



Coosalud en cifras

Coosalud en cifras | Boletín Epidemiológico Institucional N.º 2 – 2025***Evidencia para la gestión del riesgo en salud*****Tema central:** Cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer infantil**Periodo epidemiológico X – Semana epidemiológica 40****Fecha de publicación:****Elaborado por:** Dirección de Gestión del Riesgo en Salud y Dirección de Population Health Management – Coosalud EPS***Introducción***

Esta edición del *Boletín Epidemiológico Coosalud en Cifras*, correspondiente al Periodo Epidemiológico X de 2025, presenta el análisis de tres eventos de alto impacto en la salud pública: cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer infantil. Estas neoplasias, además de su carga en términos de morbilidad y mortalidad, constituyen indicadores sensibles del acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud, especialmente en la población femenina y pediátrica.

El documento integra información proveniente de SIVIGILA, la Cuenta de Alto Costo (CAC) y bases internas de Coosalud EPS, con el objetivo de caracterizar el comportamiento reciente de los casos nuevos notificados, analizar las tendencias por edad, territorio y régimen de afiliación, e identificar brechas en los procesos de detección temprana, confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno.

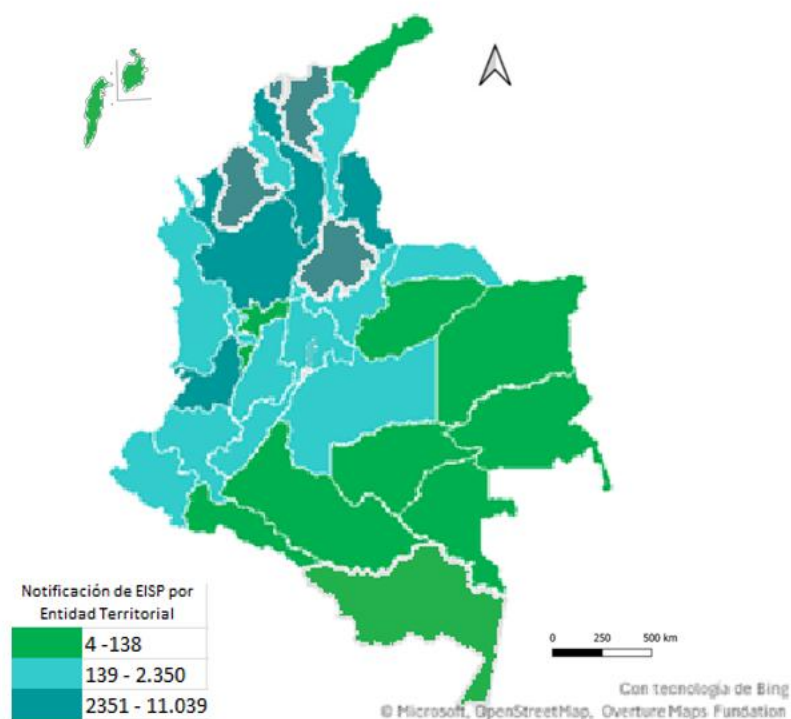
De esta manera, se busca aportar una visión analítica que oriente las acciones de gestión del riesgo y vigilancia institucional, fortaleciendo la capacidad de respuesta frente a los principales tipos de cáncer que afectan a nuestra población afiliada.

Comportamiento de la notificación

Con corte a periodo epidemiológico X del año 2025, se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA un total de 58.262 eventos de interés en salud pública correspondientes a pacientes cuyo aseguramiento fue reportado por las entidades notificadoras como afiliados a COOSALUD EPS¹.

Al analizar la distribución por entidad territorial notificadora, se observa que el mayor número de casos fueron reportados por entidades que se encuentran ubicadas en los departamentos de Antioquia (18,95%), Valle (11,93%), Norte de Santander (11,54%), Bolívar (10,86%) y Atlántico (9,57%). Estos porcentajes son coherentes con la concentración poblacional de afiliados y la estructura de la red de prestadores de servicios contratada en estos territorios.

FIGURA 1. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA POR ENTIDAD TERRITORIAL. COOSALUD 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Periodo X-2025.

Al analizar los eventos más frecuentemente notificados al SIVIGILA para la población afiliada a Coosalud EPS, se observa que el dengue continúa siendo el evento de mayor carga, con 16.717 casos reportados durante el Periodo

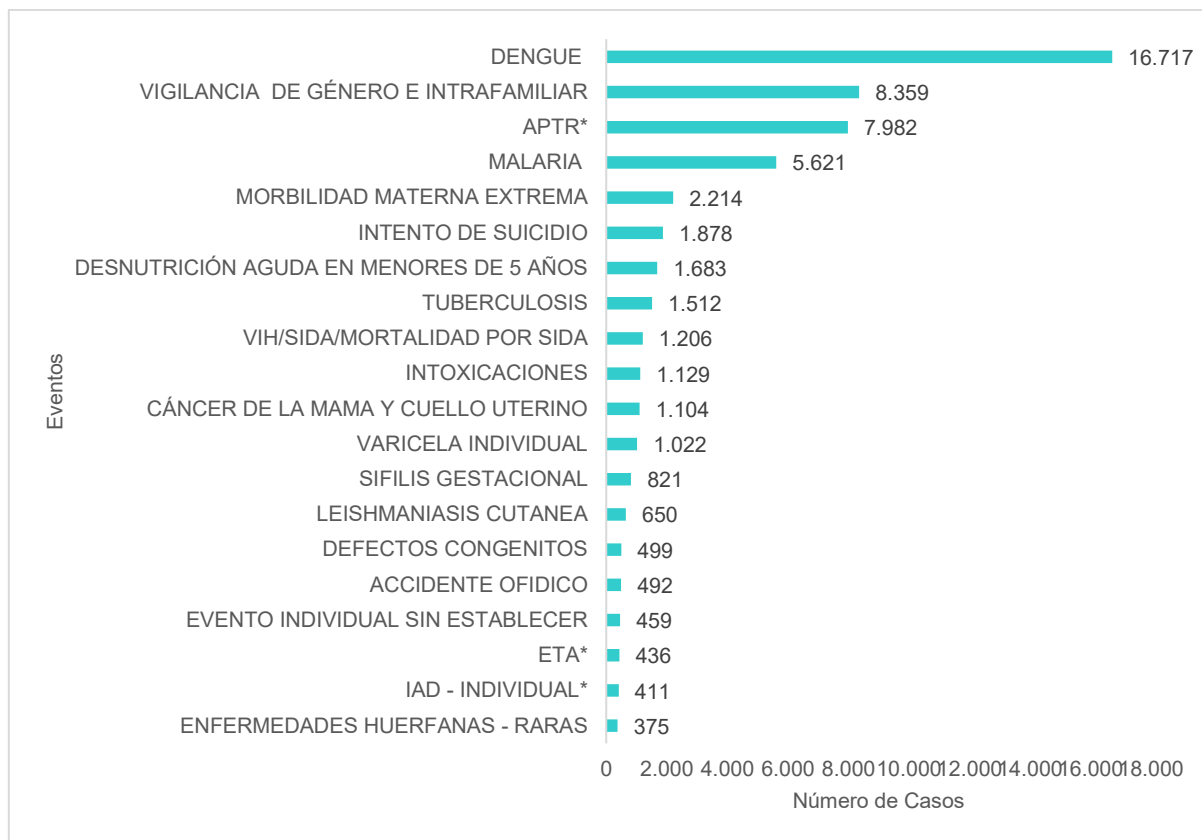
¹ Esta descripción hace referencia al total de casos notificados a SIVIGILA sin realizar el cruce con BDUA para corroborar el aseguramiento. Los análisis individuales por eventos, si tienen en cuenta solo población con afiliación activa.

Epidemiológico X de 2025. Este comportamiento no solo confirma su carácter endémico, sino que muestra un incremento en la notificación respecto al periodo anterior (15.635 en PE IX), lo cual subraya su persistencia como el principal reto para la vigilancia y el control vectorial en los territorios con mayor concentración de afiliados.

En segundo lugar, se destaca la violencia de género e intrafamiliar, con 8.359 casos, seguida de cerca por las Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia (APTR), con 7.982 casos, y la malaria, con 5.621 notificaciones. Estos eventos reflejan la coexistencia de problemáticas de salud pública de naturaleza diversa: por un lado, las enfermedades transmitidas por vectores que exigen acciones continuas de control y prevención (dengue, malaria), y por otro, los eventos asociados a determinantes sociales, violencia y convivencia, que demandan respuestas integrales intersectoriales y comunitarias.

Entre otros eventos de relevancia, con más de mil casos notificados, se encuentran la morbilidad materna extrema (2.214 casos), el intento de suicidio (1.878), desnutrición aguda en menores de cinco años (1.683), tuberculosis (1.512) e Infección por VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA (1.206). Se suma a este grupo las intoxicaciones (1.129) y el cáncer de mama y cuello uterino (1.104).

FIGURA 2. PRIMEROS 20 EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA NOTIFICADOS. COOSALUD 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Periodo X-2025.

*APTR- agresiones por animales potencialmente transmisores de la Rabia; *ETA – Enfermedad Transmitida por Alimentos o Agua; *IAD- Infecciones Asociadas a Dispositivos

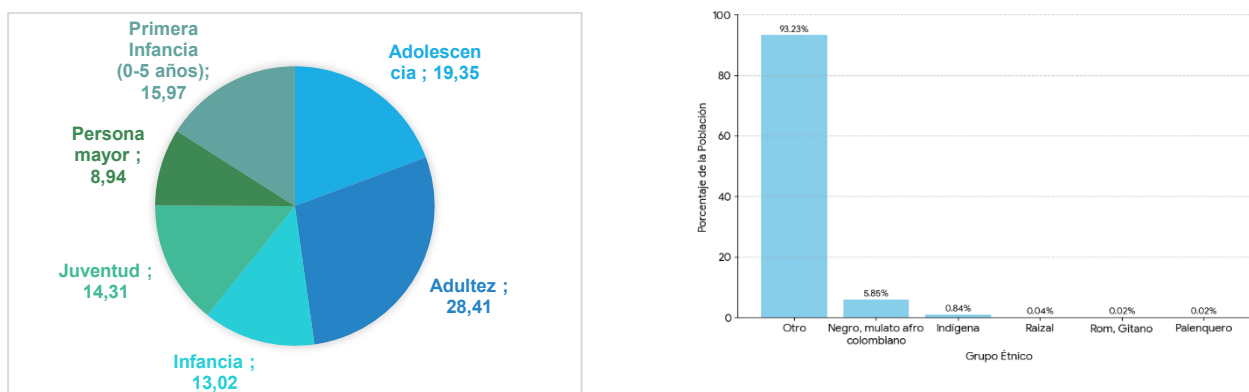
Según el ciclo de vida, la notificación de eventos de interés en salud pública muestra un patrón heterogéneo con mayor concentración en las etapas productivas y de transición del desarrollo humano. La mayor proporción de casos se observa en la adultez (28,41%), lo que refleja tanto la alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles y de salud mental. El grupo de menores de 5 años (primera infancia) presenta una alta notificación del evento de dengue, lo que refleja el alto riesgo a la exposición vectorial que tiene esta población. La distribución por ciclo de vida sugiere la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales lo que permitirán mejorar la respuesta del sistema de salud y focalizar recursos de manera costo-efectiva en los grupos poblacionales más afectados.

La distribución de los eventos de interés en salud pública por pertenencia étnica en los afiliados a Coosalud evidencia un predominio del grupo clasificado como “Otro” (93,23%), correspondiente a la población que no se reconoce dentro de categorías

étnicas específicas o que se autorreconoce como mestiza. Esta alta proporción refleja la composición general de la población nacional y sugiere que la mayor carga de eventos está concentrada en los grupos mayoritarios.

Dentro de las minorías étnicas, el 5,85% corresponde a población negra, mulata o afrocolombiana, lo cual es consistente con su representación demográfica en varias regiones del país, particularmente en la costa Caribe donde hay una importante población afiliada a la EPS. Los grupos indígenas representan el 0,84% de los casos notificados, lo que, aunque es una proporción pequeña, sin embargo, cobra relevancia por la presencia de eventos trazadores para el país y que están en seguimiento estricto en la entidad.

FIGURA 3. DATOS POBLACIONALES DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. COOSALUD 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Periodo X-2025.

Comportamiento cáncer en menores de 18 años

El cáncer en la infancia y la adolescencia constituye un desafío creciente para los sistemas de salud, al ser una de las principales causas de muerte por enfermedad en menores de 18 años a nivel mundial (1). Aunque representa una fracción menor dentro del total de casos oncológicos, su impacto sanitario y social es considerable, especialmente en contextos con dificultades en el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos especializados.

De acuerdo con el Observatorio Global de Cáncer (Globocan), en 2022 se estimaron cerca de 275.000 nuevos casos de cáncer en niños, niñas y adolescentes de 0 a 19 años, y aproximadamente 105.645 muertes, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 4,1 por 100.000 habitantes (2). A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 400.000 menores de 20 años son diagnosticados anualmente, siendo las leucemias agudas, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas las neoplasias más frecuentes (1).

La supervivencia infantil frente al cáncer refleja amplias desigualdades. En los países de altos ingresos puede superar el 80 %, mientras que en los de bajos y medianos ingresos apenas alcanza alrededor del 30 %, debido principalmente a diagnósticos tardíos, interrupciones en el tratamiento y limitaciones en la continuidad del cuidado (1). En respuesta a esta situación, la OMS, con el apoyo del St. Jude Children's Research Hospital y la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, puso en marcha en 2018 la Iniciativa Global para el Cáncer Infantil, con el objetivo de alcanzar para 2030 una supervivencia mínima del 60 % a nivel mundial (3).

En Colombia, las estimaciones más recientes reportan 2.115 casos nuevos de cáncer en menores de 20 años para 2022, con una tasa ajustada de 14,0 por 100.000, y 784 fallecimientos, lo que equivale a una tasa de mortalidad ajustada de 5,1 por 100.000 habitantes (4). Las leucemias linfoblásticas agudas continúan siendo el tipo más frecuente, seguidas de los linfomas y los tumores del sistema nervioso central, un patrón consistente con el observado en América Latina (2).

El país cuenta con un marco normativo que orienta la respuesta integral frente al cáncer infantil. El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (5) y la Resolución 2367 de 2023 (6), que actualiza el Plan Nacional para el Control del Cáncer, establecen lineamientos para la detección temprana, la atención integral y la vigilancia epidemiológica. Asimismo, la Circular Externa Conjunta 010 de 2024 (7) fortalece la implementación del Plan de Choque contra el Cáncer, e incluye la notificación obligatoria de los casos de cáncer en menores de 18 años en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), conforme a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud.

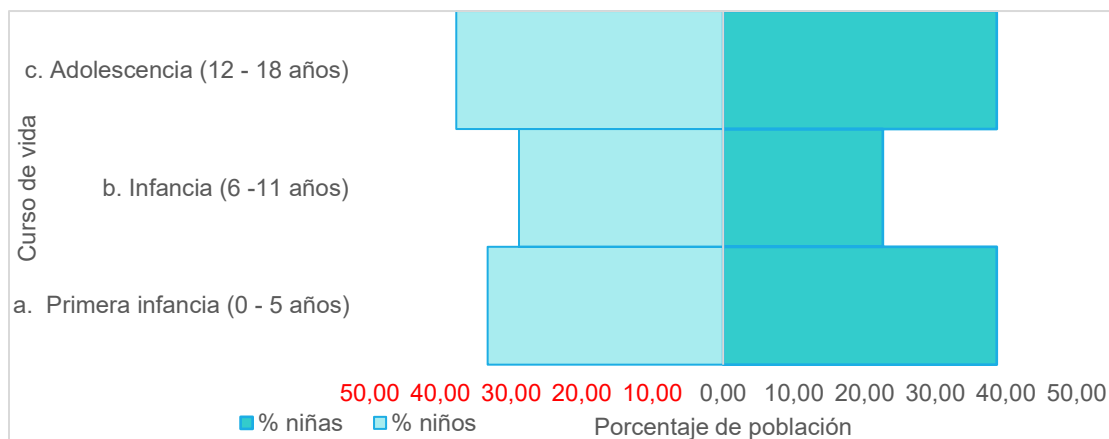
En Coosalud EPS, con corte a periodo epidemiológico X (semana epidemiológica 40) del 2025 (datos preliminares) se reportaron 178 casos de cáncer en menores de 18 años. Después del proceso de depuración, se excluyeron 8 casos sin cruce con la base de afiliados, 9 con ajuste D, 59 con ajuste 6 y 8 duplicados, quedando 94 casos activos para el análisis, de los cuales 80,85% (n=76) son casos confirmados para leucemias y otros cánceres.

En los casos confirmados se evidencia un predominio del sexo masculino, que concentra el 59,21 % (n = 45) del total, frente al 40,79 % (n = 31) correspondiente al sexo femenino. Al analizar la distribución por curso de vida, la mayor proporción de casos se presenta durante la infancia (6–11 años), seguida de la primera infancia (0–5 años) y la adolescencia (12–18 años), con un patrón relativamente constante entre los grupos etarios.

El 93,42 % (n = 71) de los casos pertenecen al régimen subsidiado, y el 76,32 % (n = 58) se registraron en cabeceras municipales. Todos los casos confirmados

corresponden a personas de nacionalidad colombiana, sin registros de pertenencia a grupos étnicos.

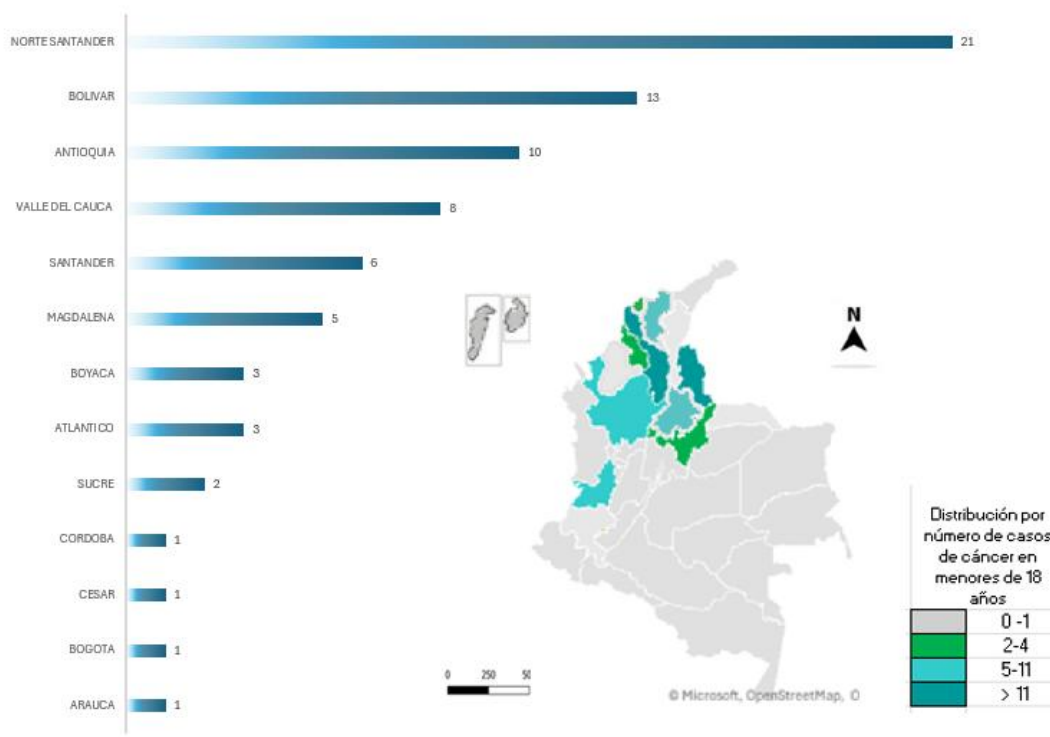
FIGURA 4. CASOS CONFIRMADOS DE CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS POR CICLO DE VIDA Y SEXO, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 115. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

La distribución de los casos confirmados de cáncer en menores de 18 años muestra una marcada concentración en el departamento de Norte de Santander, con 21 casos (27,63 %), seguido por Bolívar (13 casos, 17,11%), Antioquia (10 casos, 13,16 %) y Valle del Cauca (8 casos, 10,53%). Estos cuatro departamentos agrupan más del 50% de los casos registrados, evidenciando un patrón de concentración territorial en zonas urbanas con alta densidad poblacional y mayor capacidad diagnóstica.

FIGURA 5. CASOS CONFIRMADOS DE CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 115. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

Durante el año 2024, las tasas de notificación² más altas por cada 100.000 menores de 18 años se observaron en Cauca (90,66), Chocó (37,06) y Cundinamarca (24,06). Para 2025 (SE 40), las tasas más altas se registraron en Cauca (60,53), Norte de Santander (22,68) y Bolívar (11,79).

² Para el cálculo de la tasa de notificación del evento cáncer en menores de 18 años, se utilizó como numerador el total de casos notificados como confirmados en SIVIGILA hasta periodo epidemiológico descrito y como denominador la población menor de 18 años afiliada a Coosalud EPS.

TABLA 1. TASAS DE NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE CÁNCER DE MENORES DE 18 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, 2024 – 2025 (SE 40)

Departamento de residencia	2024		2025 (SE 40) p	
	n° de casos	Tasa de notificación	n° de casos	Tasa de notificación
ANTIOQUIA	17	13,22	10	7,57
ARAUCA	1	7,66	1	7,59
ATLÁNTICO	5	4,98	3	3,09
BOGOTÁ. D.C.	1	10,61	1	10,52
BOLÍVAR	7	6,15	13	11,79
BOYACÁ	2	8,68	3	10,70
CAUCA	1	90,66	1	60,53
CHOCÓ	1	37,06	0	0,00
CESAR	0	0,00	1	2,61
CÓRDOBA	2	5,30	1	2,77
CUNDINAMARCA	4	24,06	0	0,00
MAGDALENA	6	6,31	5	5,45
NORTE DE SANTANDER	7	8,33	21	22,68
SANTANDER	19	23,30	6	7,58
SUCRE	4	10,22	2	5,42
VALLE DEL CAUCA	14	12,54	8	7,21

Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 115, 2024-2025 (SE 40) preliminar. BDUA 2024-2025.

Nota: Para 2024, Se excluye del análisis el departamento de Nariño por presentar un valor atípico derivado de un único afiliado con un caso notificado.

Durante el año 2024, la tasa consolidada de notificación de cáncer³ en menores de 18 años fue de 10,07 casos por 100.000, mientras que para 2025 (hasta la Semana Epidemiológica 40) alcanzó 8,32 casos por 100.000. En ambos periodos, la leucemia linfocítica aguda se mantuvo como el tipo de cáncer más frecuente, con tasas de 3,61 y 3,29 por 100.000, y una participación del 35,87 % y 39,47 %, respectivamente.

En segundo lugar, durante 2024 destacaron la leucemia mieloide aguda (1,09; 10,87%) y los linfomas y neoplasias reticuloendoteliales (1,31; 13,04 %), mientras que para 2025 (SE 40) se observa un incremento de los tumores del sistema nervioso central, que pasaron de una tasa de 0,88 (8,70 %) a 1,10 (13,16%), posicionándose como el segundo grupo más frecuente.

³ Para el cálculo de las tasas de notificación por tipos de cáncer en menores de 18 años, se utilizó como numerador el total de casos notificados como confirmados en SIVIGILA hasta periodo epidemiológico descrito y como denominador la población menor de 18 años afiliada a Coosalud EPS.

Otras neoplasias, como los tumores óseos malignos, sarcomas de tejidos blandos y neoplasias no especificadas, presentan una participación menor (entre 5 % y 9 %), sin variaciones significativas entre los periodos comparados.

TABLA 2. TASAS DE NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS POR TIPOS DE CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, 2024 – 2025 (SE 40)

Tipo cáncer	Tasas de notificación		Porcentaje	
	2024	2025 (SE 40)p	2024	2025 (SE 40)p
Leucemia linfóide aguda	3,61	3,29	35,87	39,47
Leucemia mieloide aguda	1,09	0,44	10,87	5,26
Otras leucemias	0,00	0,11	0,00	1,32
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	1,31	0,77	13,04	9,21
Tumores del sistema nervioso central	0,88	1,10	8,70	13,16
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	0,22	0,00	2,17	0,00
Retinoblastoma	0,44	0,11	4,35	1,32
Tumores óseos malignos	0,44	0,55	4,35	6,58
Sarcomas de tejidos blandos y extra óseos	0,33	0,44	3,26	5,26
Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales	0,11	0,44	1,09	5,26
Otras neoplasias malignas no especificadas	0,66	0,77	6,52	9,21
Tumores renales	0,98	0,33	9,78	3,95
Total	10,07	8,32		

Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 115, 2024-2025 (SE 40) preliminar. BDUA 2024-2025.

En 2025, del total de casos confirmado el 46,05% (n= 35) corresponden a leucemias y el 53, 95% (n=41) a otros tipos de cáncer.

Durante 2024, las tasas más altas de notificación de leucemias⁴ por cada 100.000 menores de 18 años se registraron en Cauca (90,66), seguido por Santander (9,81), Norte de Santander (7,14), Antioquia (6,22), Cundinamarca (6,02) y Sucre (5,11). El valor observado en Cauca corresponde a un único caso en una población afiliada muy pequeña, por lo cual la tasa debe interpretarse con precaución.

Para 2025 (hasta la Semana Epidemiológica 40), las mayores tasas se presentan en Boyacá (10,70), Norte de Santander (8,64) y Bolívar (5,44), seguidos de Magdalena (4,36) y Antioquia (3,79). En Cauca, aunque se mantiene una tasa

⁴ Para el cálculo de las tasas de notificación de leucemias y otros tipos de cáncer, se utilizó como numerador el total de casos notificados como confirmados en SIVIGILA hasta periodo epidemiológico descrito y como denominador la población menor de 18 años afiliada a Coosalud EPS.

elevada (60,53), corresponde nuevamente a un solo caso, por lo que conserva la misma limitación de interpretación.

En 2024, los otros tipos de cáncer presentaron las tasas más altas de notificación por cada 100.000 menores de 18 años en Cundinamarca (18,05), Santander (13,49) y Bogotá D.C. (10,61), seguidos de Valle del Cauca (7,17) y Antioquia (7,00). El valor reportado en Chocó (37,06) se considera atípico, al corresponder a un solo caso en una población afiliada reducida.

Durante 2025 (SE 40), las tasas más elevadas se observan en Norte de Santander (14,04), Bogotá D.C. (10,52) y Bolívar (6,35), con una reducción importante en Cundinamarca (sin casos reportados) y Santander (6,31). En Cauca, se observa un valor elevado (60,53), pero, al igual que en el grupo de leucemias, este responde a un único caso.

TABLA 3. TASAS DE NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DE LEUCEMIAS Y OTROS TIPO DE CÁNCER, COOSALUD EPS, 2024 – 2025 (SE 40)

Departamento de residencia	Leucemias				Otros tipos de cáncer			
	2024		2025 (SE 40) p		2024		2025 (SE 40) p	
	n° de casos	Tasa de notificación	n° de casos	Tasa de notificación	n° de casos	Tasa de notificación	n° de casos	Tasa de notificación
ANTIOQUIA	8	6,22	5	3,79	9	7,00	5	3,79
ARAUCA	0	0,00	0	0,00	1	7,66	1	7,59
ATLÁNTICO	3	2,99	2	2,06	2	1,99	1	1,03
BOGOTÁ. D.C.	0	0,00	0	0,00	1	10,61	1	10,52
BOLÍVAR	2	1,76	6	5,44	5	4,39	7	6,35
BOYACÁ	1	4,34	3	10,70	1	4,34	0	0,00
CAUCA	1	90,66	1	60,53	0	0,00	1	60,53
CESAR	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
CHOCÓ	0	0,00	0	0,00	1	37,06	0	0,00
CÓRDOBA	1	2,65	1	2,77	1	2,65	0	0,00
CUNDINAMARCA	1	6,02	0	0,00	3	18,05	0	0,00
MAGDALENA	4	4,21	4	4,36	2	2,10	1	1,09
NORTE DE SANTANDER	6	7,14	8	8,64	1	1,19	13	14,04
SANTANDER	8	9,81	1	1,26	11	13,49	5	6,31
SUCRE	2	5,11	1	2,71	2	5,11	1	2,71
VALLE DEL CAUCA	6	5,37	3	2,70	8	7,17	5	4,50

Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 115, 2024-2025 (SE 40) preliminar. BDUA 2024-2025.

Durante 2025 (hasta la Semana Epidemiológica 40), se evaluaron los indicadores de oportunidad correspondientes al proceso de atención de los casos de leucemia infantil notificados en la población afiliada a Coosalud EPS. Los resultados evidencian un desempeño favorable en todas las etapas del proceso diagnóstico y terapéutico.

La oportunidad en la presunción diagnóstica (OPDx), que mide la diferencia entre la fecha de consulta y la fecha de resultado de las pruebas de laboratorio presuntivas, presentó un promedio de 2 días, clasificándose en la categoría alta (≤ 2 días).

En cuanto a la oportunidad en la confirmación diagnóstica (OCDx), definida como el intervalo entre fecha del resultado de la prueba presuntiva y fecha del resultado de la prueba diagnóstica confirmatoria, se observó un promedio de 3 días, también dentro de la categoría alta (≤ 8 días).

Por último, la oportunidad en el inicio de tratamiento oncológico (OITTO), que mide la diferencia entre la fecha del resultado de la confirmación diagnóstica y la fecha de inicio al tratamiento, registró un promedio de 1,18 días, lo que la ubica igualmente en la categoría alta (≤ 5 días).

TABLA 4. INDICADORES ESTIMADOS DE OPORTUNIDAD DE LAS LEUCEMIAS INFANTILES COOSALUD, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Meta
(OPDx): Oportunidad en la presunción diagnóstica	70	35	2,00	Alta: $\leq a 2$ días Media: 3 a 10 días Baja: $\geq a 11$ días
(OCDx): Oportunidad en la confirmación diagnóstica	105	35	3,00	Alta: $\leq a 8$ días Media: 9 a 15 días Baja: $\geq a 16$ días
(OITTO): Oportunidad en el inicio de tratamiento*	26	22	1,18	Alta: $\leq a 5$ días Baja: $\geq a 6$ días

Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 115. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

*Los casos con valores negativos al medir el indicador de oportunidad de inicio de tratamiento son excluidos, cambiando el denominador.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cancer in children – Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: World Health Organization; 2023. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Initiative for Childhood Cancer: An Overview. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Día Internacional contra el Cáncer Infantil 2024. Bogotá: Minsalud; 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Bogotá: Minsalud; 2022.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Por la cual se actualiza el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2023–2032. Bogotá: Minsalud; 2023.
7. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud. Circular Externa Conjunta 010 de 2024. Lineamientos para la implementación del Plan de Choque contra el Cáncer. Bogotá; 2024.

Comportamiento cáncer de mama y cuello uterino

La vigilancia de los eventos de cáncer de mama y cuello uterino se constituye en una fuente fundamental para el Registro Nacional de Cáncer (RNC), administrado por el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Salud y Protección Social. En este sentido, los datos captados a través del SIVIGILA tienen como propósito principal garantizar la calidad, integridad y oportunidad de la información, y no la generación de cifras oficiales de incidencia o mortalidad. Por lo tanto, desde la vigilancia en salud pública se promueve el seguimiento a la notificación y la oportunidad en el inicio del tratamiento de los casos identificados.

➤ Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres y una de las principales causas de muerte por cáncer femenino a nivel mundial. Se origina por la proliferación anormal de células del tejido mamario, que tienen la capacidad de invadir tejidos vecinos y generar metástasis. Afecta a mujeres de todas las edades posteriores a la pubertad, pero su frecuencia aumenta de forma marcada después de los 40 años (1).

De acuerdo con el Observatorio Global del Cáncer (Globocan, 2022), el cáncer de mama representó el 24,2 % de todos los nuevos casos de cáncer diagnosticados en mujeres y el 15,5 % de las muertes femeninas por cáncer. En total, se registraron 2,3 millones de casos nuevos y 670.000 defunciones a nivel mundial (2). La prevalencia a cinco años superó los 7,8 millones de mujeres vivas diagnosticadas entre 2018 y 2022, lo que convierte a esta enfermedad en la de mayor prevalencia global (3).

La detección temprana constituye una de las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) han demostrado que los programas organizados de mamografía periódica pueden disminuir la mortalidad por cáncer de mama entre un 20 % y un 40 %, especialmente en mujeres de 50 a 69 años que acceden de forma continua al tamizaje y al tratamiento oportuno (4). Sin embargo, persisten marcadas desigualdades entre países: mientras que la supervivencia a cinco años supera el 80 % en naciones de ingresos altos, en países de ingresos medios y bajos este valor puede ser inferior al 50 % (5).

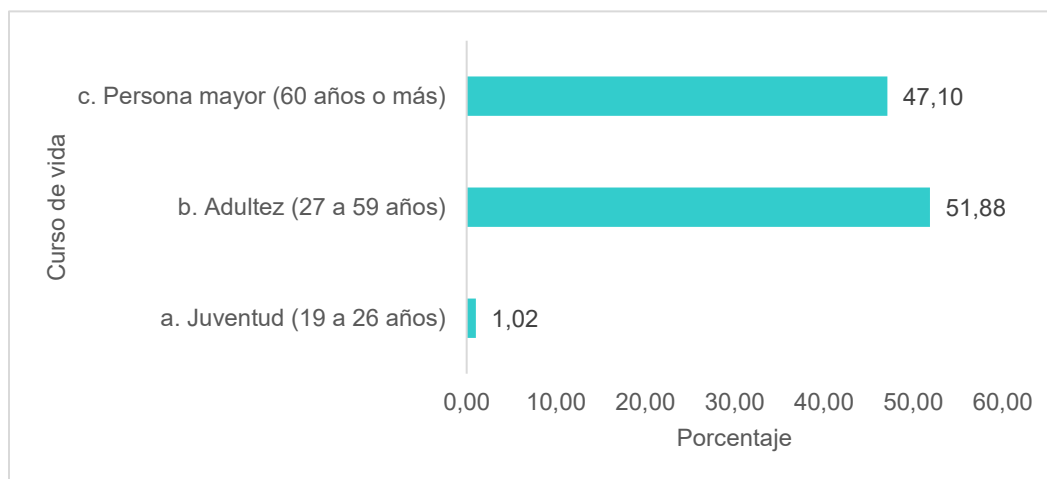
En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que cada año más de 491.000 mujeres son diagnosticadas y casi 100.000 mueren a causa de esta enfermedad. En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, y se proyecta un aumento del 34 % de nuevos casos para 2030 si las tendencias actuales se mantienen (6).

En Colombia, según la Cuenta de Alto Costo (CAC), con corte al 1.º de enero de 2024, se encontraban 140.096 mujeres viviendo con diagnóstico de cáncer de mama. Entre el 2 de enero de 2023 y el 1.º de enero de 2024 se notificaron 9.615 casos nuevos, de los cuales el 91,75 % correspondieron a tumores invasivos (7).

En Coosalud EPS, con corte al periodo epidemiológico X (semana epidemiológica 40 de 2025) y con base en datos preliminares, se reportaron al SIVIGILA un total de 681 casos de cáncer de mama. Tras el proceso de depuración de la base, se excluyeron 57 registros sin cruce con la base de afiliados o con afiliación inactiva, 9 casos con ajuste D, 36 duplicados y 284 casos no incidentes, resultando 295 casos incidentes activos para el análisis. De estos, 293 corresponden a mujeres, los cuales se consideran para el análisis de comportamiento del evento.

El análisis por curso de vida muestra que la mayor proporción de casos incidentes de cáncer de mama se concentra en mujeres adultas (27 a 59 años), con un 51,88% (n=152) del total, seguidas por las mujeres mayores de 60 años o más, que representan el 47,10% (n=138). Los casos en mujeres jóvenes (19 a 26 años) fueron poco frecuentes (1,02 %), lo que coincide con el comportamiento epidemiológico esperado, donde el riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad.

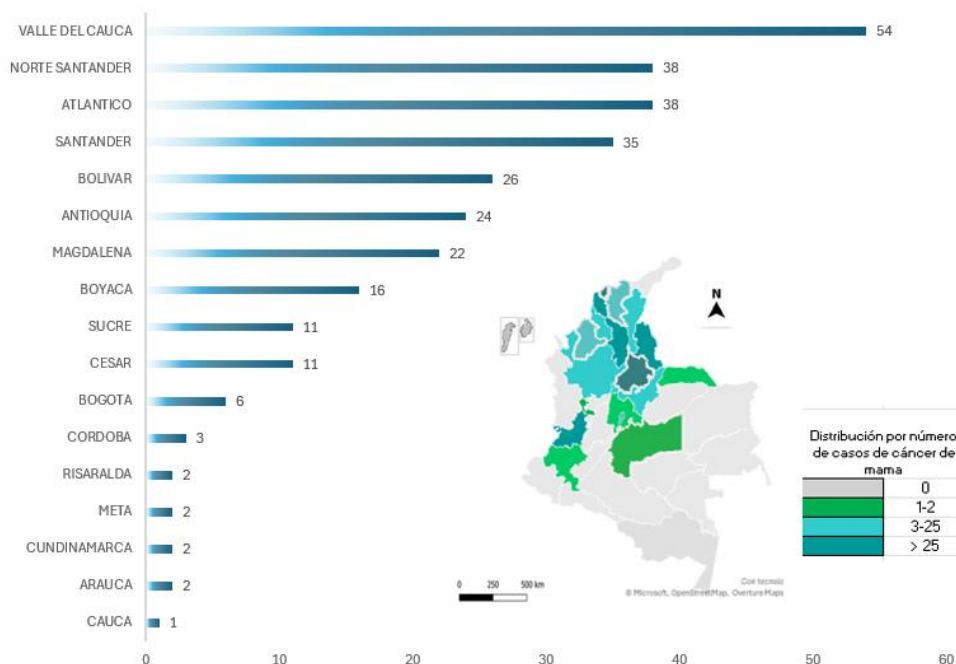
FIGURA 6. CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE MAMA POR CICLO DE VIDA, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

El Valle del Cauca reportó el mayor número de casos nuevos de cáncer de mama (54; 18,43% del total), seguido por Norte de Santander y Atlántico (cada uno con 38 casos; 12,97%), Santander (35 casos; 11,65%) y Bolívar (26 casos; 8,87%). Estos cinco departamentos concentran en conjunto cerca del 64,75% (n=191) de todos los casos notificados.

FIGURA 7. CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE MAMA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

El promedio de edad de los nuevos casos de cáncer de mama notificados fue de 58,2 años. La mayoría se presenta en áreas urbanas (86,01%) y en afiliadas al régimen subsidiado (91,81%). Predomina la población no perteneciente a grupos étnicos diferenciados (99,66%).

FIGURA 8. CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE MAMA POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

En 2024, las tasas más altas de notificación de cáncer de mama⁵ por cada 100.000 mujeres, se observaron en Meta (53,08 por 100.000 mujeres) y Casanare (52,85),

⁵ Para el cálculo de las tasas de notificación de cáncer de mama, se utilizó como numerador el total de casos notificados como confirmados en SIVIGILA hasta periodo epidemiológico descrito y como denominador la población de mujeres afiliadas a Coosalud EPS.

seguidas de Santander (30,73), Bogotá D.C. (26,98) y Atlántico (36,13). Para la semana epidemiológica 40 de 2025, se destacan Meta (106,16), Cauca (43,37), Boyacá (35,00) y Bogotá D.C. (32,37). Las tasas elevadas en departamentos como Meta, Casanare, Cauca y Boyacá deben interpretarse con cautela, ya que corresponden a territorios con poblaciones pequeñas, donde pocos casos generan variaciones amplias en las tasas de notificación.

TABLA 5. TASAS DE NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS CÁNCER DE MAMA POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, 2024 – 2025 (SE 40)

Departamento de residencia	2024		2025 (SE 40) p	
	n° de casos	Tasa de notificación	n° de casos	Tasa de notificación
ANTIOQUIA	21	9,19	24	10,51
ARAUCA	1	4,80	2	9,59
ATLÁNTICO	65	36,13	38	21,12
BOGOTÁ. D.C.	5	26,98	6	32,37
BOLÍVAR	17	8,80	26	13,46
BOYACÁ	4	8,75	16	35,00
CASANARE	1	52,85	0	0,00
CAUCA		0,00	1	43,37
CESAR	6	9,58	11	17,56
CHOCÓ	1	21,62	0	0,00
CÓRDOBA	7	12,00	3	5,14
CUNDINAMARCA	4	12,67	2	6,34
HUILA	1	28,47	0	0,00
MAGDALENA	20	13,24	22	14,56
META	1	53,08	2	106,16
NORTE DE SANTANDER	10	5,73	38	21,79
RISARALDA	1	7,06	2	14,12
SANTANDER	51	30,73	35	21,09
SUCRE	9	12,84	11	15,69
VALLE DEL CAUCA	49	18,95	54	20,88

Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155, 2024-2025 (SE 40) preliminar. BDUA 2024-2025.

Con corte al 30 de septiembre de 2025, en el seguimiento de los indicadores Fénix relacionados con cáncer de mama, el tiempo promedio de inicio de tratamiento se ubicó en 37,01 días, superando el estándar nacional de ≤ 30 días. La proporción de mujeres entre 50 y 69 años con mamografía en los últimos dos años alcanzó 57,75%, valor inferior a la meta del 70%. Por su parte, la proporción

de mujeres con cáncer de mama detectado en estadios tempranos al diagnóstico fue de 65,9%, superando ampliamente la meta establecida ($\geq 42\%$).

TABLAS 6. INDICADORES FÉNIX – CÁNCER DE MAMA, COOSALUD EPS, SEPTIEMBRE 2025

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Fuente	Meta 2025
Tiempo promedio de inicio de tratamiento de Cáncer de mama.	10.548	285	37,01	SIVIGILA	≤ 30 días
Proporción de mujeres entre 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años.	140.628	243.496	57,75	RES 202, SALUD FAMILIAR, RIPS Y BDUA	$\geq 70\%$
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectados en estadios tempranos al momento del diagnóstico.	188	285	65,97	Base de seguimiento a la cohorte y SIVIGILA	$\geq 42\%$

Fuente: SIVIGILA, RIPS, BDUA, base de seguimiento a la cohorte gestión del riesgo, Coosalud EPS. Corte: 30 de septiembre de 2025.

1. World Health Organization. *Breast cancer: key facts*. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. International Agency for Research on Cancer. *Global Cancer Observatory: Cancer Today – Breast Cancer*. Lyon: IARC; 2023. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>
3. World Health Organization. *Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework*. Geneva: WHO; 2023.
4. International Agency for Research on Cancer. *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 15: Breast Cancer Screening*. Lyon: IARC; 2022.
5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. *Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA Cancer J Clin. 2024; 74(2): 90–113.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Cáncer de mama en las Américas. OPS; 2023*. Disponible en: <http://paho.org/es/temas/cancer-mama>
7. Cuenta de Alto Costo. *Día Mundial del Cáncer de Mama 2024*. Bogotá: CAC; 2024. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-del-cancer-de-mama/>
8. Cuenta de Alto Costo. *Informe de situación del cáncer en Colombia 2022–2023*. Bogotá: CAC; 2024. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/>

➤ **Cáncer de cuello uterino**

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar entre los cánceres que afectan a las mujeres, con 600.000 casos nuevos y 350.000 muertes registradas en 2022, de las cuales más del 94% ocurrieron en países de ingresos bajos y medios (1). La OMS lanzó en 2020 la Estrategia Mundial para la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino como problema de salud pública, basada en tres metas al 2030: 90% de cobertura de vacunación contra VPH en niñas, 70% de cobertura de tamización en mujeres de 35 y 45 años, y 90% de tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer invasor (2).

Según GLOBOCAN 2022, en América Latina y el Caribe, la incidencia del cáncer de cuello uterino fue de 15,1 casos por cada 100.000 personas, con una mortalidad de 7,7 en la misma proporción, lo que evidencia una carga significativa de la enfermedad en la región. En Colombia, para el mismo año, se estimó una incidencia de 13,7 casos por cada 100.000 habitantes y una mortalidad de 6,9, reflejando una situación similar a la tendencia regional (3).

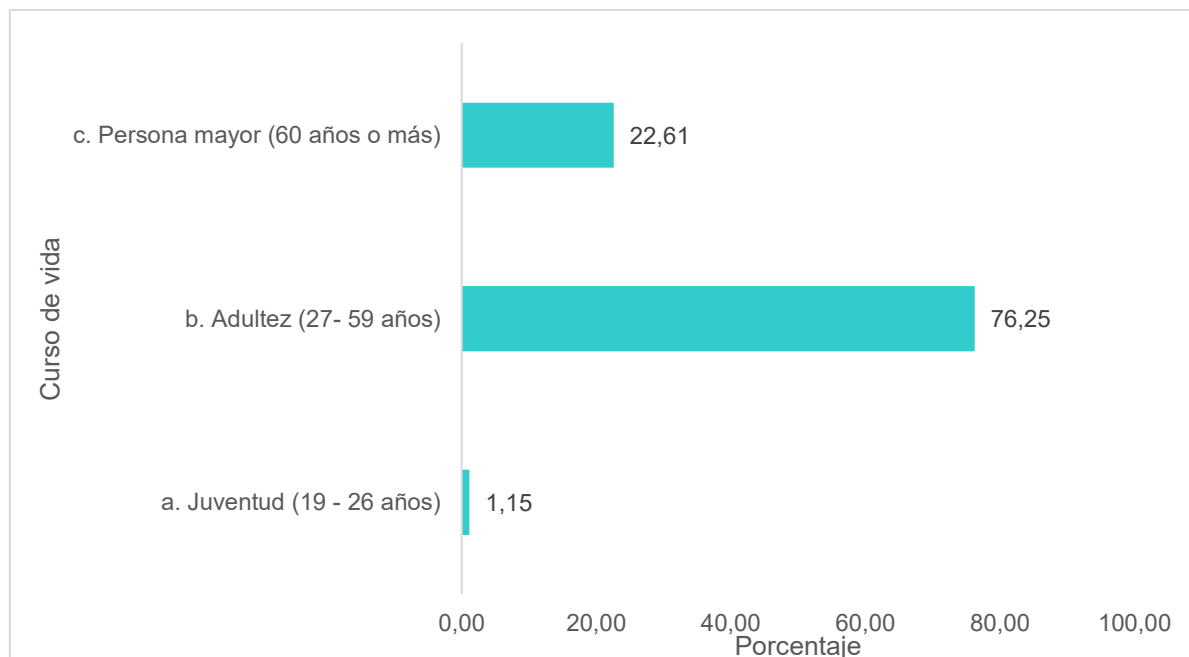
Según datos de la CAC, entre el 2 de enero de 2023 y el 1º de enero de 2024, se informaron 27.385 casos prevalentes de cáncer de cuello uterino invasivo. Esta cifra representa un aumento de 4.985 casos en comparación con el período anterior, lo que equivale a una prevalencia de 102,45 casos por cada 100.000 mujeres. En cuanto a la incidencia, se registraron 7,93 casos por cada 100.000 mujeres, reflejando un leve descenso en la detección de nuevos casos respecto al período anterior (4).

En el país, la estrategia “Colombia sin cáncer de cuello uterino” establece los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el VPH, con el objetivo de alcanzar una cobertura del 95 % en niñas de 9 a 17 años y niños de 9 a 14 años (5).

Para el periodo epidemiológico X (semana epidemiológica 40 de 2025), en Coosalud EPS se reportaron al SIVIGILA un total de 423 casos de cáncer de cuello uterino. Tras el proceso de depuración de la base de datos, se excluyeron 58 registros sin cruce con la base de afiliados o con afiliación inactiva, 3 casos con ajuste D, 45 duplicados y 56 casos no incidentes, resultando 261 casos incidentes activos que fueron incluidos en el análisis.

El análisis por curso de vida muestra que la mayor proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino se concentra en mujeres adultas (27 a 59 años), con un 76,25 % del total, seguidas por las personas mayores de 60 años o más, que representan el 22,61 %. Los casos en mujeres jóvenes (19 a 26 años) fueron poco frecuentes (1,15 %).

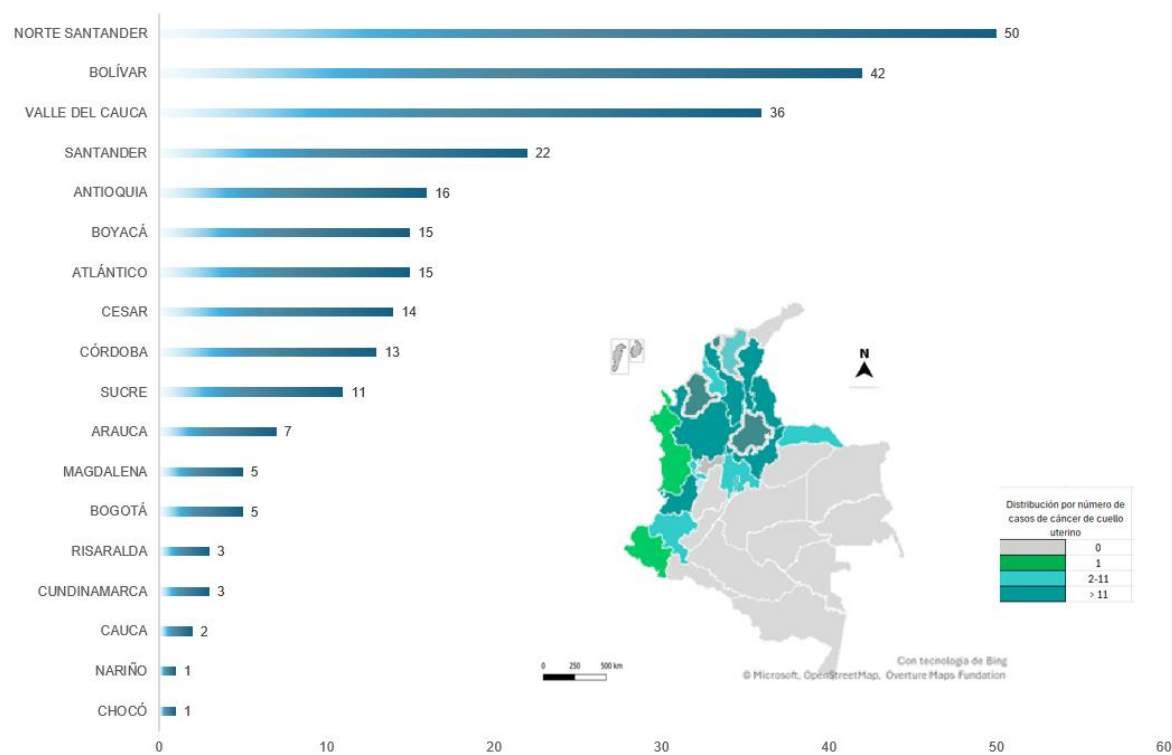
FIGURA 9. CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR CICLO DE VIDA, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

El mayor número de casos nuevo de cuello uterino se registró en Norte de Santander (50 casos; 19,16%), seguido de Bolívar (42 casos; 16,02%), Valle del Cauca (36 casos; 13,79%), Santander (22 casos; 8,43%), Antioquia (16 casos; 6,13%), y los departamentos de Boyacá y Atlántico (ambos con 15; casos 5,75%). Estos siete territorios concentran aproximadamente el 75,10% (n=196) del total de casos notificados.

FIGURA 10. CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

La edad promedio entre los casos nuevos de cáncer de cuello uterino fue de 48,87 años. La mayoría pertenece al régimen subsidiado (90,42%) y reside en zonas urbanas (84,29%). En cuanto al grupo étnico, el 97,70% correspondió a población no étnica y el 2,30% a población indígena.

FIGURA 11. CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO X (SEMANA 40) 2025



Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155. Corte: periodo epidemiológico X (SE40) 2025 preliminar.

Durante el año 2024, las tasas más altas de notificación de cáncer de cuello uterino⁶ por cada 100.000 mujeres se registraron en Chocó (86,47), Tolima (86,73), Meta (53,08) y Cauca (43,37). Para 2025 (SE 40), las mayores tasas se observaron en Cauca (86,73), Arauca (33,57), Boyacá (32,81) y Bogotá D.C. (26,98).

TABLA 7. TASAS DE NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, 2024 – 2025 (SE 40)

Departamento de residencia	2024		2025 (SE 40) p	
	n° de casos	Tasa de notificación	n° de casos	Tasa de notificación
ANTIOQUIA	18	7,88	16	7,00
ARAUCA	2	9,59	7	33,57
ATLÁNTICO	14	7,78	15	8,34
BOGOTÁ. D.C.	4	21,58	5	26,98
BOLÍVAR	19	9,83	42	21,74
BOYACÁ	15	32,81	15	32,81
CASANARE	0	0,00	0	0,00
CAUCA	1	43,37	2	86,73
CESAR	6	9,58	14	22,35
CHOCÓ	4	86,47	1	21,62
CÓRDOBA	16	27,43	13	22,28
CUNDINAMARCA	3	9,50	3	9,50
HUILA	1	28,47	0	0,00
MAGDALENA	8	5,30	5	3,31
META	1	53,08	0	0,00
NORTE DE SANTANDER	48	27,52	50	28,67
RISARALDA	3	21,18	3	21,18
SANTANDER	12	7,23	22	13,26
SUCRE	8	11,41	11	15,69
TOLIMA	1	86,73	0	0,00
VALLE DEL CAUCA	40	15,47	36	13,92

Fuente: base de datos SIVIGILA, evento 155, 2024-2025 (SE 40) preliminar. BDU A 2024-2025.
Nota: Para 2025, Se excluye del análisis el departamento de Nariño por presentar un valor atípico derivado de un único afiliado con un caso notificado.

⁶ Para el cálculo de las tasas de notificación de cáncer de cuello uterino, se utilizó como numerador el total de casos notificados como confirmados en SIVIGILA hasta periodo epidemiológico descrito y como denominador la población de mujeres afiliadas a Coosalud EPS.

Con corte a septiembre de 2025, el tiempo promedio de inicio del tratamiento para los casos nuevos de cáncer de cuello uterino fue de 27,24 días, valor que se mantiene dentro del rango meta establecido (≤ 30 días).

En cuanto a la tamización, el 62,73% de las mujeres entre 25 y 65 años se realizaron pruebas para la detección temprana, indicador que, aunque positivo, aún se encuentra por debajo de la meta nacional del 70%.

Por otra parte, la proporción de mujeres con citología anormal que recibieron colposcopia dentro del estándar de 30 días fue de solo 9,30%, evidenciando una brecha significativa frente a la meta del 80%.

Respecto a la calidad del diagnóstico, el 96,7% de las mujeres con cáncer de cuello uterino contaron con estadificación clínica documentada, cumpliendo ampliamente la meta ($>80\%$). Sin embargo, solo el 54,8% de los casos nuevos fueron clasificados en estadios tempranos, un resultado inferior al estándar esperado ($\geq 80\%$).

TABLAS 8. INDICADORES FÉNIX – CÁNCER DE CUELLO UTERINO, COOSALUD EPS, SEPTIEMBRE 2025

Indicador	Numerador	Denominador	Resultado	Fuente	Meta 2025
Tiempo promedio de inicio de tratamiento de cáncer de cuello uterino.	6.565	241	27,24	SIVIGILA	≤ 30 días
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino.	309.695	493.732	62,73	RES 202, SALUD FAMILIAR, RIPS Y BDU	$\geq 70\%$
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia.	238	2.560	9,30	RES 202, SALUD FAMILIAR, RIPS Y BDU	$\geq 80\%$
Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó estadificación clínica, casos nuevos reportados (CNR).	233	241	96,68	Base de seguimiento a la cohorte y SIVIGILA	$> 80 \%$
Proporción de casos nuevos reportados de cáncer de cuello uterino con estadificación temprana	132	241	54,77	Base de seguimiento a la cohorte y SIVIGILA	$\geq 80 \%$

Fuente: SIVIGILA, RIPS, BDU, base de seguimiento a la cohorte gestión del riesgo, Coosalud EPS. Corte: 30 de septiembre de 2025.

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem: 2020–2030. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino en las Américas 2021–2030. Washington D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38574>
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Observatorio mundial del cáncer: el cáncer hoy (versión 1.1). Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. [citado el 04 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>
4. Cuenta de Alto Costo. Día mundial de la prevención del cáncer de cuello uterino 2025 [Internet]. Bogotá D.C.: Cuenta de Alto Costo; 26 mar 2025 [citado el 04 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino-2025/>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el virus del papiloma humano. el 19 de septiembre de 2024 [citado el 04 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-vacunacion-contra-virus-papiloma-humano-ninas-ninos.pdf>