

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

INFORME DEL EVENTO CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO UNO AL NUEVE, Colombia, 2017.

Víctor Manuel Martínez Gómez.

*Referente de Enfermedades No Transmisibles (cardiovasculares, respiratorias crónicas,
diabetes, cáncer de mama y cuello uterino).*

Equipo funcional de crónicas.

Grupo de No Transmisibles.

Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) en conjunto, son la primera de causa de mortalidad en el mundo; para el 2012 (último año que dispone de datos internacionales comparables sobre incidencia y prevalencia), se reportaron 38 millones de muertes relacionadas, lo que equivale al 68% de las defunciones por todas las causas; cuando evaluamos los fallecimientos por ENT, se encontró que el 40% de estas muertes se presentaron en población menor de 70 años y están catalogadas como muertes prematuras. Casi tres cuartas partes de las muertes por ENT y más del 80% de las muertes prematuras se presentaron en los países de bajos y medianos ingresos. En el siglo XXI, las ENT son uno de los más grandes desafíos para la salud mundial, tanto por el desarrollo de los países como por el sufrimiento causado a las personas afectadas y sus familiares, porque estas enfermedades comprometen en gran cuantía los recursos económicos (1).

La OMS, define a las ENT también llamadas enfermedades crónicas no transmisibles como padecimientos de larga duración y multifactoriales (genéticos, ambientales, fisiológicos y conductuales); los cuatro principales tipos de enfermedades son las cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, eventos cerebro vasculares, hipertensión, cardiomiopatías), las enfermedades crónicas respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma), el cáncer y la diabetes (2).

El tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad además de las infecciones son una parte del amplio espectro de agentes que se convierten en factores de riesgo y contribuyen al desarrollo del cáncer y las tasas de incidencia pueden variar de forma dramática en las diferentes regiones por la heterogeneidad geográfica. Los factores de riesgo se clasifican en NO modificables como son la edad, raza, los antecedentes familiares, la historia reproductiva y hormonal; modificables como los relacionados al estilo de vida como el consumo de alcohol, tabaquismo, inactividad física y hábitos alimenticios inadecuados; conductuales o relacionados con el comportamiento

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 02
				2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001		Página 2 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

como es la exposición al sol evitable; ambientales por exposiciones que pueden ser ocupacionales y por contaminación, entre otros (3).

Es el cáncer una de las causas principales de mortalidad y morbilidad con 14 millones de casos nuevos aproximadamente y 8 millones de muertes relacionadas con cáncer para 2012, afligiendo a todos los países y todas las regiones; encontrando una tasa ajustada por edad de 182 por 100.000 habitantes para los casos nuevos (incidencia) y 102 por 100.000 habitantes para mortalidad a nivel mundial. Los cinco cánceres con mayor incidencia en las mujeres para 2012 fueron mama con el 25,2%, colorrectal 9,2%, pulmón 8,7%, cuello uterino 7,9% y estomago con el 4,9% (3).

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

Para el 2012, en el mundo se presentaron 14,1 millones de casos nuevos de cáncer, fallecieron 8,2 millones de personas con este diagnóstico y vivían 32,6 millones con cáncer. El 57% de los casos nuevos, el 65% de las muertes y el 48% de la prevalencia a 5 años se produjeron en las regiones menos desarrolladas. La tasa de incidencia general de cáncer fue casi un 25% mayor en los hombres; variando hasta casi 5 veces en las diferentes regiones del mundo con una tasa mínima de 79 por 100.000 en África Occidental y una máxima de 365 por 100.000 en Australia y Nueva Zelanda. Ahora bien, la variación de la incidencia en las mujeres fue menor, pudiendo ser triplicada, va desde 103 por 100.000 en Asia Central y Meridional hasta 295 por 100.000 en América del Norte. La mortalidad presentó menos variabilidad entre las regiones, siendo un 15% superior en las regiones desarrolladas y un 8% más en los hombres. En los hombres la mortalidad es mayor en Europa del Este con 173 por 100.000 a comparación con África Central y Occidental con el 69 por 100.000. En las mujeres la mortalidad oscila entre 65 por 100.000 en Asia hasta 119 por 100.000 en la Polinesia (4).

El cáncer de mama constituye la segunda causa más común de cáncer en el mundo y el más frecuente en mujeres en países con medianos y bajos ingresos. Para el 2012, los casos incidentes fueron 1,7 millones diagnosticados (25% del total de cánceres) y aproximadamente 522.000 muertes, representando la quinta causa de mortalidad en general por este tipo de patologías crónicas. Ahora bien, la mortalidad por regiones demostró que en los países de bajos y medianos ingresos fue una de las causas más frecuentes con el 14,3% frente al total, mientras que en los países desarrollados fue la segunda causa de mortalidad con un 15,4% del total de cánceres, ubicándose posterior al cáncer de pulmón primera causa a nivel mundial (5).

El cáncer de cuello uterino afecta a mujeres jóvenes, convirtiéndose en una de las causas principales de años potencialmente perdidos en los países de bajos y medianos ingresos, contribuyendo a tener más carga de la enfermedad que algunas infecciosas (6).

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 3 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

1.2. Comportamiento del evento en América

En América del Norte había un estimado de 1 606 000 casos incidentes de cáncer (849 000 en hombres y 757 000 en mujeres) y 669 000 muertes por cáncer (349.000 en hombres y 320.000 en mujeres) en 2008. El cáncer de próstata predomina claramente la incidencia, seguido por el cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de vejiga, melanoma y linfoma. El cáncer de pulmón es la forma más común de muerte por cáncer, seguido por el cáncer de próstata y el cáncer colorrectal. En las mujeres, el cáncer de mama es la forma más común de cáncer incidente, seguido por el cáncer de pulmón, cáncer colorrectal y cáncer de cuello uterino. El cáncer de pulmón es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres, seguido del cáncer de mama y el cáncer colorrectal (7).

En la parte sur de la región de la OPS (Centro y Sur América y el Caribe) en 2008 había 1 011 000 casos incidentes de cáncer (489 000 en hombres y 522 000 en mujeres) y 589 000 muertes por cáncer (302 000 en los hombres y 287 000 en mujeres). En los hombres el formulario de incidentes más frecuentes cuando el cáncer de próstata es el cáncer seguido por el cáncer de pulmón, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. El cáncer de pulmón es la causa de cáncer más frecuente de muerte seguida de próstata, estómago y colorrectal. En las mujeres, la forma más común de cáncer de mama es el cáncer de cuello uterino, seguido de cáncer colorrectal, cáncer de estómago y cáncer de pulmón. El cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino, cáncer de estómago, cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal son las formas más comunes de muerte por cáncer. Hay diferencias sustanciales entre América del Norte y América Latina y el Caribe. Las pirámides de población de estas regiones son notablemente diferentes. En América del Norte hay una población con tendencia al envejecimiento, mientras que en América Latina y el Caribe hay una población joven (7).

Para el 2012, en la región de las Américas se registraron 2,8 millones de casos nuevos de cáncer, con 1,3 millones de muertes consecuencia del cáncer; las proyecciones indican que se incrementarán a 2,1 millones para el 2030. Al revisar la mortalidad, se encontró que para el año 2012 casi la mitad de estas muertes se presentaron en América Latina y el Caribe. La mortalidad por cáncer de cuello uterino es tres veces mayor en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, poniendo de manifiesto las grandes desigualdades en salud de la región. El 30% de las muertes producidas por el cáncer pueden ser prevenibles, realizando cambios en el estilo de vida y adoptando hábitos saludables (8).

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 4 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

En Colombia, el cáncer es un problema de salud pública creciente. Las estimaciones en el periodo de 2000 – 2006, presentaron 70.887 casos nuevos de cáncer por año, de los cuales, el 45% (32.316) se presentaron en la población masculina, siendo la tasa de incidencia ajustada para todos los cánceres (excepto cáncer de piel) fue de 186,6 por 100.000 habitantes y para las mujeres fue de 196,9 por 100.000 habitantes. Los principales tipos de cáncer en los hombres fueron próstata, estomago, pulmón, colon, recto y linfomas no Hodgkin, para las mujeres fueron mama, cuello del útero, tiroides, estomago, colon, recto y ano (9).

En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, representando el 16,9% de las defunciones en este año, presentándose un 51% en la población femenina, con una tasa cruda de 72 por 100.000 habitantes en los hombres y 74,1 por 100.00 habitantes en las mujeres. El cáncer tiene importantes variaciones en términos geográficos, si se compara con otros países, Colombia tiene unas tasas de incidencia elevadas particularmente en cáncer de estómago y cuello uterino en los adultos; además, al evaluar la variación geográfica en el país se encontraron patrones definidos así: en la zona Andina y las cordilleras el riesgo es mayor para cáncer de estómago, en los grandes centros urbanos el riesgo está relacionado con el cáncer de mama y en los departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos, el riesgo es mayor para cáncer de cuello uterino (9).

También se encuentran diferencias sociales y desigualdades en el comportamiento de los cánceres, siendo así, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas, pobres y con régimen subsidiado, a su vez, el 50% de las muertes por cáncer de mama corresponden al régimen contributivo, demostrando cargas diferenciales en los años de vida potencialmente perdidos entre regímenes para estos dos cánceres. La proporción de muertes por cáncer se puede atribuir a los factores de riesgo conocidos, con mayor peso el tabaco y la alimentación, aportando cada uno el 30%. Actualmente, para la detección temprana hay dos cánceres que cuentan con actividades estipuladas en la Resolución 412 del 2000, siendo el cáncer de mama y cuello uterino (9).

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Establecer la distribución demográfica y social de los casos reportados al Sivigila de cáncer de mama y cuello uterino en el año 2017.
- ✓ Determinar los indicadores de oportunidad por entidad territorial departamental durante el año 2017.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 02
				2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001		Página 5 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

Con la base de datos del evento 155 - cáncer de mama y cuello uterino, recibida en el aplicativo del sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud, se realiza proceso de depuración del 1 de enero al 9 de septiembre. Para la identificación de los registros duplicados o repetidos se realizó agrupación de las siguientes variables: primer y segundo nombre, primer y segundo apellido, número de identificación, se seleccionan los casos de acuerdo a la semana epidemiológica, ajuste, condición final y fecha de ajuste; se empleó Microsoft Excel para el procesamiento de los datos.

Se realizó un análisis de tipo descriptivo retrospectivo de las variables de la ficha de notificación de datos básicos y complementarios del evento 155 - cáncer de mama y cuello uterino, hasta la semana epidemiológica 36 de 2017. El análisis describe el comportamiento del evento, la magnitud en persona y lugar de los tipos de cánceres.

El análisis se enfocó en los aspectos relevantes para la caracterización del evento como son:

- El comportamiento de la notificación, presentando el acumulado de casos en Colombia hasta el periodo nueve, semana epidemiológica 36, la notificación en las entidades territoriales se expresa mediante frecuencias, proporciones, intervalos de confianza según la pertinencia de los datos.
- La caracterización del evento en persona y lugar, teniendo en cuenta, las variables de sexo, edad, régimen de afiliación, pertenencia étnica, grupos poblacionales, EAPB, al igual que el comportamiento se expresaron mediante frecuencias, proporciones, intervalos de confianza según la pertinencia de los datos.
- El análisis de otras variables de interés, utilizando los datos complementarios de la ficha de notificación, evaluando el tipo de tumor, el tiempo de oportunidad de diagnóstico e inicio de tratamiento.

4. HALLAZGOS

Cáncer de mama y cáncer de cuello uterino son eventos que iniciaron su vigilancia bajo el código Sivigila 155. En el intervalo comprendido desde 01 de enero a 9 de septiembre de 2017 (periodos epidemiológicos uno a nueve), se notificaron al aplicativo del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 5 249 casos confirmados de los dos cánceres, de los cuales se retiraron 296 registros repetidos y con mala calidad del dato, 20 registros de semanas superiores a la 36, con ajuste D 70 y 83 casos con ajuste 6 , resultando 4 780 casos; es importante registrar que se notificaron tres personas con la coexistencia de los dos tipos de cáncer, generando incremento en tres casos, para un total de 4 783 casos confirmados.

Cáncer de mama y cuello uterino

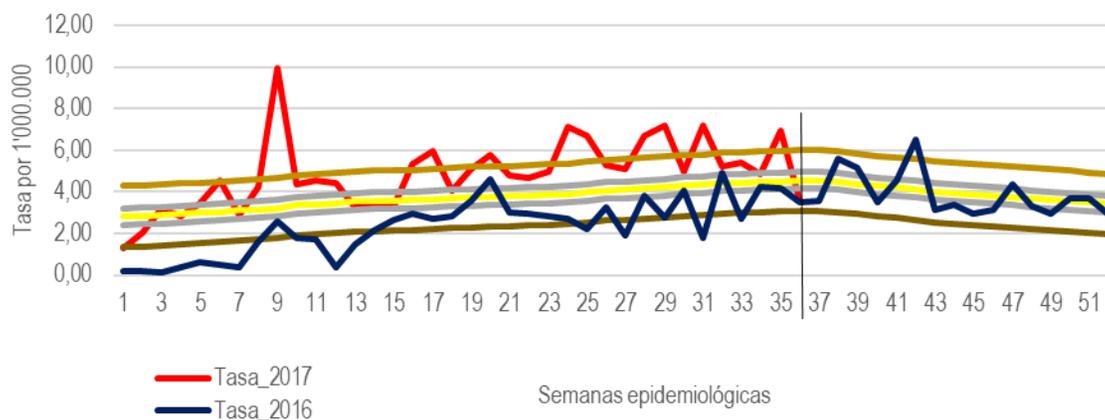
4.1. Comportamiento de la notificación

4.1.1. Cáncer de mama

Hasta la semana epidemiológica 36 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 4 783 casos confirmados de los dos tipos de cánceres, con un promedio por semana de $133 \pm 1,2$ (IC 95% 131,7 – 134,0). Del total de los casos para cáncer de mama a periodo epidemiológico nueve se reportaron 3 040 (63,5% del total) casos confirmados, con un promedio por semana $84 \pm 1,1$ (IC 95% 83,3 – 85,5), con incremento en la notificación en comparación con el año 2 016 que fue en promedio de 40 por semana; el promedio de la tasa cruda en la notificación general para el año fue de 4,85 por 100.000 mujeres mayores de 18 años, presentándose un incremento de \pm dos puntos respecto al 2016 (2,34 por 100.000 mujeres), (ver gráfico 1).

Gráfico 1.

Casos notificados de cáncer de mama. Colombia, semanas epidemiológicas 01 – 36, 2 016 - 2 017.



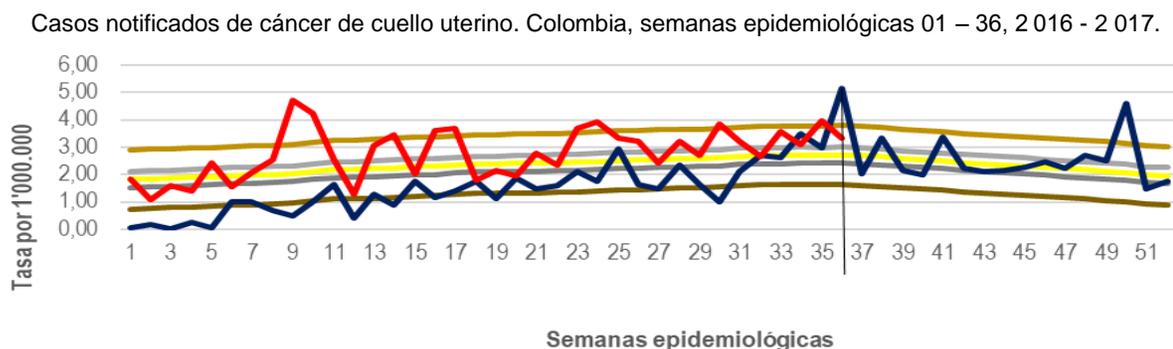
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016 - 2 017.

4.1.2. Cáncer de cuello uterino

Del total de los casos para cáncer de cuello uterino a periodo epidemiológico nueve se reportaron 1 743 (36,5% del total) casos confirmados, con un promedio por semana $48 \pm 0,7$ (IC 95% 47,7 – 49,2), con incremento en la notificación en comparación con el año 2016 que fue en promedio de 26 por semana; el promedio de tasa cruda en la notificación general para el año fue de 2,78 por 100.000 mujeres mayores de 18 años, presentándose un incremento de \pm un punto respecto al 2 016 (1,52 por 100.000 mujeres), (ver gráfico 2).

Gráfico 2.

Cáncer de mama y cuello uterino



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016 - 2017.

4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

4.2.1. Cáncer de mama

El 59% de los casos de cáncer de mama se registraron en el régimen contributivo; el 86,2% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica 53 casos (el 1,7%) en afrocolombianos, 12 casos (el 0,4 %) en indígenas, 11 casos (el 0,4%) en ROM(gitano) y dos casos (0,1%) en raizales, hallando un 2,6% de los registros en poblaciones minoritarias. La media de la edad fue 56 años \pm 0,48 (IC 95% 55,6 – 57,4); concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 50 a 54 años con el 14,6% y en los 70 y más años con el 18,4%, (ver tabla 1).

Tabla 1.

Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de cáncer de mama. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2017.

Variable	Categoría	Mama	%
Tipo de régimen	Contributivo	1795	59,0
	Subsidiado	989	32,5
	Especial	118	3,9
	Indeterminado	50	1,6
	No Asegurado	46	1,5
	Excepción	42	1,4
	Otro	2961	97,4
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	53	1,7
	Indígena	12	0,4
	ROM, Gitano	11	0,4
	Raizal	2	0,1
	Palenquero	0	0,0
	Cabecera Municipal	2621	86,2
Área de residencia	Centro Poblado	287	9,4
	Rural Disperso	132	4,3
	Grupos de edad		
Grupos de edad	20 a 24 años	10	0,3
	25 a 29 años	31	1,0
	30 a 34 años	101	3,3
	35 a 39 años	181	6,0

Cáncer de mama y cuello uterino

40 a 44 años	240	7,9
45 a 49 años	368	12,1
50 a 54 años	445	14,6
55 a 59 años	396	13,0
60 a 64 años	410	13,5
65 a 69 años	300	9,9
70 y más años	558	18,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las cinco primeras entidades territoriales según escalafón de notificación en orden descendente fueron Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Risaralda y Norte de Santander concentrando el 70,6% de los casos; al realizar la comparación de la notificación según análisis de tendencia con distribución de Poisson, se encontraron 14 entidades territoriales con incremento en el reporte de casos y 13 ET con descenso en la notificación, estadísticamente significativos, (ver tabla 2).

Tabla 2.

Tendencia de la notificación de cáncer de mama por entidad territorial. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2016 - 2017.

Departamento/Distrito	Esperado	2017	Poisson
Amazonas	2	0	0,10
Antioquia	198	650	0,00
Arauca	8	6	0,13
Archipiélago de San Andrés	2	0	0,10
Atlántico	37	6	0,00
Barranquilla	37	83	0,00
Bogotá	244	592	0,00
Bolívar	32	0	0,00
Boyacá	37	33	0,05
Buenaventura	12	3	0,00
Caldas	30	29	0,07
Caquetá	14	2	0,00
Cartagena	31	77	0,00
Casanare	11	3	0,00
Cauca	41	45	0,05
Cesar	31	62	0,00
Chocó	15	0	0,00
Córdoba	51	71	0,00
Cundinamarca	81	12	0,00
Guainía	1	0	0,30
Guaviare	3	1	0,13
Huila	34	69	0,00
La Guajira	30	1	0,00
Magdalena	22	6	0,00
Meta	29	24	0,05
Nariño	52	131	0,00
Norte de Santander	41	170	0,00
Putumayo	10	0	0,00
Quindío	17	14	0,08
Risaralda	29	199	0,00
Santa Marta	15	16	0,10
Santander	62	57	0,04

Cáncer de mama y cuello uterino

Sucre	25	34	0,02
Tolima	41	108	0,00
Valle del Cauca	128	536	0,00
Vaupés	1	0	0,27
Vichada	2	0	0,11

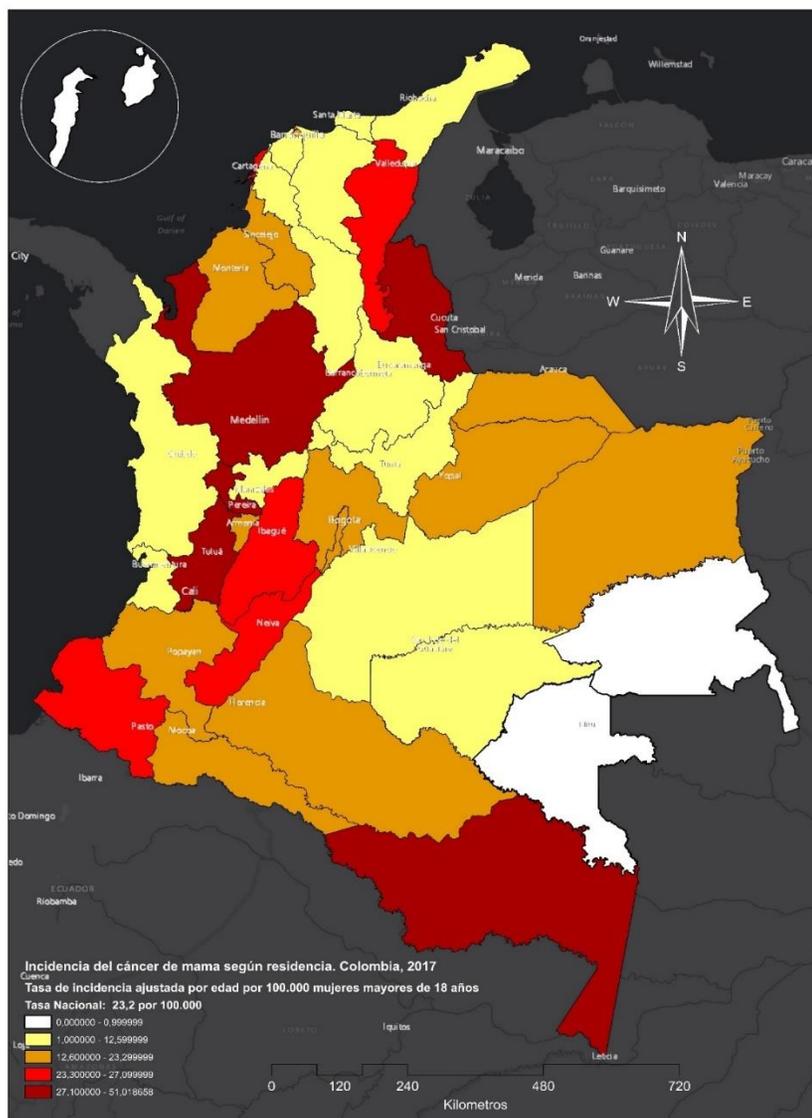
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

A los casos de cáncer de mama según área de residencia, se les realizó la tasa de incidencia ajustada por edad con población de referencia OMS, encontrando que la tasa a nivel nacional fue 23,2 por 100.000 mujeres mayores de 18 años y las entidades por encima de la tasa nacional en orden descendente fueron: Norte de Santander, Risaralda, Amazonas, Valle del Cauca, Antioquia, Nariño, Huila, Tolima, Cartagena y Cesar, (ver Mapa 1).

Mapa 1.

Distribución de los casos de cáncer de mama notificados según residencia. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.

Cáncer de mama y cuello uterino



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con más cantidad de casos notificados fueron: Nueva EPS, Savia salud EPS, Cafesalud EPS, Sura EPS y Asociación Mutual de Nariño - Emssanar E.S.S, concentrando el 37,1% de la vigilancia (ver tabla 3).

Tabla 3.
 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios notificadoras de cáncer de mama. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.

Código	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	Casos	%
--------	---	-------	---

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 11 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

EPS037	Nueva EPS	336	11,1
CCF002	Savía Salud E.P.S.	218	7,2
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	214	7,0
EPS010	Sura E.P.S	181	6,0
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud De Nariño E.S.S. Emssanar E.S.S.	180	5,9
EPS018	S.O.S. Servicio Occidental de Salud EPS. S.A.	158	5,2
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	154	5,1
EPS005	Sanitas E.P.S. S.A.	112	3,7
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud ESS	112	3,7
EPS008	Compensar E.P.S.	108	3,6
0	No Asegurado	96	3,2
ESS024	Coosalud ESS EPS-S	82	2,7
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.	74	2,4
EPS017	Famisanar E.P.S. Ltda.	73	2,4
ESS133	Comparta	70	2,3
RES003	Fuerzas Militares	66	2,2
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.	56	1,8
RES004	Fiduprevisora S. A	52	1,7
EPS023	Cruz Blanca EPS S.A.	46	1,5
EPSS34	Capital Salud EPS-S S.A.S.	45	1,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las ocupaciones o profesiones más frecuentes en la notificación al sistema de vigilancia para cáncer de mama fueron hogar, personas sin documentación de ocupación (No aplica), pensionados, otros trabajadores de servicios personales a particulares y cesantes, sin ocupación o desempleado registrando el 83% de los casos notificados, (ver tabla 4).

Tabla 4.
Ocupaciones o profesiones notificadas relacionadas con cáncer de mama. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.

Código	Trabajo y ocupaciones	Casos	%
9996	Hogar (ama de casa)	1917	63,1
9999	No aplica	399	13,1
9995	Pensionado	99	3,3
5149	Otros trabajadores de servicios personales a particulares, no clasificados bajo otros epígrafes	55	1,8
9950	Cesante o sin ocupación o desempleado	53	1,7
3414	Representantes comerciales y técnicos de ventas	20	0,7
4222	Recepcionistas, empleados de información y servicio al cliente	19	0,6
9210	Personal domestico	18	0,6
4113	Secretarios (as)	18	0,6
9997	Estudiante	16	0,5
5132	Auxiliares de enfermería y odontología	16	0,5
4123	Auxiliares administrativos y afines	15	0,5
2411	Contadores	15	0,5
2313	Profesores de educación primaria	14	0,5
5141	Peluqueros, especialistas en tratamientos de belleza y afines	14	0,5
1412	Coordinadores y supervisores de ventas y comercialización	12	0,4
9221	Aseadores y fumigadores de oficinas, hoteles y otros establecimientos	11	0,4
2310	Profesores de universidades y otros establecimientos de la enseñanza superior	11	0,4
2421	Abogados	10	0,3
2312	Profesores de educación secundaria	10	0,3

Cáncer de mama y cuello uterino

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

4.2.2. Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino registró el 57% de los casos en el régimen subsidiado; el 81,1% en la cabecera municipal. Por pertenencia étnica 36 casos (el 2,1%) en afrocolombianos, 23 casos (el 1,3%) en indígenas y seis casos (el 0,3%) en ROM (gitano), hallando un 3,7 % de los registros en poblaciones minoritarias. La media de edad fue 45 años \pm 0,72 (IC 95% 44,6 – 46,0); los grupos de edad más afectados fueron 30 a 34 años con el 13,1% y 35 a 39 con el 13,2%, (ver tabla 5).

Tabla 5.

Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de cáncer de cuello uterino. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2017.

Variable	Categoría	Cuello uterino	%
Tipo de régimen	Subsidiado	994	57,0
	Contributivo	621	35,6
	No Asegurado	52	3,0
	Especial	45	2,6
	Excepción	17	1,0
	Indeterminado	14	0,8
Pertenencia étnica	Otro	1678	96,3
	Afrocolombiano	36	2,1
	Indígena	23	1,3
	ROM, Gitano	6	0,3
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
Área de residencia	Cabecera Municipal	1414	81,1
	Centro Poblado	171	9,8
	Rural Disperso	158	9,1
Grupos de edad	15 a 19 años	8	0,5
	20 a 24 años	79	4,5
	25 a 29 años	188	10,8
	30 a 34 años	229	13,1
	35 a 39 años	230	13,2
	40 a 44 años	192	11,0
	45 a 49 años	174	10,0
	50 a 54 años	161	9,2
	55 a 59 años	149	8,5
	60 a 64 años	121	6,9
	65 a 69 años	91	5,2
70 y más años	121	6,9	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las cinco primeras entidades territoriales según escalafón de notificación en orden descendente fueron Bogotá, Valle del Cauca, Cauca, Antioquia y Norte de Santander concentrando el 58,5%

Cáncer de mama y cuello uterino

de los casos; al realizar la comparación de la notificación según análisis de tendencia con distribución de Poisson, se encontraron 19 entidades territoriales con incremento en el reporte de casos y 10 ET con descenso en la notificación, estadísticamente significativos, (ver tabla 6).

Tabla 6.
Tendencia de la notificación de cáncer de cuello uterino por entidad territorial. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2016 – 2017.

Departamento/Distrito	Esperado	2017	Poisson
Amazonas	1	3	0,12
Antioquia	129	104	0,00
Arauca	5	8	0,07
Archipiélago de San Andrés	1	0	0,23
Atlántico	24	0	0,00
Barranquilla	24	35	0,01
Bogotá	159	519	0,00
Bolívar	21	1	0,00
Boyacá	24	41	0,00
Buenaventura	8	1	0,00
Caldas	19	74	0,00
Caquetá	9	33	0,00
Cartagena	20	35	0,00
Casanare	7	6	0,15
Cauca	26	121	0,00
Cesar	20	29	0,01
Chocó	10	0	0,00
Córdoba	33	25	0,02
Cundinamarca	53	10	0,00
Guainía	1	0	0,45
Guaviare	2	12	0,00
Huila	22	72	0,00
La Guajira	19	1	0,00
Magdalena	14	3	0,00
Meta	19	26	0,02
Nariño	34	69	0,00
Norte de Santander	26	93	0,00
Putumayo	7	11	0,04
Quindío	11	14	0,07
Risaralda	19	58	0,00
Santa Marta	10	20	0,00
Santander	40	30	0,02
Sucre	16	24	0,02
Tolima	27	81	0,00
Valle del Cauca	83	183	0,00
Vaupés	1	1	0,36
Vichada	1	0	0,24

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 02
				2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001		Página 14 de 25

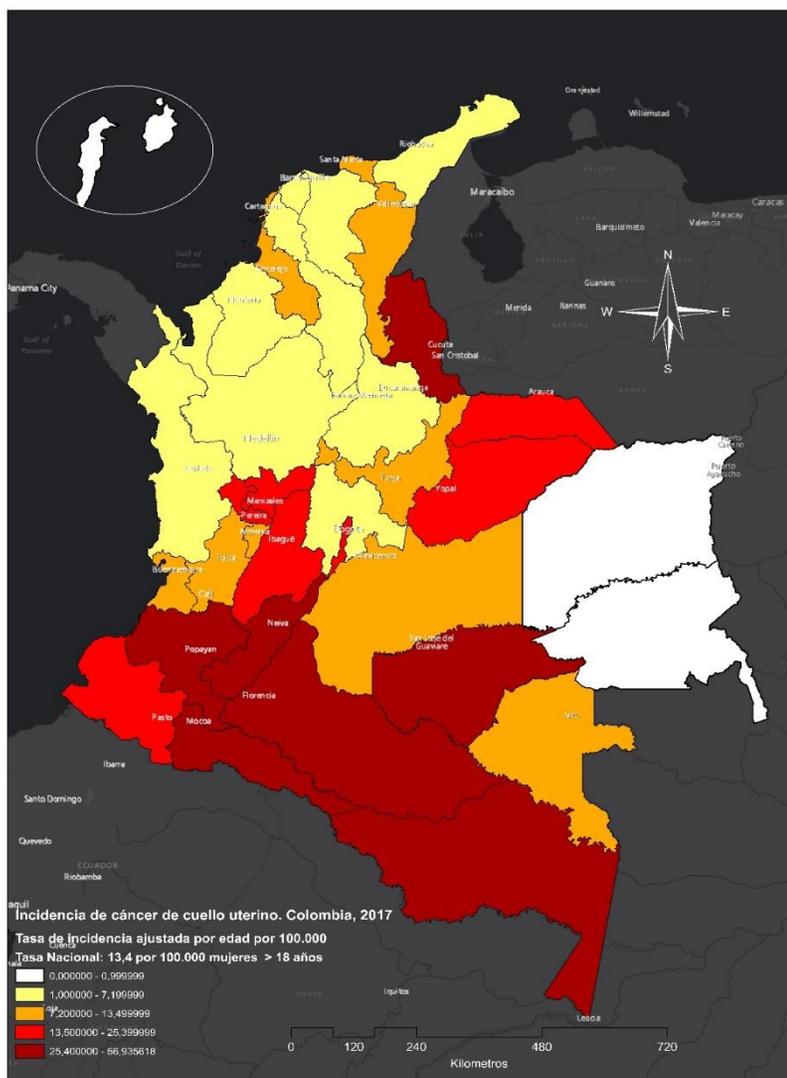
Cáncer de mama y cuello uterino

A los casos de cáncer de cuello uterino según área de residencia, se les realizó la tasa de incidencia ajustada por edad con población de referencia OMS, encontrando que la tasa a nivel nacional fue 13,4 por 100.000 mujeres mayores de 18 años y las entidades por encima de la tasa nacional en orden descendente fueron: Guaviare, Amazonas, Caquetá, Cauca, Norte de Santander, Putumayo, Huila, Caldas, Bogotá, Tolima, Risaralda, Casanare, Nariño y Arauca, (ver Mapa 2).

Mapa 2.

Distribución de los casos de cáncer de mama notificados según residencia. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.

Cáncer de mama y cuello uterino



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con más cantidad de casos notificados fueron: Capital salud EPS, Asociación Mutual – Asmet salud ESS, Nueva EPS, Compensar EPS y Famisanar EPS concentrando el 38,3% de la vigilancia (ver tabla 7).

Tabla 7.
 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios notificadoras de cáncer de mama. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.

Código	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	Casos	%
EPSS34	Capital Salud EPS-S S.A.S.	245	14,1

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 16 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

ESS062	Asociación Mutua La Esperanza Asmet Salud ESS	132	7,6
ESS118	Asociación Mutua Empresa Solidaria de Salud De Nariño E.S.S. Emssanar E.S.S.	119	6,8
EPS037	Nueva EPS	96	5,5
EPS008	Compensar E.P.S.	76	4,4
EPS017	Famisanar E.P.S. Ltda.	71	4,1
EPS005	Sanitas E.P.S. S.A.	70	4,0
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	67	3,8
ESS024	Coosalud ESS EPS-S	66	3,8
0	No Asegurado	66	3,8
ESS133	Comparta	58	3,3
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	56	3,2
EPS018	S.O.S. Servicio Occidental de Salud EPS. S.A.	50	2,9
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.	48	2,8
RES003	Fuerzas Militares	36	2,1
EPS010	Sura E.P. S	34	2,0
EPSS03	Cafesalud Subsidiado	30	1,7
CCF024	CCF Comfamiliar Huila	30	1,7
EPSS37	Nueva EPS S.A.	26	1,5
CCF002	Savia Salud E.P.S.	26	1,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las ocupaciones o profesiones más frecuentes en la notificación al sistema de vigilancia para cáncer de cuello uterino fueron hogar, personas sin documentación de ocupación (No aplica), otros trabajadores de servicios personales a particulares, cesantes o sin ocupación o desempleado y estudiantes registrando el 84,7% de los casos notificados, (ver tabla 8).

Tabla 8.

Ocupaciones o profesiones notificadas relacionadas con cáncer de mama. Colombia, periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.

Código	Trabajo y ocupaciones	Casos	%
9996	Hogar (ama de casa)	1141	65,5
9999	No aplica	229	13,1
5149	Otros trabajadores de servicios personales a particulares, no clasificados bajo otros epígrafes	40	2,3
9950	Cesante o sin ocupación o desempleado	35	2,0
9997	Estudiante	32	1,8
4222	Recepcionistas, empleados de información y servicio al cliente	22	1,3
9995	Pensionado	12	0,7
5132	Auxiliares de enfermería y odontología	10	0,6
3414	Representantes comerciales y técnicos de ventas	9	0,5
2411	Contadores	8	0,5
5141	Peluqueros, especialistas en tratamientos de belleza y afines	8	0,5
9115	Vendedor en la propia casa	8	0,5
4113	Secretarios (as)	8	0,5
2313	Profesores de educación primaria	7	0,4
4123	Auxiliares administrativos y afines	6	0,3
5320	Vendedores, demostradores de tiendas y almacenes	5	0,3
4190	Otros oficinistas	5	0,3
9221	Aseadores y fumigadores de oficinas, hoteles y otros establecimientos	5	0,3
9210	Personal domestico	5	0,3
5341	Vendedores ambulantes	4	0,2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

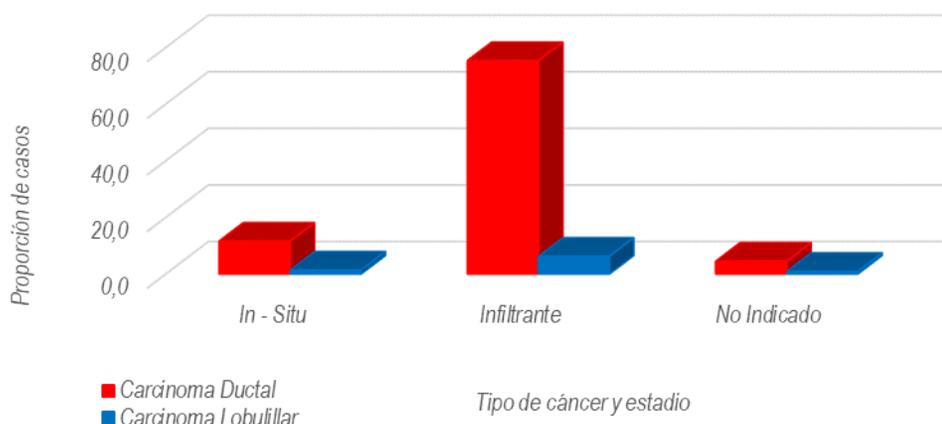
Cáncer de mama y cuello uterino

4.3. Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

4.3.1. Cáncer de mama

Los tumores malignos de las glándulas mamarias con mayor notificación se clasifican en carcinoma ductal infiltrante con el 75,3% - 2 290 casos, carcinoma ductal insitu con el 11,6% - 352 casos, carcinoma lobulillar infiltrante con el 6,3% - 190 casos, (ver gráfico 3).

Gráfico 3.
Distribución de los tipos de cáncer de mama y su estadio según la notificación. Colombia periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.



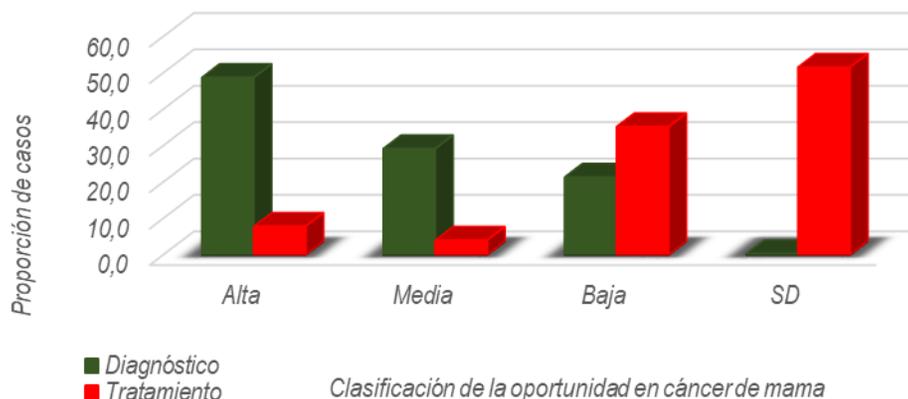
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

El promedio de días para el diagnóstico entre la toma y el resultado de la biopsia para cáncer de mama fue de 16,5 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 5 495 días. La entrega del resultado después de la toma de la muestra se clasifica en oportunidad alta cuando es menor a siete días, media entre siete a 15 días y “baja” cuando es mayor a 15 días; el 51,3% de los casos registraron una oportunidad media, baja o sin oportunidad; el promedio en días para iniciar tratamiento desde el diagnóstico para cáncer de mama fue de 93,3 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 4 387 días. El inicio de tratamiento antes de 30 días se considera una oportunidad “alta”, entre 30 y 45 días “media” y más de 45 días “baja”; el 39,3% de los casos notificados tienen oportunidad media o baja, el 51,6% se encuentra sin inicio de tratamiento, pendiente del ajuste por la EAPB o Entidad territorial departamental correspondiente, (ver gráfico 4).

Cáncer de mama y cuello uterino

Gráfico 4.

Oportunidad de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama notificado. Colombia periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las EAPB con más cantidad de casos pendiente de ajuste (inicio de tratamiento) fueron: Nueva EPS, Asociación Mutua de Nariño - Emssanar E.S.S, Coomeva E.P.S, Sura EPS y Cafesalud EPS concentrando el 40% de los casos pendientes por ajuste, (ver tabla 9).

Tabla 9.

EAPB con casos pendientes de ajuste al inicio de tratamiento para cáncer de mama. Colombia periodos epidemiológicos 01 - 09, 2017.

Código	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	Casos	%
EPS037	Nueva EPS	175	11,2
ESS118	Asociación Mutua Empresa Solidaria de Salud De Nariño E.S.S. Emssanar E.S.S.	137	8,7
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	109	7,0
EPS010	Sura E.P. S	104	6,6
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	102	6,5
0	No Asegurado	75	4,8
CCF002	Savia Salud E.P.S.	67	4,3
EPS018	S.O.S. Servicio Occidental de Salud EPS. S.A.	66	4,2
ESS062	Asociación Mutua La Esperanza Asmet Salud ESS	61	3,9
EPS017	Famisanar E.P.S. Ltda.	58	3,7
EPS008	Compensar E.P.S.	57	3,6
ESS133	Comparta	52	3,3
EPSS34	Capital Salud EPS-S S.A.S.	42	2,7
ESS024	Coosalud ESS EPS-S	37	2,4
RES003	Fuerzas Militares	34	2,2
EPS005	Sanitas E.P.S. S.A.	32	2,0
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.	29	1,9
RES004	Fiduprevisora S. A	26	1,7
EPS041	Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. Nueva EPS S.A. - Contributivo	21	1,3
EPSS03	Cafesalud Subsidiado	20	1,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

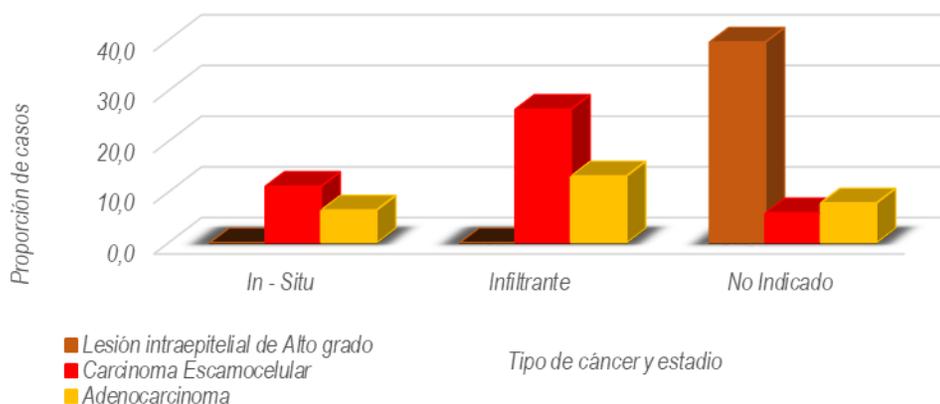
Cáncer de mama y cuello uterino

4.3.2. Cáncer de cuello uterino

Los tumores malignos en el cuello uterino con mayor notificación se clasifican en carcinoma escamocelular infiltrante con el 26,3% - 459 casos, adenocarcinoma infiltrante con el 13,2% - 230 casos, carcinoma escamocelular insitu con el 11,1% - 194 casos, cabe señalar que, las lesiones intraepiteliales de alto grado (LEI – AG) fueron las más notificadas con el 39,6% - 690 casos, (ver gráfico 5).

Gráfico 5.

Distribución de los tipos de cáncer de cuello uterino y su estadio según la notificación. Colombia periodos epidemiológicos 01 - 09, 2017.



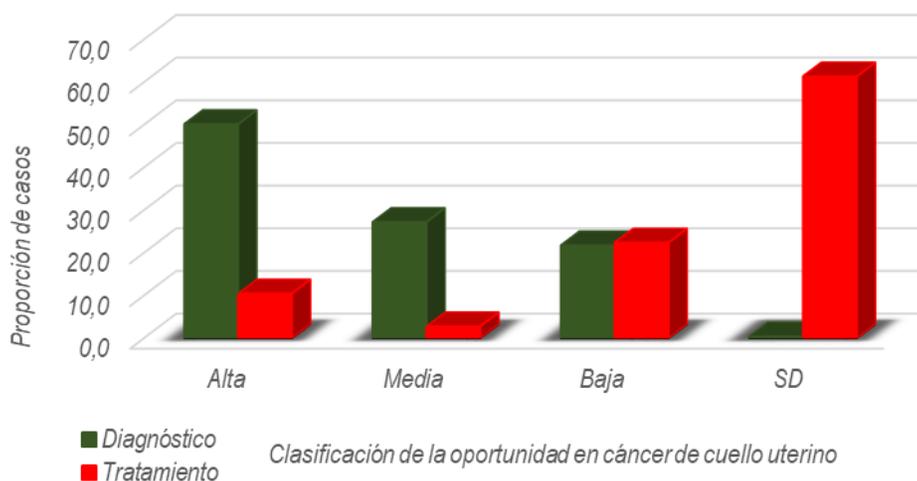
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

El promedio de días para el diagnóstico entre la toma y el resultado de la biopsia para cáncer de cuello uterino fue de 13,8 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 766 días. La entrega del resultado después de la toma de la muestra se clasifica en oportunidad alta cuando es menor a siete días, media entre siete a 15 días y “baja” cuando es mayor a 15 días; el 49,9% de los casos registraron una oportunidad media, baja o sin oportunidad; el promedio en días para iniciar tratamiento desde el diagnóstico para cáncer de cuello uterino fue de 69,9 días, con un mínimo de cero días y un máximo de 5 688 días. El inicio de tratamiento antes de 30 días se considera una oportunidad “alta”, entre 30 y 45 días “media” y más de 45 días “baja”; el 25,1% de los casos notificados tienen oportunidad media o baja, el 61,3% se encuentra sin inicio de tratamiento, pendiente del ajuste por la EAPB o Entidad territorial departamental correspondiente, (ver gráfico 6).

Gráfico 6.

Oportunidad de diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino notificado. Colombia periodos epidemiológicos 01 - 09, 2 017.

Cáncer de mama y cuello uterino



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

Las EAPB con más cantidad de casos pendiente de ajuste (inicio de tratamiento) fueron: Capital Salud EPS, Asociación Mutual La Esperanza – Asmet Salud E.S.S, Asociación Mutual de Nariño - Emssanar E.S.S, Compensar EPS y No asegurado concentrando el 37,3% de los casos pendientes por ajuste, (ver tabla 10).

Tabla 10.

EAPB con casos pendientes de ajuste al inicio de tratamiento para cáncer de cuello uterino. Colombia periodos epidemiológicos 01 - 09, 2017.

Código	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	Casos	%
EPSS34	Capital Salud EPS-S S.A.S.	142	13,3
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud ESS	90	8,4
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud De Nariño E.S.S. Emssanar E.S.S.	63	5,9
EPS008	Compensar E.P.S.	53	5,0
0	No Asegurado	51	4,8
EPS037	Nueva EPS	51	4,8
ESS024	Coosalud ESS EPS-S	44	4,1
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	44	4,1
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	42	3,9
ESS133	Comparta	40	3,7
EPS018	S.O.S. Servicio Occidental de Salud EPS. S.A.	37	3,5
EPS005	Sanitas E.P.S. S.A.	30	2,8
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.	29	2,7
EPS010	Sura E.P. S	25	2,3
EPSS03	Cafesalud Subsidiado	21	2,0
EPSS37	Nueva EPS S.A.	19	1,8
CCF002	Savia Salud E.P.S.	19	1,8
EPSI03	AIC EPSI -Asociación Indígena del Cauca	19	1,8
EPS017	Famisanar E.P.S. Ltda.	18	1,7
CCF024	CCF Comfamiliar Huila	16	1,5

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

Cáncer de mama y cuello uterino

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 017.

5. DISCUSIÓN

En el evento de vigilancia epidemiológica 155 – Cáncer de mama y cuello uterino para el 2017, se han notificado 4 783 casos confirmados de los dos cánceres, con un promedio por semana de 133 casos \pm 1,2 (IC 95% 131,7 – 134,0); esta vigilancia se inició en el año 2016 a nivel Nacional, por lo tanto, es un evento joven que se encuentra en fortalecimiento, logrando una mejoría en la notificación. Los casos reportados como nuevos se encuentran por debajo de lo esperado, según las proyecciones que se tienen en IARC más o menos 12 mil casos /año.

Al analizar las variables demográficas y sociales, se manifestó que los casos notificados para cáncer de mama predominaron en el régimen contributivo, en cambio, para el cáncer de cuello uterino son más casos en el subsidiado; ambos tipos de cánceres se ubican en mayor proporción en las cabeceras municipales; es de notar que, en los casos notificados, los grupos étnicos minoritarios aportan un porcentaje bajo. En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) introdujo en sus principios, la equidad entendida como la provisión de servicios con igual calidad a todos los habitantes del país, cualquiera que sea su capacidad de pago, buscando corregir las diferencias y desigualdades, en la prestación de los servicios. Esta reglamentación se basa en la teoría igualitarista de la equidad, toda vez que garantiza la igualdad de oportunidades para todas las mujeres de recibir tratamiento, al margen de su condición de afiliación a la seguridad social en salud y, en este contexto, es factible asumir que el acceso potencial es equitativo (10), cabe pensar, sin embargo que hay una distribución inequitativa en estos dos tipos de cáncer, encontrando mayor posibilidad de diagnóstico en el régimen contributivo para los tumores malignos de la glándula mamaria y una mejor disponibilidad de exámenes de tamizaje y diagnóstico para el cáncer de cuello uterino a nivel Nacional. Es claro que en los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollos Económicos (OCDE), los servicios de salud se distribuyen con cierta igualdad, en muchos países no vinculados, la población con mayores recursos tiene mayor ventaja para recibir la atención de los servicios sociales, al igual que la medicina especializada. Este fenómeno puede ser universal y se refuerza cuando se ofrecen seguros privados o públicos para el acceso al cuidado médico (11).

El promedio de edad de los casos notificados con diagnóstico de cáncer de mama fue de 56 años, concentrándose los casos en dos grupos de edad, 50 a 54 años y los mayores de 69 años, que se encuentra relacionado con los efectos de la edad y su tendencia a presentarse en los adultos y adultos mayores, es significativa la importancia que tiene la desaceleración en el intervalo de edad de 55 a 64 años, para luego continuar ascendiendo; esta nivelación de la

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

Cáncer de mama y cuello uterino

morbilidad y su riesgo parcial con la presentación en dos picos, se conoce como “*el gancho de Clemmensen*” y está relacionado con el descenso de las hormonas (estrógenos) en la menopausia y se advertido en la mayoría de las poblaciones analizadas (12). Al mismo tiempo, el promedio de edad para las mujeres notificadas con cáncer de cuello uterino fue de 45 años, aglomerándose aproximadamente el 30% de los casos en la década de 30 a 40 años, afectando a la población joven, económicamente activa o aquellas que se encargan del cuidado de la población dependiente (infantil y los adultos mayores), al comparar con los estudios realizados en Colombia, los grupos de edad son similares a los encontrados y puede estar relacionado a la edad de inicio de las relaciones sexuales, además del posible contacto con los virus de papiloma humano de alto riesgo (13).

Se realizó una distribución de tasa ajustada por edad con población de referencia de la OMS para cáncer de mama, determinando una tasa nacional de 23,2 por 100.000 mujeres mayores de 18 años y las entidades por encima de la tasa nacional en orden descendente fueron: Norte de Santander, Risaralda, Amazonas, Valle del Cauca, Antioquia, Nariño, Huila, Tolima, Cartagena y Cesar, es así como, al evaluar la notificación estas entidades incrementaron los casos reportados con diferencias significativas excepto Amazonas. A pesar de tener la totalidad de los departamentos y municipios para la notificación de este evento, la distribución de los casos se concentró en las grandes ciudades o municipios aledaños a las capitales, similar a los estudios de poblacionales de cáncer publicados en el país, y que podrían estar relacionados con la mayor capacidad diagnóstica (12). Para cáncer de cuello uterino, la tasa de incidencia ajustada fue de 13,4 por 100.000 mujeres mayores de 18 años y las entidades por encima de la tasa nacional en orden descendente fueron: Guaviare, Amazonas, Caquetá, Cauca, Norte de Santander, Putumayo, Huila, Caldas, Bogotá, Tolima, Risaralda, Casanare, Nariño y Arauca, al evaluar la notificación estas entidades incrementaron el número de casos reportados con diferencias significativas excepto Amazonas, Arauca y Casanare. En estudios anteriores no se identificó un patrón geográfico del riesgo bien definido para la incidencia, en la georreferenciación realizada encontramos que las zonas con mayor riesgo corresponden a regiones con baja densidad poblacional, zonas periféricas a los centros urbanos, regiones aledañas a las riberas de los grandes ríos y puertos internacionales con alto movimiento comercial. Esta distribución muestra un riesgo incremental en regiones con dinámica social que favorece el desarrollo de la infección pero que además tiene un bajo acceso a los servicios de salud incluyendo la tamización y la atención de lesiones pre-cancerosas y cáncer (13).

El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia y su cobertura para los adultos mayores, hombres y mujeres según misión Colombia es alta, manteniéndose por encima del 94%. Aunque en realidad, la mayoría de los ciudadanos se encuentren asegurados, es posible que puedan estar enfrentados con otras barreras para el acceso de los servicios de salud, entre ellas, las más importantes pueden ser la falta de oferta en los sitios de residencia, muchos

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

Cáncer de mama y cuello uterino

tramites o trabas que generen una percepción de No solución de sus problemas. Por otra parte, aun cuando las personas estén protegidas financieramente y no existan barreras procedimentales o de calidad, es posible que no usen los servicios de salud porque no tienen prácticas de cuidado (particularmente en el caso de los servicios de promoción y prevención), o porque recurren a una medicina distinta a la convencional o también es posible que usen demasiado los servicios de salud. Las diferencias encontradas para el cáncer de mama y cuello uterino, en la cobertura puede estar dado por lo cambios en el régimen contributivo con el aumento de 14 puntos porcentuales desde la adolescencia hasta la adultez joven, aumento que probablemente responda a la inclusión de este grupo en el mercado laboral formal. Paralelamente, la afiliación al régimen subsidiado disminuye casi 17 puntos porcentuales: de un 55.5 % en el grupo de 15 a 19 años pasa al 39.1% en el grupo entre 25 y 29 años. Una posible explicación es que los jóvenes cuyas familias pertenecen al régimen subsidiado pierden la afiliación cuando llegan a la mayoría de edad, pero no entran al mercado formal de trabajo, ni solicitan o no califican como Sisbén 1 o 2. También es posible que, como se enferman menos y son más temerarios, no ven la necesidad de afiliarse al sistema. El diferencial entre hombres y mujeres puede obedecer a que las mujeres son más adversas al riesgo que los hombres (14).

Las ocupaciones que se encontraron en este informe en gran proporción fueron amas de casa, relacionado con la distribución por área de residencia, que se localiza en las poblaciones con mayor ruralidad y mayor arraigo cultural con las ocupaciones hombre/mujer.

Los resultados de tipificación y estadificación de los cánceres de mama y cuello uterino son similares a los tipos de cáncer presentados a nivel mundial, con prevalencia de del carcinoma ductal y el carcinoma escamocelular en estadios avanzados, ahora bien, el análisis de la oportunidad de diagnóstico e inicio de tratamiento se encuentra comprometida con promedios en días por encima de los 90 desde la sospecha, donde algunos artículos relacionados con oportunidad de tiempo de diagnóstico y de inicio de tratamiento refieren que no debe ser mayor a 12 semanas, porque la demora en estas variables afecta la supervivencia global y disminuye en 12% posterior a los 90 días desde el inicio de síntomas o sospecha (15).

6. CONCLUSIONES

La notificación de los casos de cáncer de mama y cuello uterino a nivel nacional se encuentran en incremento, generado por el fortalecimiento de la vigilancia.

Los casos de cáncer de mama se encuentran notificados en mayor proporción en el régimen contributivo, a diferencia del cáncer de cuello uterino con más cantidad en el subsidiado y puede estar relacionado con la disponibilidad de los métodos de tamizaje y diagnóstico para cada uno de los tipos de cáncer.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 24 de 25

Cáncer de mama y cuello uterino

Los grupos de edad son coincidentes con lo documentado en el tiempo y en la literatura como edades presuntas como de alto riesgo para cada uno de los tipos de cáncer analizados. El tiempo medio entre la toma y entrega de resultados de la biopsia para los dos eventos se encuentra con una oportunidad alta en un 50%, además la clasificación histopatológica coincide con la distribución a nivel nacional e internacional evidenciada en otros estudios.

El tiempo medio desde el diagnóstico hasta inicio de tratamiento se encuentra en 93 y 70 días para cáncer de mama y cuello uterino respectivamente, brindando una oportunidad baja para el inicio de tratamiento de las mujeres con estas patologías, faltando aún el ajuste de esta variable de un gran porcentaje por parte de las EAPB.

7. RECOMENDACIONES

Estimular a las direcciones de salud municipal y departamental para revisar y mejorar la calidad del dato de la notificación y realizar realimentación a las EAPB territoriales para ajustar inicio de tratamiento.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben realizar el seguimiento y ajuste al inicio de tratamiento de los casos notificados y realimentar a las entidades territoriales. Fortalecer la notificación en las entidades territoriales con capacitaciones de los departamentos, municipios y EAPB que no se encuentran notificando.

Realizar las asistencias técnicas personales o virtuales en todo el territorio Nacional.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2014. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
2. **World Health Organization(WHO).** Enfermedades no transmisibles [Internet]. junio 2017. 2017 [cited 2017 Sep 14]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
3. **Stewart BW, Wild CP.** World cancer report 2014 [Internet]. World Health Organization. 2014. Available from: <http://www.videnza.org/wp-content/uploads/World-Cancer-Report-2014.pdf>
4. **Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0,** Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase. No. 11 [Internet]. Vol. 11, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013. p. <http://globocan.iarc.f>
5. **Globocan I. Globocan 2012:** Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

Cáncer de mama y cuello uterino

6. **Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, Gibbons L, Picconi MA.** Type-specific HPV prevalence in cervical cancer and high-grade lesions in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2011;6(10):1–15.
7. **Boyle, P.** “World cancer report 2008. International agency for research on cancer.” 2008;
8. **OMS.** El cáncer en la región de las Américas. 2012;2–3.
9. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Cancer. 2012.
10. **Velásquez L, Carrasquilla G, Roca-Garavito S.** Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Publica Mex*. 2009;51(7):S246–53.
11. **Eddy van Doorslaer, Cristina Masseria XK.** Inequalities in access to medical care by income in developed countries. 2008;178(11).
12. **Pardo, C. Cendales R.** Incidencia, mortalidad y prevalencia de Cáncer en Colombia 2007-2011. Vol. 1, Instituto Nacional De Cancerologia. 2015. 148 p.
13. **Ministerio de Salud y Protección Social;** Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de las lesiones precancerosas de cuello uterino. 2014. 318 p.
14. **Concha FFS.** Cifras, retos y recomendaciones. 2015;316–8.
15. **Piñeros M, Sánchez R, Perry F.** Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública Mex*. 2011;53(6).