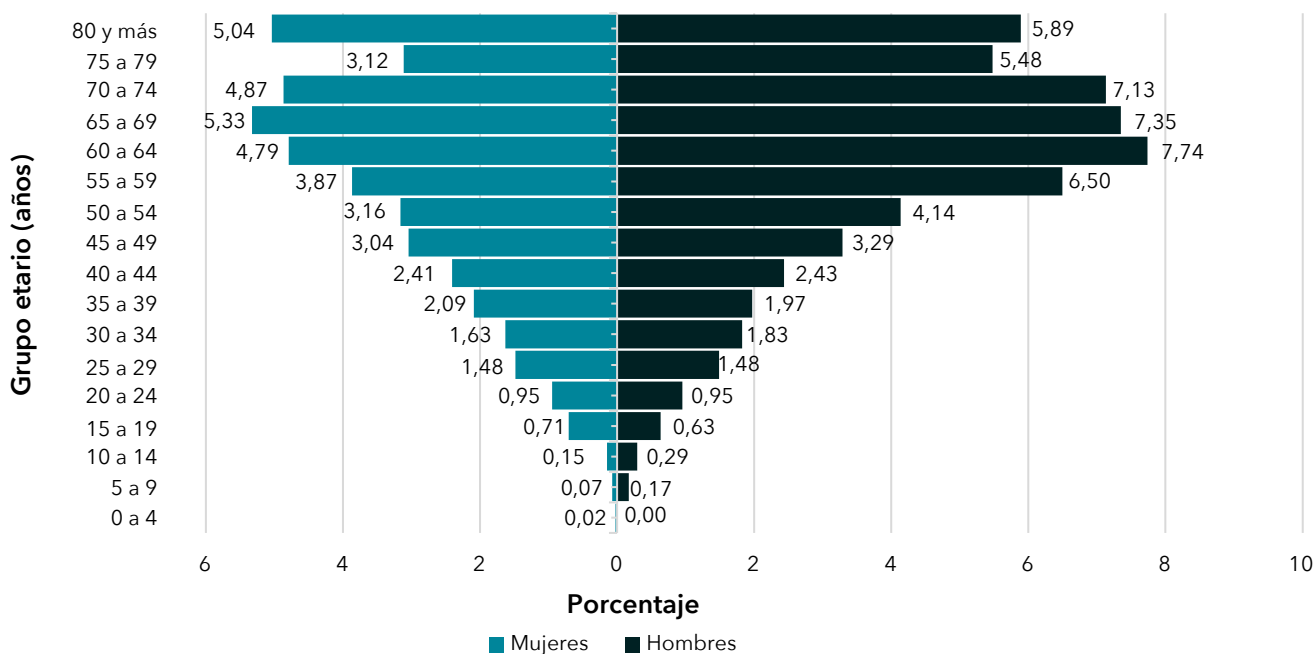
8.1. Población con enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo renal

8.1.1. Incidencia de la terapia de reemplazo renal

Durante el periodo, se informaron 4.109 casos nuevos de terapia de reemplazo renal (TRR), de los cuales el 57,26% eran hombres (n= 2.353) y tenían en promedio 59,71 años (DE \pm 17,37). De acuerdo con la precursora, el 45,83% (n= 1.883) tenían solo HTA, el 1,00% (n= 41) solo DM y el 47,75% (n= 1.962) las dos enfermedades. La tasa de incidencia cruda se estimó en 7,83 casos por 100.000 habitantes, un 11,22% menor que en el 2023.

En la **figura 56** se observa que el 67,10% de los casos nuevos con TRR (n= 2.757) tenían 55 años o más. El grupo de edad con una mayor proporción de personas, tanto en los hombres como en las mujeres, fue el de 60 a 69 años (25,21%, n= 1.036). Además, el 3,94% (n= 162) tenía menos de 25 años.

Figura 56. Pirámide poblacional de los casos incidentes con TRR, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

En la región Central se informó el 26,24% (n= 1.078) de los casos nuevos con TRR y en la Pacífica y Bogotá, D. C., se estimó la IE más alta del país (**tabla 47**). Por departamentos, Atlántico (n= 269, IE= 8,90; IC 95%: 7,87 - 10,03) y Sucre (n= 108, IE= 8,41; IC 95%: 6,86 - 10,23) tuvieron las mayores incidencias.



Tabla 47. Tasa de incidencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos incidentes	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	65	1.586.332	4,10	4,80	3,70	6,12
Bogotá, D. C.	685	7.918.410	8,65	7,27	6,73	7,84
Caribe	860	11.977.734	7,18	7,03	6,56	7,51
Central	1.078	12.446.528	8,66	7,07	6,65	7,51
Oriental	690	10.012.714	6,89	5,92	5,49	6,39
Pacífica	731	8.514.012	8,59	7,27	6,75	7,83
Nacional	4.109	52.455.728	7,83	6,83	6,63	7,05

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

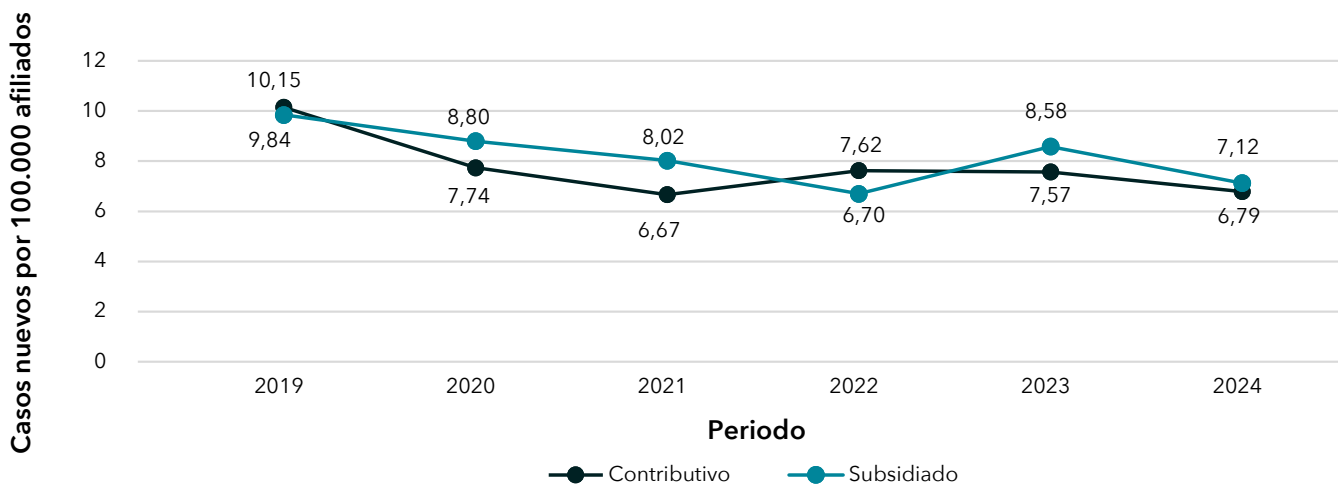
² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

En cuanto al aseguramiento, la IE del régimen subsidiado disminuyó 17,02%, y se mantuvo por encima del contributivo, el cual tuvo una reducción de 10,30% (figura 57). Con respecto a las EAPB, la EAS027 (n= 17, IE= 22,91; IC 95%: 4,23 - 167,24) y la EPSI06 (n= 18, IE= 17,19; IC 95%: 10,11 - 27,25) tuvieron las incidencias más altas de su respectivo régimen.



En la plataforma **HIGIA** podrá consultar con mayor detalle las estimaciones en los ámbitos demográfico y del aseguramiento.

Figura 57. Tasa de incidencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

8.1.2. Prevalencia de la terapia de reemplazo renal

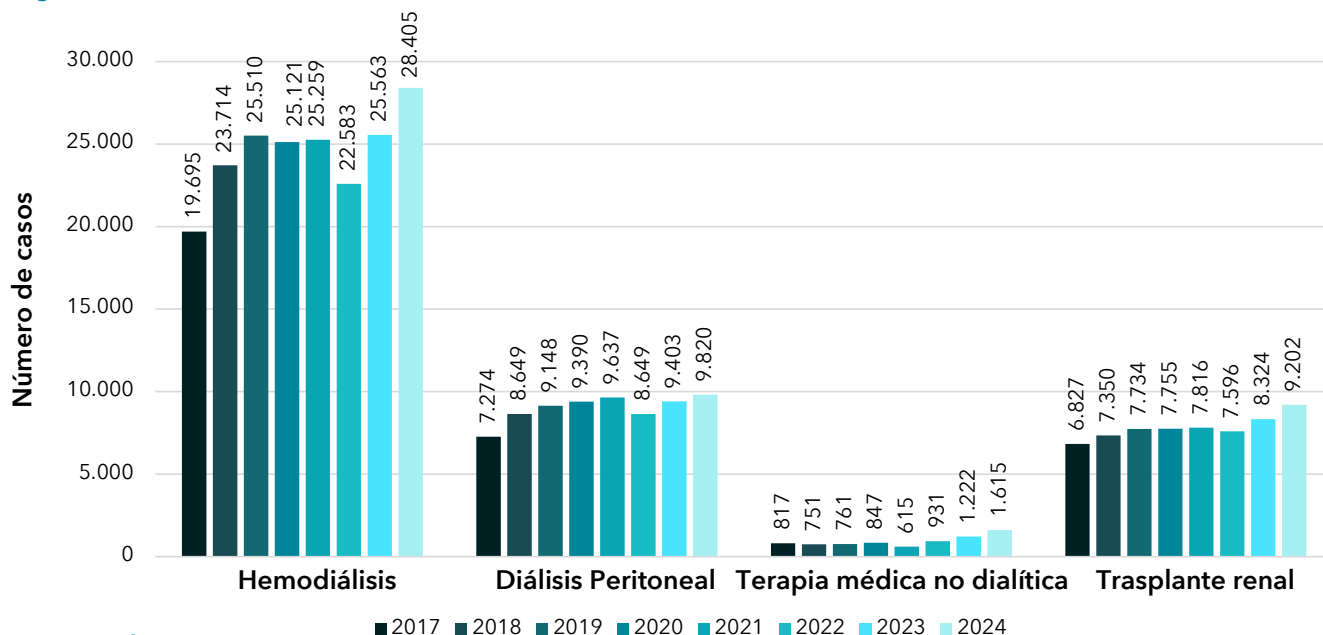
Durante el último periodo, 49.042 personas con ERC tuvieron algún tipo de TRR, un 10,18% más que en el 2023. De éstos, el 58,20% (n= 28.541) correspondió a los hombres y en promedio tenían 57,83 años (DE ± 16,62). La hemodiálisis (HD) fue la terapia más frecuente en esta población (57,92%); y con respecto al 2023, se observó un incremento de 32,16%, 11,12%, 10,55% y 4,43% en el número de los casos con tratamiento médico no dialítico (TMND), HD, trasplante renal y diálisis peritoneal (DP), respectivamente (figura 58).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuerpoabiertofosto.org

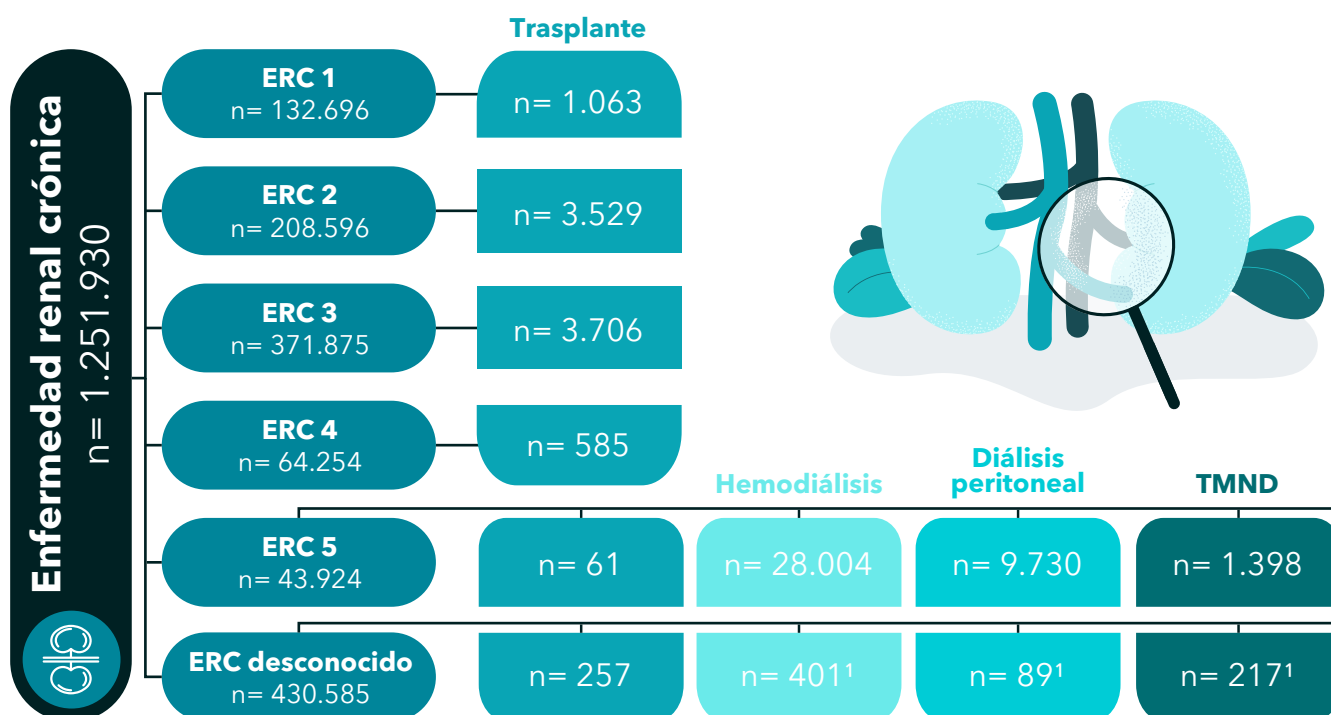
Figura 58. Tendencia de los casos de TRR a la fecha de corte de acuerdo con su modalidad, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

El 63,76% (n= 28.004) de los casos con ERC 5 informaron la hemodiálisis como el tratamiento actual, el 22,15% (n= 9.730) la diálisis peritoneal, el 3,18% (n= 1.398) la TMND, el 0,14% (n= 61) tenían trasplante renal funcional y el 10,77% (n= 4.731) no informaron alguna TRR. Del total de los casos con trasplante renal, el 96,55% (n= 8.883) informaron una TFGe que permitió clasificarlos en los estadios 1 a 4 de la ERC; adicionalmente, 257 personas no contaban con la estadificación (**figura 59**).

Figura 59. Modalidad de la TRR según el estadio de ERC, Colombia 2024



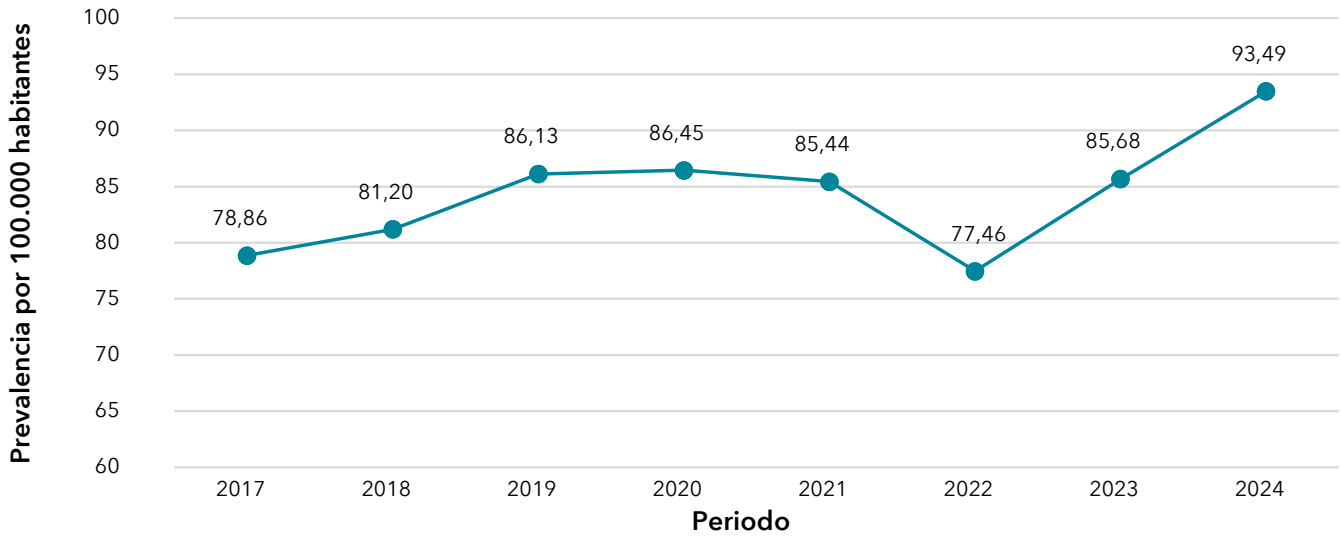
¹ Corresponderon a casos que recibieron atenciones en TRR durante el periodo, pero sin continuidad a la fecha de corte. TMND: terapia médica no dialítica.

[Descargar figura](#)



La prevalencia se estimó en 93,49 casos por cada 100.000 habitantes, lo que indica un incremento del 9,12% comparado con el periodo anterior (**figura 60**).

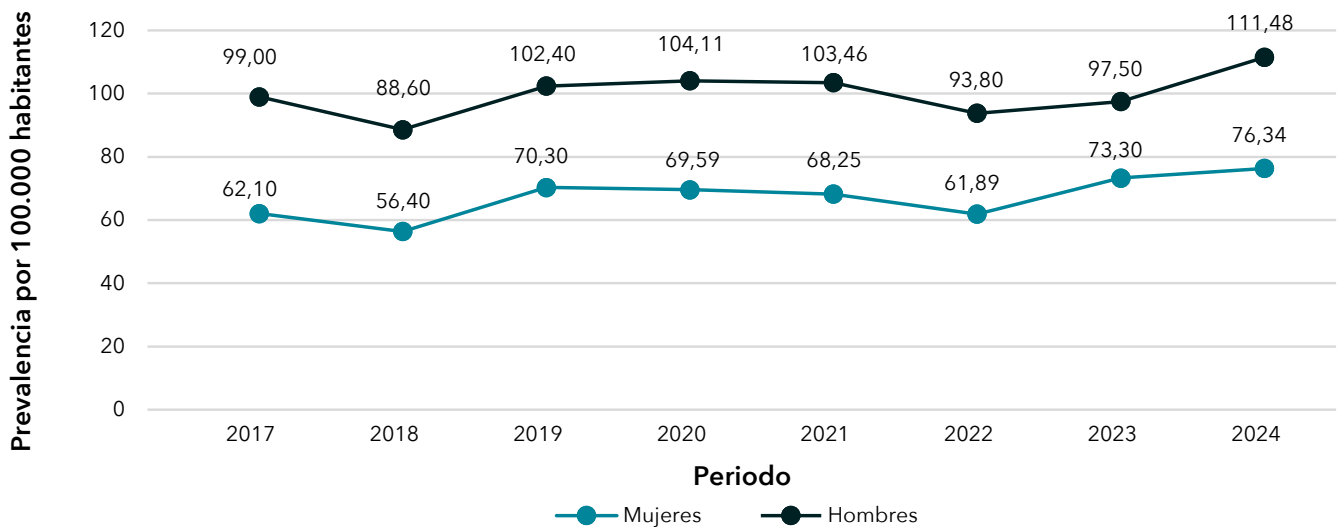
Figura 60. Prevalencia cruda de la TRR, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

La prevalencia de TRR en los hombres ha sido superior a la de las mujeres a lo largo del seguimiento de la cohorte. Para el 2024, hubo un incremento del 4,15% en las mujeres y del 14,34% en los hombres (**figura 61**).

Figura 61. Prevalencia cruda de la TRR según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

Las regiones que reportaron la mayor PE de TRR por cada 100.000 habitantes, fueron Bogotá, D. C., seguida de la Pacífica (**tabla 48**). Al discriminar por los departamentos, Valle del Cauca (n= 6.231, PE= 110,90; IC 95%: 108,12 - 113,73) y Atlántico (n= 3.011, PE= 99,36; IC 95%: 95,83 - 102,98) tuvieron los valores más altos.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuertiadefaltoposto.org



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

Tabla 48. Prevalencia de la TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	702	1.586.332	44,25	50,94	47,21	54,87
Bogotá, D. C.	8.579	7.918.410	108,34	91,23	89,30	93,20
Caribe	10.178	11.977.734	84,97	83,48	81,86	85,12
Central	13.001	12.446.528	104,45	86,86	85,36	88,38
Oriental	8.080	10.012.714	80,70	70,08	68,55	71,63
Pacífica	8.502	8.514.012	99,86	86,60	84,75	88,48
Nacional	49.042	52.455.728	93,49	82,43	81,70	83,17

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

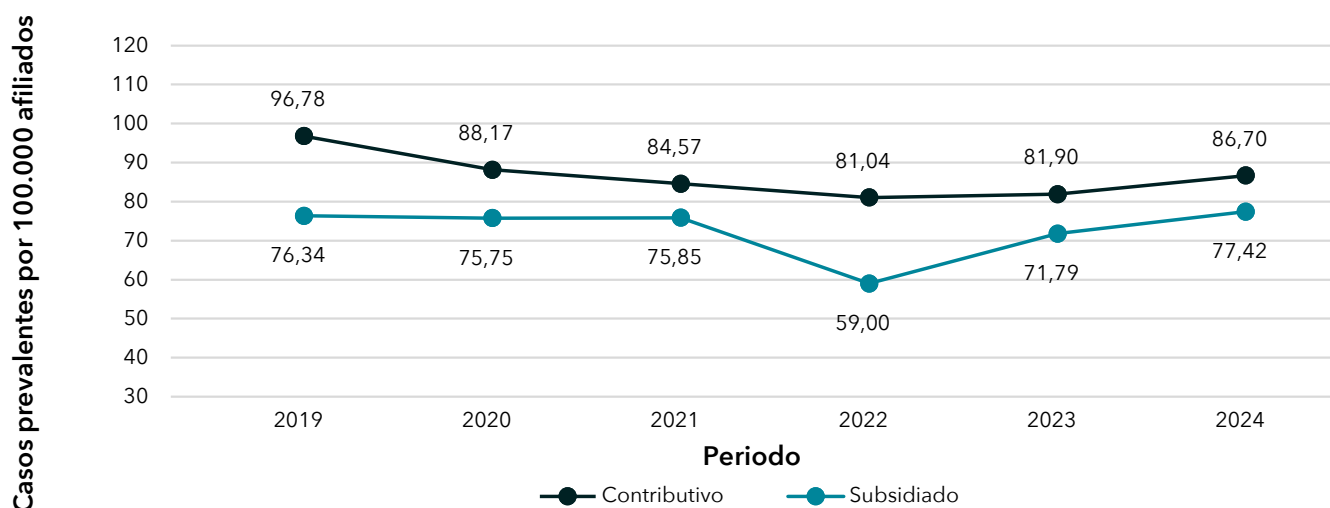
² Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

En el marco del aseguramiento, la mayor PE de la TRR se estimó en el régimen contributivo con 86,70 casos por 100.000 afiliados ($n= 30.293$; IC 95%: 85,72 - 87,69), mientras que, en el subsidiado se evidenció un incremento por segundo periodo consecutivo del 7,84% en el indicador ($n= 17.976$, PE= 77,42; IC 95%: 76,27 - 78,58) (**figura 62**). La EAS027 con 458,96 casos por 100.000 afiliados ($n= 136$; IC 95%: 239,14 - 790,79) y la EPSS40 con 102,84 ($n= 2.069$; IC 95%: 98,30 - 107,55) tuvieron la PE más alta de sus respectivos regímenes.



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

Figura 62. Prevalencia estandarizada de la TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

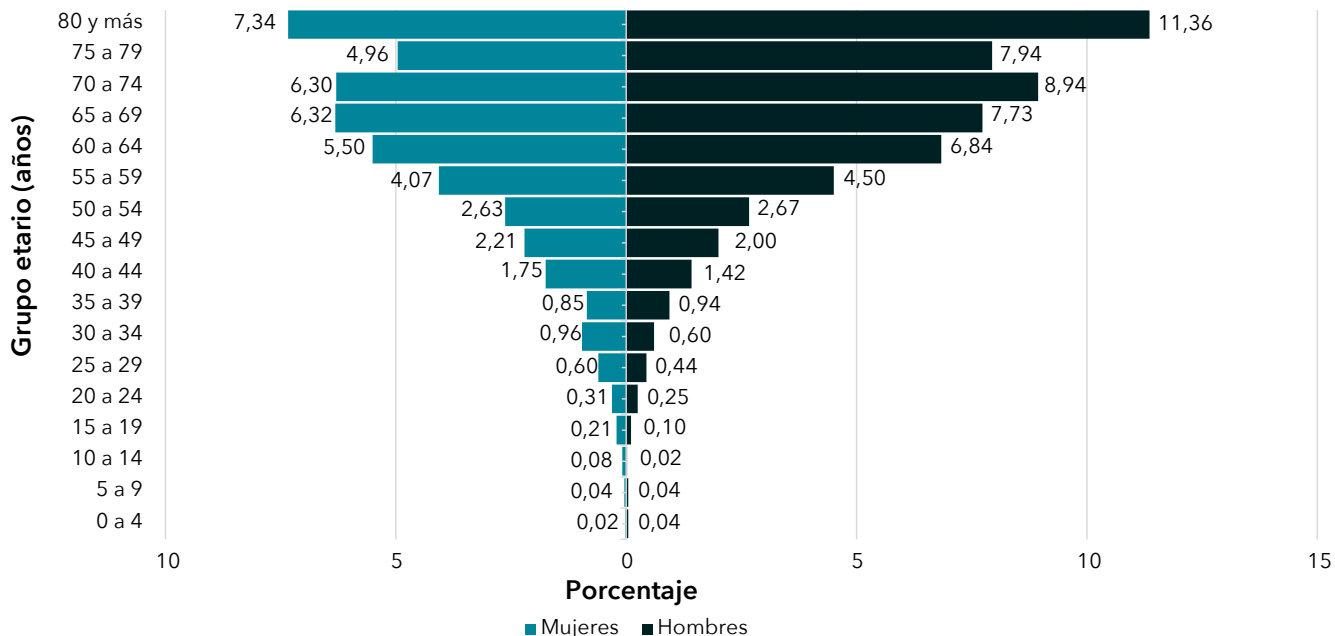
[Descargar figura](#)



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

En total se informaron 4.797 defunciones en las personas con TRR por todas las causas. El promedio de edad fue 66,50 años (DE \pm 14,86) y el 55,85% correspondió a los hombres (n= 2.679). La tasa de mortalidad general fue de 9,14 casos por 100.000 habitantes, en las mujeres fue 7,89 y en los hombres 10,46. En la **figura 63** se muestra que el 73,23% de las defunciones (n= 3.513) tenían 60 años o más y el 42,82% (n= 2.054) eran hombres que estaban en ese rango de edad.

Figura 63. Pirámide poblacional de los casos fallecidos por todas las causas con TRR, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

El 25,72% (n= 1.234) de las defunciones en la población con TRR se reportaron en la región Central, pero fue la Caribe la que tuvo la estimación de TME más alta (**tabla 49**). Caquetá (n= 44, TME= 11,63; IC 95%: 8,45 - 15,59) y Atlántico (n= 320, TME= 10,45; IC 95%: 9,33 - 11,66) fueron los departamentos con mayor TME del país.



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

Tabla 49. Mortalidad por todas las causas en la población con TRR por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	84	1.586.332	5,30	6,43	5,12	7,95
Bogotá, D. C.	748	7.918.410	9,45	7,77	7,22	8,35
Caribe	1.090	11.977.734	9,10	8,81	8,30	9,35
Central	1.234	12.446.528	9,91	7,67	7,25	8,12
Oriental	782	10.012.714	7,81	6,43	5,99	6,90
Pacífica	859	8.514.012	10,09	8,10	7,56	8,67
Nacional	4.797	52.455.728	9,14	7,70	7,48	7,92

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

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

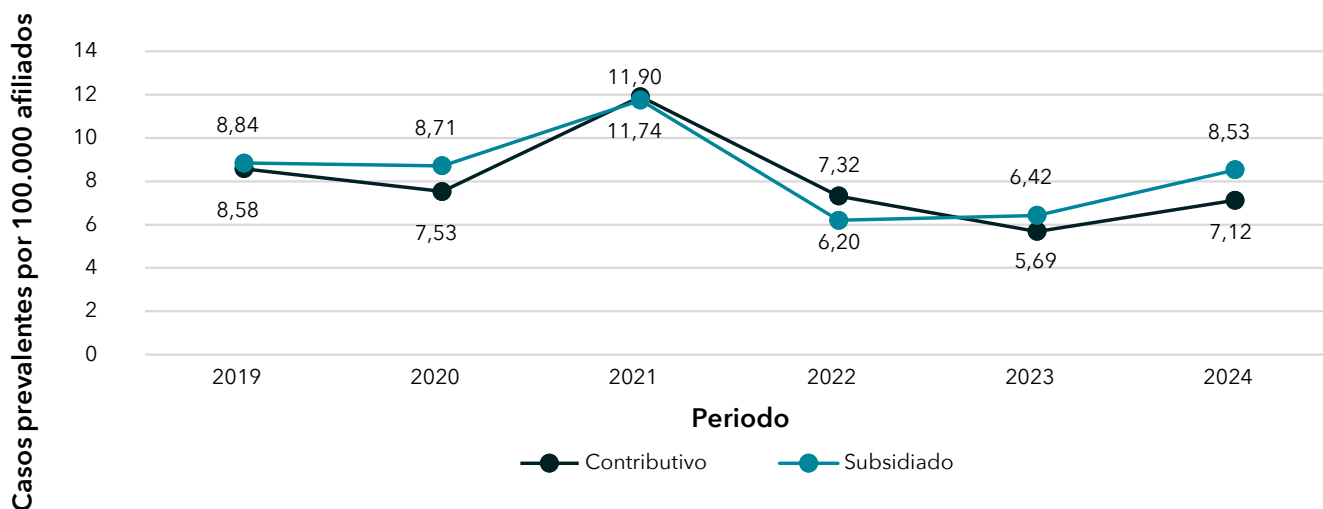
Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.euridabecolombia.org

En el aseguramiento, el régimen subsidiado tuvo la TME más alta ($n= 2.126$, TME= 8,53; IC 95%: 8,17 - 8,91), aunque el contributivo concentró la mayoría de los casos fallecidos ($n= 2.639$, TME= 7,12; IC 95%: 6,85 - 7,40). Según la EAPB, la EPS048 ($n= 23$, TME= 14,72; IC 95%: 9,29 - 22,44) y la EPS025 ($n= 25$, TME= 12,35; IC 95%: 7,94 - 18,41) obtuvieron las estimaciones más altas de TME en las personas con TRR (**figura 64**).

Figura 64. Mortalidad estandarizada por todas las causas en la población con TRR según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

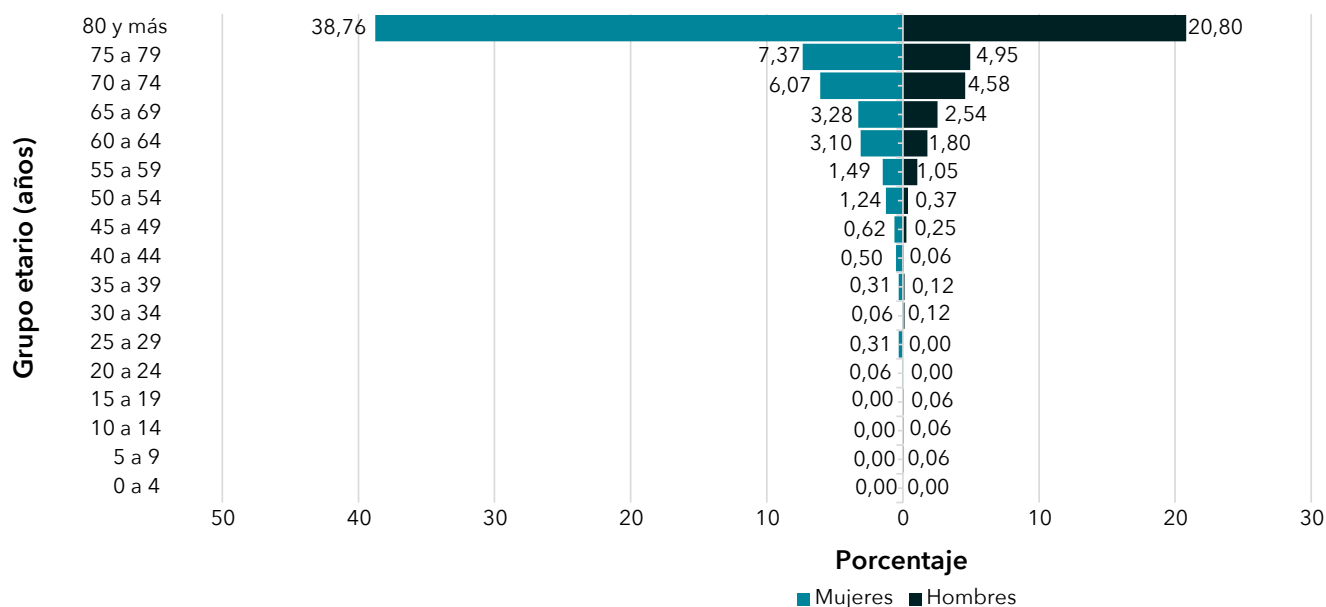
El 23,31% ($n= 1.118$) de las personas con TRR fallecieron por enfermedad cardiovascular, el 4,29% ($n= 206$) por la ERC, el 9,26% ($n= 444$) por infecciones, el 2,15% ($n= 103$) por cáncer y el 15,49% ($n= 743$) por otras causas. El 45,51% ($n= 2.183$) no tenía información en la historia clínica sobre el motivo de muerte.

8.2. Población prevalente con tratamiento médico no dialítico

En el periodo se informaron 1.615 personas con TMND con un mínimo de 90 días de permanencia. El 63,16% ($n= 1.020$) de los casos correspondieron a las mujeres, el 59,57% ($n= 962$) tenían 80 años o más y el 38,76% ($n= 626$) eran mujeres en ese rango de edad (**figura 65**).



Figura 65. Pirámide poblacional de los casos con TMND, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

De acuerdo con la región de residencia, la Caribe reportó al 30,59% (n= 494) de los casos en TMND y entre las entidades territoriales, Antioquia con el 17,09% (n= 276), Bogotá, D. C., con el 16,28% (n= 263) y Atlántico con el 11,58% (n= 187) concentraron la mayoría de las personas con esta terapia (**tabla 50**).

De acuerdo con el aseguramiento, el régimen contributivo informó el 63,53% (n= 1.026) de los casos y la entidad con el mayor número de las personas en TMND fue la EPS037 con el 20,37% (n= 329) (**tabla 51**).

Tabla 50. Distribución de los casos con TMND según la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Casos	%
Bogotá, D. C.	263	16,28
Caribe	494	30,59
Atlántico	187	11,58
Bolívar	71	4,40
Cesar	26	1,61
Córdoba	135	8,36
La Guajira	7	0,43
Magdalena	32	1,98
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0	0,00
Sucre	36	2,23
Central	401	24,83
Antioquia	276	17,09
Caldas	35	2,17
Caquetá	0	0,00
Huila	30	1,86
Quindío	12	0,74

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 50. Distribución de los casos con TMND según la región y la entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Entidad territorial	Casos	%
Risaralda	16	0,99
Tolima	32	1,98
Oriental	192	11,89
Boyacá	16	0,99
Cundinamarca	52	3,22
Meta	22	1,36
Norte de Santander	42	2,60
Santander	60	3,72
Pacífica	242	14,98
Cauca	30	1,86
Chocó	11	0,68
Nariño	17	1,05
Valle del Cauca	184	11,39
Amazonía-Orinoquía	23	1,42
Amazonas	1	0,06
Arauca	2	0,12
Casanare	14	0,87
Guainía	0	0,00
Guaviare	0	0,00
Putumayo	6	0,37
Vaupés	0	0,00
Vichada	0	0,00
Nacional	1.615	100,00

Tabla 51. Distribución de los casos con TMND según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024

Régimen/EAPB	Casos	%
Contributivo	1.026	63,53
EAS016	2	0,12
EAS027	5	0,31
EPS001	2	0,12
EPS002	108	6,69
EPS005	226	13,99
EPS008	101	6,25
EPS010	135	8,36
EPS012	0	0,00
EPS017	98	6,07
EPS018	0	0,00
EPS037	329	20,37
EPS042	0	0,00
EPS046	0	0,00
EPS047	0	0,00
EPS048	20	1,24



Tabla 51. Distribución de los casos con TMND según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024 (continuación)

Régimen/EAPB	Casos	%
Subsidiado	575	35,60
CCF033	0	0,00
CCF050	7	0,43
CCF055	29	1,80
CCF102	10	0,62
EPS025	11	0,68
EPSI01	0	0,00
EPSI03	2	0,12
EPSI04	0	0,00
EPSI05	0	0,00
EPSI06	0	0,00
EPSS34	3	0,19
EPSS40	146	9,04
EPSS41	70	4,33
ESS024	0	0,00
ESS062	3	0,19
ESS118	83	5,14
ESS207	211	13,07
Especial		
EMP002	0	0,00
RES007	0	0,00
RES008	0	0,00
RES009	0	0,00
RES011	0	0,00
REUE05	0	0,00
REUE09	0	0,00
Excepción		
RES001	8	0,50
No asegurado		
05000	0	0,00
13000	0	0,00
23000	0	0,00
25000	0	0,00
27000	0	0,00
41000	0	0,00
50000	0	0,00
52000	0	0,00
54000	0	0,00
66000	0	0,00
70000	0	0,00
73000	0	0,00
76000	0	0,00

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal
www.fuerzadealtoposto.org

Tabla 51. Distribución de los casos con TMND según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024 (continuación)

Régimen/EAPB	Casos	%
81000	0	0,00
85000	0	0,00
86000	0	0,00
Entidades liquidadas¹	6	0,37
Total	1.615	100,00

Para los regímenes especial, excepción y no asegurado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales.
¹ Casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados en 2024 por alguna entidad.

8.3. Población con diálisis peritoneal

En el periodo se informaron 9.820 casos con DP que alcanzaron un mínimo de 90 días de permanencia continua acumulables. El 52,68% (n= 5.173) correspondió a las mujeres y el 45,12% (n= 4.432) tenía entre 55 y 74 años.

En la **tabla 52** se observa que en la región Central residía el mayor número de las personas con DP (25,78%, n= 2.532), seguida por la Oriental (21,18%, n= 2.080). Según la entidad territorial, el 16,04% (n= 1.575) se ubicaron en Bogotá, D. C., y el 14,50% (n= 1.424) en Antioquia. Del total de los casos con DP, el 56,99% (n= 5.596) recibieron la modalidad manual.

Tabla 52. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Bogotá, D. C.	572	5,82	1.003	10,21	1.575	16,04
Caribe	1.375	14,00	557	5,67	1.932	19,67
Atlántico	384	3,91	136	1,38	520	5,30
Bolívar	306	3,12	88	0,90	394	4,01
Cesar	119	1,21	90	0,92	209	2,13
Córdoba	178	1,81	61	0,62	239	2,43
La Guajira	76	0,77	30	0,31	106	1,08
Magdalena	139	1,42	59	0,60	198	2,02
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	24	0,24	1	0,01	25	0,25
Sucre	149	1,52	92	0,94	241	2,45
Central	1.724	17,56	808	8,23	2.532	25,78
Antioquia	1.058	10,77	366	3,73	1.424	14,50
Caldas	109	1,11	110	1,12	219	2,23
Caquetá	40	0,41	37	0,38	77	0,78
Huila	113	1,15	44	0,45	157	1,60
Quindío	89	0,91	88	0,90	177	1,80
Risaralda	155	1,58	71	0,72	226	2,30
Tolima	160	1,63	92	0,94	252	2,57
Oriental	1.094	11,14	986	10,04	2.080	21,18
Boyacá	149	1,52	160	1,63	309	3,15
Cundinamarca	216	2,20	344	3,50	560	5,70
Meta	128	1,30	111	1,13	239	2,43



Tabla 52. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según la región y la entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Entidad territorial	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Norte de Santander	269	2,74	142	1,45	411	4,19
Santander	332	3,38	229	2,33	561	5,71
Pacífica	786	8,00	830	8,45	1.616	16,46
Cauca	173	1,76	119	1,21	292	2,97
Chocó	11	0,11	3	0,03	14	0,14
Nariño	74	0,75	119	1,21	193	1,97
Valle del Cauca	528	5,38	589	6,00	1.117	11,37
Amazonía-Orinoquía	45	0,46	40	0,41	85	0,87
Amazonas	7	0,07	3	0,03	10	0,10
Arauca	2	0,02	0	0,00	2	0,02
Casanare	8	0,08	13	0,13	21	0,21
Guainía	3	0,03	2	0,02	5	0,05
Guaviare	7	0,07	11	0,11	18	0,18
Putumayo	15	0,15	8	0,08	23	0,23
Vaupés	1	0,01	1	0,01	2	0,02
Vichada	2	0,02	2	0,02	4	0,04
Nacional	5.596	56,99	4.224	43,01	9.820	100,00

En el aseguramiento, el 66,35% (n= 6.516) de las personas con DP pertenecían al régimen contributivo y la EPS con la mayor cantidad de casos fue la EPS037 con el 19,60% (n= 1.925) (tabla 53).

Tabla 53. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contributivo	3.596	36,62	2.920	29,74	6.516	66,35
EAS016	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EAS027	12	0,12	6	0,06	18	0,18
EPS001	28	0,29	26	0,26	54	0,55
EPS002	593	6,04	255	2,60	848	8,64
EPS005	768	7,82	417	4,25	1.185	12,07
EPS008	131	1,33	467	4,76	598	6,09
EPS010	793	8,08	279	2,84	1.072	10,92
EPS012	8	0,08	57	0,58	65	0,66
EPS017	217	2,21	341	3,47	558	5,68
EPS018	86	0,88	50	0,51	136	1,38
EPS037	920	9,37	1.005	10,23	1.925	19,60
EPS042	16	0,16	6	0,06	22	0,22
EPS046	7	0,07	3	0,03	10	0,10
EPS047	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EPS048	17	0,17	8	0,08	25	0,25

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuentadefaltocosto.org

Tabla 53. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024 (continuación)

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Subsidiado	1.915	19,50	1.227	12,49	3.142	32,00
CCF033	9	0,09	7	0,07	16	0,16
CCF050	59	0,60	21	0,21	80	0,81
CCF055	93	0,95	52	0,53	145	1,48
CCF102	6	0,06	2	0,02	8	0,08
EPS025	4	0,04	4	0,04	8	0,08
EPSI01	3	0,03	0	0,00	3	0,03
EPSI03	72	0,73	6	0,06	78	0,79
EPSI04	8	0,08	2	0,02	10	0,10
EPSI05	6	0,06	10	0,10	16	0,16
EPSI06	4	0,04	2	0,02	6	0,06
EPSS34	46	0,47	83	0,85	129	1,31
EPSS40	210	2,14	89	0,91	299	3,04
EPSS41	525	5,35	349	3,55	874	8,90
ESS024	350	3,56	217	2,21	567	5,77
ESS062	71	0,72	109	1,11	180	1,83
ESS118	148	1,51	166	1,69	314	3,20
ESS207	301	3,07	108	1,10	409	4,16
Especial						
EMP002	0	0,00	2	0,02	2	0,02
RES007	0	0,00	0	0,00	0	0,00
RES008	3	0,03	1	0,01	4	0,04
RES009	0	0,00	0	0,00	0	0,00
RES011	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REUE05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REUE09	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Excepción						
RES001	30	0,31	23	0,23	53	0,54
No asegurado						
05000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
13000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
23000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
27000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
41000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
50000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
52000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
54000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
66000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
70000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
73000	0	0,00	0	0,00	0	0,00



Tabla 53. Distribución de los casos con diálisis peritoneal según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024 (continuación)

Régimen/EAPB	Manual		Automatizada		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
76000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
81000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
85000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
86000	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Entidades liquidadas¹	52	0,53	51	0,52	103	1,05
Total	5.596	56,99	4.224	43,01	9.820	100,00

Para los regímenes especial, excepción y no asegurado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales.
¹ Casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados en 2024 por alguna entidad.

8.4. Población con hemodiálisis

Se analizaron 28.405 casos con HD que cumplieron con un periodo de permanencia continuo mínimo de 90 días acumulables. El 61,48% (n= 17.464) correspondió a los hombres, el 50,08% (n= 14.224) tenían entre 55 y 74 años y el quinquenio de edad con la mayor cantidad de casos fue el de 65 a 69 años con el 13,84% (n= 3.931).

El principal acceso vascular fue la fístula arteriovenosa con el 69,06% de los casos (n= 19.616), seguido por el catéter con 30,25% (n= 8.592). En la **tabla 54** se muestra que las regiones con el mayor número de casos en HD fueron la Central (25,67%, n= 7.291) y la Caribe (24,12%, n= 6.851), mientras que, por la entidad territorial, fueron Bogotá, D. C., (16,11%, n= 4.575) y Antioquia (13,80%, n= 3.919).

Tabla 54. Distribución de los casos con hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región/Entidad territorial	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Bogotá, D. C.	3.086	10,86	1.455	5,12	34	0,12	4.575	16,11
Caribe	4.707	16,57	2.115	7,45	29	0,10	6.851	24,12
Atlántico	1.443	5,08	531	1,87	13	0,05	1.987	7,00
Bolívar	887	3,12	515	1,81	3	0,01	1.405	4,95
Cesar	323	1,14	210	0,74	4	0,01	537	1,89
Córdoba	813	2,86	322	1,13	6	0,02	1.141	4,02
La Guajira	219	0,77	168	0,59	3	0,01	390	1,37
Magdalena	531	1,87	188	0,66	0	0,00	719	2,53
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	9	0,03	8	0,03	0	0,00	17	0,06
Sucre	482	1,70	173	0,61	0	0,00	655	2,31
Central	4.986	17,55	2.266	7,98	39	0,14	7.291	25,67
Antioquia	2.367	8,33	1.532	5,39	20	0,07	3.919	13,80
Caldas	388	1,37	122	0,43	2	0,01	512	1,80
Caquetá	159	0,56	62	0,22	1	0,00	222	0,78
Huila	515	1,81	138	0,49	5	0,02	658	2,32
Quindío	288	1,01	54	0,19	0	0,00	342	1,20
Risaralda	484	1,70	117	0,41	0	0,00	601	2,12
Tolima	785	2,76	241	0,85	11	0,04	1.037	3,65

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuerpadefaltoposto.org

Tabla 54. Distribución de los casos con hemodiálisis a la fecha de corte según la región y la entidad territorial, Colombia 2024 (continuación)

Región/Entidad territorial	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Oriental	3.403	11,98	1.133	3,99	25	0,09	4.561	16,06
Boyacá	550	1,94	125	0,44	7	0,02	682	2,40
Cundinamarca	1.000	3,52	335	1,18	13	0,05	1.348	4,75
Meta	493	1,74	164	0,58	0	0,00	657	2,31
Norte de Santander	532	1,87	214	0,75	0	0,00	746	2,63
Santander	828	2,91	295	1,04	5	0,02	1.128	3,97
Pacífica	3.077	10,83	1.445	5,09	65	0,23	4.587	16,15
Cauca	404	1,42	193	0,68	16	0,06	613	2,16
Chocó	59	0,21	62	0,22	0	0,00	121	0,43
Nariño	422	1,49	168	0,59	15	0,05	605	2,13
Valle del Cauca	2.192	7,72	1.022	3,60	34	0,12	3.248	11,43
Amazonía-Orinoquía	357	1,26	178	0,63	5	0,02	540	1,90
Amazonas	12	0,04	6	0,02	0	0,00	18	0,06
Arauca	117	0,41	68	0,24	1	0,00	186	0,65
Casanare	160	0,56	51	0,18	3	0,01	214	0,75
Guainía	3	0,01	1	0,00	0	0,00	4	0,01
Guaviare	7	0,02	1	0,00	0	0,00	8	0,03
Putumayo	55	0,19	49	0,17	1	0,00	105	0,37
Vaupés	1	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Vichada	2	0,01	2	0,01	0	0,00	4	0,01
Nacional	19.616	69,06	8.592	30,25	197	0,69	28.405	100,00

Con respecto al aseguramiento, el régimen contributivo concentró el 54,15% de los casos en HD (n= 15.381) y la EPS037 atendió al 15,76% (n= 4.477), seguida de la EPSS41 con el 9,43% (n= 2.678) (tabla 55).

Tabla 55. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contributivo	11.174	39,34	4.099	14,43	108	0,38	15.381	54,15
EAS016	4	0,01	3	0,01	0	0,00	7	0,02
EAS027	64	0,23	40	0,14	0	0,00	104	0,37
EPS001	76	0,27	31	0,11	0	0,00	107	0,38
EPS002	1.678	5,91	741	2,61	4	0,01	2.423	8,53
EPS005	1.948	6,86	679	2,39	18	0,06	2.645	9,31
EPS008	699	2,46	177	0,62	6	0,02	882	3,11
EPS010	1.467	5,16	740	2,61	4	0,01	2.211	7,78
EPS012	129	0,45	61	0,21	3	0,01	193	0,68
EPS017	1.259	4,43	448	1,58	4	0,01	1.711	6,02
EPS018	250	0,88	147	0,52	0	0,00	397	1,40
EPS037	3.444	12,12	964	3,39	69	0,24	4.477	15,76



Tabla 55. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024 (continuación)

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
EPS042	73	0,26	25	0,09	0	0,00	98	0,35
EPS046	15	0,05	4	0,01	0	0,00	19	0,07
EPS047	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
EPS048	68	0,24	39	0,14	0	0,00	107	0,38
Subsidiado	8.099	28,51	4.374	15,40	77	0,27	12.550	44,18
CCF033	77	0,27	27	0,10	0	0,00	104	0,37
CCF050	72	0,25	25	0,09	0	0,00	97	0,34
CCF055	542	1,91	287	1,01	2	0,01	831	2,93
CCF102	35	0,12	36	0,13	0	0,00	71	0,25
EPS025	88	0,31	37	0,13	2	0,01	127	0,45
EPSI01	35	0,12	41	0,14	0	0,00	76	0,27
EPSI03	134	0,47	63	0,22	5	0,02	202	0,71
EPSI04	47	0,17	64	0,23	1	0,00	112	0,39
EPSI05	66	0,23	78	0,27	1	0,00	145	0,51
EPSI06	28	0,10	19	0,07	0	0,00	47	0,17
EPSS34	534	1,88	586	2,06	7	0,02	1.127	3,97
EPSS40	727	2,56	590	2,08	5	0,02	1.322	4,65
EPSS41	2.019	7,11	632	2,22	27	0,10	2.678	9,43
ESS024	1.402	4,94	582	2,05	3	0,01	1.987	7,00
ESS062	451	1,59	297	1,05	6	0,02	754	2,65
ESS118	622	2,19	318	1,12	12	0,04	952	3,35
ESS207	1.220	4,30	692	2,44	6	0,02	1.918	6,75
Especial								
EMP002	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
RES007	3	0,01	1	0,00	0	0,00	4	0,01
RES008	9	0,03	2	0,01	1	0,00	12	0,04
RES009	1	0,00	1	0,00	0	0,00	2	0,01
RES011	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REUE05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
REUE09	4	0,01	0	0,00	0	0,00	4	0,01
Excepción								
RES001	139	0,49	46	0,16	4	0,01	189	0,67
No asegurado								
05000	2	0,01	1	0,00	0	0,00	3	0,01
13000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
23000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
27000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
41000	0	0,00	1	0,00	0	0,00	1	0,00
50000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
52000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuerpoarbitro.org

Tabla 55. Distribución de los casos con hemodiálisis según el régimen de afiliación y la EAPB, Colombia 2024 (continuación)

Régimen/EAPB	Fístula arteriovenosa		Catéter		Injerto		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
54000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
66000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
70000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
73000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
76000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
81000	0	0,00	3	0,01	0	0,00	3	0,01
85000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
86000	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Entidades liquidadas¹	185	0,65	64	0,23	7	0,02	256	0,90
Total	19.616	69,06	8.592	30,25	197	0,69	28.405	100,00

Para los regímenes especial, excepción y no asegurado no se cuenta con el reporte de todas las EAPB que los conforman, por tanto, no se presentan los casos totales.

¹ Casos que fueron notificados en periodos anteriores pero que no fueron informados en 2024 por alguna entidad.

8.5. Indicadores de diálisis

8.5.1. Indicadores de diálisis en los adultos

Los indicadores de diálisis en los adultos permiten hacer un seguimiento a la gestión en la población con este tipo de terapia, tanto en las regiones como en las unidades renales del país. Estas medidas fueron definidas en el [consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia, 2010](#), el cual podrá consultar en la página web de la CAC. La **tabla 56** presenta un resumen de los indicadores analizados.

Tabla 56. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas en diálisis

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

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal; Kt/v: volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo.

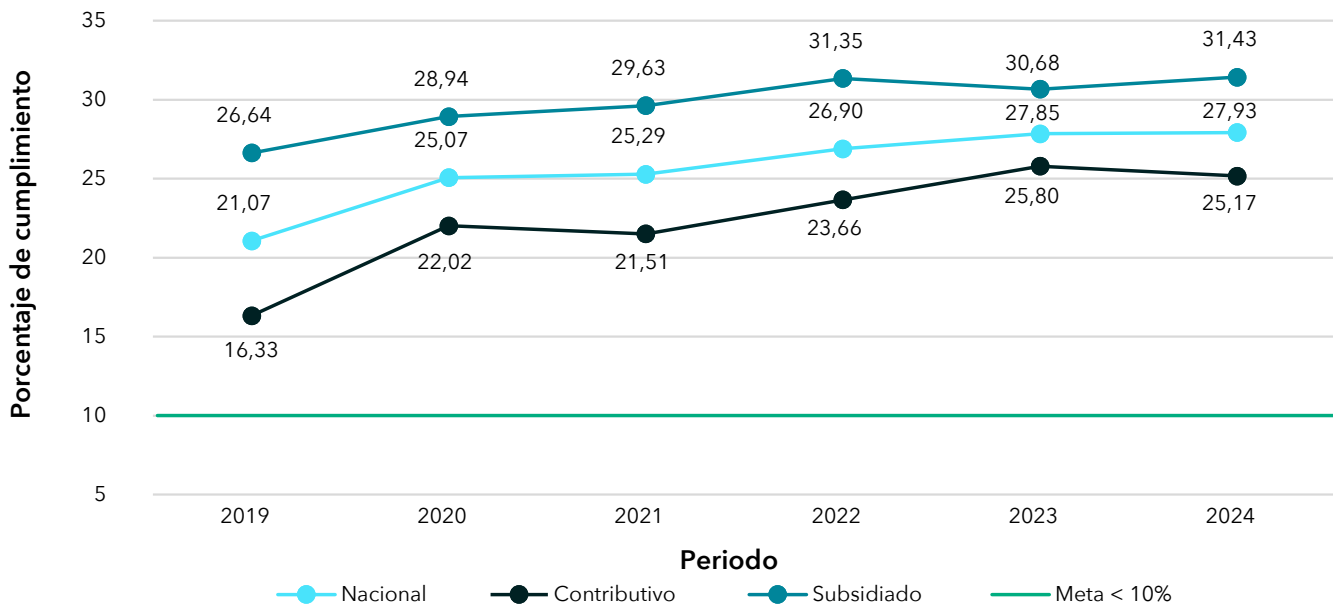


En la plataforma **HIGIA** puede acceder a las estimaciones en los ámbitos demográfico y del aseguramiento, hasta una desagregación municipal y por EAPB.

Establecer un acceso vascular permanente y garantizar su mantenimiento durante el curso de la terapia es determinante para evitar el uso excesivo e inadecuado de los catéteres venosos centrales (CVC), reducir las disparidades en la atención nefrológica y mejorar los resultados en salud (34). Según las guías KDOQI, se recomienda priorizar el uso de un acceso arteriovenoso sobre un CVC, siempre que sea posible, debido a su asociación con una menor incidencia de eventos adversos como infecciones, complicaciones tromboticas y no tromboticas. Por otro lado, el uso de un CVC se considera una segunda opción, reservándose para circunstancias clínicas específicas que justifiquen su utilización a corto o largo plazo (35).

En la **figura 66** se observa que la tendencia del uso de catéter como acceso vascular se mantuvo estable con respecto al 2023 y continuó en el cumplimiento bajo. En cuanto a los regímenes, el contributivo tuvo un mejor desempeño y se redujo en 2,44%, mientras que en el subsidiado se observó un incremento del mismo porcentaje, lo cual contribuyó a incrementar la brecha entre ambos.

Figura 66. Tendencia de la proporción de adultos prevalentes en HD con catéter como acceso vascular, Colombia 2019 - 2024



[Descargar figura](#)

La depuración de solutos pequeños se considera la mejor medida de la HD y de su adecuación. El Kt/V, que representa la fracción de depuración de urea, es el indicador más preciso y validado del efecto del dializador sobre la supervivencia del individuo, además de ser la medida más utilizada para evaluar la dosis de diálisis administrada. De acuerdo con las guías KDOQI, se recomienda un objetivo de Kt/V de un solo compartimento (spKt/V) de 1,4 por sesión de hemodiálisis en las personas tratadas tres veces por semana, con un valor mínimo aceptable de spKt/V de 1,2 (36).

Por otra parte, la medición de albúmina, fósforo y hemoglobina permite evaluar el estado nutricional, el equilibrio del metabolismo mineral y el control de la anemia, tres pilares clave en el manejo integral de las personas en diálisis. El monitoreo periódico de estos parámetros permite definir intervenciones oportunas, para mejorar tanto los desenlaces clínicos como la supervivencia (37,38).

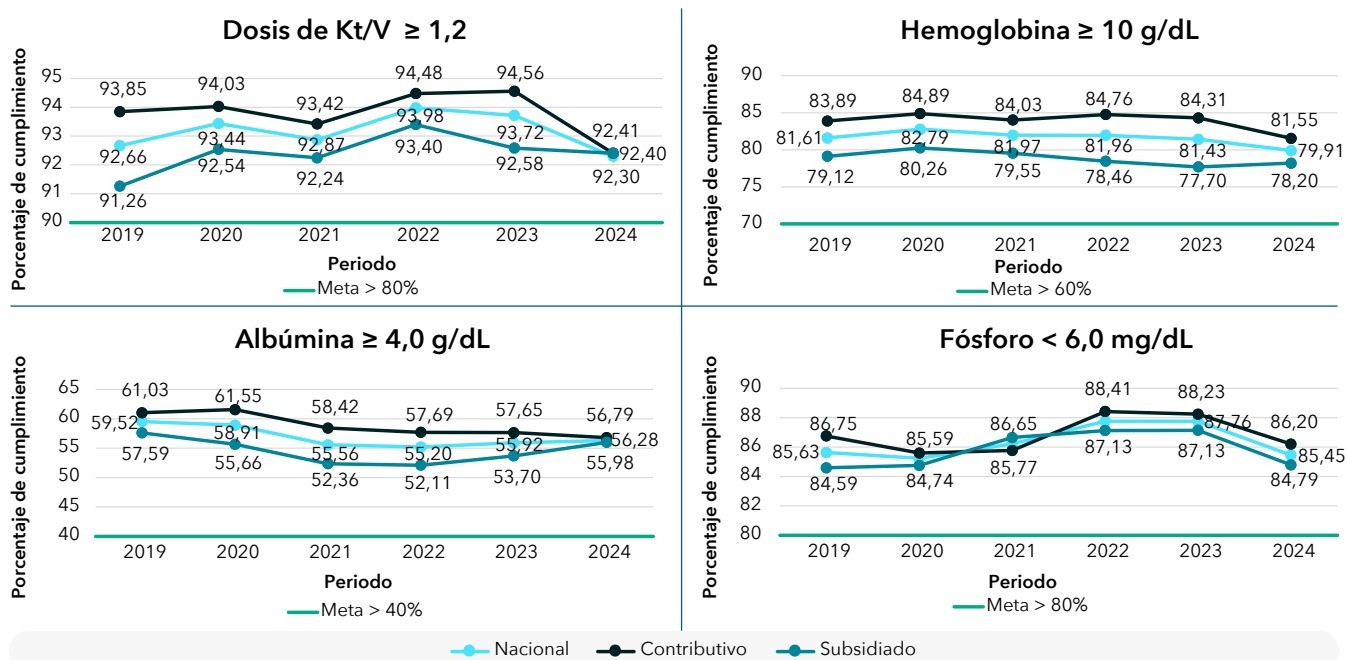
En la **figura 67** se muestra que los cuatro indicadores relacionados con la HD en la población adulta alcanzaron la meta en el ámbito nacional. Con respecto al periodo anterior, la dosis de Kt/V, la hemoglobina y el fósforo tuvieron un leve descenso, mientras que la albúmina incrementó en 0,64%. En general, las brechas entre los regímenes se redujeron y el contributivo mantuvo mejores resultados que el subsidiado.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuividaenpostero.org

Figura 67. Tendencia de los indicadores en los adultos con HD, Colombia 2019 - 2024

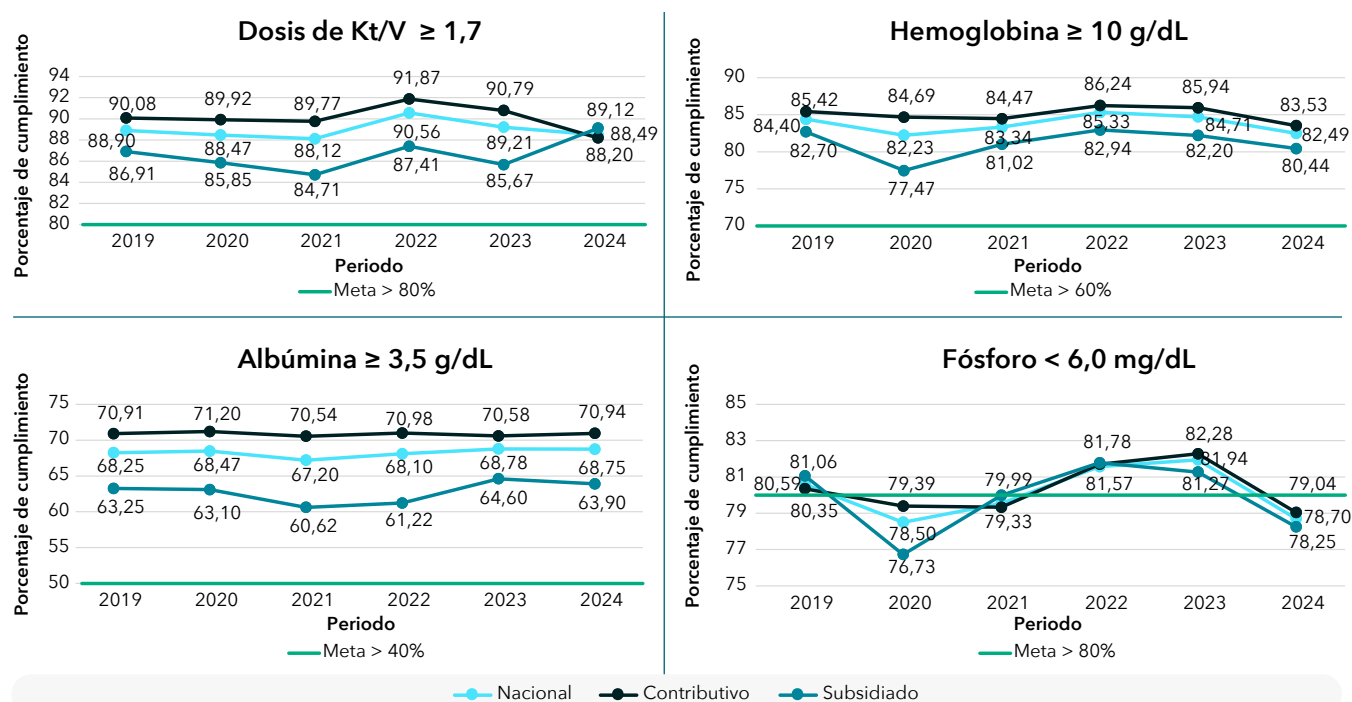


Kt/v: volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo.

[Descargar figura](#)

En los adultos con DP se cumplieron las metas de dosis de Kt/V, hemoglobina y albúmina, aunque en todos se observó un leve descenso, comparado con el 2023 (figura 68). El fósforo se redujo en 3,95% y se ubicó en desempeño medio, después de dos periodos con resultados óptimos. El régimen contributivo tuvo mejores medidas, excepto en la dosis de Kt/V, en la cual fue inferior al subsidiado por primera vez en los últimos 6 periodos.

Figura 68. Tendencia de los indicadores en los adultos con DP, Colombia 2019 - 2024



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

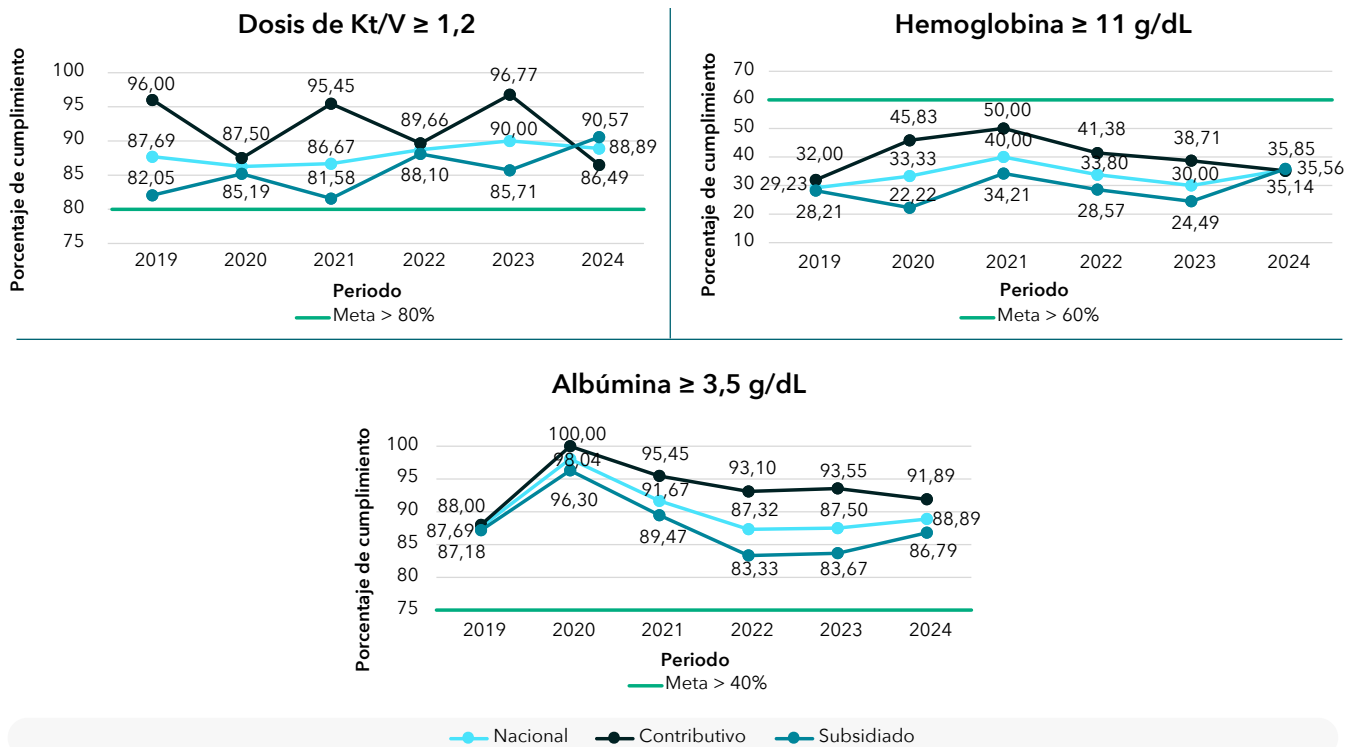
[Descargar figura](#)



8.5.2. Indicadores de diálisis en la población pediátrica

En la **figura 69** se muestra que la dosis de Kt/V se redujo en 1,23%, mientras que la albúmina incrementó en 1,59%, y ambos alcanzaron el objetivo establecido en los niños con HD. La hemoglobina continuó en desempeño medio, pero a diferencia de los periodos anteriores, registró un incremento del 18,53%. En cuanto a los regímenes, fue evidente la reducción de las brechas entre ambos, en los 3 indicadores.

Figura 69. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con HD, Colombia 2019 - 2024

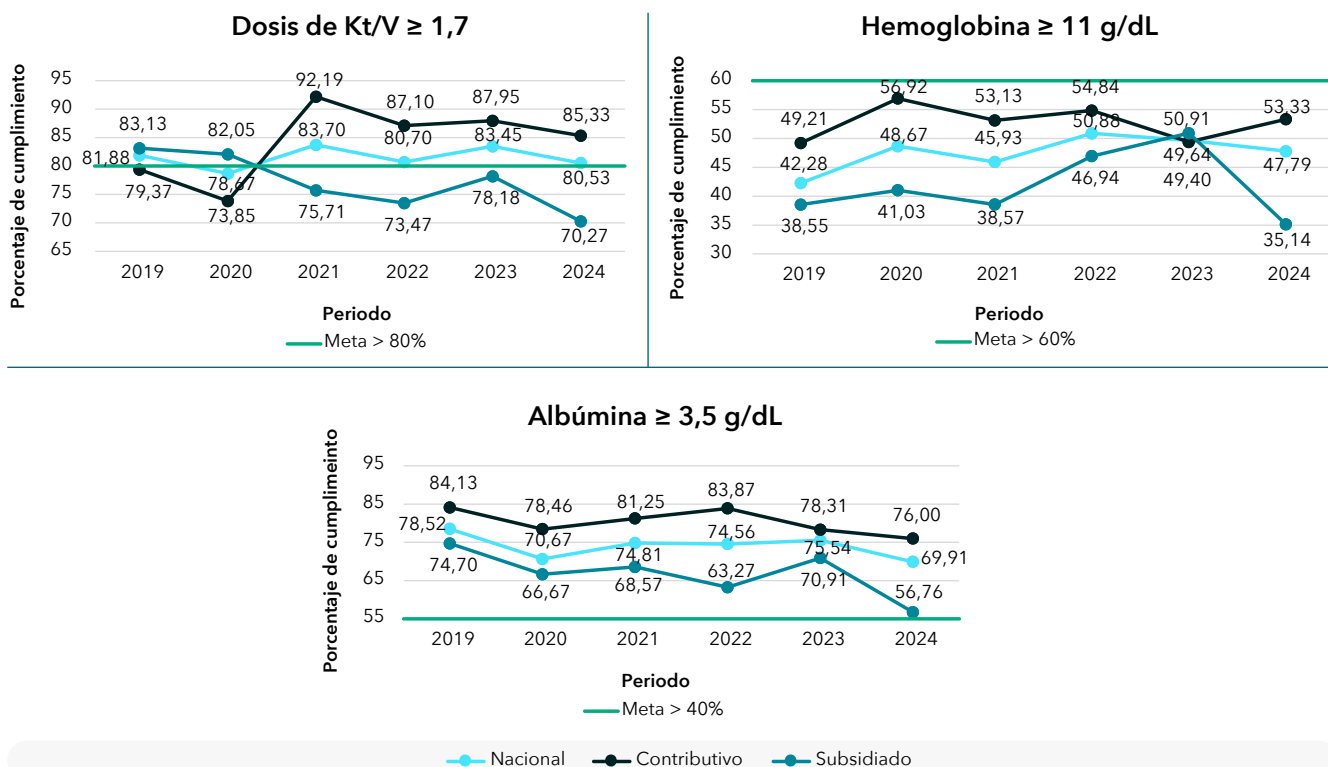


Kt/v: volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo.

[Descargar figura](#)

En los niños con DP, la dosis de Kt/V se redujo en 3,50% con respecto al periodo anterior, y tanto el indicador nacional como el del régimen contributivo tuvieron desempeño alto, mientras que el subsidiado se ha mantenido en cumplimiento medio desde el 2021 (**figura 70**). Por otra parte, la albúmina superó la meta, pero se redujo en 7,45%, mientras que la hemoglobina permaneció en el rango medio y también tuvo un descenso de 3,73%. En los 3 indicadores se observó una ampliación de la diferencia entre los regímenes

Figura 70. Tendencia de los indicadores en la población pediátrica con DP, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

8.6. Población con trasplante renal

8.6.1. Incidencia de la población con trasplante renal

Se identificaron 832 casos nuevos de trasplante renal, que tenían en promedio 44,82 años ($DE \pm 15,73$) y eran en su mayoría hombres (56,97% $n= 474$). La incidencia cruda fue de 15,86 por cada 1.000.000 de habitantes.

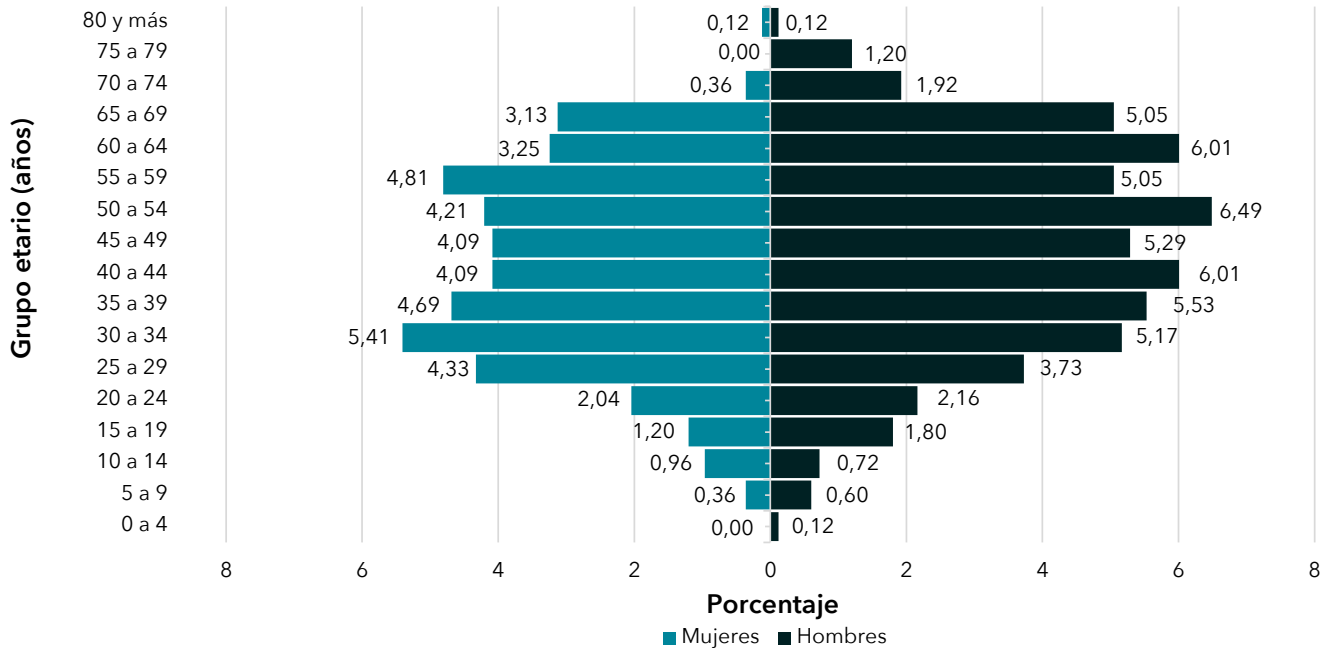
El 50,96% ($n= 424$) de las personas que recibieron trasplante renal durante el periodo 2024 tenían entre 30 y 54 años. El 5,41% ($n= 45$) eran mujeres en el quinquenio de 30 a 34 años y el 6,49% ($n= 54$) correspondió a los hombres con un rango de edad entre los 50 y 54 años (**figura 71**).



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



Figura 71. Pirámide poblacional de los casos incidentes de trasplante renal, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

En la **tabla 57** se muestra que la mayor cantidad de los casos nuevos de trasplante renal se registraron en la región Central (27,88%, n= 232) pero la IE más alta se estimó en Bogotá, D. C. Según el departamento, Valle del Cauca con 29,37 casos por 1.000.000 de habitantes (n= 146; IC 95%: 24,76 - 34,60) y Antioquia con 20,90 (n= 159; IC 95%: 17,75 - 24,46) tuvieron las IE más elevadas.

Los resultados tanto demográficos como del aseguramiento con una desagregación más detallada se pueden visualizar en la plataforma **HIGIA**.

Tabla 57. Tasa de incidencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos incidentes	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	5	1.586.332	3,15	3,08	0,99	7,32
Bogotá, D. C.	188	7.918.410	23,74	20,72	17,83	23,96
Caribe	88	11.977.734	7,35	7,32	5,87	9,02
Central	232	12.446.528	18,64	17,06	14,91	19,43
Oriental	140	10.012.714	13,98	12,94	10,88	15,29
Pacífica	179	8.514.012	21,02	19,99	17,16	23,16
Nacional	832	52.455.728	15,86	14,88	13,88	15,93

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

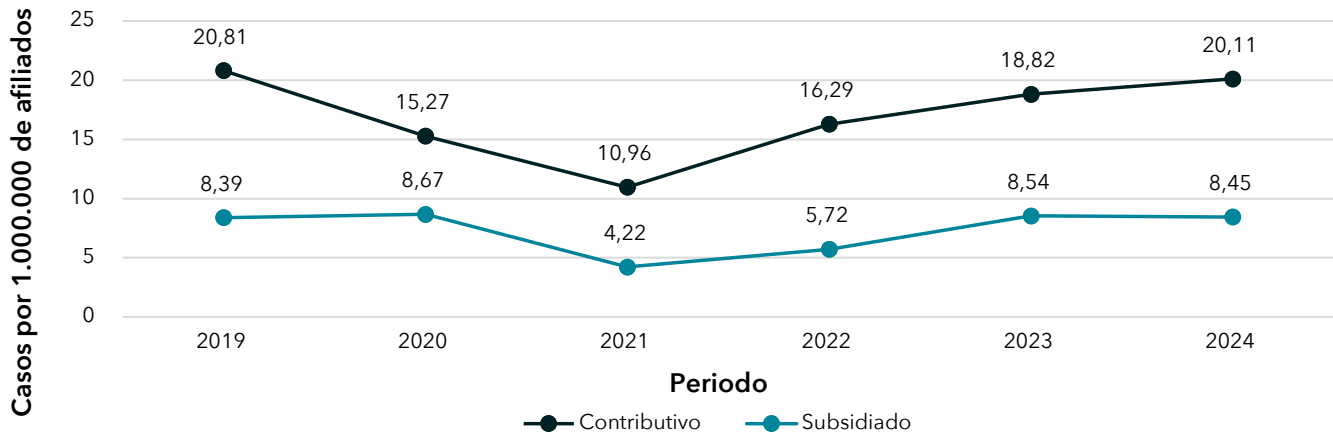
² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

Según el régimen, en el contributivo se reportaron 652 casos con trasplante renal (IE= 20,11; IC 95%: 18,58 - 21,73) y en el subsidiado 179 (IE= 8,45; IC 95%: 7,25 - 9,79) (**figura 72**). Las entidades con las mayores IE fueron la EAS016 (n= 1, IE= 47,98; IC 95%: 1,21 - 5.644,73) y la EPS046 (n= 3, IE= 42,04; IC 95%: 8,64 - 131,69).



Los resultados tanto demográficos como del aseguramiento con una desagregación más detallada se pueden visualizar en la plataforma **HIGIA**.

Figura 72. Tasa de incidencia estandarizada de trasplante renal según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

8.6.2. Prevalencia del trasplante renal

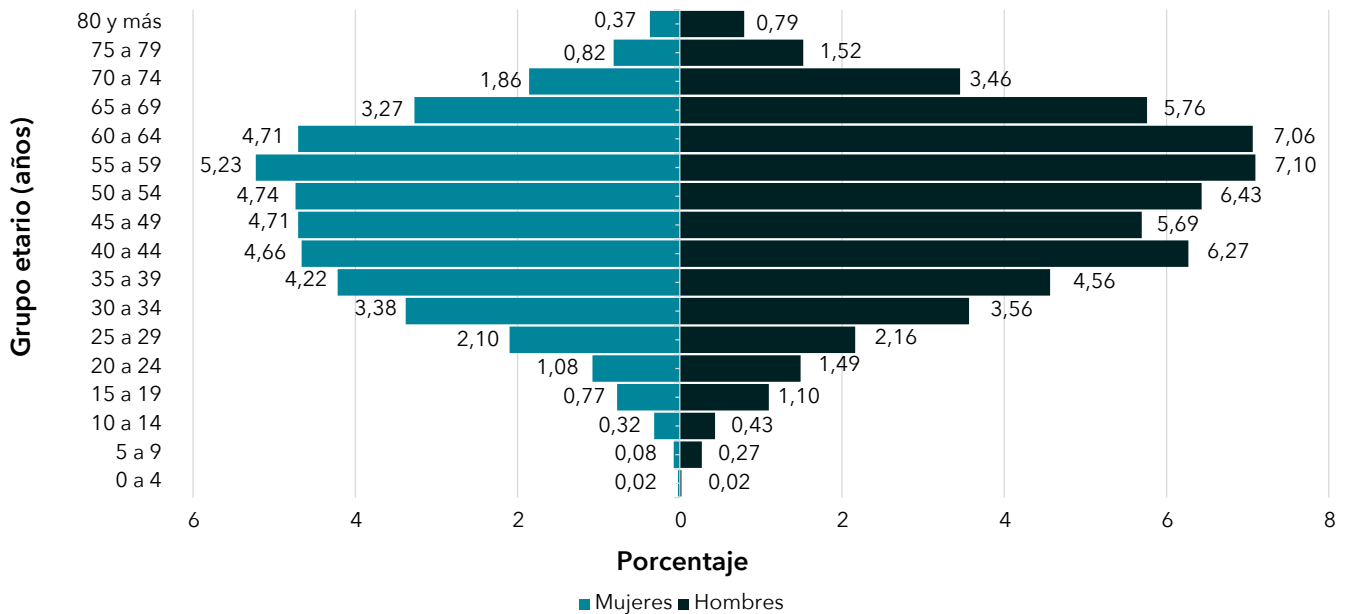
Se analizaron 9.202 personas con trasplante renal, que tenían un promedio de edad de 49,87 años (DE \pm 15,15) y el 57,69% (n= 5.309) correspondía a los hombres. La prevalencia cruda estimada para el periodo de reporte fue de 175,42 casos por cada 1.000.000 de habitantes. El 56,60% de los individuos (n= 5.208) tenían entre 40 y 64 años y el quinquenio de 55 y 59 años tuvo el mayor número de casos con 481 mujeres (5,23%) y 653 hombres (7,10%) (**figura 73**).



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



Figura 73. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de trasplante renal, Colombia 2024



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

[Descargar figura](#)

En la **tabla 58** se observa que el 30,18% (n= 2.777) de los casos prevalentes de trasplante renal residían en la región Central y la PE más alta se estimó en Bogotá, D. C. El Valle del Cauca (n= 1.682, PE= 320,42; IC 95%: 305,09 - 336,32) y Antioquia (n= 1.997, PE= 253,72; IC 95%: 242,61 - 265,21) fueron los departamentos con los valores más altos de PE.

En la plataforma **HIGIA** se pueden observar todos los resultados desagregados por departamento y EAPB.

Tabla 58. Prevalencia del trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	54	1.586.332	34,04	36,04	27,03	47,09
Bogotá, D. C.	2.166	7.918.410	273,54	236,55	226,60	246,84
Caribe	901	11.977.734	75,22	75,53	70,68	80,63
Central	2.777	12.446.528	223,11	196,63	189,30	204,16
Oriental	1.247	10.012.714	124,54	113,51	107,28	120,03
Pacífica	2.057	8.514.012	241,60	222,42	212,85	232,31
Nacional	9.202	52.455.728	175,42	161,36	158,06	164,71

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

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

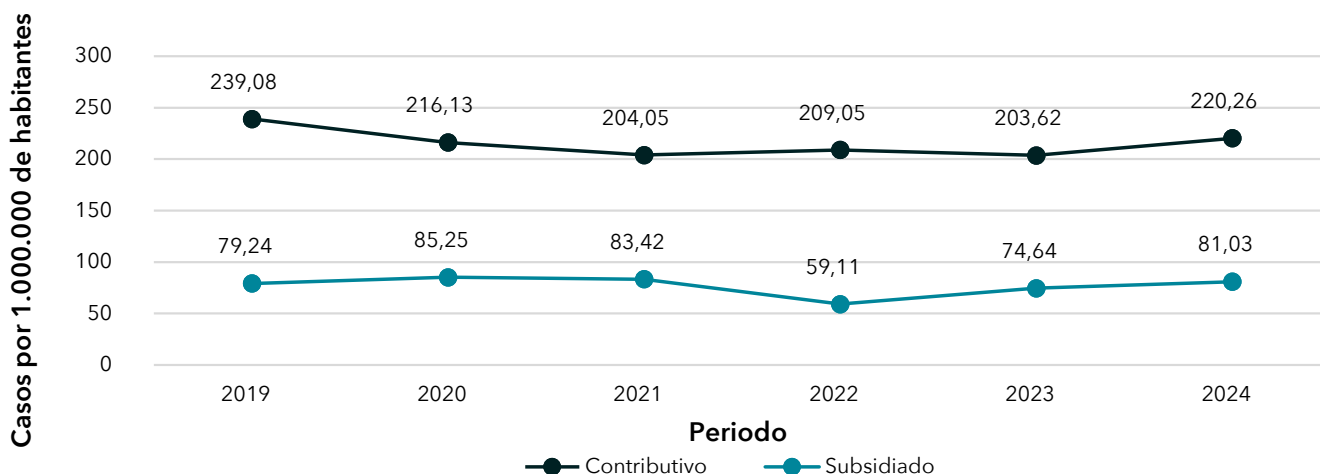
Adicionalmente, se estimó una PE de trasplante de 220,26 casos por 1.000.000 de afiliados (n= 7.370; IC 95%: 215,22 - 225,39) en el régimen contributivo y de 81,03 (n= 1.709; IC 95%: 77,20 - 84,99) en el subsidiado (**figura 74**). En la EAS016 (n= 14, PE= 1.776,06; IC 95%: 134,11 - 8.259,62) y la EAS027 (n= 9, PE= 1.600,04; IC 95%: 389,85 - 4.141,78) se estimaron las prevalencias más altas.

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuerpoabiertos.org

Figura 74. Prevalencia estandarizada de trasplante renal según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



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

[Descargar figura](#)

8.6.3. Mortalidad por todas las causas de la población con trasplante renal

En el periodo se identificaron 201 fallecidos por todas las causas con trasplante renal. El 61,69% (n= 124) eran de sexo masculino y el promedio de la edad fue de 64,27 años (DE \pm 13,90). La tasa de mortalidad cruda fue de 3,83 por cada 1.000.000 de habitantes en el país.

La TME según la región de residencia fue más alta en la Pacífica, seguida de Bogotá, D. C., (tabla 59). Por departamentos, en Casanare se estimó la mayor TME (n= 2, TME= 6,25; IC 95%: 0,75 - 21,13), seguido de Antioquia con 5,36 defunciones por cada 1.000.000 de habitantes (n= 39; IC 95%: 3,81 - 7,34).



En la plataforma **HIGIA** podrá explorar con mayor detalle los resultados en los ámbitos demográfico y del aseguramiento.

Tabla 59. Mortalidad por todas las causas en la población con trasplante renal por 1.000.000 de habitantes según la región, Colombia 2024

Región	Casos fallecidos	Denominador DANE	Mortalidad cruda	Mortalidad estandarizada ¹	IC 95% ²	
					Límite inferior	Límite superior
Amazonía-Orinoquía	2	1.586.332	1,26	1,43	0,17	5,08
Bogotá, D. C.	42	7.918.410	5,30	4,29	3,09	5,83
Caribe	21	11.977.734	1,75	1,73	1,07	2,65
Central	54	12.446.528	4,34	3,43	2,57	4,51
Oriental	34	10.012.714	3,40	2,82	1,95	3,97
Pacífica	48	8.514.012	5,64	4,68	3,44	6,23
Nacional	201	52.455.728	3,83	3,26	2,82	3,75

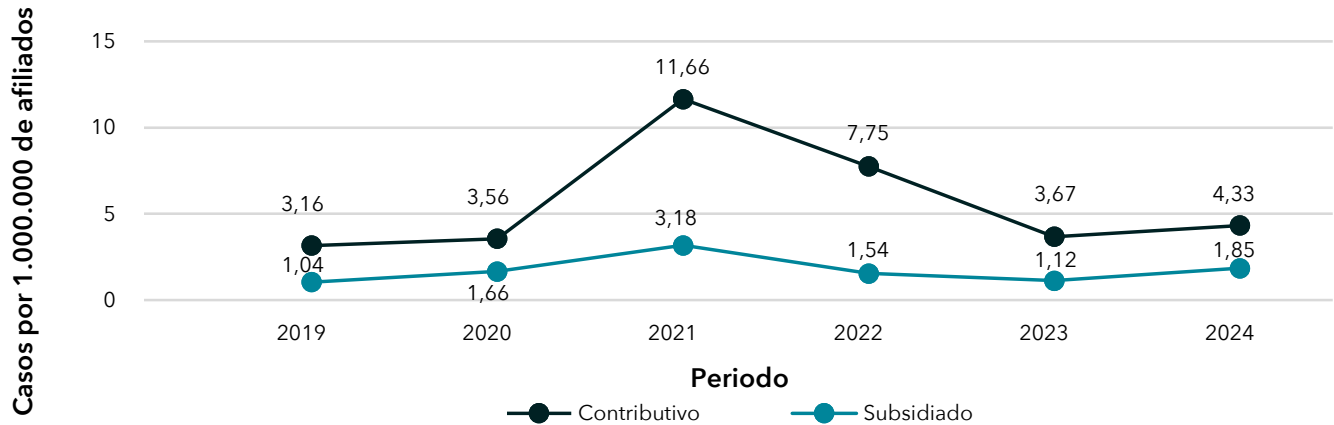
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

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

En el aseguramiento, para el régimen contributivo se estimó una TME de 4,33 casos por 1.000.000 de afiliados (n= 158; IC 95%: 3,68 - 5,07), superior a la del subsidiado (n= 42, TME= 1,85; IC 95%: 1,33 - 2,51) (figura 75). La EPS037 informó el mayor número de defunciones en las personas con trasplante (n= 44, TME= 4,81; IC 95%: 3,42 - 6,66), pero en la EPS012 se estimó la TME más alta (n= 5, TME= 10,95; IC 95%: 3,55 - 28,91).



Figura 75. Mortalidad estandarizada por todas las causas de trasplante renal según el régimen de afiliación, Colombia 2019 - 2024



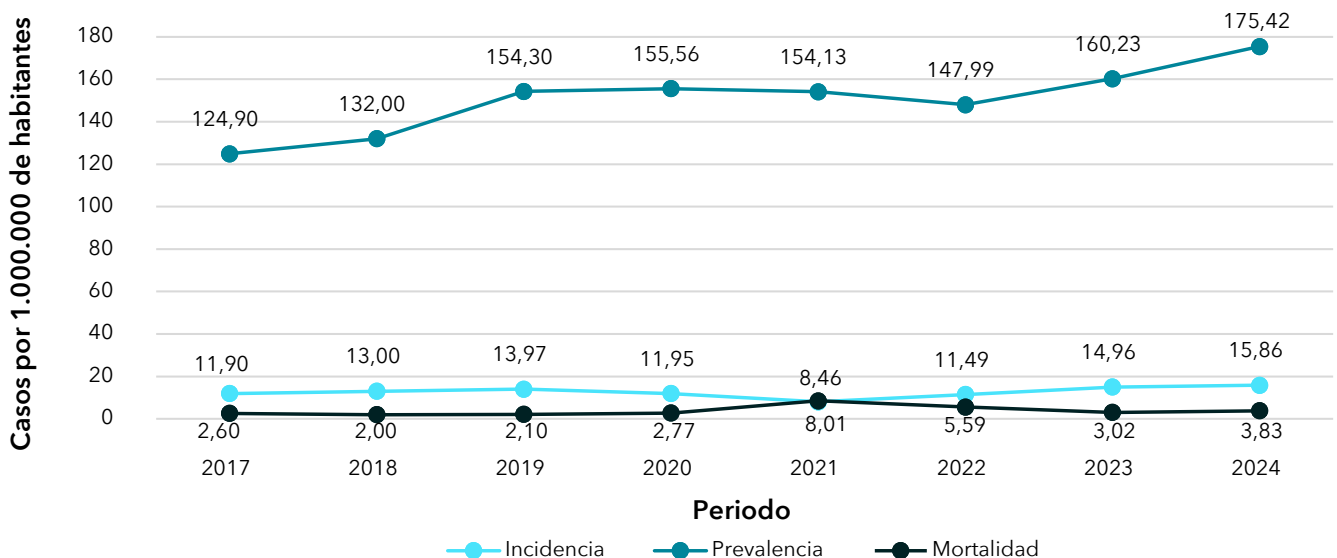
La población de referencia correspondió a la estándar mundial por grupos quinquenales de edad, según la definición de la OMS.

[Descargar figura](#)

El 13,93% (n= 28) de las personas con trasplante renal fallecieron por infecciones, el 5,47% (n= 11) por la ERC, el 1,99% (n= 4) por cáncer, el 1,99% (n= 4) por enfermedad cardiovascular y el 9,95% (n= 20) por otras causas. El 66,67% (n= 134) no tenía información en la historia clínica sobre el motivo de muerte.

En la **figura 76** se observa que la incidencia del trasplante renal incrementó en 6,02%, la prevalencia en 8,49% y la mortalidad en 26,82%, comparado con el periodo anterior.

Figura 76. Tendencia de las medidas de morbimortalidad de los casos con trasplante renal, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

8.7. Tratamiento inmunosupresor en trasplante renal

El micofenolato (83,20%), el tacrolimus (73,76%) y la prednisona (67,01%) fueron los medicamentos más utilizados en la terapia inmunosupresora para las personas con trasplante renal, gestionadas durante el periodo 2024 (tabla 60).

Tabla 60. Medicamentos usados en el periodo de reporte en los casos prevalentes con trasplante renal funcional, Colombia 2024

Medicamento inmunosupresor	n	%
Micofenolato	7.587	83,20
Tacrolimus	6.726	73,76
Prednisona	6.111	67,01
Everolimus	888	9,74
Ciclosporina	739	8,10
Azatioprina	485	5,32
Belatacept	423	4,64
Sirolimus	309	3,39
Deflazacort	140	1,54
Metilprednisolona	61	0,67

En la **tabla 61**, se presentan los esquemas de tratamiento utilizados con la mayor frecuencia, de acuerdo con el número de medicamentos reportados en los casos vivos y activos con trasplante renal funcional realizado hace más de un año. En el 62,87% (n= 4.979) de las personas se utilizaron esquemas con 3 medicamentos, en el 32,21% (n= 2.551) con 2, en el 1,49% (n= 118) con uno solo y en el 0,86% (n= 68) con 4 o 5 productos. No se contó con información en 203 casos. La combinación de micofenolato con tacrolimus (61,94%) y la de micofenolato con tacrolimus y prednisona (64,19%) fueron las más frecuentes entre los tratamientos con 2 y 3 medicamentos, respectivamente.

Tabla 61. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2024

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
1	Micofenolato	51	43,22
	Tacrolimus	30	25,42
	Prednisona	11	9,32
	Everolimus	9	7,63
	Azatioprina	5	4,24
	Sirolimus	5	4,24
	Belatacept	5	4,24
	Ciclosporina	2	1,69



Tabla 61. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2024 (continuación)

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
2	Micofenolato + Tacrolimus	1.580	61,94
	Micofenolato + Ciclosporina	192	7,53
	Tacrolimus + Prednisona	143	5,61
	Micofenolato + Prednisona	104	4,08
	Micofenolato + Everolimus	95	3,72
	Micofenolato + Belatacept	72	2,82
	Micofenolato + Sirolimus	59	2,31
	Prednisona + Everolimus	58	2,27
	Tacrolimus + Azatioprina	56	2,20
	Tacrolimus + Everolimus	49	1,92
	Prednisona + Sirolimus	29	1,14
	Prednisona + Ciclosporina	23	0,90
	Ciclosporina + Azatioprina	20	0,78
	Prednisona + Azatioprina	20	0,78
	Prednisona + Belatacept	15	0,59
	Tacrolimus + Sirolimus	8	0,31
	Everolimus + Belatacept	6	0,24
	Ciclosporina + Everolimus	4	0,16
	Azatioprina + Everolimus	4	0,16
	Micofenolato + Deflazacort	4	0,16
	Azatioprina + Sirolimus	3	0,12
	Ciclosporina + Sirolimus	1	0,04
	Everolimus + Deflazacort	1	0,04
	Tacrolimus + Deflazacort	1	0,04
	Tacrolimus + Belatacept	1	0,04
	Tacrolimus + Metilprednisolona	1	0,04
	Sirolimus + Deflazacort	1	0,04
	Micofenolato + Metilprednisolona	1	0,04

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuerpoarbitro.org

Tabla 61. Esquemas de tratamiento en los casos de trasplante renal funcional realizado hace más de un periodo y que están vivos y activos a la fecha de corte, Colombia 2024 (continuación)

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
3	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona	3.196	64,19
	Micofenolato + Prednisona + Ciclosporina	372	7,47
	Tacrolimus + Prednisona + Azatioprina	261	5,24
	Micofenolato + Prednisona + Everolimus	261	5,24
	Micofenolato + Prednisona + Belatacept	240	4,82
	Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	204	4,10
	Micofenolato + Prednisona + Sirolimus	141	2,83
	Micofenolato + Tacrolimus + Deflazacort	79	1,59
	Prednisona + Everolimus + Belatacept	47	0,94
	Prednisona + Ciclosporina + Azatioprina	41	0,82
	Tacrolimus + Prednisona + Sirolimus	15	0,30
	Prednisona + Azatioprina + Everolimus	15	0,30
	Micofenolato + Tacrolimus + Metilprednisolona	14	0,28
	Tacrolimus + Azatioprina + Deflazacort	14	0,28
	Micofenolato + Ciclosporina + Deflazacort	12	0,24
	Prednisona + Ciclosporina + Everolimus	11	0,22
	Tacrolimus + Everolimus + Deflazacort	6	0,12
	Micofenolato + Sirolimus + Deflazacort	6	0,12
	Micofenolato + Tacrolimus + Ciclosporina	6	0,12
	Micofenolato + Tacrolimus + Everolimus	5	0,10
	Micofenolato + Tacrolimus + Sirolimus	5	0,10
	Micofenolato + Tacrolimus + Azatioprina	4	0,08
	Micofenolato + Everolimus + Deflazacort	4	0,08
	Prednisona + Azatioprina + Belatacept	3	0,06
	Prednisona + Azatioprina + Sirolimus	3	0,06
	Micofenolato + Everolimus + Belatacept	2	0,04
	Tacrolimus + Prednisona + Deflazacort	1	0,02
	Tacrolimus + Prednisona + Ciclosporina	1	0,02
	Micofenolato + Tacrolimus + Belatacept	1	0,02
	Tacrolimus + Sirolimus + Deflazacort	1	0,02
	Micofenolato + Belatacept + Deflazacort	1	0,02
	Tacrolimus + Azatioprina + Everolimus	1	0,02
	Prednisona + Sirolimus + Metilprednisolona	1	0,02
	Prednisona + Ciclosporina + Sirolimus	1	0,02
Micofenolato + Ciclosporina + Everolimus	1	0,02	
Ciclosporina + Azatioprina + Deflazacort	1	0,02	
Tacrolimus + Ciclosporina + Azatioprina	1	0,02	
Tacrolimus + Prednisona + Belatacept	1	0,02	

En los casos que recibieron trasplante renal durante el periodo 2024, se utilizaron en su mayoría los esquemas con 3 medicamentos inmunosupresores (66,83%, n= 556) seguido de combinaciones de 2 (26,32%, n= 219) y 4 productos (2,28%, n= 19), aunque también se reportaron esquemas con 1 o 5 medicamentos (0,96%, n= 8) y 30



personas sin información. La combinación de micofenolato con tacrolimus (86,30%) y la de micofenolato con tacrolimus y prednisona (87,41%) fueron las más frecuentes entre de los tratamientos con 2 y 3 medicamentos, respectivamente (**tabla 62**).

Tabla 62. Esquemas de tratamiento en las personas trasplantadas durante el último periodo, Colombia 2024

Número de medicamentos	Medicamento inmunosupresor	n	%
1	Prednisona	3	42,86
	Tacrolimus	2	28,57
	Ciclosporina	1	14,29
	Micofenolato	1	14,29
2	Micofenolato + Tacrolimus	189	86,30
	Tacrolimus + Prednisona	10	4,57
	Tacrolimus + Everolimus	4	1,83
	Prednisona + Everolimus	3	1,37
	Micofenolato + Prednisona	3	1,37
	Tacrolimus + Metilprednisolona	2	0,91
	Micofenolato + Everolimus	2	0,91
	Micofenolato + Belatacept	1	0,46
	Micofenolato + Metilprednisolona	1	0,46
	Prednisona + Sirolimus	1	0,46
	Micofenolato + Ciclosporina	1	0,46
	Prednisona + Metilprednisolona	1	0,46
	Prednisona + Azatioprina	1	0,46
	3	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona	486
Tacrolimus + Prednisona + Everolimus		24	4,32
Micofenolato + Prednisona + Belatacept		10	1,80
Micofenolato + Tacrolimus + Metilprednisolona		8	1,44
Micofenolato + Prednisona + Everolimus		7	1,26
Micofenolato + Prednisona + Ciclosporina		7	1,26
Tacrolimus + Prednisona + Azatioprina		5	0,90
Prednisona + Everolimus + Belatacept		3	0,54
Micofenolato + Prednisona + Azatioprina		1	0,18
Micofenolato + Tacrolimus + Belatacept		1	0,18
Tacrolimus + Azatioprina + Deflazacort		1	0,18
Micofenolato + Tacrolimus + Azatioprina		1	0,18
Prednisona + Azatioprina + Everolimus		1	0,18
Micofenolato + Tacrolimus + Sirolimus		1	0,18
4	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Metilprednisolona	13	76,47
	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Ciclosporina	2	11,76
	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Azatioprina	1	5,88
	Micofenolato + Tacrolimus + Prednisona + Everolimus	1	5,88

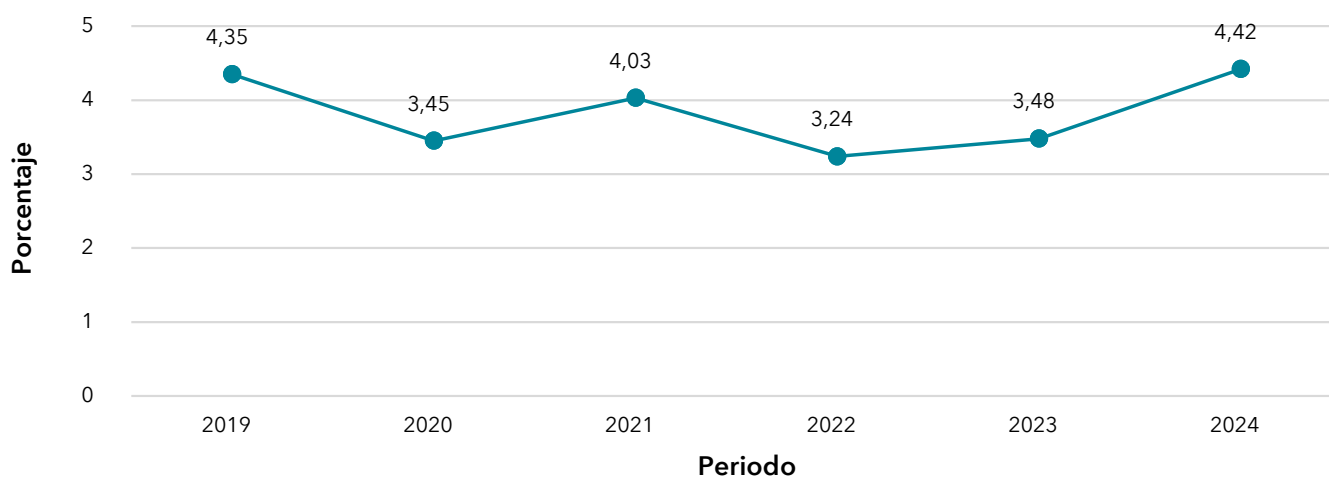
8.8. Indicadores de seguimiento al trasplante renal

8.8.1. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los mayores de 18 años

8.8.1.1. Complicaciones quirúrgicas

Este indicador expresa la proporción de las personas trasplantadas durante el último año, que presentaron alguna complicación quirúrgica relacionada con el trasplante, según el reporte de cada entidad. Por segundo periodo consecutivo se observó un incremento, y comparado con el periodo 2023, el aumento fue del 27,01% (figura 77). Las complicaciones de la herida quirúrgica fueron las más frecuentes y se reportaron especialmente en la región Central (tabla 63).

Figura 77. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2024



La figura incluye complicaciones de tipo vascular, urológicas o de herida quirúrgica.

[Descargar figura](#)

Tabla 63. Complicaciones quirúrgicas posteriores al trasplante en los adultos trasplantados durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2024

Región	Tipo de complicación n(%)			
	General	Vascular	Urológica	Herida quirúrgica
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	5 (2,78)	1 (0,56)	3 (1,67)	1 (0,56)
Caribe	1 (1,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,35)
Central	14 (6,64)	4 (1,90)	6 (2,84)	7 (3,32)
Oriental	12 (9,30)	1 (0,78)	5 (3,88)	6 (4,65)
Pacífica	2 (1,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,18)
Nacional	34 (4,42)	6 (0,78)	14 (1,82)	17 (2,21)

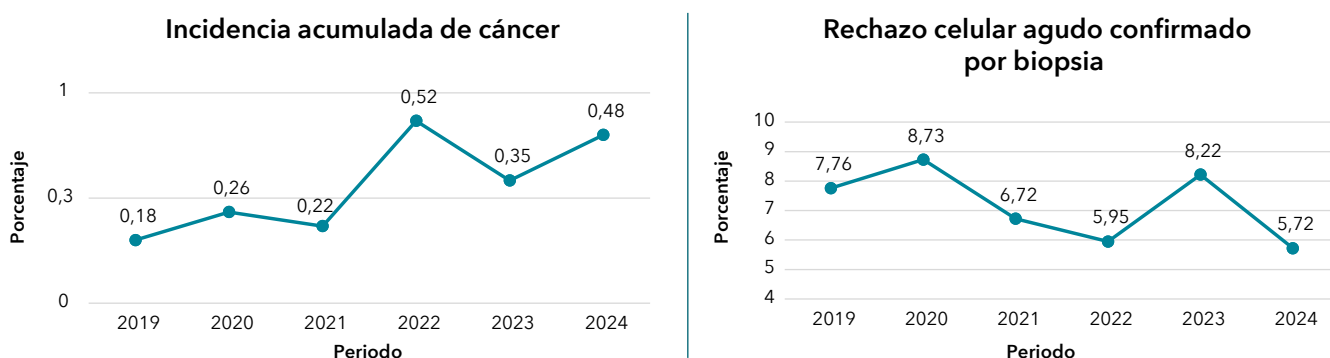
8.8.1.2. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia

La incidencia acumulada del cáncer contempla la población con trasplante renal que tuvo este diagnóstico durante el periodo de estudio, en relación con aquellos que al inicio del periodo estaban en riesgo de desarrollarlo, es decir, que no tenían documentada la presencia o antecedente de la enfermedad. Por su parte, el rechazo celular agudo hace referencia a las personas trasplantadas en el periodo, que sufrieron dicha complicación.



Comparado con el 2023, la incidencia del cáncer incrementó en 37,14%, mientras que el rechazo celular se redujo en 30,41% (**figura 78**). Según las regiones, en la Central se calcularon los mayores porcentajes de los 2 indicadores (**tabla 64**).

Figura 78. Tendencia de la incidencia acumulada de cáncer y el rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados, Colombia 2019 - 2024



[Descargar figura](#)

Tabla 64. Incidencia acumulada del cáncer y rechazo celular agudo confirmado por biopsia en los adultos trasplantados según la región, Colombia 2024

Región	Incidencia acumulada de cáncer n (%)	Rechazo celular agudo confirmado por biopsia n (%)
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	6 (0,33)	9 (5,00)
Caribe	0 (0,00)	4 (5,41)
Central	24 (1,03)	16 (7,58)
Oriental	3 (0,28)	9 (6,98)
Pacífica	5 (0,27)	6 (3,53)
Nacional	38 (0,48)	44 (5,72)

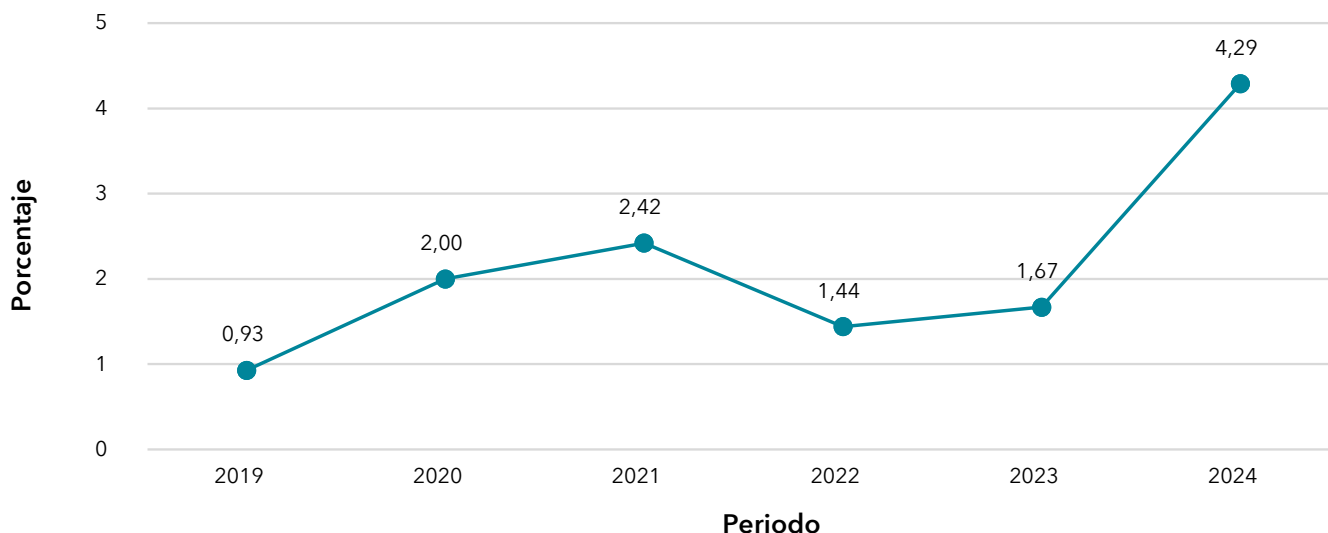
A 367 casos de los 9.119 prevalentes de trasplante renal gestionados durante el 2023, se les diagnosticó cáncer posterior al inicio de la terapia (4,02%). En el primer año se reportaron 22 personas y en el segundo 27; en general, el 31,06 % (n= 114) de los individuos se detectaron antes de los 5 años, el 28,07 % (n= 103) entre 5 y 9 años y el 40,87 % (n= 150) tras los 10 años de trasplante. En el periodo 2023 se diagnosticaron 40 de estos casos, de los que el 32,50 % (n= 13) tenía menos de 5 años de trasplantado.

En cuanto al rechazo celular agudo, de 731 casos prevalentes que se trasplantaron en 2023 y se reportaron en el 2024, 72 (9,84%) presentaron rechazo celular: 57 durante el mismo periodo del trasplante, mientras que los restantes 15 lo sufrieron en el periodo de reporte actual.

8.8.1.3. Infecciones oportunistas

Este indicador expresa la proporción de las personas trasplantadas durante el último año que presentaron alguna infección oportunista, según la información presentada por cada entidad. En la **figura 79** se observa que las complicaciones en 2024 fueron superiores al doble, comparado con el periodo anterior; el tipo más frecuente fue la infección por citomegalovirus y fue en la región Central donde se reportaron los eventos con mayor frecuencia (**tabla 65**).

Figura 79. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte, Colombia 2019 - 2024



La figura representa las infecciones oportunistas por citomegalovirus, hongos o tuberculosis.

[Descargar figura](#)

Tabla 65. Infecciones oportunistas posteriores al trasplante en los adultos durante el periodo de reporte según la región, Colombia 2024

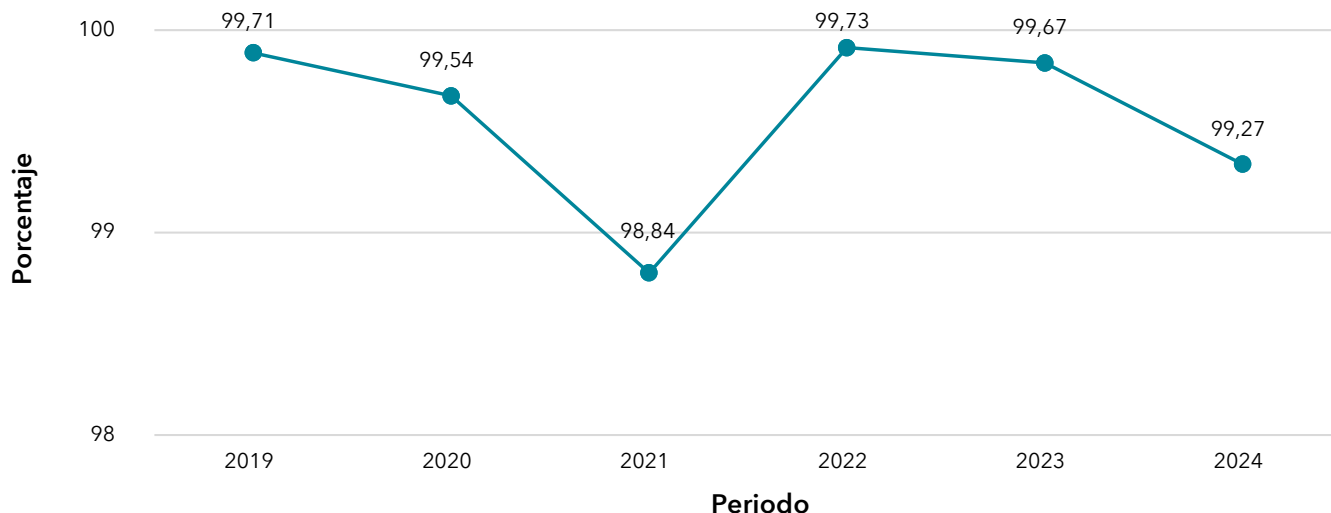
Región	Tipo de infección n (%)			
	General	Citomegalovirus	Hongos	Tuberculosis
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	5 (2,78)	5 (2,78)	0 (0,00)	0 (0,00)
Caribe	2 (2,70)	2 (2,70)	1 (1,35)	0 (0,00)
Central	20 (9,48)	18 (8,53)	0 (0,00)	2 (0,95)
Oriental	4 (3,10)	4 (3,10)	0 (0,00)	1 (0,78)
Pacífica	2 (1,18)	2 (1,18)	0 (0,00)	0 (0,00)
Nacional	33 (4,29)	31 (4,03)	1 (0,13)	3 (0,39)

8.8.1.4. Medición de la creatinina en los casos trasplantados en el periodo anterior

Este indicador hace referencia a la proporción de las personas trasplantadas en el periodo 2023, a quienes se realizó medición de la creatinina en el 2024. De acuerdo con esto, en la **figura 80** se evidencia que, por segundo periodo consecutivo, el porcentaje de estos casos a los que se les realizó la toma del examen disminuyó discretamente (0,40% con respecto al 2023). De acuerdo con las regiones, en la Caribe, la Central y la Oriental no se realizó la medición a la totalidad de la población y, en general, el 48,68% (n= 334) estaba en el rango entre 1,2 y < 2 mg/dL (**tabla 66**).



Figura 80. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior, Colombia 2019 - 2024



[Descargar figura](#)

Tabla 66. Medición de la creatinina en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2024

Región	Medición de creatinina (mg/dl) n (%)			
	General	Entre 0,5 y < 1,2	Entre 1,2 y < 2	Entre 2 y 9
Amazonía-Orinoquía	7 (100,00)	3 (42,86)	3 (42,86)	1 (14,29)
Bogotá, D. C.	182 (100,00)	72 (39,56)	94 (51,65)	16 (8,79)
Caribe	74 (97,37)	26 (34,21)	40 (52,63)	8 (10,53)
Central	164 (98,80)	77 (46,39)	73 (43,98)	14 (8,43)
Oriental	73 (98,65)	31 (41,89)	32 (43,24)	10 (13,51)
Pacífica	181 (100,00)	73 (40,33)	92 (50,83)	16 (8,84)
Nacional	681 (99,27)	282 (41,11)	334 (48,69)	65 (9,48)

8.8.1.5. Medición de la tasa de filtración glomerular

La medición de la TFG permite evaluar la función e identificar el riesgo de falla del injerto. De las personas trasplantadas durante el periodo 2023, solo el 1,60% no tenía la información de la medición; el 45,92% tenía entre 60 y < 90 ml/min/1,73 m² y se resalta que solo el 3,64% (n= 25) reportó un valor inferior a 30 (**tabla 67**).

Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2024

Población con terapia de reemplazo renal

www.cuentadealtocosto.org

Tabla 67. Medición de la TFG (ml/min/1,73m²) en el periodo de reporte actual en los adultos trasplantados en el periodo anterior según la región, Colombia 2024

Región	Tasa de filtración glomerular (ml/min/1,73m ²)					
	Sin información	Entre 90 y 250	60 a < 90	30 a < 60	15 a < 30	< 15
Amazonía-Orinoquía	0 (0,00)	2 (28,57)	4 (57,14)	1 (14,29)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bogotá, D. C.	3 (1,65)	13 (7,14)	93 (51,10)	68 (37,36)	5 (2,75)	0 (0,00)
Caribe	2 (2,63)	10 (13,16)	35 (46,05)	27 (35,53)	1 (1,32)	1 (1,32)
Central	4 (2,41)	19 (11,45)	76 (45,78)	63 (37,95)	4 (2,41)	0 (0,00)
Oriental	2 (2,70)	5 (6,76)	35 (47,30)	28 (37,84)	4 (5,41)	0 (0,00)
Pacífica	0 (0,00)	20 (11,05)	72 (39,78)	79 (43,65)	9 (4,97)	1 (0,55)
Nacional	11 (1,60)	69 (10,06)	315 (45,92)	266 (38,78)	23 (3,35)	2 (0,29)

8.8.2. Indicadores de seguimiento del trasplante renal en los menores de 18 años

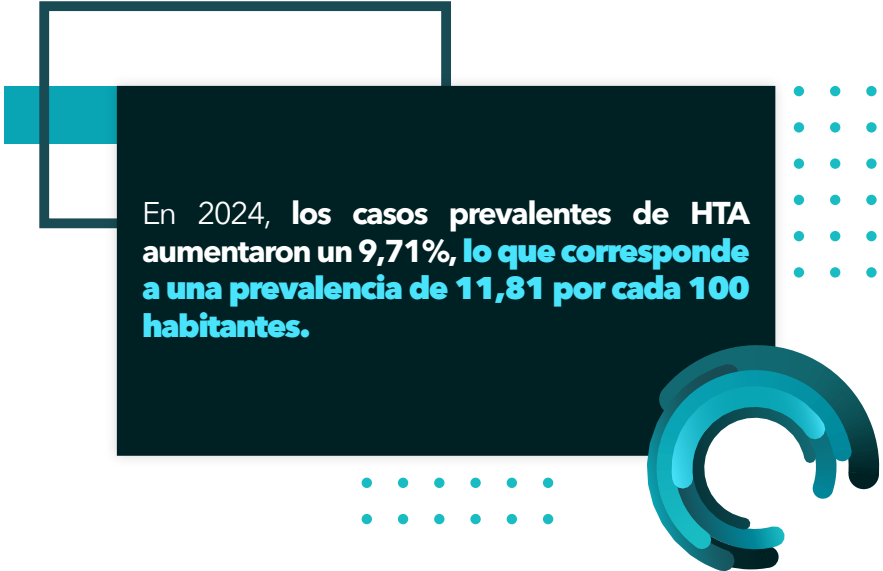
En la población menor de 18 años con trasplante renal solo se evidenció 1 caso de rechazo celular de tipo agudo confirmado por biopsia; para los demás indicadores no se informaron casos con los eventos relacionados.



Discusión y conclusiones

En 2024, los casos prevalentes de HTA aumentaron un 9,71%, lo que corresponde a una prevalencia de 11,81 por cada 100 habitantes. Al desagregar por el sexo, el indicador fue mayor en las mujeres, con 13,96 casos por cada 100 habitantes, mientras que en los hombres fue de 9,56 por cada 100. En contraste, a nivel mundial la prevalencia de esta enfermedad es ligeramente mayor en los hombres, con 34 casos por cada 100 personas, en comparación con 32 casos por cada 100 en las mujeres (39). La menor prevalencia de hipertensión en las mujeres se asocia a la edad, siendo más baja que en los hombres menores de 50 años, pero igualándose en el grupo de 50 a 79 años, con un 49% en ambos sexos (39).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el 54% de los adultos de entre 30 y 79 años con HTA han sido diagnosticados, el 42% recibe tratamiento y solo el 21% tiene la enfermedad bajo control (39). Estos indicadores varían significativamente según el sexo, ya que en la mayoría de las regiones del mundo las mujeres con hipertensión tienen más probabilidades que los hombres de ser diagnosticadas, recibir tratamiento y mantener la enfermedad controlada (39). Así mismo, la cobertura de tratamiento presenta diferencias importantes en el ámbito global, siendo más alta en la región de las Américas (60%) y más baja en la región de África (27%) (39).



En 2024, los casos prevalentes de HTA aumentaron un 9,71%, lo que corresponde a una prevalencia de 11,81 por cada 100 habitantes.

Adicionalmente, de acuerdo con la OMS, entre 1990 y 2019 el número de adultos con HTA se duplicó a nivel mundial, pasando de 650 millones a 1.300 millones, con mayor impacto en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (39). En contraste, en Colombia la incidencia en 2024 fue la más baja desde 2017, con 4,09 casos por cada 100 habitantes y una reducción del 30,22% frente al periodo anterior. Esta aparente mejora podría ocultar casos no detectados, por lo que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno siguen siendo fundamentales para prevenir complicaciones y evitar un deterioro en la salud de las personas con HTA no controlada (39).

En relación con la mortalidad asociada a la HTA, según la OMS, el 38% de las muertes atribuibles a una presión arterial sistólica elevada ocurren en adultos menores de 70 años (39). En comparación, según los datos informados a la CAC, el 41,66% de las mujeres con HTA fallecidas por todas las causas tenía 75 años o más, mientras que en los hombres esta proporción fue menor, con un 31,23%. En contraste, el 23,15% de las personas fallecidas tenían menos de 70 años.

Además, según la causa de muerte informada a la CAC, la proporción de fallecimientos en las personas con HTA atribuibles a ERC fue mayor (2,73%; n= 3.557) que la atribuida a enfermedad cardiovascular (1,96%; n= 2.546). En contraste, a nivel global, en 2019 más de la mitad de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares se relacionaron con presión arterial sistólica elevada, incluyendo todos los decesos por enfermedad cardíaca hipertensiva, cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular (39).

Por otro lado, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés), se estima que en 2024 la prevalencia de DM en las personas de entre 20 y 79 años en Colombia fue de 8,4 por cada 100 habitantes (29). En contraste, en el contexto del aseguramiento en el país, la PE fue de 3,74 casos por cada 100 habitantes.

Además, la TME por todas las causas fue de 77,61 por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 76,94 - 78,29). Si bien estas cifras nacionales están por debajo del promedio global, podrían estar subestimadas debido al posible subregistro de los casos y a la naturaleza silenciosa de la enfermedad en sus etapas iniciales.

A su vez, la principal causa de mortalidad en personas con DM a nivel mundial es la enfermedad cardiovascular. De hecho, quienes viven con DM tipo 2 presentan un 72% más de riesgo de infarto, un 52% más de riesgo de accidente cerebrovascular y un 84% más de riesgo de insuficiencia cardíaca (29). Sin embargo, en Colombia, según los registros reportados a la CAC, la principal causa de muerte en personas con DM fue la enfermedad renal crónica (ERC), con un 3,08% del total de fallecidos (n= 1.570), superando a la enfermedad cardiovascular, que representó el 2,64% (n= 1.348).

A nivel global, los casos incidentes de DM aumentaron de 11,3 millones en 1990 a 22,9 millones en 2017, lo que representa un incremento del 102,9%. Así mismo, la IE pasó de 233,6 a 284,6 durante el mismo periodo. Adicionalmente, se estima que, de no implementarse intervenciones efectivas, para el año 2025 los nuevos casos de DM podrían incrementarse en 26,6 millones. En contraste, los datos nacionales evidencian una tendencia opuesta, ya que, tras alcanzar su valor máximo en 2019, se ha observado una disminución sostenida en la incidencia de DM, con una reducción del 33,87% respecto a 2023 (40).

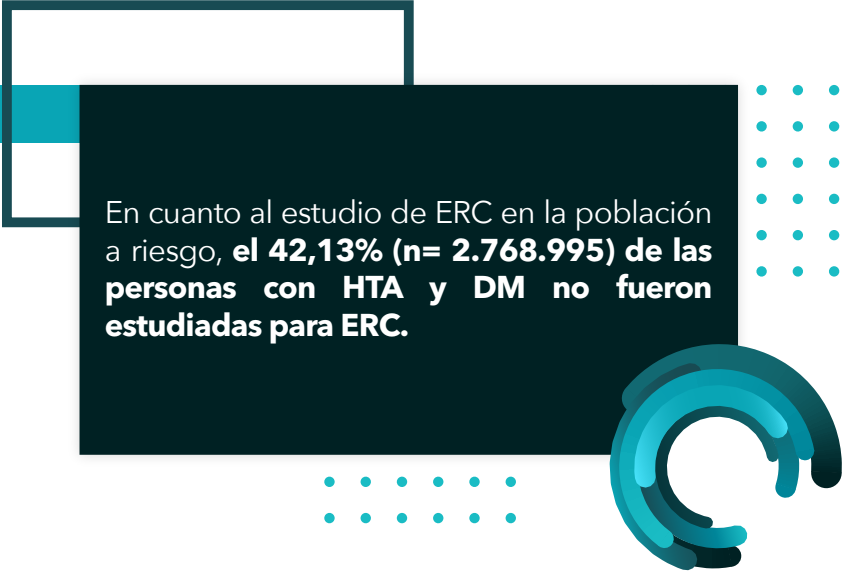
En 2016, la DM ocupaba el puesto 16 entre las principales causas de AVP

en el mundo, y se proyecta que para 2040 ascenderá al séptimo lugar, justo después de la ERC y el Alzheimer (41). Esta estimación no solo evidencia un aumento sostenido en su prevalencia, sino también la gravedad de sus consecuencias en términos de mortalidad prematura. Esta tendencia resalta la necesidad urgente de reforzar las estrategias de prevención, detección temprana y manejo integral, enfocándose especialmente en los factores de riesgo metabólicos modificables que impulsan su crecimiento.

En cuanto al estudio de ERC en la población a riesgo, el 42,13% (n= 2.768.995) de las personas con HTA y DM no fueron estudiadas para ERC. Según la guía de práctica KDIGO 2024, las condiciones de mayor prioridad para la detección de ERC son la HTA, la DM y las ECV, incluida la insuficiencia cardíaca. En el caso de la diabetes, KDIGO recomienda realizar un estudio anual de ERC en personas con esta enfermedad. Además, los esfuerzos de cribado en esta y otras poblaciones deben incluir la evaluación de la TFG y de la albuminuria (2).

Por otro lado, en 2024 se informó una PE de ERC de 1,98 por cada 100 habitantes (IC 95%: 1,98 - 1,98). En comparación, según el GBD, la PE de ERC para Colombia en 2017 fue de 9,63 por cada 100 habitantes, lo que significa un aumento del 1,1% respecto a 1990 (3). Este valor superior al registrado en la CAC podría deberse a un subregistro, especialmente de los casos nuevos de esta enfermedad que en sus etapas iniciales suele ser asintomática, lo que retrasa su diagnóstico. Razón por la cual, la búsqueda activa de las personas con enfermedades de interés constituye una herramienta fundamental para optimizar la identificación temprana y el seguimiento oportuno de los casos. Este enfoque permite a los prestadores de servicios de salud y aseguradoras mejorar la captación los casos, facilitando la implementación de intervenciones clínicas oportunas que pueden ralentizar la progresión de la enfermedad, así como, reducir complicaciones.

Adicionalmente, al analizar la estadificación de las personas prevalentes con ERC, se identificó un porcentaje considerable sin clasificación: del 33,29% (n= 245.024) en mujeres y el 16,58% (n= 85.561) en hombres,



En cuanto al estudio de ERC en la población a riesgo, **el 42,13% (n= 2.768.995) de las personas con HTA y DM no fueron estudiadas para ERC.**

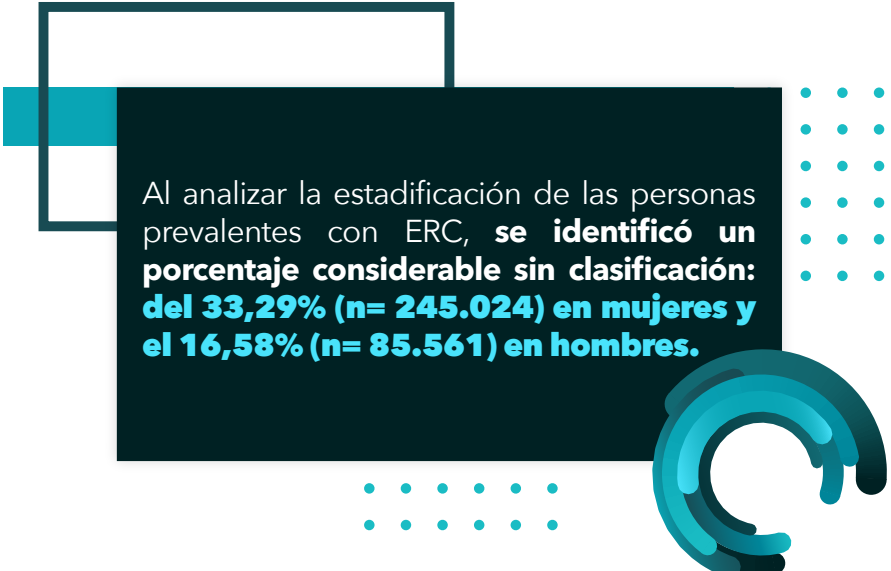


además de una alta proporción de personas que no contaba con información suficiente para el cálculo de la TFGe (41,00%; n= 513.313). El monitoreo de la ERC mediante la vigilancia de la albuminuria y la TFGe permite actualizar la estadificación con fines pronósticos, identificar el momento adecuado para implementar estrategias de intervención y evaluar la efectividad de tratamientos específicos (2).

Por otra parte, para 2040 en Latinoamérica Central, se estima que el nivel elevado de glucosa plasmática en ayunas, el IMC, así como, la hipertensión arterial y la disfunción renal, ocuparán los primeros lugares como causas principales de los AVP (12). Esta proyección evidencia que las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo asociados adquieren un peso creciente en la carga global de enfermedad. En este contexto, la ERC, vinculada estrechamente con dichas condiciones, representa un desafío prioritario para los sistemas de salud.

De acuerdo con lo anterior, es importante destacar que la insuficiencia renal es potencialmente evitable, no solo mediante la prevención primaria de factores de riesgo ya mencionados, sino también mediante el manejo oportuno de la ERC ya establecida (41). En los casos de ERC incipiente o avanzada, las principales opciones terapéuticas son el cuidado conservador, la diálisis y el trasplante renal, cada una con beneficios específicos, que permiten una "atención renal integrada", ofreciendo ventajas significativas para las personas, sus familias y los proveedores de salud (41).

Por su parte, la enfermedad renal en etapa terminal (ERC 5) también representa una carga creciente a nivel mundial. En Estados Unidos, entre los años 2000 y 2019, el número de las personas prevalentes con esta condición pasó de 358.247 a 783.594, prácticamente duplicándose en ese periodo (42). En Colombia, según lo informado a la CAC, entre los periodos 2017 y 2024, los casos de ERC 5 han pasado de 37.409 a 43.539, lo que representa un crecimiento del 16,38% en siete años. Aunque el incremento en el país es menor en comparación con Estados Unidos, el aumento sostenido refleja una tendencia preocupante, especialmente si se considera la diferencia en capacidad de respuesta del sistema de salud y el subregistro potencial en regiones con menor acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno.



Al analizar la estadificación de las personas prevalentes con ERC, se **identificó un porcentaje considerable sin clasificación: del 33,29% (n= 245.024) en mujeres y el 16,58% (n= 85.561) en hombres.**

En el mundo, los indicadores de morbilidad asociados a la ERC 5 pueden estar subestimados, ya que los registros suelen centrarse en las personas que han iniciado TRR (43). Esto implica que se dispone principalmente de información sobre los casos tratados, mientras que una proporción importante de las personas con ERC 5 no es identificada, especialmente en países de ingresos bajos o medianos con acceso limitado a TRR (43).

Según el Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal (RLADTR), en 2019 la prevalencia de las personas con ERC 5 en TRR, en América Latina fue de 86,60 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en Colombia se estimó en 85,80 casos por cada 100.000 (44), una cifra muy cercana al promedio regional y al valor reportado a la CAC en ese mismo año (86,13 por cada 100.000 habitantes). En contraste, la información de la CAC para 2024 indica una prevalencia de 92,64 casos por cada 100.000 habitantes en el país, este incremento podría estar relacionado con una mayor esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, junto con el aumento en la prevalencia de factores de riesgo para ERC y una mejora en el acceso a la TRR (43).

En relación con la mortalidad por todas las causas en la población con ERC estadio 5, se observó un incremento del 21,44% respecto al periodo anterior, lo que revierte la tendencia de disminución registrada en los dos periodos previos. No obstante, es importante considerar que se estima que el número de las personas

que mueren prematuramente debido a la falta de acceso a la TRR podría hasta triplicar el de quienes fallecen mientras reciben tratamiento. Por ello, aunque el indicador nacional muestra un aumento, es posible que esté subestimando la magnitud real del problema (43).

Por otra parte, la prevalencia de la TRR evidencia profundas desigualdades entre los países de ingresos bajos y medianos bajos (PIBM bajos) y los países de ingresos altos (PIA). Tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal crónica son considerablemente menos frecuentes en los PIBM bajos, reflejando limitaciones en el acceso, la infraestructura y el financiamiento del tratamiento renal (45). El trasplante renal, por su parte, presenta una disponibilidad aún más restringida en estos países, y en algunos casos, ni siquiera se dispone de datos (45), lo cual indica la existencia de brechas críticas en los sistemas de información y en la oferta de servicios especializados.

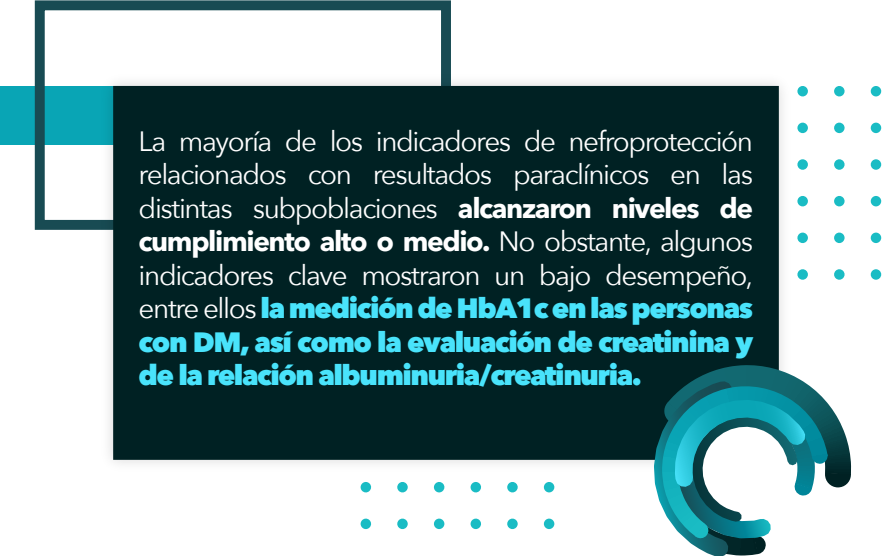
En el contexto colombiano, para el año 2024, la prevalencia de la TRR mostró un aumento del 8,12%, lo que refleja una reactivación de la tendencia de crecimiento que se había visto interrumpida en 2022. Este incremento podría estar asociado a una mejora en el acceso a los tratamientos sustitutivos, así como a una mayor permanencia de las personas en terapia gracias a una mejor adherencia y continuidad del cuidado.

Adicionalmente, la incidencia de TRR experimentó una disminución del 11,22%, lo cual podría explicarse por varias razones. Entre ellas, están las posibles barreras en el acceso al diagnóstico oportuno o un subregistro de nuevos casos de ERC 5. Cabe destacar que, desde 2019, la incidencia de ERC 5 ha mostrado una leve tendencia a la baja. Esta situación podría reflejar deficiencias en la identificación y el seguimiento adecuado de los casos en estadios avanzados de la enfermedad, lo que subraya la necesidad de fortalecer los procesos de detección temprana en la atención renal.

En cuanto a la gestión del riesgo, en 2024, la mayoría de los indicadores de nefroprotección relacionados con resultados paraclínicos en las distintas subpoblaciones alcanzaron niveles de cumplimiento alto o medio. No obstante, algunos indicadores clave mostraron un bajo desempeño, entre ellos la medición de HbA1c en las personas con DM, así como la evaluación de creatinina y de la relación albuminuria/creatinuria.

De acuerdo con lo anterior, la medición de HbA1c en los últimos seis meses en las personas con DM, solo alcanzó un cumplimiento del 37,51%. Este bajo rendimiento resulta preocupante, considerando que uno de los principales objetivos de las estrategias de manejo en esta población es lograr y mantener un control glucémico adecuado (46). En este contexto, las guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) recomiendan realizar esta prueba al menos dos veces al año en las personas con control glucémico estable y metas terapéuticas alcanzadas, y de manera trimestral en aquellos cuya terapia haya sido modificada o que no estén cumpliendo con los objetivos establecidos (46).

Adicionalmente, con relación a la medición de creatinina, se observó un bajo cumplimiento en las personas con HTA o DM que están en riesgo de desarrollar ERC. Así mismo, en la evaluación de la relación albuminuria/creatinuria, el cumplimiento fue inferior al 40% en todas las subpoblaciones, lo que sugiere una deficiencia en la evaluación de estos indicadores clave para la detección temprana de daño renal (2). Este bajo desempeño en ambos parámetros resalta la necesidad de fortalecer las prácticas de monitoreo en casos con condiciones de riesgo, con el fin de identificar a tiempo a aquellos que podrían desarrollar ERC y permitir intervenciones más efectivas para prevenir la progresión de la enfermedad.

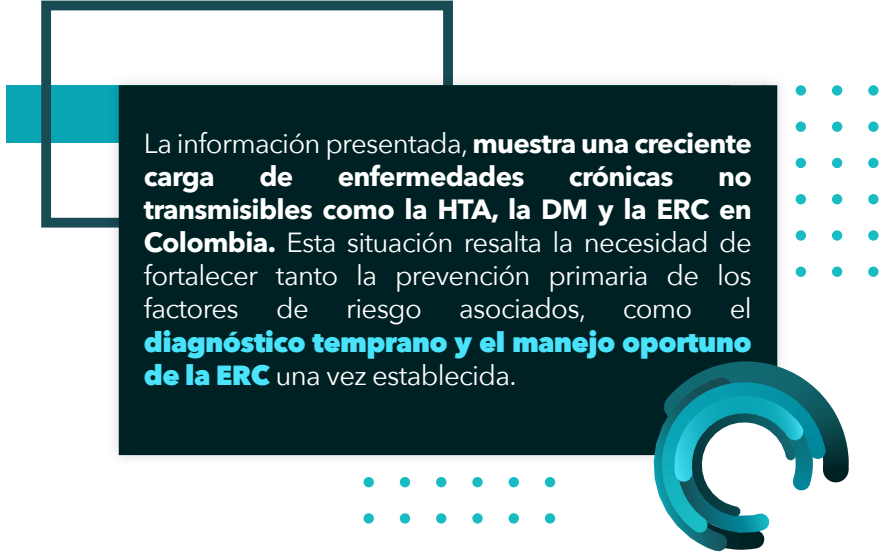


La mayoría de los indicadores de nefroprotección relacionados con resultados paraclínicos en las distintas subpoblaciones **alcanzaron niveles de cumplimiento alto o medio**. No obstante, algunos indicadores clave mostraron un bajo desempeño, entre ellos **la medición de HbA1c en las personas con DM, así como la evaluación de creatinina y de la relación albuminuria/creatinuria**.



En cuanto a los indicadores de gestión del riesgo en adultos en diálisis, la mayoría alcanzó las metas establecidas. No obstante, se identificaron excepciones, como la proporción de los casos prevalentes en HD con catéter como acceso vascular y la proporción de adultos en DP con niveles de fósforo menores a 6 mg/dL.

Particularmente, el uso de catéteres en las personas en HD ha mostrado un incremento progresivo desde 2019 en el país, alejándose cada vez más de la meta propuesta. Esta tendencia resulta preocupante, ya que refleja un patrón similar al observado en Estados Unidos. Según el Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK), en 2022 casi el 85% de los casos en ese país iniciaron hemodiálisis con un catéter, y aproximadamente el 75% lo hicieron sin un acceso permanente, como una fístula o injerto (34). Esta situación plantea un desafío crítico debido a los riesgos elevados asociados con los catéteres, como infecciones, complicaciones y menor eficacia en el tratamiento (34,35). Estos datos resaltan la urgente necesidad de fortalecer la planificación temprana del acceso vascular y fomentar el uso de fístulas, particularmente en individuos con enfermedad renal crónica avanzada que necesitarán tratamiento a largo plazo.



La información presentada, **muestra una creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA, la DM y la ERC en Colombia.** Esta situación resalta la necesidad de fortalecer tanto la prevención primaria de los factores de riesgo asociados, como el **diagnóstico temprano y el manejo oportuno de la ERC** una vez establecida.

Por otra parte, en marzo de 2025 se publicó la [actualización del consenso basado en la evidencia titulado *Indicadores mínimos para evaluar la gestión en la atención de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica estadios 1 a 4, y estadio 5 sin diálisis ni trasplante*](#) (26). Los resultados derivados de esta actualización se reflejarán en la versión del libro de situación correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025. Es importante tener en cuenta que, a partir de esta actualización, las entidades deben adaptarse a los nuevos lineamientos, ya que los ajustes realizados podrían influir en las tendencias de los indicadores, generando variaciones que deben interpretarse en el contexto de estos cambios técnicos.

Así mismo, se tiene prevista la posterior actualización del consenso relacionado con la atención en diálisis, en línea con el proceso continuo de mejora de la gestión del riesgo en salud. Esto es fundamental, ya que la disponibilidad de terapias innovadoras y efectivas, junto con la actualización de las guías de práctica clínica, exige una revisión periódica de los indicadores. Ajustar estos parámetros de manera oportuna permite fortalecer la gestión del riesgo en el país y realizar una evaluación objetiva del desempeño de aseguradores y prestadores de servicios de salud. Todo ello contribuye a mejorar los desenlaces clínicos de las personas con ERC y de aquellas con condiciones precursoras.

En conclusión, si bien se han logrado avances en la mayoría de los indicadores, persisten brechas significativas en el diagnóstico temprano y el seguimiento clínico, especialmente en poblaciones en riesgo y en estadios avanzados de ERC. La actualización de consensos e indicadores de gestión basada en la evidencia representa un paso clave para mejorar la calidad de la atención, optimizar los resultados en salud y fortalecer la respuesta del sistema frente a estos desafíos crecientes.

La información presentada, muestra una creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA, la DM y la ERC en Colombia. Esta situación resalta la necesidad de fortalecer tanto la prevención primaria de los factores de riesgo asociados, como el diagnóstico temprano y el manejo oportuno de la ERC una vez establecida. Abordar integralmente estas condiciones es fundamental para reducir su impacto en la salud pública y mejorar los desenlaces clínicos de la población afectada.

Referencias

1. Victor RG. Factors Associated with Hypertension Awareness, Treatment, and Control in Dallas County, Texas. *Arch Intern Med.* 2008 Jun 23;168(12):1285.
2. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024 Apr;105(4): S117-314.
3. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2020 Feb;395(10225):709-33.
4. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Modern Epidemiology.* 3ra edición. Wilkins LW&, editor. Philadelphia; 2008.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud [en línea]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
6. Knechtle SJ, Marson LP. *Kidney Transplantation. Principles and practice.* 9a edición. Elsevier, editor. 2024.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2463 de 2014. [En línea]. 2014. Disponible en: <https://cuentadealcosto.org/wp-content/uploads/2019/10/Resolucion-02463-de-2014-ERC.pdf>
8. Gordis L. *Epidemiology.* 5ta edición. Saunders E, editor. Philadelphia; 2014.
9. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nat Rev Nephrol.* 2024 Jul 3;20(7):473-85.
10. Alvis N, Valenzuela MT. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Rev Med Chil.* 2010 Sep;138.
11. Ying M, Shao X, Qin H, Yin P, Lin Y, Wu J, et al. Disease Burden and Epidemiological Trends of Chronic Kidney Disease at the Global, Regional, National Levels from 1990 to 2019. *Nephron.* 2024;148(2):113-23.
12. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet.* 2018 Nov;392(10159):2052-90.
13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [en línea]. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
14. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont [en línea]. USA; Apr, 1979. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-10/belmont-informe.pdf>
15. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [en línea]. 2017. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
16. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [en línea]. Bogotá, D.C.; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
17. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1377 de 2013 [en línea]. Bogotá, D.C.; 2013. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53646>
18. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999 [en línea]. Bogotá, D.C.; 1995. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluciOn_1995_de_1999.pdf
19. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1581 de 2012 [en línea]. Bogotá, D.C.: Congreso de Colombia; Oct, 2012. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
20. Ahmad O Ben, Boschi Pinto C, López AD. Age Standardization of Rates: A New WHO Standard. *GPE Discuss Pap Ser No 31.* 2001 Jan 1;10-2.



21. Cuenta de Alto Costo. Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadiada en 1 - 4 y 5 sin diálisis, hipertensión arterial y diabetes mellitus [en línea]. 2016. 1-70 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/indicadores-minimos-para-evaluar-los-resultados-clinicos-en-pacientes-con-diagnostico-de-enfermedad-renal-cronica-estadificada-en-1-4-y-5-sin-dialisis-hipertension-arterial-y-diabetes-mellitus/>
22. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en evidencias para la elección de indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en Colombia [en línea]. 2010. 42 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/consenso-basado-en-evidencias-para-la-eleccion-de-indicadores-minimos-para-el-analisis-de-resultados-clinicos-en-dialisis-peritoneal-y-hemodialisis-en-colombia/>
23. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Uso de catéter y nivel de hemoglobina para el análisis de resultados clínicos en diálisis [en línea]. 2012. 1-13 p. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/uso-de-cate-ter-y-nivel-de-hemoglobina-para-el-analisis-de-resultados-clinicos-en-dialisis/>
24. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores mínimos para seguimiento de niños con enfermedad renal crónica en diálisis o trasplante renal en Colombia [en línea]. 2013. p. 80. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/indicadores-minimos-para-seguimiento-de-ninos-con-erc-en-colombia/>
25. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores para seguimiento al trasplante renal en Colombia. Inst Nac Salud [en línea]. 2012;1-52. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2019/10/Indicadores-seguimiento-trasplante-renal-colombia.pdf>
26. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo. Actualización del consenso basado en la evidencia. Indicadores mínimos para evaluar la gestión de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica estadios 1 - 4 y 5 sin diálisis ni trasplante [en línea]. 2025. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2025/03/actualizacion-del-consenso-basado-en-la-evidencia-hta-dm-y-erc-2.pdf>
27. Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, Tighiouart H, Wang D, Sang Y, et al. New Creatinine- and Cystatin C-Based Equations to Estimate GFR without Race. *N Engl J Med.* 2021 Nov 4;385(19):1737-49.
28. Burnier M, Damianaki A. Hypertension as Cardiovascular Risk Factor in Chronic Kidney Disease. *Circ Res.* 2023 Apr 14;132(8):1050-63.
29. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2025 [en línea]. 11a edición. International Diabetes Federation; 2025. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Bogotá D.C.; 2016.
31. Moreno-Cortés J, Acevedo-Peña J, Barrero-Garzón L, Morón-Duart L, Cruz-Cantor F, Gutiérrez-Sepúlveda M, et al. Consenso intersocietario para el diagnóstico y tratamiento de personas con hipertensión arterial (PresiónCo). *Rev Colomb Cardiol.* 2023 Aug 1;30(3).
32. Thobani A, Jacobson TA. Dyslipidemia in Patients with Kidney Disease. *Cardiol Clin.* 2021 Aug;39(3):353-63.
33. Goonasekera MA, Mafham MM, Haynes RJ. LDL-cholesterol reduction in chronic kidney disease: options beyond statins. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2020 Sep;29(5):480-8.
34. United States Renal Data System. 2024 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States [en línea]. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD. 2024. Disponible en: <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2024/end-stage-renal-disease/4-vascular-access>
35. Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis.* 2020 Apr;75(4):S1-164.
36. Daugirdas JT, Depner TA, Inrig J, Mehrotra R, Rocco M V., Suri RS, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *Am J Kidney Dis.* 2015 Nov;66(5):884-930.
37. KDIGO executive committee. KDIGO 2025 Clinical practice guideline for anemia in chronic kidney disease. 2025; Disponible en: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/11/KDIGO-2025-Anemia-in-CKD-Guideline_Public-Review-Draft_Nov42024.pdf?utm_source=chatgpt.com
38. Huang N, Li H, Fan L, Zhou Q, Fu D, Guo L, et al. Serum Phosphorus and Albumin in Patients Undergoing Peritoneal Dialysis: Interaction and Association With Mortality. *Front Med.* 2021 Dec 1;8.
39. Organización Mundial de la Salud. Global report on hypertension: the race against a silent killer. 2023.

40. Lin X, Xu Y, Pan X, Xu J, Ding Y, Sun X, et al. Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Sci Rep.* el 8 de septiembre de 2020;10(1):14790.
41. Tonelli M, Nkunu V, Varghese C, Abu-Alfa AK, Alrukhaimi MN, Bernieh B, et al. Framework for establishing integrated kidney care programs in low- and middle-income countries. *Kidney Int Suppl.* 2020 Mar;10(1):e19-23.
42. Burrows NR, Koyama A, Pavkov ME. Reported Cases of End-Stage Kidney Disease – United States, 2000–2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022 Mar 18;71(11):412-5.
43. Thurlow JS, Joshi M, Yan G, Norris KC, Agodoa LY, Yuan CM, et al. Global Epidemiology of End-Stage Kidney Disease and Disparities in Kidney Replacement Therapy. *Am J Nephrol.* 2021;52(2):98-107.
44. Luxardo R, Ceretta L, González-Bedat M, Ferreiro A, Rosa-Diez G. The Latin American Dialysis and Renal Transplantation Registry: report 2019. *Clin Kidney J.* 2022 Feb 22;15(3):425-31.
45. Nkunu V, Tungsanga S, Diongole HM, Sarki A, Arruebo S, Caskey FJ, et al. Landscape of kidney replacement therapy provision in low- and lower-middle income countries: A multinational study from the ISN-GKHA. Gumber A, editor. *PLOS Glob Public Heal.* 2024 Dec 2;4(12):e0003979.
46. ElSayed NA, McCoy RG, Aleppo G, Balapattabi K, Beverly EA, Briggs Early K, et al. 6. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes–2025. *Diabetes Care.* 2025 Jan 1;48(Supplement_1):S128-45.



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