



Observatorio de Tecnologías en Salud

Boletín informativo Número 3 ♦ 10 de Diciembre de 2012

Colombia

Nuevas tecnologías incluidas en el POS asociadas al diagnóstico y tratamiento del Cáncer Período enero a junio de 2012

Gustavo Bravo Díaz. Econ.

COMISIONADO EXPERTO
DIRECCIÓN

Álvaro Muriel López. MD

LÍDER DE PROYECTO

Dersy Liliana Añasco B. QF

Jairo Bejarano Vergara. MD

Juan Avendaño D. Finan.

EQUIPO BASE

CON EL APOYO DE:

Subdirección Técnica

Oficina Jurídica

Grupo TIC

CORRESPONDENCIA:

Comisión de Regulación en Salud
Cra. 7ª No. 71 – 21 Torre B,
Oficina 305
Teléfono 4864560 Ext 4563
Bogotá, Colombia
observatorios_ts@cres.gov.co

PALABRAS CLAVE:

Cáncer – Tecnología médica –
Diagnóstico – Tratamiento – Plan de
Beneficios – Procedimiento –
Medicamento

Objetivo:

Analizar el comportamiento de las tecnologías que se incluyeron mediante el Acuerdo 029 de 2011 para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Al efecto se indican las frecuencias de uso, tasas, edad, diagnósticos asociados y precios.

Materiales y métodos:

Se analizaron los medicamentos y procedimientos incluidos en la actualización del POS de 2011 reflejados en el Acuerdo 029 de la CRES y relacionados con la atención del cáncer. La información proviene de la base de datos del Observatorio de Tecnologías en Salud de la CRES, que recopila los datos enviados por las aseguradoras del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado en Colombia. Para las estimaciones de población que fueron empleadas para calcular la participación porcentual en el reporte y el cálculo de las tasas se emplea la Base de Datos única de Afiliados. Se presenta el reporte de las aseguradoras correspondiente al periodo enero – junio de 2012.

Resultados:

En el presente reporte se muestran las variaciones en las tasas de uso, frecuencia, precio entre otros de los medicamentos capecitabina, gemcitabina e imatinib.

Así mismo se presentan variaciones significativas en las frecuencias de uso de los procedimientos para el diagnóstico del cáncer de mama y cuello uterino incluidos por el Acuerdo al POS. Para las mamografías la proporción semestral de procedimientos reportados en el grupo de mujeres de 50 a 69 años fue de 5,6 mamografías por cada 100 mujeres afiliadas en el Régimen Contributivo y de 0,8 en el Régimen Subsidiado.

Conclusiones:

En el POS se encuentran incluidas tecnologías para realizar el diagnóstico temprano del cáncer de mama y cáncer de cuello uterino. Las diferencias en las frecuencias de utilización sugieren la necesidad de fortalecer las medidas tendientes al empleo de estas tecnologías con el objetivo de obtener diagnósticos tempranos en beneficio de las usuarias del Sistema de Salud. En cuanto a los resultados encontrados en las indicaciones estudiadas para los medicamentos de cáncer, se evidencia que es importante ampliar las indicaciones de estas tecnologías en una próxima actualización.





INTRODUCCIÓN

La carga de enfermedad asociada al cáncer ha venido creciendo en todo el mundo. De acuerdo a la Guía para el análisis de la situación del cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (2011), se estima que el 50% de los casos nuevos y el 60% de las muertes ocurren en países en vía de desarrollo. Según los estudios, el panorama obedece a factores sociodemográficos tales como el incremento y envejecimiento de la población y la industrialización. La cuantificación de la incidencia y magnitud del cáncer es un proceso que se ha venido adelantando en el país a través de estrategias epidemiológicas buscando detectar las características particulares asociadas a cada tipo de cáncer. En Colombia, de acuerdo a la prevalencia, los principales diagnósticos en cáncer son los siguientes: cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, cáncer de estómago según lo definido en el estudio Cendex –MPS 2005. Por su parte el Instituto Nacional de Cancerología, entidad de referencia para el manejo del cáncer en el país, muestra la siguiente distribución por localización primaria de las personas atendidas allí.

Diagnósticos	%
Piel	20,20%
Sistema digestivo	15,90%
Aparato genital femenino	15,40%
Mama	10,60%
Aparato genital masculino	8,30%
Glándulas endocrinas	5,40%
Localización primaria desconocida	4,60%
Sistema hematopoyético y retículo endotelial	4,10%
Sistema respiratorio y órganos intra - torácicos	3,60%
Ganglios linfáticos	2,90%
Tejido subcutáneo y otros tejidos blandos	2,50%
Labio, cavidad oral y faringe	2,30%
Huesos y articulaciones	1,50%
Encéfalo y sistema nervioso central	1,50%
Ojos y anexos	1,20%
Total	100%

Tabla 1. Distribución de casos de cáncer según localización primaria.

Fuente: Anuario Estadístico 2010 – Instituto Nacional de Cancerología



En este boletín se presenta el comportamiento de las nuevas tecnologías que fueron incluidas al POS para atender las necesidades de la población relacionadas con el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer. El boletín se encuentra organizado en tres secciones:

- A. Medicamentos:** en esta sección se hará referencia a capecitabina, gemcitabina, imatinib. Otros medicamentos que tienen indicación en el tratamiento del cáncer, ya fueron presentados en el Boletín N° 2 (pegfilgrastim, rituximab y trastuzumab)¹. Se hará referencia a algunos resultados contenidos en ese boletín cuando sea necesario.
- B. Procedimientos:** se enfoca en los procedimientos incluidos para la detección y tratamiento del cáncer como las mamografías, las biopsias de mama, la prueba de FISH y la extirpación del ganglio centinela, así como la inspección del cuello uterino con ácido acético y lugol, la prueba de ADN para virus de papiloma humano y la traquelectomía por laparoscopia. Como en el caso anterior, se hará referencia a algunos resultados contenidos en el Boletín N° 1 respecto a las histerectomías. En esta sección se hará un énfasis especial alrededor del cáncer de mama y cuello uterino dada la importancia epidemiológica, social y económica de estas dos patologías.
- C. Dispositivos:** se hará referencia al kit de ostomía incluido para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto.

¹ Para el presente informe, no se describe la doxorubicina dado que esta tecnología ya se encontraba incluida. En la actualización del POS, se incorporó una nueva concentración.



OBJETIVOS

1. Identificar las características del uso de las nuevas tecnologías incluidas al POS por el Acuerdo 029 para el diagnóstico, tratamiento y control del cáncer.
2. Identificar las frecuencias de uso, distribución porcentual, diagnósticos relacionados, edades de aplicación y precios de las tecnologías en observación que fueron reportados al Observatorio.
3. Generar información que contribuya a determinar el uso apropiado de estas tecnologías en el país.

MATERIALES Y MÉTODOS

FUENTES DE DATOS

Proviene de la Base de Datos del Observatorio de Tecnologías en Salud de la CRES, la cual está conformada por la información que es enviada por las aseguradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado según cronograma y requerimientos técnicos establecidos en la Resolución 112 de 2012 de la CRES. Para estimación de las poblaciones se accedió a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con corte a 30 de junio de 2012.

CAPTURA Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se capturó mediante la plataforma de integración Sispro/Pisis del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta plataforma realiza un proceso inicial de validación que verifica la estructura y completitud de los campos. Posteriormente se realizan procesos adicionales de validación frente al contenido. Para el presente informe se incluyen usuarios (activos y suspendidos) de la BDUA y los registros cuya fecha de prestación corresponden al período observado (enero a junio de 2012).

TECNOLOGÍAS EN OBSERVACIÓN

Para este informe se tuvieron en cuenta los medicamentos, procedimientos y otras tecnologías incluidas en la actualización del POS 2011 aplicables al tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los medicamentos se clasificaron con el Código Único de Medicamentos (CUM), los procedimientos con el Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS), los dispositivos médicos con el Registro Sanitario INVIMA y para el análisis de las indicaciones diagnósticas se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª versión (CIE 10).



A. MEDICAMENTOS INCLUIDOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

En este tercer boletín hacemos referencia a los medicamentos pertenecientes al grupo de cáncer, el cual está compuesto de la siguiente manera: capecitabina, gemcitabina, imatinib, pegfilgrastim, rituximab y trastuzumab. Cabe anotar que dentro de este grupo se encuentran medicamentos obtenidos por técnica biotecnológica, que fueron presentados en el anterior boletín, por lo tanto no los incluiremos en este. A continuación se describe la indicación para la cual fue realizada la evaluación de tecnología en cada uno de los medicamentos.

Medicamento	Indicación en el POS
Capecitabina	Cubierto para el tratamiento del cáncer de estómago.
Gemcitabina	Cubierto para el tratamiento del cáncer de pulmón.
Imatinib	Cubierto para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica

1. CAPECITABINA

La capecitabina es un derivado del carbamato fluoropirimidínico, diseñado como agente citotóxico por vía oral con activación en los tumores y selectividad para éstos. In vitro, la capecitabina no es una sustancia citotóxica; in vivo, en cambio, se convierte de manera secuencial en el principio citotóxico 5-fluoruracilo (5-FU), que es a su vez metabolizado.

Capecitabina está indicado como monoterapia en primera línea del cáncer colo-rectal metastásico. Capecitabina está indicado en el tratamiento en primera línea del cáncer gástrico avanzado en combinación con un régimen que incluya platino. En combinación con docetaxel está indicada para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico tras fallo de quimioterapia citotóxica. La terapia previa debe haber incluido una antraciclina.

Capecitabina está también indicado en monoterapia para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama localmente avanzada o metastásico tras fallo a taxanos y a un régimen quimioterapéutico que incluya una antraciclina o bien para aquellos pacientes en los que no esté indicada una terapia posterior con antraciclinas.

De acuerdo al anuario estadístico² del 2010 del Instituto Nacional de Cancerología (INC) en Colombia, el cáncer gástrico representa el 6,7% de los casos de cáncer en el país.

² El estudio de Carga de Enfermedad del CENDEX para Colombia de 2005, indica que entre los 70 y 79 años de edad se pierden 7,833 AVISAS totales por cada 1000 personas, seguido por el



Reporte de información

Incluye a las aseguradoras que enviaron la información dentro del cronograma establecido en la Resolución 112 de 2012 de la CRES.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Población afiliada	19.251.793	22.369.738
Aseguradoras participantes	8/21	2/43
Población expuesta	9.673.453	1.731.532
Porcentaje de participación	50%	8%

Tabla 2: Capecitabina. Participación de las aseguradoras en el reporte. Enero – junio 2012

Fuente: Construcción propia de los autores.

Información general

Hace referencia a la cantidad de pacientes que usan Capecitabina en el Régimen Contributivo y Subsidiado y el total facturado a las aseguradoras.

Medicamento	Código CUM	Usuarios Régimen Contributivo	Usuarios Régimen Subsidiado	Costos Totales
Capecitabina 500 mg	229745-1	857	15	\$1.616.502.84

Tabla 3. Capecitabina. Información de usuarios y costos. Enero – Junio 2012.

Fuente: Construcción propia de los autores.

Edad

La siguiente tabla presenta la estadística descriptiva de la variable edad de los pacientes que recibieron capecitabina, desagregado por régimen.

grupo de 60 a 69 años de edad (6.175 AVISAS totales por 1000 personas), población de 80 y más años (4.076 AVISAS totales por 1000 personas) y el grupo de 45 y 59 años (3.341 AVISAS totales por 1000 personas). No obstante, entre los hombres se registra la pérdida de años de vida saludable (AVISAS totales por 1000 personas) a partir del grupo de 30 a 44 años de edad (AVISAS totales 1,599 por 1000 personas); siendo estos principalmente atribuidos a mortalidad.

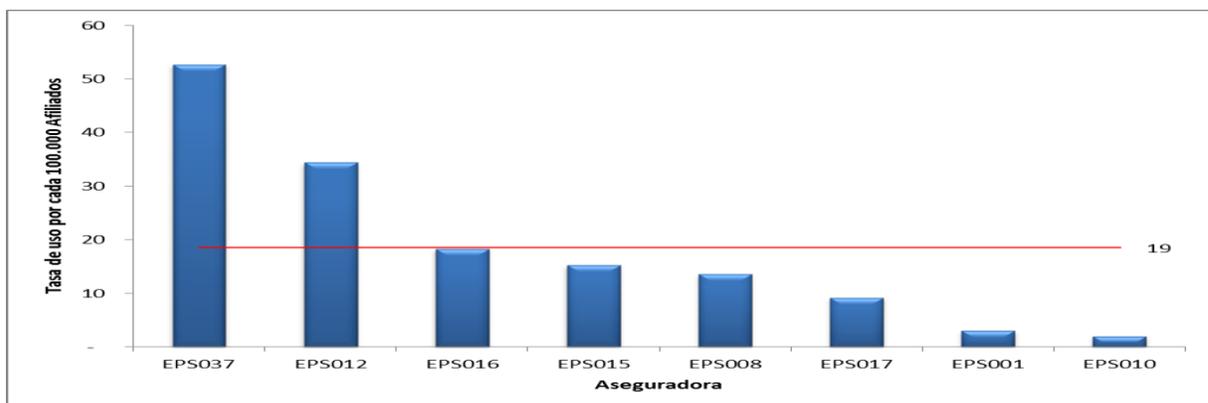
Medidas estadísticas	Capecitabina 500 mg	
	Contributivo	Subsidiado
Promedio	61	60
Mediana	61	62
Desviación estándar	13	13
Mínimo	18	33
Máximo	95	79

Tabla 4. Capecitabina- Edad de los pacientes por régimen

Fuente: Construcción propia de los autores.

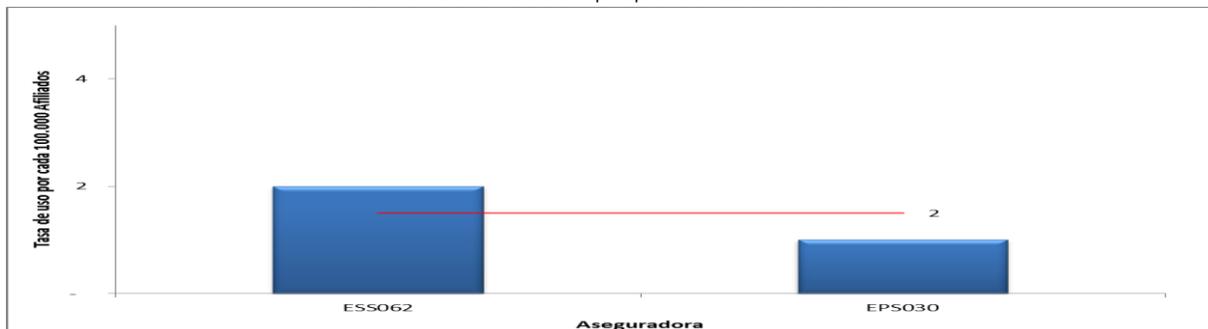
Tasas de uso por Régimen

Las siguientes gráficas presentan la tasa de uso por medicamento en ambos regímenes, entendido como el número de pacientes afiliados que reciben el medicamento por cada 100.000 afiliados, durante el periodo analizado.



**Gráfico 1. Capecitabina. Tasa de uso en el Régimen Contributivo.
Enero – junio 2012**

Fuente: Construcción propia de los autores.



**Gráfico 2. Capecitabina. Tasa de uso en el Régimen Subsidiado.
Enero – junio 2012**

Fuente: Construcción propia de los autores.



Diagnósticos asociados al uso de capecitabina 500 mg

A continuación se describe la patología para las cuales se prescribió capecitabina

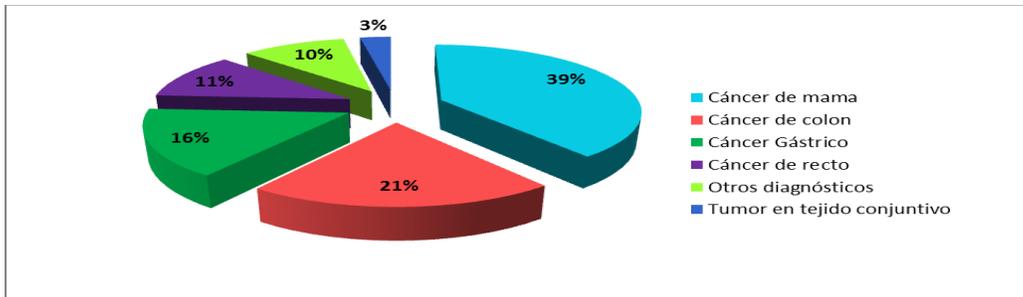


Gráfico 3. Capecitabina. Diagnósticos asociados. Enero – junio 2012

Fuente: Construcción propia de los autores.

Precio capecitabina 500 mg

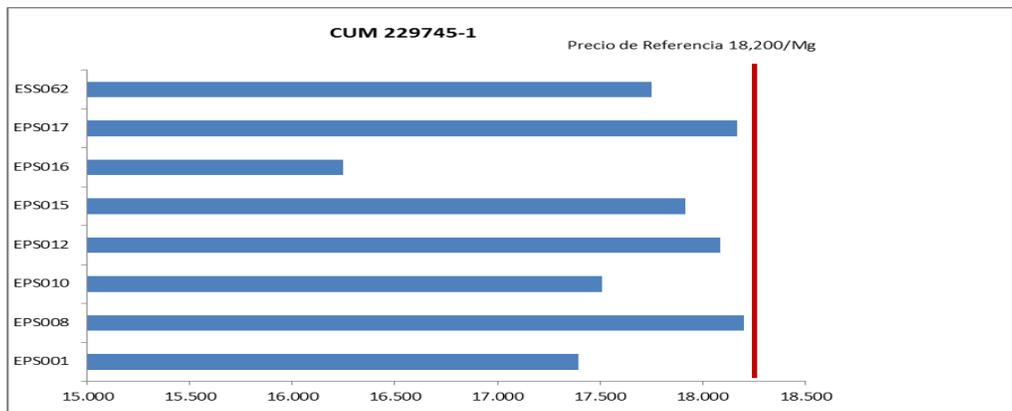


Gráfico 4. Capecitabina. Precios reportados por las aseguradoras. Enero – junio 2012

Fuente: Construcción propia de los autores.

Conclusiones

La población expuesta de las aseguradoras del régimen contributivo que reportaron información de uso de Capecitabina corresponde al 50%. En las aseguradoras del Régimen Subsidiado corresponde al 8%. El total de pacientes formulados fue de 872, de los cuales solamente 15 corresponden al Régimen Subsidiado lo cual indica un alto subregistro de información. La edad promedio de los pacientes formulados fue de 61 años en el Régimen Contributivo y 62 años en el Régimen Subsidiado. En relación con la tasa de uso se puede apreciar que las EPS037 y EPS012, tienen una mayor proporción de



pacientes usando Capecitabina comparado con la tasa promedio de las aseguradoras reportantes que fue de 19 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Contributivo y 2 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Subsidiado.

En cuanto a su uso y de acuerdo al análisis de las aseguradoras reportantes se pudo observar que se utiliza en cáncer gástrico en un 16%, en el 39% para el cáncer de mama, en el 21% para cáncer de colón, en el 11% para cáncer de recto y en el 3% para cáncer en tejido conjuntivo. La capecitabina fue aprobada dentro del Plan Obligatorio de Salud para el cáncer gástrico, lo que indica que las demás indicaciones aquí señaladas deberán ser objeto de revisión para su eventual inclusión en el POS.

2. GEMCITABINA

La gemcitabina es un medicamento que pertenece al grupo de los análogos de nucleósidos y se utiliza como agente quimioterápico para el tratamiento de distintos tipos de cáncer, incluyendo cáncer de pulmón no microcítico, cáncer de páncreas, cáncer de vejiga y cáncer de mama. Se está investigando su utilidad para otros tumores como el cáncer de esófago y los linfomas.

El cáncer de pulmón es una patología de etiología multifactorial y relativamente común en la población, con el doble de prevalencia entre los hombres frente a las mujeres, y que aumenta desde los 30 años de edad hasta los 80 años donde alcanza su pico máximo³.

Reporte de información

Incluye a las aseguradoras que enviaron la información dentro del cronograma establecido en la Resolución 112 de 2012 de la CRES.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Población afiliada	19.251.793	22.369.738
Aseguradoras participantes	10/21	4/43
Población expuesta	10.541.045	3.047.751
Porcentaje de participación	55%	14%

Tabla 5. Gemcitabina. Participación de las Aseguradoras en el reporte. Enero – junio 2012

Fuente: Construcción propia de los autores.

³ El estudio de Carga de la Enfermedad del CENDEX 2005, describe que el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón representa 6,924 AVISAS por 1000 personas en ambos sexos en edad de 70 a 79 años, seguido por el grupo de 60 a 69 años (6,025 AVISAS por 1000 personas), estando presente esta condición desde los 45 a 59 años en el caso de los hombres.



Información general.

Hace referencia a la cantidad de pacientes que usan gemcitabina en el Régimen Contributivo y Subsidiado y el total de dinero facturado por las aseguradoras.

Medicamento	Número de CUM ⁴ Reportados	Número de usuarios Régimen Contributivo	Número de Usuarios Régimen Subsidiado	Costos Totales
Gemcitabina 1000 mg	7	382	4	268.170.701,00
Gemcitabina 200 mg	6	83	0	

Tabla 6. Gemcitabina. Información de usuarios y costos. Enero – junio 2012

Fuente: Construcción propia de los autores.

Edad

La siguiente tabla presenta la edad promedio de los pacientes que recibieron gemcitabina, desagregado por régimen.

Medidas estadísticas	Gemcitabina	
	Contributivo	Subsidiado
Promedio	60	68
Mediana	61	71
Desviación estándar	13	11
Mínimo	17	37
Máximo	86	78

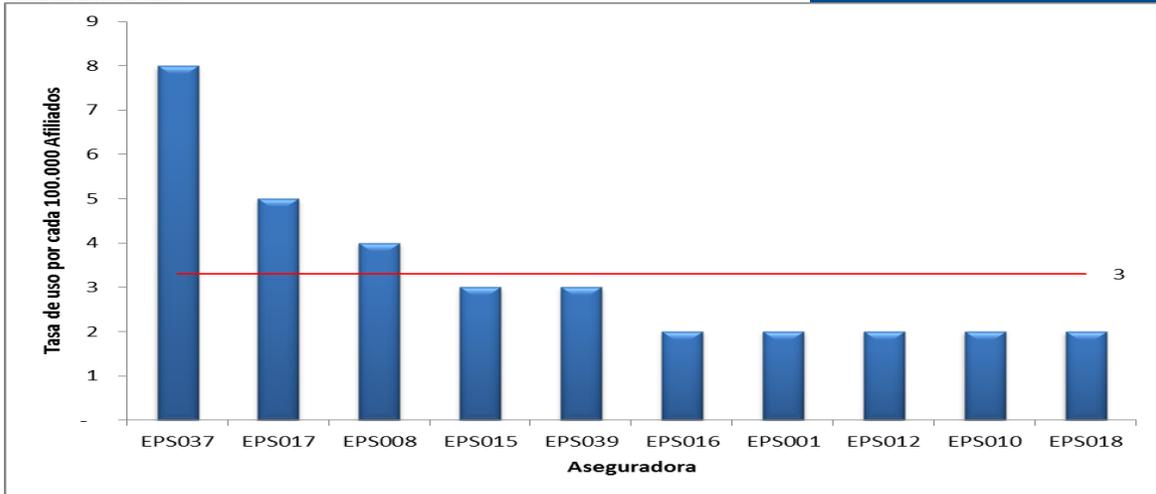
Tabla 7. Gemcitabina. Edad de los pacientes por régimen. Enero – junio 2012

Fuente: Construcción propia de los autores.

Tasas de uso por Régimen

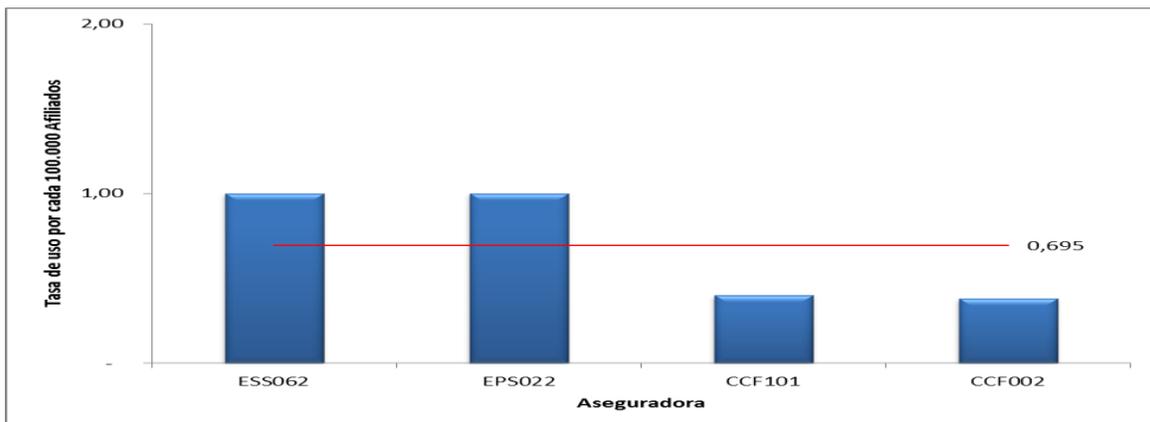
Las siguientes gráficas presentan la tasa de uso por medicamento en ambos regímenes, entendido como el número de pacientes afiliados que reciben el medicamento por cada 100.000 afiliados, durante el periodo analizado.

⁴ La descripción de cada uno de los CUM se encuentran en la tabla Anexo No 1 donde se puede identificar cada CUM unido aun nombre comercial correspondiente a cada Farmacéutica.



**Gráfico 5. Gemcitabina. Tasa de uso en el Régimen Contributivo.
Enero – junio de 2012**

Fuente: Construcción propia de los autores.



**Gráfico 6. Gemcitabina. Tasa de uso en el Régimen Subsidiado.
Enero – junio 2012.**

Fuente: Construcción propia de los autores.

Diagnósticos asociados al uso de gemcitabina

A continuación se describe la patología para las cuales se prescribió gemcitabina

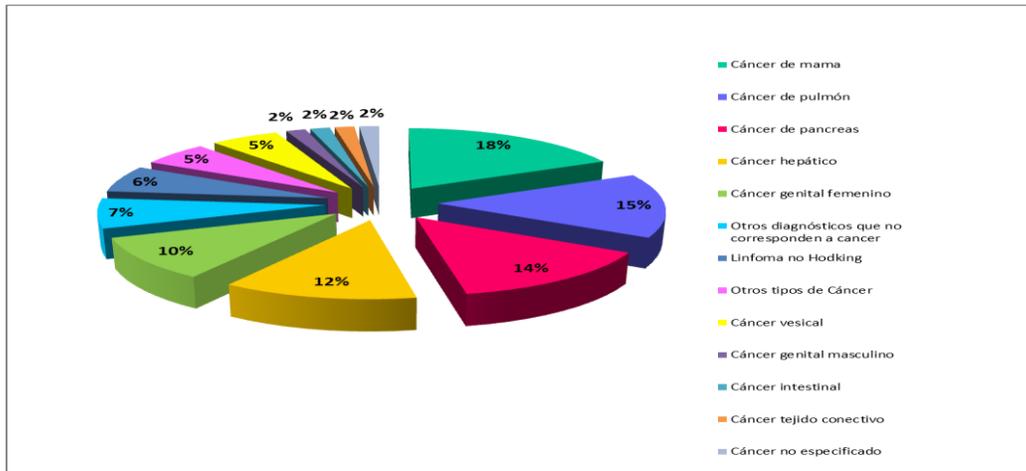


Gráfico 7. Gemcitabina. Diagnósticos asociados. Enero – junio 2012.

Fuente: Construcción propia de los autores.

Precio gemcitabina 1000 mg

A continuación se describen los precios reportados por cada una de las aseguradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado.

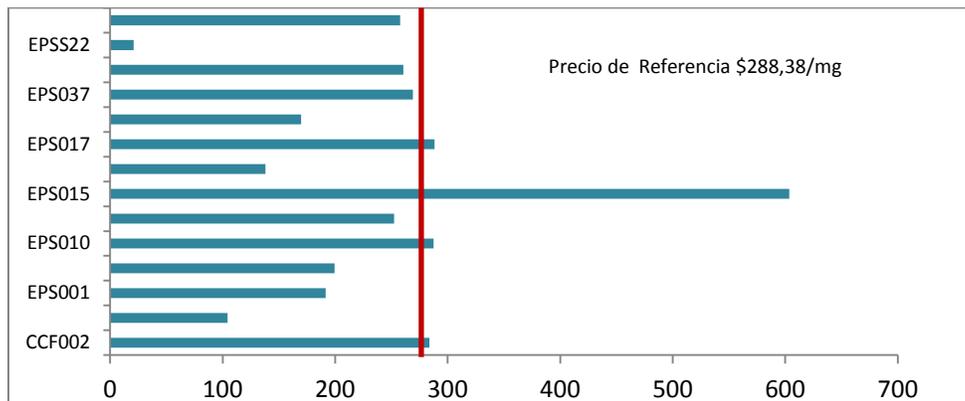


Gráfico 8. Gemcitabina 1000 mg -Precios reportados por las aseguradoras⁵. Enero – junio 2012

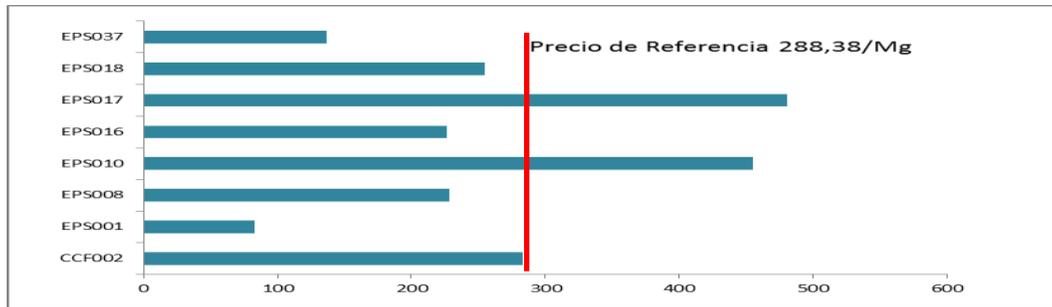
Fuente: construcción propia de los autores

⁵ Precio de referencia: Es el precio que hace referencia a los valores máximos estipulados por la resolución 3476 de 2011 para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios, que para el momento de actualización del Plan Obligatorio de Salud se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la evaluación económica de tecnologías, con el fin de ser incluidas en el POS.



Precio gemcitabina 200 mg

A continuación se describen los precios por las aseguradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado.



**Grafico 9. Gemcitabina 200 mg. Precios reportados por las aseguradoras.
Enero – junio 2012**

Fuente: construcción propia de los autores

Conclusiones .

La población expuesta de las EPS del régimen contributivo que reportaron información de uso de gemcitabina corresponde al 55 %. En las EPS del Régimen Subsidiado corresponde al 14 %. El total de pacientes formulados es de 469, de los cuales solamente 4 corresponden al Régimen Subsidiado lo cual sugiere un alto subregistro de información y la poca participación en el reporte de información de las aseguradoras del Régimen Subsidiado. La edad promedio de los pacientes formulados fue de 62 años en el Régimen Contributivo y 68 años en el Régimen Subsidiado. En relación con la tasa de uso se puede apreciar que las EPS037, EPS 017 y EPS008, tienen una mayor proporción de pacientes usando gemcitabina comparado con la tasa promedio de las EPS reportantes que fue de 3.0 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Contributivo y 0.695 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Subsidiado.

Al analizar los diagnósticos, se observa que la formulación de gemcitabina corresponde en un 15 % en cáncer de pulmón, indicación para la cual fue incluido este medicamento en el Acuerdo 029 de 2011, el 85 % corresponden a otros tipos de cáncer como son: cáncer de mama (18 %), cáncer de páncreas (14 %), cáncer hepático (12 %), cáncer genital femenino (10 %), linfoma no Hodgkin (6 %), cáncer vesical (7%), y por último otros diagnósticos corresponden al 7%. Se observa que se está prescribiendo gemcitabina para cáncer hepático, indicación que se encuentra por fuera de las indicaciones autorizadas por el Invima. Esto puede ser debido a que los cánceres que se desarrollan en la parte abdominal, la mayoría de las veces desarrollan metástasis en el hígado, por lo cual reportan este diagnóstico unido al uso de gemcitabina. Por otro lado se encontró el uso de gemcitabina para linfoma no Hodgkin, la cual es una indicación que se



encuentra por fuera de las autorizadas por el Invima. Se observa que los precios dados para gemcitabina de 1000 mg se encuentran cercanos al precio de referencia a excepción de la aseguradora EPS015, de igual forma para gemcitabina de 200 mg los precios se acercan al de referencia a excepción de las EPS017 y EPS010.

3. IMATINIB

El imatinib pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores de la proteína-tirosina quinasa. Actúa al bloquear la acción de la proteína anormal que les indica a las células cancerosas que deben multiplicarse. Eso ayuda a detener la propagación de las células cancerosas. El Imatinib se usa para tratar ciertos tipos de leucemia y otros cánceres de las células sanguíneas. La leucemia mieloide crónica es uno de los tipos de leucemia más común, también es conocida como leucemia granulocítica crónica o leucemia mielógena crónica. En la leucemia mieloide crónica, la médula ósea produce un número excesivo de células madre anormales, estas células finalmente suprimen la producción de glóbulos blancos normales.

Reporte de información

Incluye a las aseguradoras que enviaron la información dentro del cronograma establecido en la Resolución 112 de 2012 de la CRES.

Características	Régimen contributivo	Régimen subsidiado
Población afiliada	19.251.793	22.369.738
Aseguradoras participantes	12/21	9/43
Población expuesta	12.283.692	5.408.369
Porcentaje de participación	64%	24%

Tabla 8: Imatinib. Participación de las aseguradoras en el reporte. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Información general

Hace referencia a la cantidad de pacientes que usan imatinib en el Régimen Contributivo y Subsidiado y el total facturado por las aseguradoras

Medicamento	CUM ⁶ reportados	Usuarios		Costos
		Contributivo	Subsidiado	
Imatinib 400 mg	3	247	35	\$7.918.553.841
Imatinib 100 mg	9	187	24	\$559.798.204

Tabla 9. Imatinib. Frecuencias y costos. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

⁶ La descripción de cada uno de los CUM se encuentran en la tabla Anexo No 2 donde se puede identificar cada CUM unido aun nombre comercial correspondiente a cada casa Farmacéutica



Edad

La siguiente tabla presenta la edad promedio de los pacientes que recibieron imatinib, desagregado por régimen.

Medidas estadísticas	Contributivo	Subsidiado
Media	55	44
Mediana	55	48
Desviación Estándar	16	20
Mínimo	6	9
Máximo	88	79

**Tabla 10. Imatinib. Edad por régimen.
Enero – junio 2012**

Fuente: construcción propia de los autores

Tasa de uso por régimen

Las siguientes gráficas presentan la tasa de uso por medicamento en el Régimen Contributivo, entendido como el número de pacientes afiliados que reciben el medicamento por cada 100.000 afiliados, durante el periodo analizado.

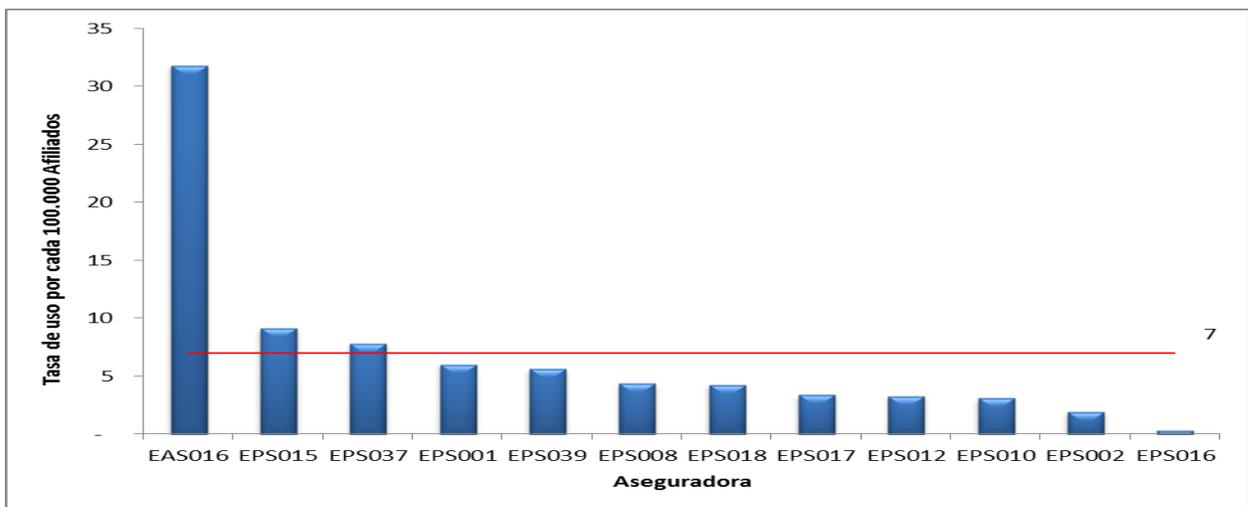
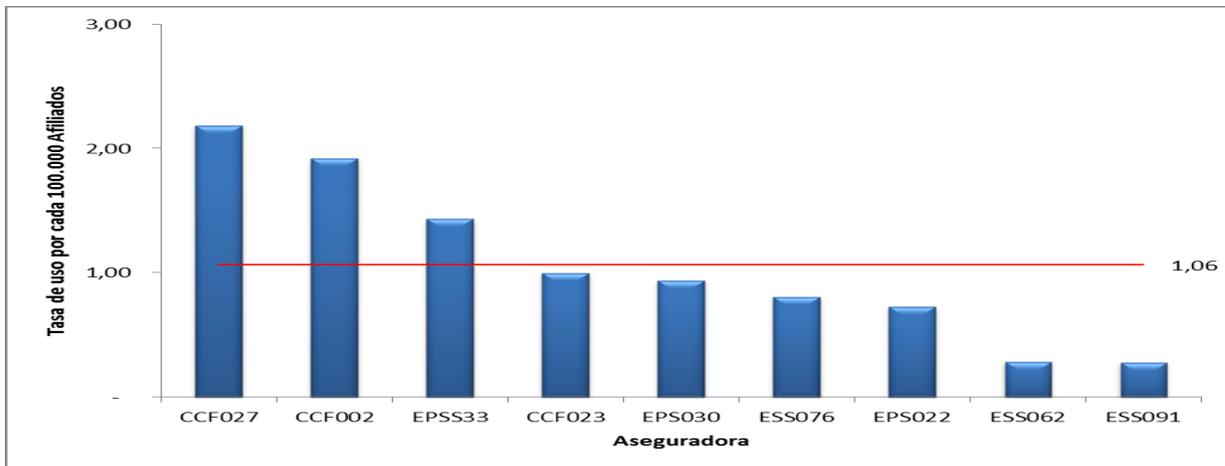


Gráfico 10. Imatinib. Tasa de uso en el Régimen Contributivo. Enero – Junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores



**Gráfico 11. Imatinib. Tasa de uso en el Régimen Subsidiado.
Enero – junio 2012**

Fuente: construcción propia de los autores

Diagnósticos asociados

A continuación se describe la patología para las cuales fue formulado imatinib.

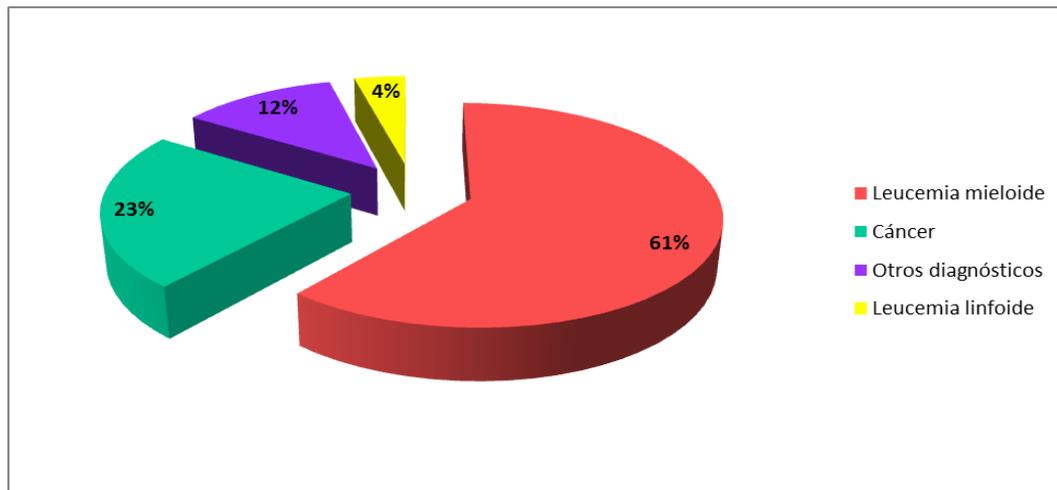


Gráfico 12. Imatinib. Diagnósticos asociados. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores



Libertad y Orden

Precio imatinib 400 mg

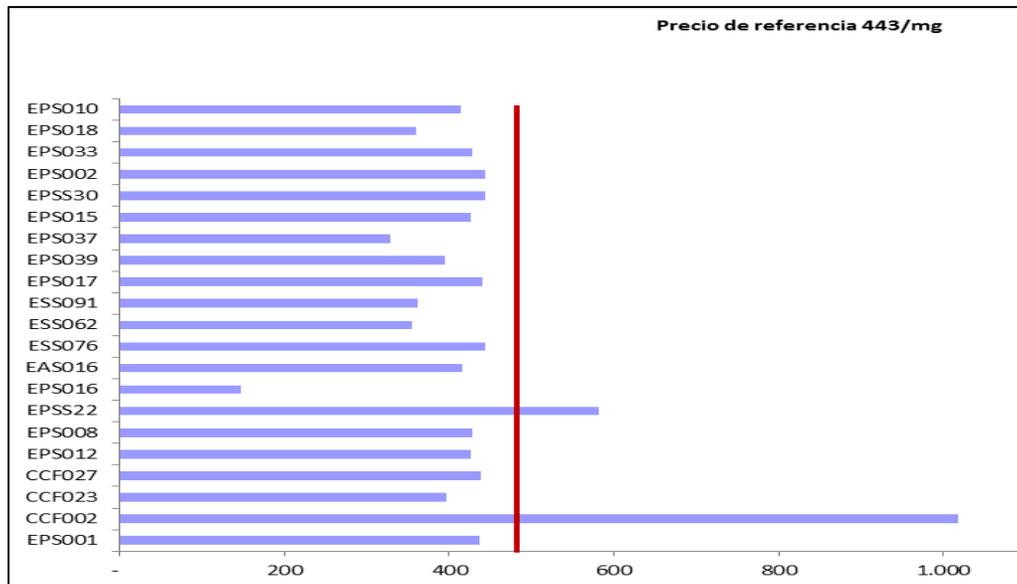


Grafico 13. Imatinib 400 mg. Precios reportados por las aseguradoras. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Precio imatinib 100 mg

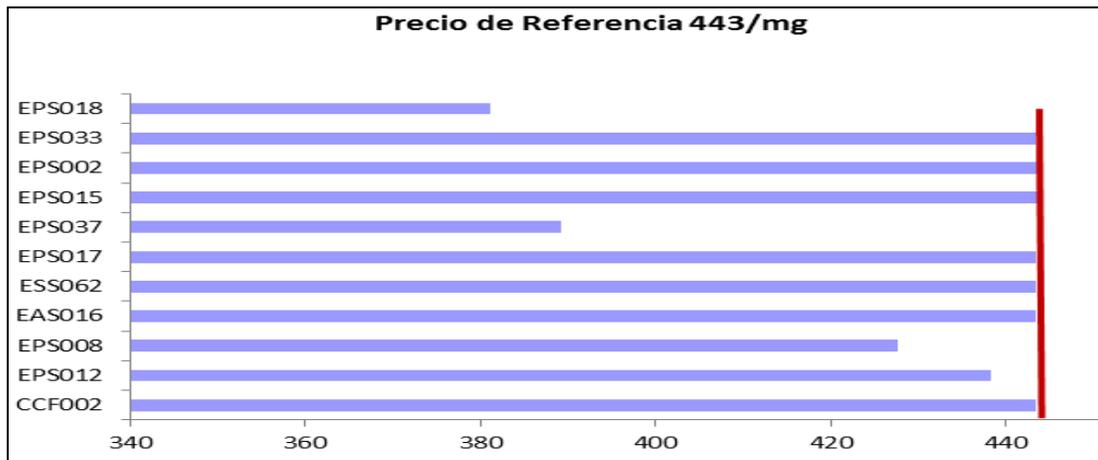


Gráfico 14. Imatinib 100 mg. Precios reportados por las aseguradoras. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores



Conclusiones



La población expuesta de las EPS del régimen contributivo que reportaron información de uso de imatinib corresponde al 64%. En las EPS del Régimen Subsidiado corresponde al 24%. El total de pacientes formulados fue de 491, de los cuales 59 corresponden al Régimen Subsidiado lo cual ratifica que es alto el subregistro de información y se ratifica nuevamente la poca participación en el reporte de información de las aseguradoras del Régimen Subsidiado

La edad promedio para el Régimen Contributivo es de 55 años y para el Régimen Subsidiado es de 44 años. En relación con la tasa de uso podemos decir que la EPS016, EPS037 y EPS015 tienen una mayor proporción de pacientes usando Imatinib comparado con la tasa promedio para el régimen contributivo, así mismo se observa un mayor uso de Imatinib en las aseguradoras CCF002, EPSS33 y ESS027 en el régimen subsidiado.

Encontramos que la formulación de Imatinib, para leucemias en general corresponde a un 61%, cáncer en el 23%, otros diagnósticos el 12%. Al desagregar el porcentaje correspondiente a leucemias se obtuvo que el 93% es por leucemia mieloide, diagnóstico para la cual fue incluido Imatinib con el Acuerdo 029, 6% corresponde a leucemia linfocítica y el 1% a otros tipos de leucemias.

El precio para Imatinib de 400 mg está muy cercano del precio de referencia a excepción de las Aseguradoras EPSS22 y CCF002 del régimen contributivo, mientras que para Imatinib de 100mg se observa que todas las aseguradoras que reportaron se encuentran por debajo del precio de referencia.

El Boletín número 2 de este observatorio, analizó lo relacionado con el uso de Rituximab, Trastuzumab y Pegfilgastim, a continuación se presentan en forma resumida los resultados obtenidos.

Nota Complementaria.

Medicamento	Conclusión
Rituximab	<p>Las EPS que reportaron información de uso de rituximab en el periodo de enero a junio de 2012, corresponden al 54.75% del Régimen Contributivo y 17.64% del Régimen Subsidiado para un total de 3.643 pacientes formulados, con una edad promedio de 60 años (SD15) en el Régimen Contributivo y 53 años (SD16) en el Régimen Subsidiado; en relación con la tasa de uso podemos decir que las EPS001, EPS008, EPS012, CCF002 y EPS037 tienen una mayor proporción de pacientes usando rituximab comparado con la tasa promedio de las EPS reportantes, que fue de 33 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Contributivo y 4.3 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Subsidiado.</p> <p>El uso de Rituximab para linfoma no Hodking corresponde a un 88% en las dos concentraciones y para artritis reumatoidea al 55% en relación la concentración de 500 mg para las cuales fue incluido este medicamento en el Acuerdo 029 de 2011, y el 23% restante se distribuye en: diagnósticos inespecíficos (14%), otros tumores malignos (5%) y leucemias (4%). Así mismo,</p>

	identificamos que los valores facturados por mg de rituximab en sus dos concentraciones se encuentran dentro del rango de los precios de referencia.
Trastuzumab	<p>La población expuesta al uso de Trastuzumab en el periodo de enero a junio de 2012, corresponden al 55% del Régimen Contributivo y 20% del Régimen Subsidiado para un total de 892 pacientes formulados, con una edad promedio de 55 años (SD11) en el Régimen Contributivo y 53 años (SD13) en el Régimen Subsidiado; en relación con las tasas podemos decir que las EPS037, EPS012, ESS091, ESS062 tienen una mayor proporción de pacientes usando Trastuzumab comparado con la tasa promedio, que fue de 24 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Contributivo y 4.0 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Subsidiado.</p> <p>Se observa que la formulación de Trastuzumab corresponde a un 94 % en cáncer de mama, para la cual fue incluido este medicamento en el Acuerdo 029 de 2011, y el 6% restante se distribuye en: diagnósticos inespecíficos (3%), otros tumores malignos (3%). También, identificamos que los precios de venta se encuentran dentro de los precios de referencia.</p>
Pegfilgrastim	<p>El uso de Pegfilgrastim en el periodo de enero a junio de 2012, corresponden al 88% del Régimen Contributivo y al 16% del Régimen Subsidiado para un total de 1.459 pacientes formulados, con una edad promedio de 55 años (SD19) en el Régimen Contributivo y 52 años (SD23) en el Régimen Subsidiado; en relación con las tasas podemos decir que las EPS001, EPS 037, EAS016 tienen una mayor proporción de pacientes usando Pegfilgrastim, comparado con la tasa promedio que fue de 276 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Contributivo y 8.6 por cada 100.000 afiliados en el Régimen Subsidiado.</p> <p>El uso de Pegfilgrastim tuvo un perfil en cuanto a diagnósticos así: el 74% de los diagnósticos reportados corresponden a patologías como cáncer de mama, linfoma, leucemia, cáncer gástrico, tumores malignos para lo cual fue incluido este medicamento en el Acuerdo 029 de 2011, y el 26% restante se distribuye en otros diagnósticos como cáncer de colon y recto, pulmón, cáncer de sistema reproductor masculino y femenino y otros. Los precios en su mayoría se encuentran cercanos al precio dado como referencia.</p>

Conclusiones generales para medicamentos nuevos incluidos en el POS

Se evidencia que la indicación para las cuales fue realizada la evaluación de tecnología en estos medicamentos no representa un porcentaje alto de formulación, por ejemplo: capecitabina que fue evaluado para cáncer de estómago se encontró un 16 % para cáncer gástrico y un 39 % para cáncer de mama y 21 % para cáncer de colon lo que demuestra que se está usando en patologías no indicadas en el anexo 1 del acuerdo 029 de la CRES. Igual sucede con gemcitabina que fue evaluado para la indicación cáncer de pulmón y se encontró que el 18 % lo usan para cáncer de mama y 15 % para cáncer de pulmón. Por lo tanto se recomienda que para una futura actualización del Plan Obligatorio de Salud se amplíen las indicaciones de estos medicamentos, basándose en las autorizadas por el INVIMA.

De otra parte se encontró que para gemcitabina se formulan pacientes con indicaciones no autorizadas por el Invima tales como linfomas. Es necesaria una regulación referente a este tema ya que este tipo de prescripciones no autorizadas, pueden ser sujetas eventualmente de pagos POS.



Para el período de reporte de enero a junio de 2012, con corte a septiembre, las aseguradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado del país reportaron un total de 4.253 registros en medicamentos correspondientes al grupo de cáncer, con un costo de \$ 8.478.352,045, para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que está representado en 1.834 usuarios únicos de la Base Única de Afiliados (BDUA).



B. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Para este informe se presentan los procedimientos nuevos incluidos al POS por el Acuerdo 029 de 2011 relacionados con el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Puede observarse que el mayor porcentaje de las nuevas tecnologías incluidas para esta patología, tienen especial aplicación en el manejo del cáncer de mama y en el cáncer de cuello uterino. Tabla 1

Tecnología en observación	CUPS*
Extirpación del ganglio centinela por radiomarcación	C0008
Prueba de ADN para detección de VPH	C00011
Técnicas de Inspección visual con ácido acético y lugol	C00014
Traquelectomía radical por laparoscopia	C00016
Ooforopexia unilateral por laparotomía	657801
Ooforopexia unilateral por laparoscopia	657802
Ooforopexia bilateral por laparotomía	657803
Ooforopexia bilateral por laparoscopia	657804
Amputación del cuello uterino o traquelectomía	674000
Biopsia por punción con aguja fina	851101
Biopsia de mama con aguja Tru-Cut	851102
Biopsia abierta de mama	851200
Xeromamografía o mamografía, bilateral	876802
Hibridación "in situ" con fluorescencia [FISH]	908413
Estudio de citogenética en médula ósea	C00006
Resección de tumor de ovario por laparotomía	652302
Resección de tumor de ovario por laparoscopia	652303

Tabla 11. Procedimientos incluidos en el Acuerdo 029 para la atención del cáncer

Fuente: construcción propia de los autores

*CUPS: código único de procedimientos en salud

Para una mejor interpretación de los datos aquí consignados es de resaltar que el Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012 - 2020 que fue presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología en marzo del 2012, definió una serie de estrategias para enfrentar esta problemática en el país. De manera específica en lo relacionado con el cáncer de mama, el Plan Nacional establece una serie de acciones dirigidas al diagnóstico temprano de la enfermedad con unas metas orientadas a incrementar el diagnóstico en estados tempranos, incrementar la cobertura de tamizaje en las mujeres de 50 a 69 años, garantizar el acceso oportuno a la



confirmación diagnóstica y al tratamiento en las mujeres con mamografías sospechosas (BIRADS 4) y a la implementación de un programa de control de calidad en la tamización. Así mismo, la CRES en el Acuerdo 029 incluyó las mamografías y las biopsias dentro del POS del Régimen Subsidiado (RS). Con anterioridad a esta normativa, los procedimientos mencionados se realizaban con cargo a otras fuentes de financiación tales como el Sistema General de Participaciones (Ley 715 de 2001). A su vez se incluyó para ambos regímenes, la prueba de Hibridación “in situ” con fluorescencia [FISH], un estudio que en las pacientes diagnosticadas tiene importancia en el pronóstico de la enfermedad y además orienta al personal médico a elegir el medicamento más apropiado; se incluyó también la extirpación del ganglio centinela con radiomarcación, una técnica avanzada para la detección e intervención de metástasis ganglionares.

En relación con el cáncer de cuello uterino, el Plan Nacional estableció acciones y metas orientadas a reducir la mortalidad y fortalecer las coberturas de tamizaje así como a garantizar el acceso oportuno a la confirmación diagnóstica y tratamiento para lesiones cervicales de alto grado, entre otras acciones. La CRES, además de las histerectomías por laparoscopia presentadas en el Boletín N° 1, incluyó para ambos regímenes otras tecnologías específicas para atender esta patología tales como la técnica de inspección con ácido acético y lugol, la prueba de detección de ADN para el virus del papiloma humano (VPH), las ooforopexias por laparoscopia y la traquelectomía radical también por vía laparoscópica⁷. Para el caso de estas dos últimas tecnologías, en este informe se incluyen como comparadores las ooforopexias por laparotomía y la traquelectomía por vía no laparoscópica las cuales estaban previamente incluidas en el POS.

Se incluye también la información relacionada con la resección de tumor de ovario por laparoscopia y su comparador por vía abdominal; a su vez se incluye información relacionada con el estudio de citogenética en médula ósea, una prueba de importante valor diagnóstico y pronóstico en los pacientes diagnosticados con leucemia.

1. MAMOGRAFÍAS

La detección precoz del cáncer de mama a través del cribado con mamografía y el reconocimiento de los primeros signos y síntomas de la enfermedad, son elementos fundamentales que mejoran el pronóstico y la supervivencia (3,4). Como se mencionó anteriormente, las mamografías para tamizaje fueron incluidas en el POS del Régimen Subsidiado. Esta tecnología ya hacía parte del POS en el Régimen Contributivo. Se presentan aquí los datos tanto del Régimen Subsidiado como del Contributivo, haciendo énfasis especial en el grupo de mujeres de 50 a 69 años que corresponde a la población priorizada en las estrategias de tamizaje

⁷ Revisar el Boletín N° 1 para efectos de complementar la información sobre cáncer de cuello uterino aquí relacionada.



Reporte de información

En la siguiente tabla, se aprecia la participación de las aseguradoras en el envío de la información y a su vez el número de registros y de usuarias a quienes se les aplicó la tecnología en el período. El número de registros corresponde al total de las mamografías reportadas, cifra que puede diferir del número de usuarias, toda vez que bajo circunstancias especiales a una mujer se le puede practicar una mamografía más de una vez en el período.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes	13/21	21/46
Total de mujeres de 50 a 69 años en el Régimen	1.860.359	1.589.791
Mujeres de 50 a 69 años en las aseguradoras participantes	1.185.669	688.326
Porcentaje de participación	64%	43%
Mamografías (total de registros)	103.284	6.185
Mamografías (total de usuarias)	99.179	6.049

Tabla 12. Mamografías. Participación de las aseguradoras en el reporte y frecuencias de uso. Enero-Junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Mamografías por grupos de población

Se presenta a continuación el número de usuarias a quienes se les aplicó la tecnología en el período haciendo una desagregación por grupos de población. Téngase en cuenta que la estructura de los CUPS y la base de datos analizada no discrimina las mamografías de tamizaje en paciente asintomática, de las generadas por alguna condición médica particular.

Grupo de población	Número de usuarias			% del total
	Contributivo	Subsidiado	Total	
Menores de 40 años	1.548	158	1.706	1,6
Entre 40 – 49 años	16.803	711	17.514	16,6
Entre 50 – 69 años	72.133	4.491	76.624	72,8
Mayores de 69 años	8.695	689	9.384	8,9
Todas	99.179	6.049	105.228	100,0

Tabla 13. Mamografías por grupo poblacional enero-junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores



Se evidencia que el mayor porcentaje de las mamografías reportadas al Observatorio corresponden al grupo de mujeres de 50 – 69 años, en concordancia con las políticas de tamizaje. Las mamografías en este grupo sumadas al grupo de 40 – 49 años dan cuenta del 89,4 % del total de las mamografías reportadas. Por otro lado, aun teniendo en cuenta las diferencias en la participación del reporte al Observatorio entre los dos regímenes, llama la atención el bajo número de reportes recibidos del Régimen Subsidiado, el cual corresponde solamente al 5,7 % del total de usuarias reportadas.

Proporción semestral de realización de mamografías en el Régimen Contributivo y Subsidiado

Se identificó la población de mujeres en el grupo de 50 a 69 años por asegurador y el número de mamografías reportadas, información que se presenta en la Tabla 14 y se calcula la proporción de realización de mamografías para el primer semestre de 2012 presentada en Figura 15.

Aseguradora	Población 50 – 69 años*	Mamografías
EPS003	70.459	3.314
EPS012	25.830	1.023
EPS008	75.422	10.549
EPS016	250.819	9.820
EPS023	42.411	5.385
EPS017	98.771	1.074
EPS039	3.240	242
EPS015	9.194	39
EPS013	293.656	22.660
EPS033	4.539	70
EPS005	123.160	9.316
EPS018	61.958	1.109
EPS010	126.210	7.426
Total	1.185.669	72133

Tabla 14. Mamografías en el grupo de 50 a 69 años en el Régimen Contributivo. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

*Fuente BDUA

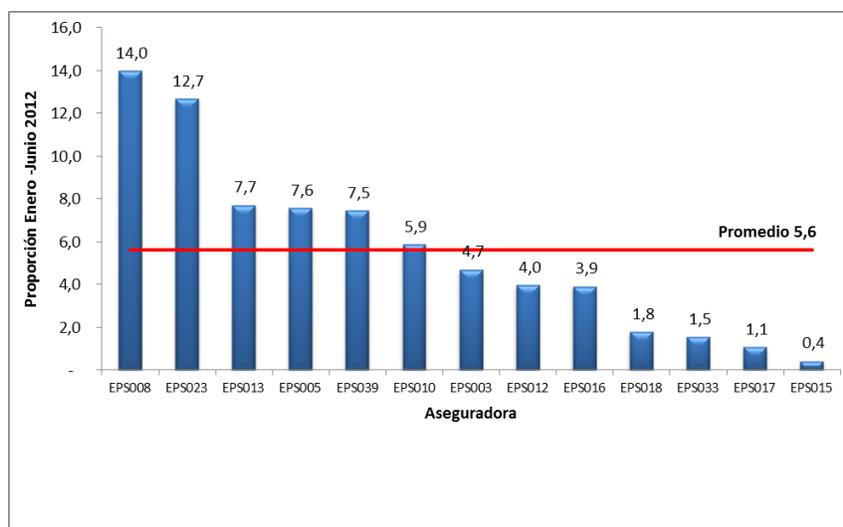


Figura 15. Proporción de mamografías 50 a 69 años en el Régimen Contributivo enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

De igual forma se presenta la población de mujeres en el grupo de 50 a 69 años y las mamografías reportadas en el Régimen Subsidiado, que permiten estimar la proporción de realización del procedimiento en el período. Figura 16

Aseguradora	Población 50 – 69 años*	Mamografías
EPSI04	6.081	24
CCF018	13.537	215
EPSS34	22.406	135
CCF101	24.813	55
CCF053	7.981	318
CCF002	93.703	255
CCF007	14.635	174
CCF024	30.997	37
CCF027	8.459	29
CCF049	8.950	12
EPS022	32.737	755
EPSI01	9.023	44
ESS076	42.451	92
ESS062	94.302	550
ESS091	40.295	221
ESS118	106.373	1320
EPSI05	14.467	54
EPSI02	11.730	57
EPS030	25.951	20
EPS033	54.538	115
EPS031	24.897	9
Total	688.326	4.491

Tabla 15. Mamografías en el grupo de 50 a 69 años en el Régimen Subsidiado. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

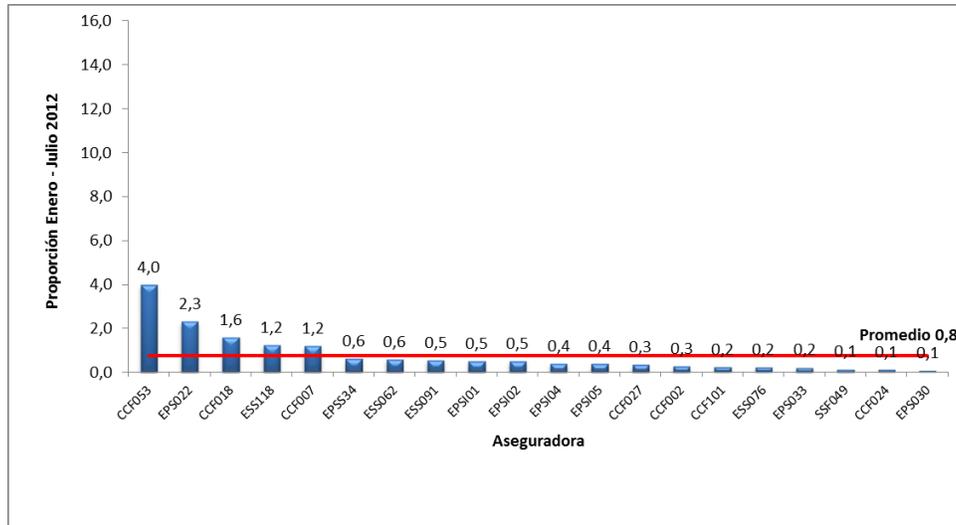


Figura 16. Proporción de mamografías 50–69 años en el Régimen Contributivo. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Al comparar el reporte en los dos regímenes se encuentra una variación significativa en la proporción (promedio) de realización de mamografías, hecho que también es apreciable dentro de las aseguradoras de un mismo régimen. Estas variaciones pueden dar cuenta de la eficiencia o ineficiencia en la implementación de los programas de tamizaje y aunque limitadas por el período de observación que se tuvo en cuenta para la realización de este informe, hacen pensar en la necesidad de las coberturas de tamizaje así como a la verificación del acceso oportuno a la confirmación diagnóstica en las mujeres con mamografías sospechosas.

Precios de la tecnología

La revisión de la base de datos que contiene los precios de las mamografías reportados por las aseguradoras en el presente estudio, mostraron una dispersión importante. Los precios mínimos y máximos alteran ostensiblemente el precio promedio. Se realizaron cálculos utilizando la mediana como medida estadística la cual reporto un precio de \$ 51.500 por mamografía, cifra razonable dentro del mercado. Para efectos de ilustrar el reporte de las EPS a continuación se presenta una tabla con los precios promedios reportados por cada una de ellas.



Aseguradora	Precio promedio	
	Contributivo	Subsidiado
EPSI04	-	72.866
CCF018	-	52.676
EPS003	58.239	-
EPSS34	-	69.300
CCF101	-	91.155
CCF053	-	132.800
CCF002	-	50.262
CCF007	-	84.049
CCF024	-	81.118
CCF027	-	76.681
CCF049	-	117.299
EPS012	79.981	-
EPS008	49.619	-
EPS022	-	132.797
EPS016	55.027	-
EPS023	64.463	-
EPSI01	-	81.090
ESS076	-	73.806
ESS062	-	60.214
ESS091	-	80.141
ESS118	-	75.287
EPS017	74.600	-
EPS039	53.490	-
EPSI05	-	83.017
EPSI02	-	104.222
EPS015	75.248	-
EPS030	86.145	122.826
EPS013	68.271	-
EPS033	73.100	73.100
EPS005	54.682	-
EPS031	-	133.757
EPS018	55.611	-
EPS010	44.498	-

Tabla 16. Mamografías. Precio promedio reportado. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

2. PRUEBA DE ADN PARA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Las pruebas para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) analizan la presencia de ADN viral mediante el uso de partículas de ADN producidas en el laboratorio, que son las complementarias con las bases nitrogenadas del ADN viral. Las pruebas permiten identificar la infección para alguno de los 13 tipos virales de VPH de los 15 considerados hasta ahora de alto riesgo oncogénico.⁽⁶⁾



Reporte e información general

La siguiente tabla presenta la participación de las aseguradoras en el envío de la información y el número de usuarias reportadas durante el primer semestre del 2012.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes	8/21	2/46
Mujeres de 15 y más años (todas las aseguradoras)	8.043.539	8.426.543
Mujeres con 15 y más años representadas en el informe	3.755.406	661.823
Porcentaje de participación	46 %	8 %
Pruebas de ADN (número de usuarias)	204	2
Edad promedio	39,81	42,5

Tabla 17. Pruebas de ADN para VPH. Participación de las aseguradoras en el reporte y frecuencias de uso. Enero – Junio de 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Registros en el Régimen Contributivo y Subsidiado

Aseguradora	Contributivo	Subsidiado
EPS001	2	-
ESS118	-	1
EPS012	1	-
CCF101	-	1
EPS017	83	-
EPS037	78	-
EPS002	18	-
EPS005	17	-
EPS010	5	-
Total	204	2

Tabla 18. Pruebas de ADN para VPH. Procedimientos reportados por asegurador. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

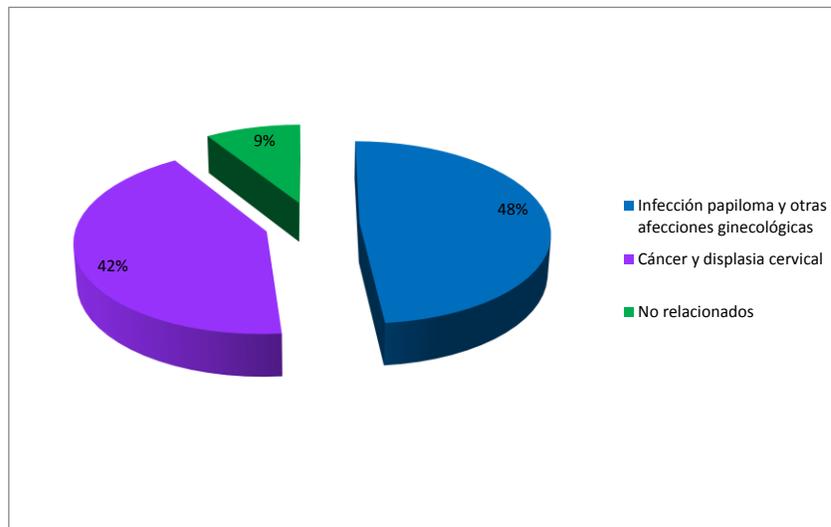
En el reporte de las pruebas de detección del VPH, la participación de las aseguradoras y el número de registros recibidos en el Observatorio fue bajo, recibiendo apenas reporte de realización del procedimiento de siete (7) aseguradoras del Régimen Contributivo y de



dos (2) del Subsidiado, hecho que limita los análisis sobre el uso de esta tecnología en ambos regímenes.

Diagnósticos asociados

Con base en los códigos CIE-10, se hace una agrupación de los diagnósticos relacionados para la realización del procedimiento. Figura 17.



**Figura 17. Prueba de ADN para VPH. Diagnósticos asociados
Enero – junio 2012**

Fuente: construcción propia de los autores

El 48 % de los códigos CIE-10, se relacionaban con infección por el virus del papiloma humano, le siguen como diagnóstico relacionado el cáncer y la displasia cervical y en una proporción menor - 9 %-, el código CIE-10 reportado resultó inespecífico.

Precio de la tecnología

La revisión de la base de datos que contiene los precios reportados por las aseguradoras para el presente estudio en cuanto a prueba de ADN para VPH, muestra un precio promedio cercano a los \$280.000, sin embargo, además de observarse una moderada dispersión en las cifras, el cálculo de la mediana fue de \$ 303.890,50. La revisión pormenorizada de la base de datos muestra que la EPS 017 participa en 40% del total de los registros reportados con precios que superan los \$ 300.000. La tabla siguiente presenta los precios promedio reportados.



Aseguradora	Precio promedio	
	Contributivo	Subsidiado
EPS001	303.891	-
ESS118	-	190.000
EPS012	154.000	-
CCF101	-	208.000
EPS017	307.106	-
EPS037	299.932	-
EPS002	190.122	-
EPS005	142.419	-
EPS010	203.200	-

Tabla 19. Prueba de ADN para VPH. Precio promedio reportado. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

3. TÉCNICAS DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO Y LUGOL

La técnica de inspección visual con ácido acético y la inspección visual con lugol son procedimientos independientes dirigidos al diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino, estos son aplicables de manera especial a mujeres residentes en zonas geográficas distantes u otros entornos con recursos limitados.⁽⁷⁾

Reporte de información

En general, el número de reportes recibidos en el Observatorio para el período enero a junio de 2012, así como la participación de las aseguradoras en el reporte de esta tecnología fue bajo, de manera ilustrativa los resultados del reporte se presentan en la Tabla 20.

Asegurador	Contributivo	Subsidiado
EPS022	-	4
EPS013	1	-
EPS010	7	-
Total	8	4

Tabla 20. Inspección visual con ácido acético y lugol. Frecuencias de uso

Fuente: construcción propia de los autores

El mínimo número de reportes, junto con la inespecificidad en los códigos CIE-10 reportados no permite entregar datos adicionales sobre el uso de esta tecnología. Una posible explicación frente a este hecho, puede estar relacionada baja aceptación del procedimiento, desconocimiento de la utilidad práctica o falta de capacitación y/o entrenamiento del personal de salud para la realización del mismo.



4. BIOPSIAS DE MAMA

En el POS se encuentran incluidas las biopsias de mama, estas pueden ser realizadas por diferentes técnicas como la punción con aguja fina, punción con aguja Tru-Cut o por vía quirúrgica (biopsia abierta) para los casos en que resulte pertinente.

Reporte de información

En la Tabla 21, se indica la participación de las aseguradoras en el reporte y el número de registros recibidos. Al igual que para el caso de las mamografías, el número de registros y el de usuarias puede no coincidir teniendo en cuenta que a una paciente puede practicársele más de una biopsia en el período.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes	14/21	20/48
Mujeres de 15 y más años* (todas las aseguradoras)	8.043.539	8.426.543
Mujeres con 15 y más años representadas en el informe	5.743.231	3.549.904
Porcentaje de participación	71,4 %	42,1 %
Biopsia por punción con aguja fina (total de registros)	5366	108
Biopsia de mama con aguja Tru – Cut (total registros)	1349	165
Biopsia abierta de mama (total registros)	187	36

Tabla 21. Biopsias de mama. Participación de las aseguradoras en el reporte y número de registros. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Frecuencias y relación porcentual

A continuación se indica el número de usuarias que accedieron a la tecnología por régimen y la participación porcentual para cada una de las tecnologías en observación.



Nombre de la tecnología	U s u a r i a s					
	Contributivo	%	Subsidiado	%	Total	%
Biopsia por punción con aguja fina	3096	69,6	102	35,9	3198	68
Biopsia de mama con aguja Tru – Cut	1274	28,7	151	53,2	1425	30
Biopsia abierta de mama	76	1,7	31	10,9	107	2
Todas	4446	-	284		4730	100

Tabla 22. Biopsias de mama. Número de usuarias y relación porcentual

Como se observa, el número de usuarias reportadas al Observatorio por las aseguradoras del RS es limitado y corresponde a solo el 6 % de las de todos los reportes (284/4730). En cuando a la proporción de uso de las diferentes tecnologías observadas, en el Régimen Contributivo la biopsia por aspiración con aguja fina es la reportada con mayor frecuencia con una proporción cercana al 70 %, seguida de la biopsia con aguja Tru–Cut; las biopsias abiertas en el Régimen Subsidiado son proporcionalmente mayores frente a su contraparte en el contributivo, hecho que puede sugerir limitaciones en la oportunidad para la confirmación diagnóstica en el Régimen, hecho que merece evaluación e intervención cuando resulte adecuado.

Precios de la tecnología

En los precios reportados por las aseguradoras para estas tecnologías, se encontraron cifras que mostraban altos niveles de dispersión y precios por fuera de los rangos de mercado.

5. HIBRIDACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]

En el POS se encuentra incluida la prueba de hibridación "in situ" con fluorescencia [FISH]. Esta prueba define la presencia de la amplificación del oncogén HER2 (presente en varias formas de cáncer) en los casos donde las pruebas de inmunohistoquímica no arrojan resultados definitivos. La importancia de la identificación de la sobreexpresión de HER2, que para el caso del cáncer de mama se presenta en 20 % a 30 % de las mujeres diagnosticadas, radica en que este se asocia a un peor pronóstico (mayor crecimiento y recurrencia tumoral, menor supervivencia y pobre respuesta a la quimioterapia convencional) así como al hecho que identifica posibles candidatas a esquemas terapéuticos específicos con trastuzumab.⁽⁸⁾



Reporte

La participación de las aseguradoras en el reporte de este procedimiento al Observatorio se indica en la Tabla 24.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes cualquier prueba de FISH	15/20	5/48
Aseguradoras que reportan FISH para cáncer de mama	6/20	0/48

Tabla 24. Hibridación “in situ” prueba de FISH. Participación de las aseguradoras en el reporte

Fuente: construcción propia de los autores

Diagnósticos asociados

Los diagnósticos asociados a la prueba de FISH y el número de reportes por Régimen se presentan a continuación.

Diagnósticos	Número de procedimientos			% del total
	Contributivo	Subsidiado	Total	
Cáncer de mama	50	0	50	48,5
Leucemias y linfomas	7	1	8	7,8
Otros tumores malignos	7	0	7	6,8
Inespecíficos	34	4	38	36,9
Todas las indicaciones	98	5	103	100%

Tabla 25. Hibridación “in situ” con fluorescencia [FISH] indicación y número de reportes Enero – junio 2012.

Fuente: construcción propia de los autores

Como se aprecia en la tabla anterior, la prueba de FISH fue utilizada en mayor proporción para cáncer de mama, también se indicó para leucemias/linfomas y en una proporción menor (7 %) para otras neoplasias entre las que se incluyen cáncer gástrico y cáncer de piel. Se encontró un número significativo de reportes (37 %) con códigos CIE10 inespecíficos que no aportaron información adicional en el análisis. El reporte de realización de esta prueba en el Régimen Subsidiado fue de tan solo el 5% de todos registros recibidos, no se recibieron reportes de la aplicación de esta prueba para cáncer de mama en este régimen.



Precios de la tecnología

A continuación, se presenta el valor promedio de la prueba reportada por las aseguradoras.

Aseguradora	Precio promedio
EPS001	869940
EPS016	703000
EPS017	700000
EPS037	679462
EPS002	1083986
EPS018	973482

Tabla 26. Prueba de FISH. Precio promedio de la tecnología

Fuente: construcción propia de los autores

6. EXTIRPACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA POR RADIOMARCACIÓN

La radiomarcación de ganglio centinela consiste en la inyección de una sustancia radioactiva a nivel peritumoral o subdérmica con el fin de visualizar el primer ganglio de la cadena ganglionar más cercana (ganglio centinela). De esta manera, se puede realizar su resección quirúrgica en cirugía a través de radio sonda para su posterior estudio anatómo-patológico a partir del cual se determina la diseminación del cáncer a nivel ganglionar.⁽⁹⁾ Este procedimiento fue incluido en el Acuerdo 029 para ambos regímenes.

Reporte de información

Cuatro aseguradoras, todas ellas del régimen contributivo, reportaron la realización de este procedimiento. Tabla 27

Aseguradora	Número de usuarias
EPS003	1
EPS012	2
EPS017	3
EPS010	1

Tabla 27. Extirpación del ganglio centinela por radiomarcación. Enero – junio 2012



Frecuencias por indicación, edad y precio promedio

Indicación	Número de casos	Edad promedio	Precio promedio
Cáncer de mama	5	58,0	\$ 1.444.078
Cáncer de piel	2	50	\$ 1.635.357

Tabla 28. Extirpación de ganglio centinela con radiomarcación. Indicaciones, edad y precio promedio. Enero – junio 2012.

Fuente: construcción propia de los autores

En los datos recolectados, se identificó la realización de un número limitado de este tipo de procedimientos, con dos indicaciones cáncer de mama y cáncer de piel, lo cual no permite un análisis de mayor profundidad.

7. OOFOROPEXIAS

La Ooforopexia es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se fijan los ovarios a la pared de la pelvis con el fin de limitar la exposición a irradiación ovárica en tratamientos de radioterapia. Pueden ser realizadas por laparotomía y en la última actualización del POS se incluye la vía laparoscópica. Este procedimiento está indicado previo a la radioterapia pélvica o braquiterapia vaginal con el objetivo de preservar la función ovárica.

Reporte de información

La participación de las aseguradoras en el reporte de este procedimiento, el número de casos reportados y la edad promedio se presenta en la Tabla 29.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes	5/21	4/48
Ooforopexia unilateral por laparotomía		
• Casos	3	4
• Edad promedio	42	37,5
Ooforopexia unilateral por laparoscopia		
• Casos	2	0
• Edad promedio	29,5	-
Ooforopexia bilateral por laparotomía		
• Casos	14	1
• Edad promedio	40,8	40
Ooforopexia bilateral por laparoscopia	0	0

Tabla 29. Ooforopexias. Participación de las aseguradoras en el reporte, frecuencias y edad promedio. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores



En general, el número de aseguradoras que reportaron este procedimiento así como el número de registros fue bajo. Para el caso de la Ooforopexia unilateral por laparoscopia, la aseguradora EPS 008 reportó 2 casos y no se reportaron casos de Ooforopexia bilateral por laparoscopia en ningún régimen. Los códigos de diagnóstico CIE-10 resultaron inespecíficos.

Precios de la tecnología

Para el caso de las ooforopexias, los datos recibidos en el Observatorio se caracterizaron por un bajo número de registros, se encontraron altos niveles de dispersión y valores por fuera de los rangos del mercado.

8. TRAQUELECTOMÍAS

La traquelectomía es la extirpación quirúrgica del cuello del útero. De manera particular, la traquelectomía radical por laparoscopia se indica en aquellas mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en estadios tempranos y con deseo de mantener la fertilidad, este procedimiento fue incluido por el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES.

Reporte de información

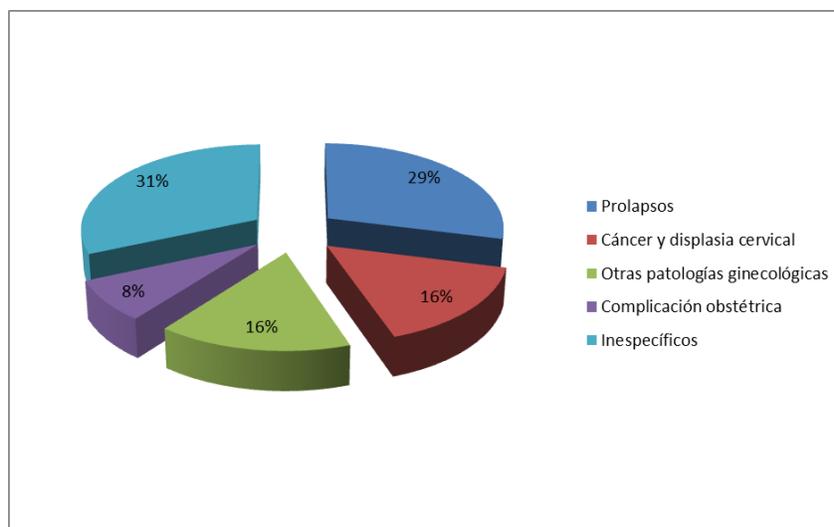
La participación de las aseguradoras en el reporte de este procedimiento, el número de casos reportados y la edad promedio se presenta en la Tabla 30.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes	9/21	3/48
Traquelectomía SOD (número de usuarias)		
• Casos	39	3
• Edad promedio	44,15	48,6
Traquelectomía radical por laparoscopia (número de usuarias)		
• Casos	2	4
• Edad promedio	31,5	37,7

Tabla 30. Traquelectomías. Participación de las aseguradoras en el reporte y frecuencias. Enero – junio 2012.

Fuente: construcción propia de los autores

Diagnósticos relacionados



**Figura 18. Diagnósticos relacionados con la traquelectomía SOD
Enero – junio 2012**

Fuente: construcción propia de los autores

De los 39 registros relacionados con la traquelectomía SOD, el mayor porcentaje se relacionó con el tratamiento de los prolapsos. El 16 % de los diagnósticos se relacionaron con cáncer y displasia cervical, seguido de otras patologías ginecológicas, donde específicamente se reportó el código N884 (elongación hipertrófica del cuello del útero). Para el caso de la traquelectomía radical por laparoscopia, los diagnósticos codificados en la nomenclatura CIE-10 resultaron inespecíficos.

Precios de la tecnología

Para el caso de las ooforopexias, los datos recibidos en el Observatorio se caracterizaron por un bajo número de registros, altos niveles de dispersión en las cifras reportadas y valores por fuera de los rangos del mercado, datos que no permitieron generar análisis adicionales.

9. RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA Y POR LAPAROSCOPIA

La CRES incluye la resección del tumor de ovario por vía laparoscópica, esta tecnología puede ser utilizada para la intervención de patologías ováricas tanto de carácter maligno como benigno. Se incluye como alternativa a la resección de tumor de ovario por laparotomía para aquellos casos donde el personal de salud lo considere pertinente.

Reporte de información

La participación de las aseguradoras en el reporte, el número de casos reportados y la edad promedio se presenta en la Tabla 31.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes	14/21	16/48
Mujeres de 15 y más años* (todas las aseguradoras)	8.043.539	8.426.543
Mujeres con 15 y más años representadas en el informe	5.866.845	3.103.327
Porcentaje de participación	72 %	36 %
Resección de tumor de ovario por laparotomía		
• Casos	759	40
• Edad promedio (años)	37,31	39,05
Resección de tumor de ovario por laparoscopia		
• Casos	159	4
• Edad promedio (años)	36,13	34,5

Tabla 31. Resección tumor de ovario por laparotomía. Participación de las aseguradoras en el reporte y frecuencias. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Reporte por asegurador

Asegurador	Número de usuarias	
	Contributivo	Subsidiado
EPS001	6	-
EPS003	30	-
CCF002	-	2
CCF007	-	1
CCF024	-	1
CCF027	-	1
CCF049	-	1
EPS012	14	-
EPS008	41	-
EPS022	-	3
EPS016	45	-
EPS023	58	-
EPSI01	-	1
ESS076	-	2
ESS062	-	9
ESS091	-	4
ESS118	-	7
EPS017	50	-
EPS039	1	-
EPSI05	-	1
EPSI02	-	3
EPS015	1	-
EPS030	3	-
EPS013	412	-
EPS033	-	3
EPS005	39	-
EPS031	-	1
EPS018	16	-
EPS010	43	-
Total general	759	40

Tabla 32. Resección de tumor de ovario por laparotomía. Frecuencias de uso por asegurador. Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Asegurador	Número de usuarias	
	Contributivo	Subsidiado
EPS001	7	-
EPS012	12	-
EPS008	24	-
EPS022	-	2
ESS118	-	1
EPS017	18	-
EPS037	19	-
EPS002	47	-
EPS013	4	-
EPS033	-	1
EPS005	9	-
EPS018	7	-
EPS010	12	-
Total general	159	4

Tabla 33. Resección de tumor de ovario por laparoscopia. Frecuencias de uso por asegurador Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Diagnósticos asociados

Se presenta los diagnósticos asociados tanto para los procedimientos por vía abdominal (laparotomía) como por vía laparoscópica.

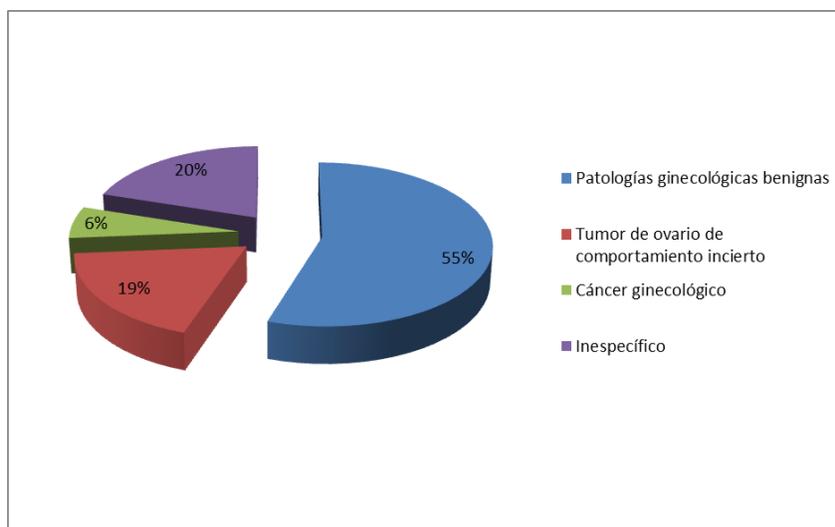


Figura 19. Resección de tumor de ovario por laparotomía. Diagnósticos asociados Enero – Junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

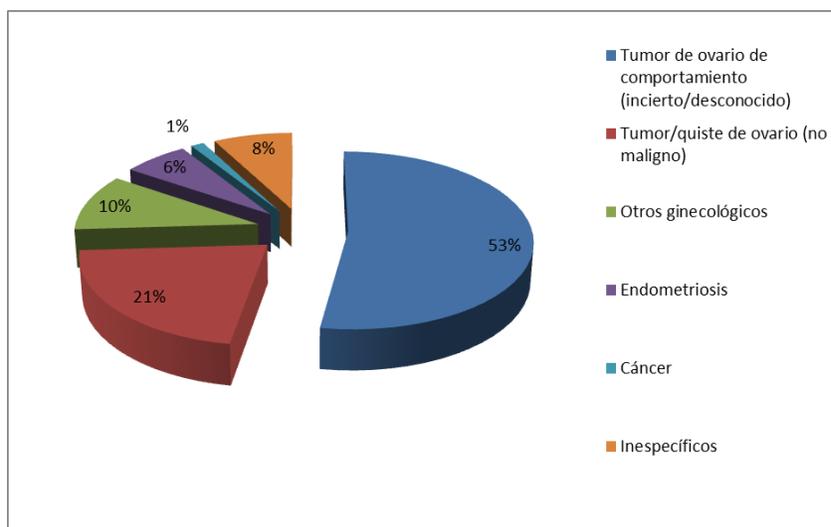


Figura 20. Resección de tumor de ovario por laparoscopia. Diagnósticos asociados Enero – Junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Los diagnósticos reportados para la cirugía laparoscópica fueron más específicos que los reportados para la vía abdominal. Para la cirugía laparoscópica, el principal diagnóstico fue el tumor de ovario de comportamiento incierto y/o desconocido (para patologías benigna o maligna) el cual se reportó en más de la mitad de los casos, le sigue los tumores y/o quistes de ovario de tipo benigno. El cáncer fue la indicación del procedimiento en el 6 % de las cirugías abdominales y el 1 % de las cirugías laparoscópicas respectivamente.

Precios de las tecnologías

Para estos procedimientos, los datos recibidos en el Observatorio se caracterizaron por altos niveles de dispersión en las cifras reportadas y valores por fuera de los rangos del mercado, datos que no permitieron generar análisis adicionales.

10. ESTUDIO DE CITOGÉNÉTICA EN MÉDULA ÓSEA

Este estudio fue estudiado e incluido por la CRES para el estudio complementario de los pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda.

Características	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Aseguradoras participantes	6/21	1/48
Casos	16	1
Edad promedio	48,56	38

Tabla 34. Resección tumor de ovario por laparotomía. Participación de las aseguradoras en el reporte y frecuencias.

Fuente: construcción propia de los autores

Aseguradora	Casos reportados	
	Contributivo	Subsidiado
EPS012	2	
ESS091		1
EPS037	8	
EPS002	3	
EPS013	2	
EPS010	1	

Tabla 35. Estudio de citogenética en MO.

Reporte de casos al Observatorio

Enero – junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

En general el número de aseguradoras que enviaron información, así como el número de reportes fue bajo limitándose a a cinco (5) aseguradoras del Régimen Contributivo y una (1) del Subsidiado. El promedio de edad para los pocos casos reportados se ubicó por encima de los treinta (30) años.

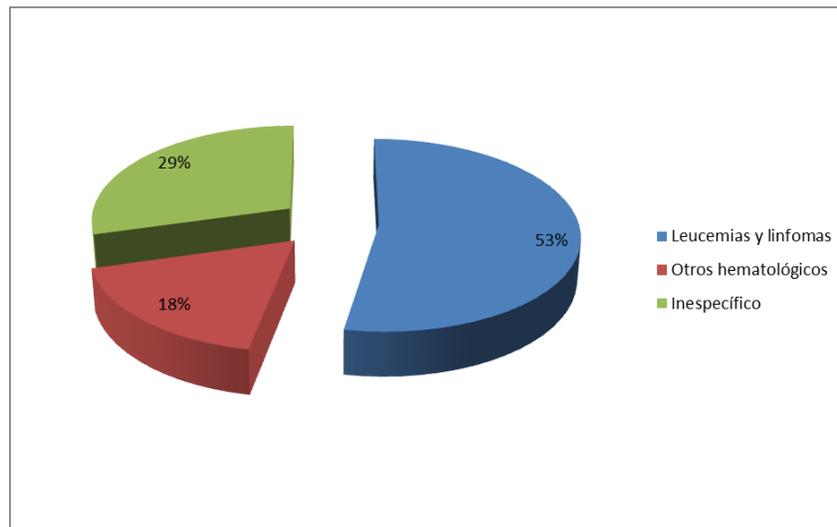


Figura 21. Estudio de citogenética en médula ósea.

Diagnósticos asociados Enero – Junio 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Los diagnósticos asociados en la mayoría de los casos se relacionaron con leucemias y linfomas de distintos tipos. Le siguieron otras patologías hematológicas como las anemias, trombocitosis y trombocitopenias.



11. HISTERECTOMÍAS

Como se indicó anteriormente, estos procedimientos fueron presentados de manera más amplia en el Boletín 1. El número de procedimientos reportados para cada tipo de histerectomía y la participación porcentual de estas en el total se presenta a continuación.

Reporte de información

Nombre de la tecnología	CUPS	Procedimientos reportados	% del total
Histerectomía subtotal o supracervical	683100	351	8,3
Histerectomía total abdominal	684000	3208	75,9
Histerectomía total por laparoscopia†	684020	248	5,9
Histerectomía vaginal	685100	348	8,2
Histerectomía radical modificada [operación de Wertheim] sod	686100	44	1,0
Histerectomía radical vaginal [operación de Schauta]	687000	10	0,2
Histerectomía subtotal por laparoscopia†	C00009	6	0,1
Histerectomía radical por laparoscopia†	C00010	9	0,2
Todas las histerectomías	-	4224	100

Tabla 36. Histerectomías. Número de reportes y participación porcentual

Fuente: construcción propia de los autores

Tasas

Con los datos actualizados, se presentan aquí las tasas ajustadas a 10 mil mujeres afiliadas cuya edad sea igual o superior a 15 años.

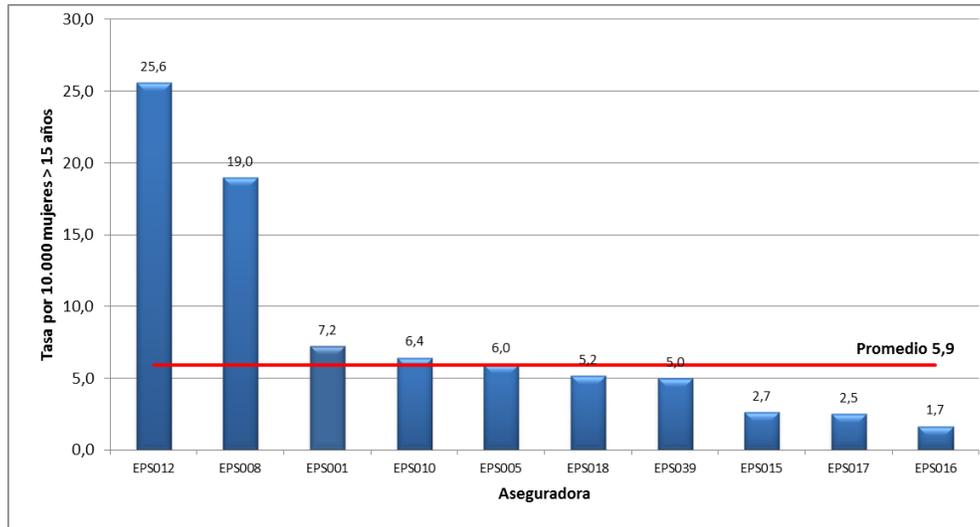


Figura 22. Histerectomías. Tasas de uso por 10.000 mujeres (≥ 15 años) en el Régimen Contributivo. Enero a junio de 2012

Fuente: construcción propia de los autores

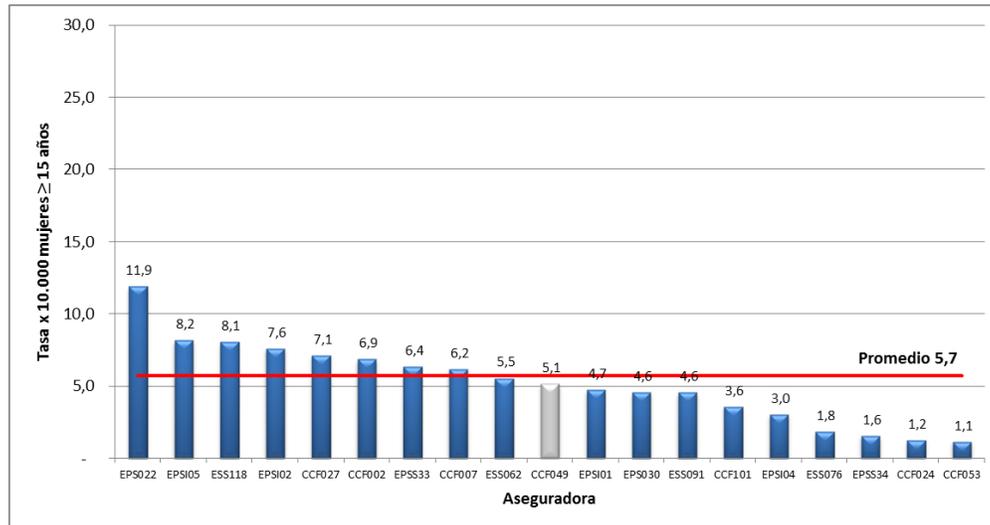


Figura 23. Histerectomías. Tasas de uso por 10.000 mujeres (≥ 15 años) en el Régimen Subsidiado. Enero a junio de 2012

Fuente: construcción propia de los autores

Diagnósticos asociados

Tipo de histerectomía*	Leiomioma uterino (%)	Hemorragia uterina (%)	Cáncer † y displasia cervical (%)	Prolapso (%)	Otras patologías ginecológicas (%)	Complicación obstétrica (%)	No relacionados (%)
Histerectomía subtotal o supracervical	49	13	2	4	21	9	3
Histerectomía total abdominal	64	12	5	2	4	2	10
Histerectomía total por laparoscopia	67	18	4	0	6	0	5
Histerectomía vaginal sod	19	2	1	67	3	0	8
Histerectomía radical modificada [operación de Wertheim] sod	-	-	91	-	-	-	9

Tabla 37. Histerectomías. Diagnósticos asociados. Enero – junio 2012.

Fuente: construcción propia de los autores

CONCLUSIONES

En los procesos de actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS) en Colombia se han incluido procedimientos destinados de manera específica a la atención del cáncer. En el POS se encuentran incluidas las tecnologías requeridas para el diagnóstico del cáncer de mama y cuello uterino a través de la inclusión de procedimientos para el cribado y la confirmación diagnóstica entre otras tecnologías para el tratamiento de la enfermedad; así mismo se han incluido tecnologías aplicables a la resección quirúrgica de los tumores de ovario y al estudio inmunológico de las neoplasias del tejido hematopoyético.

Derivado de este informe y de los registros que fueron reportados al Observatorio de Tecnologías en Salud de la CRES y sin desconocer la existencia de debilidades en los sistemas de información, se evidencia que la participación de las aseguradoras en el reporte de información fue variable y las coberturas, estimadas sobre el número de afiliados, no superaron el 80 %. A su vez, la participación de las aseguradoras, el número de casos reportados y las tasas estimadas para los procedimientos aquí observados fueron significativamente menores en el Régimen Subsidiado en comparación con el Contributivo.

Una baja proporción de uso de las mamografías y una menor proporción de uso para las biopsias no invasivas, vista especialmente en el Régimen Subsidiado así como una mayor



proporción de biopsias quirúrgicas en este Régimen hace pensar en la necesidad de evaluar y fortalecer las actividades orientadas al diagnóstico temprano del cáncer de mama. Igualmente estas recomendaciones aplican para las aseguradoras del Régimen Contributivo, donde se encontró una variación significativa en la proporción de mamografías realizadas a las mujeres de 50 a 69 años.

Las tecnologías objeto de seguimiento en el Observatorio y que fueron incluidas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello, mostraron en general una baja frecuencia de uso. Es significativo el bajo número de reportes realizados para la técnica de inspección visual con ácido acético y lugol, una prueba que puede tener un papel importante en el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino especialmente en regiones distantes y/o con limitaciones de acceso a otras pruebas diagnósticas.



C. DISPOSITIVOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DEL CÁNCER

1. KIT DE OSTOMÍA

El objetivo principal del kit de ostomía es mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados como consecuencia de un cáncer de colon o de recto de acuerdo con las observaciones establecidas en el Anexo 2 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES. Este dispositivo evita el contacto directo de los desechos intestinales con la piel y a su vez facilita el manejo de los fluidos aumentando los niveles de seguridad, de quien lo utiliza y de las personas a su alrededor⁸.

Reporte de información

La siguiente Tabla muestra la participación de las aseguradoras en el reporte referente al uso del kit de ostomía con un total de 4793 dispositivos entregados a un total de 1077 pacientes ostomatizados.

Características			
	Contributivo	Subsidiado	Total
Aseguradoras participantes	8/21	4/46	-
Población en el régimen	19.460.115	22.481.108	41.941.223
Total población representada en el informe	8.911.539	3.002.738	11.914.277
Población representada en el informe	46%	13%	59%
Kit de ostomía (número de registros)	4109	684	4793
Kit de ostomía (número de usuarios)	850	227	1077

Tabla 38. Kit de ostomía. Participación de las aseguradoras en el reporte.

Fuente: construcción propia de los autores

Se obtuvo el reporte del 46% de la población afiliada a las EPS del régimen Contributivo y el 13% de la población afiliada a las EPS del régimen Subsidiado, lo cual representa

⁸ Algunos pacientes como consecuencia del trauma abdominal, malformaciones congénitas abdominales, otros tipos de cáncer abdominal, etc., pueden requerir el uso del kit de ostomía. No obstante, el kit de ostomía en estas indicaciones no se encuentran incorporado en el POS.



11.914.277 del total de la población afiliada en ambos regímenes las cuales tuvieron acceso a esta tecnología.

Frecuencia de uso según registro Invima.

La siguiente tabla presenta la distribución de los 4793 registros según el tipo de Registro Sanitario reportado, que fueron utilizados para los 1077 pacientes. El dispositivo incluido en el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES como kit de ostomía consta de: bolsa, barrera, cemento y gancho, para uso en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto⁹.

Registro Sanitario	Descripción	Número de registros
INVIMA 2003V-2127	Bolsas de dos piezas (bolsa y lámina) para ostomía y accesorios (guía de medición de estomas, presillas, cinturón, pinza de cierre, válvula de drenaje y adaptador para tubo de drenaje, adaptador para tubo de drenaje holliester y adapt tiras de barrera cutánea moldeable.	1746
INVIMA 2011DM-00028 R1	Sistema de dos piezas de ostomía sur-fit plus	1400
INVIMA 2006DM-00362	Dispositivo de ostomía 1 o 2 piezas alterna / assura / coloplast / easiflex	412
INVIMA 2012DM-0973 R1	Barreras protectoras moldeables sur-fit plus®	312
INVIMA 2008DM-02059	Active life sistema de una pieza bolsa drenable de ostomía active life	309
INVIMA 2009DM-03770	Bolsa y barrera de ostomía: colostomía y ostomía genairex inc.	136
OTROS	Otros desagregados	478
Total		4793

Tabla 39. Kit de Ostomía. Frecuencia de uso por Registro INVIMA Enero-Junio 2012

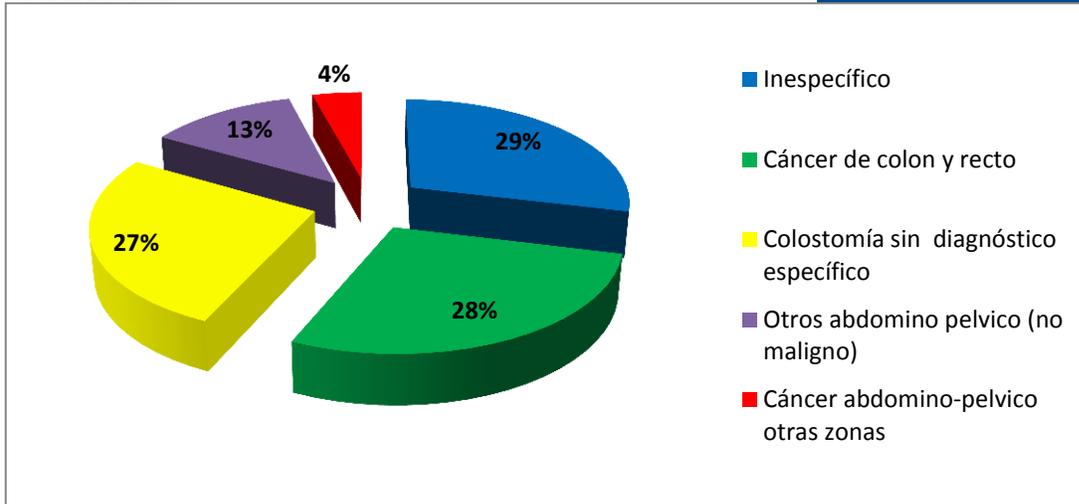
Fuente: construcción propia de los autores

Diagnósticos asociados al uso del dispositivo.

Representación gráfica de los diagnósticos asociados al uso del dispositivo kit de ostomía por porcentaje de población.

⁹El kit de ostomía se clasifica en:

- Una Pieza: una bolsa, adecuada para heces solidas e infrecuentes (especial para Colostomías)
- Dos Piezas: no se adhiere a la piel, permite el cambio cuantas veces sea necesario, indicadas para pieles sensibles.
- Tres Piezas: Posee las mismas características de la anterior, de manera adicional tiene un anillo plástico con clip de seguridad.
- Las bolsas pueden ser abiertas o cerradas.



**Figura 24. Kit de Ostomía. Diagnósticos asociados al uso del kit de ostomía
Enero –Junio 2012**

Fuente: construcción propia de los autores

Los diagnósticos asociados que fueron reportados, luego de ser agrupados de acuerdo con el tipo de órgano comprometido, evidencian que cerca de la tercera parte corresponde a cáncer de colon y recto (28%), seguido por cáncer abdomino-pélvico (4%) y el 13% a otros tumores no malignos abdominopélvico. De otra parte, cerca de la cuarta parte de los reportes (27%) corresponde a colostomía sin diagnóstico específico, y los diagnósticos inespecíficos representaron el 29%.

Edad

Medidas estadísticas	Contributivo	Subsidiado
Promedio	57,46	53,18
Desviación estándar	21	21

Tabla 40. Kit de Ostomía. Edad

Fuente: construcción propia de los autores

Precio

Al revisar la información reportada referente a los precios del dispositivo se aprecia una variabilidad significativa entre las EPS reportantes, los precios oscilan entre 1 y 45.000.000 lo que demuestra errores en el reporte. Adicionalmente, algunas de las EPS no reportaron el valor del kit sino alguno de sus componentes, se espera que esta situación se mejore para los futuros reportes.



Libertad y Orden

CONCLUSIÓN



Se hace evidente en este informe la gran diferencia de reporte de información por parte de las aseguradoras de ambos regímenes de atención, el total de registros reportados corresponde a 4793, lo cual permite identificar que el Kit de ostomía fue entregado a un total de 1077 pacientes, correspondientes a 8 de 21 EPS del régimen Contributivo y 4 de 46 EPS del Régimen Subsidiado.

La edad promedio en la cual se utiliza con mayor frecuencia el dispositivo es de 57.46 para el régimen contributivo y 53.18 para el régimen subsidiado, con una desviación estándar de 21 años para ambos regímenes.

Los diagnósticos de Cáncer de colon y recto representaron el 28% de los diagnósticos reportados, el 72% restante corresponde a otros diagnósticos lo que evidencia otros usos y abre las puertas a que su indicación sea revisada en futuras actualizaciones del POS.



ANEXOS



Anexo tabla No 1. GEMCITABINA

Principio Activo	Código CUM Reportado	Nombre Comercial	Laboratorio Farmacéutico
GEMCITABINA X 1000 mg	215183-1	Gemzar	Eli Lilly
	19974132-1	Gemcitabina	Sandoz
	19955836-1	Oncotobin	Biotoscana
	19978376-1	Gemcitabina	Sandoz
	19997220-1	Gemtaz	Sun Pharmaceutical
	20011001-1	Gemcitabina	Health Net
	20013834-1	Pamigen	Farmaceutica Paraguaya
Gemcitabina x 200 mg	19974130	Gemcitabina	Sandoz
	20010932-1	Gentabin	Procaps
	19970173 -1	Gemcitabina	Laboratorio Richmond
	19997219-1	Gemtaz	Sun Pharmaceutical
	20011002-1	Gemcitabina	Health Net
	20013832	Pamigen	Farmaceutica Paraguaya

Anexo Tabla No 2. IMATINIB

Principio de Activo	Código CUM Reportado	Nombre Comercial	Laboratorio Farmaceutico
IMATINIB X 100 mg	19939440-1	Glivec	Novartis
	19939440-3	Glivec	Novartis
	19939440-4	Glivec	Novartis
	19939440-8	Glivec	Novartis
	19954216-1	Biotinib	Biotoscana
	19962720-3	Imatinib	Okasa
	20007820	Leutinib	Vitalchem
IMATINIB X 400 mg			
	19939438-1	Glivec	Novartis
	19939438-2	Glivec	Novartis
	20008046-1	Leutinib	Vitalchem



Nota de los autores: Este documento, presenta la información que fue enviada al Observatorio de Tecnologías en Salud de la CRESES por las aseguradoras del país y pretende generar información de utilidad para todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para una adecuada toma de decisiones, la información resulta esencial. En este sentido, la aplicación de las herramientas tecnológicas ajustadas, así como los esfuerzos de todos por disminuir el subregistro y por mejorar la consistencia y la oportunidad en el envío de los datos son elementos de la mayor importancia. Los autores agradecen y estarán atentos a las sugerencias frente a la presentación de los resultados consignados en este documento.



BIBLIOGRAFÍA

1. República de Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 029 de 2011. (28 de Diciembre de 2011). Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
2. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Protocolos de manejo del paciente con cáncer. Bogotá, Noviembre de 2010
3. Organización Mundial de Salud. Global status report on noncommunicable diseases 2010.
4. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control Disponible en línea: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html> Consultado el 1 de diciembre de 2012.
5. República de Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020. Bogotá, Marzo de 2012.
6. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Pruebas de ADN – VPH para la tamización de cáncer de cuello uterino. Bogotá, Octubre de 2011.
7. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Informe No. 20 Informe de evaluación de tecnología en salud – ETES. Técnica de inspección visual con ácido acético y lugol. Bogotá, Noviembre de 2011.
8. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Reporte de evaluación de posible inclusión al POS de la prueba HER2 en la selección de pacientes con cáncer de seno candidatas al tratamiento con trastuzumab. Bogotá, Noviembre de 2011.
9. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Informe No. 10 Informe de evaluación de tecnología en salud – ETES. Radiomarcación de ganglio centinela. Bogotá, D.C., Octubre de 2011
10. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Ooforopexia unilateral por laparoscopia - Ooforopexia bilateral por laparoscopia. Bogotá, Noviembre de 2011.
11. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. INFORME No. 21 informe de evaluación de tecnología en salud – ETES. Traquelectomía radical. Bogotá, Octubre de 2011.
12. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Aplicativo POS Populi disponible en : <http://www.cres.gov.co/pospopuli/Inicio20.aspx>
13. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Informe Técnico 19. Efectividad, seguridad, y análisis económico de la citogenética en médula ósea en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. Bogotá, D.C., Noviembre de 2011
14. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Metodología para la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia. Agosto 2011.
15. Unidad Administrativa Especial. Comisión de Regulación en Salud UAE – CRES. Informe del Kit de ostomía análisis de impacto financiero sobre la UPC para los Regímenes Subsidiado y Contributivo. Bogotá D.C., Noviembre de 2011.
16. República de Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Resolución 112 de 2012. Por la cual se establece el Observatorio de Tecnologías en Salud y se define el método y la forma de reportar la información por parte de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.