

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA**

**COMPORTAMIENTO DEL EVENTO 115 CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS
AÑO EPIDEMIOLÓGICO 2025**

SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

**AUTORA:
ADRIANA PAOLA ULLOA VIRGÜEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SUBSISTEMA NO TRANSMISIBLES**

**BOGOTÁ D.C.
Abril de 2026**

CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS, BOGOTÁ D.C., 2025

INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad progresiva y no transmisible caracterizada por la proliferación anormal y descontrolada de un grupo de células como consecuencia de cambios en los genes que regulan la reproducción, crecimiento y tiempo de vida celular, facilitando que pueda desarrollarse en cualquier tejido u órgano del cuerpo (1). Se ha demostrado que estas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos y agentes carcinogénicos, que aumentan el riesgo con la edad (2).

El término “cáncer infantil” es utilizado para referirnos a las numerosas y diferentes neoplasias malignas que se presentan en la primera infancia, infancia y adolescencia; para el caso de Colombia, corresponde a los tumores que debutan en menores de 18 años (3) y a nivel internacional, a aquellos que se presentan entre los 0 y 19 años. Aunque es una enfermedad con baja prevalencia, constituye una de las principales causas de muerte en menores en todo el mundo y dependiendo del tipo de cáncer y la etapa del diagnóstico puede llegar a ser altamente discapacitante (4).

En pediatría, se describen dos categorías principales, los cánceres hemato-linfoides caracterizados por originarse en el tejido hematopoyético como las leucemias, linfomas y mielomas múltiples y, los tumores sólidos caracterizados por la formación anormal de masas en tejidos, que reciben sus nombres según el tipo de célula que los forman (5). Para la mayoría de estos cánceres no se conocen las causas y no es posible su prevención, muy pocos se pueden explicar por exposición a factores ambientales o relacionados con estilos de vida (6), sin embargo, pueden ser curables. La sospecha temprana, el diagnóstico correcto, el tratamiento adecuado y oportuno mejoran las posibilidades de sobrevivencia.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC por sus siglas en inglés), estima que, en el mundo, durante el 2022 se diagnosticaron alrededor de 275.000 casos (0 a 19 años) ocurridos en más de 5.340 millones de personas/año y más de 105.000 niños fallecieron a causa de esta enfermedad.

A nivel mundial, los cánceres infantiles y adolescentes (de 0 a 19 años) representan menos del 2% del total de cánceres, con un estimado de 215.000 casos nuevos por año en el grupo de edad de 0 a 14 años y 85.000 casos nuevos por año en el grupo de edad de 15 a 19 años. Estos cánceres son predominantemente neoplasias malignas específicas de la infancia, en su mayoría tumores embrionarios (6).

La Organización Mundial de la Salud – OMS, estimó que 400.000 niños y adolescentes de 0 a 19 años desarrollan cáncer. Los tipos de cáncer más comunes que afectan a los niños incluyen las leucemias, los tumores cerebrales y los tumores sólidos como el neuroblastoma y el tumor de Wilms; los linfomas, el cáncer de hueso y el cáncer de tiroides son más comunes durante la adolescencia (7).

En América Latina y el Caribe, se estima que alrededor de 30.000 niñas, niños y adolescentes menores de 19 años resultarán afectados por el cáncer cada año. De ellos, casi 10.000 fallecerán a causa de esta enfermedad (8).

Un nuevo estudio en América Latina y el Caribe en niños menores de 15 años, revela que los tipos de cáncer más frecuentes fueron la leucemia (49 casos nuevos por millón de niños

al año), las neoplasias del sistema nervioso central (23 por millón) y el linfoma (17 por millón). *La leucemia es el tipo de cáncer más frecuente en la mayoría de las poblaciones (el promedio mundial es de 46 por millón). Las neoplasias del sistema nervioso central suelen ser el segundo tipo más frecuente en los países de altos ingresos (el promedio mundial es de 30 por millón), (la incidencia real de neoplasias del sistema nervioso central en esta región puede que sea mayor que la observada en este estudio si algunos casos no se diagnostican).*

En niños de 15 a 19 años, la incidencia general de cáncer en América Latina y el Caribe (152 por millón) fue menor que el promedio mundial (191 por millón). La incidencia también fue menor para varios grupos de cáncer, incluyendo el linfoma (30 frente a 41 por millón) y las neoplasias del sistema nervioso central (14 frente a 26 por millón), mientras que la incidencia de leucemia y otros grupos de cáncer fue similar a los datos mundiales. La frecuencia relativamente alta de leucemia en las poblaciones hispanas se ha relacionado con la ascendencia amerindia, y la tasa de incidencia más alta de leucemia se registró en la población hispana de Estados Unidos.

El único grupo de cáncer cuya incidencia fue mayor en América Latina y el Caribe que el promedio mundial fue el de otros tumores no especificados. Este grupo incluye tumores como el carcinofibroma, el mesotelioma y el tumor neuroectodérmico melanótico. Estos son tipos muy raros, pero la mayoría de los cánceres de este grupo están mal definidos debido a métodos de diagnóstico inadecuados o a la falta de acceso de los registros de cáncer a los expedientes médicos.

Un nuevo estudio revela una alta incidencia de linfoma en América Latina y el Caribe entre niños menores de 15 años (9).

De acuerdo con datos reportados por la IARC en 2022 Colombia ocupó el onceavo lugar en América Latina y el Caribe en incidencia de cáncer en población de 0 a 19 años con una TIE de 14, 1 casos nuevos por 100.000 y el sexto lugar en mortalidades con una TME de 5,1 defunciones por 100.000 después de países como Honduras, Perú, Ecuador, Nicaragua y Haití (10). Se estima que a 2045 la incidencia y mortalidad tendrá una reducción aproximadamente de 18% (11), posiblemente relacionado con los cambios demográficos con tendencia a la disminución de esta población y avances en tecnologías en salud, así como su disponibilidad en el mundo.

De acuerdo con los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud (INS), durante el 2025 con corte al periodo epidemiológico XII (datos preliminares), se notificaron 1.748 casos en Colombia, que representaron una tasa estimada de notificación de 12,2 casos por cada 100.000 menores de 18 años. Las leucemias, los tumores de sistema nervioso central y los linfomas fueron los tipos de cáncer más frecuentemente notificados con tasas estimadas de 4,7, 1,6 y 1,1 por 100.000 menores de 18 años respectivamente. Bogotá aporta la mayor proporción de los casos notificados (12).

En Colombia, la vigilancia en salud pública del evento se ha venido fortaleciendo y ha estado acompañada de avances en la reglamentación jurídica. Desde el 2008 hasta el 2013 se realizaba vigilancia centinela sobre las leucemias en menores de 15 años, posteriormente en cumplimiento del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 (13) se amplió la vigilancia a todos los tipos de cánceres agrupados en las categorías de clasificación internacional del cáncer infantil. Leyes como La Ley 1388 del 2010, modificada

por la Ley 2026 del 2020 (conocida como Ley Jacobo) y sus decretos reglamentarios, establecieron acciones para el manejo integral de los cánceres en menores de 18 años (14,15).

Aunado a lo anterior, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031(16) posicionó en la agenda este cáncer como un problema de interés nacional y estableció la necesidad de garantizar el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento, que sumado a la implementación de la herramienta clínica para el abordaje inicial de las condiciones prevalentes en la infancia contribuyen al avance de la garantía del derecho fundamental a la salud de los menores. Estas y otras disposiciones se articulan a la iniciativa mundial lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018 con el objetivo de disminuir las brechas en las tasas de supervivencia para el año 2030 buscando la sobrevivencia de al menos el 60% de los niños diagnosticados con cáncer en todo el mundo (17).

Actualmente, son objeto de la vigilancia todos los cánceres en menores de 18 años. Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) se notifican los casos probables, confirmados, recaídas y segundas neoplasias a través de Sivigila Web 4.0 o planos con la notificación rutinaria individual mediante la ficha de notificación del evento 115.

El presente informe tiene como objetivo general realizar un análisis epidemiológico de la vigilancia en salud pública del cáncer en menores de 18 años durante los años 2021 a 2025 en Bogotá D.C. A partir de este, se plantean como objetivos específicos:

- Analizar las tendencias de las tasas de notificación del nivel distrital, por localidad de residencia y variables sociodemográficas durante el 2021 a 2025.
- Describir el comportamiento de los indicadores de oportunidad para leucemias durante 2024 y 2025.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de corte transversal. La fuente de información fueron los casos notificados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de cáncer en menores de 18 años entre el 2021 y el 2025 a partir de la información captada a través de la ficha de notificación código 115 cáncer en menores de 18 años por las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) a nivel Distrital, otras Entes Territoriales y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Los casos registrados ingresaron de acuerdo con las definiciones operativas de caso establecidas en el protocolo de vigilancia de cánceres en menores de 18 años vigente (3):

- **Caso probable:** *Toda persona menor de 18 años que de acuerdo con los hallazgos de historia clínica y examen físico, así como los resultados de pruebas de laboratorio (hemograma, frotis de sangre periférica o marcadores tumorales en sangre) e imágenes diagnósticas, (RX, TAC, RMN, Gammagrafía ósea), sugieren al médico tratante la probabilidad de estar ante un cáncer.*
- **Caso confirmado:** *Toda persona menor de 18 años, con diagnóstico confirmado de neoplasia maligna o cualquier tumor del sistema nervioso central o intraespinales (maligno)...*

- **Recaída:** Se define como el retorno de la enfermedad en una persona que había estado previamente en remisión completa. Se realizará notificación únicamente de las recaídas diagnosticadas por el grupo médico especializado de hematología/oncología pediátrica tratante.
- **Segunda Neoplasia:** Se considera segunda neoplasia, aquella que aparezca en personas que han sido tratadas previamente por un tumor primario diferente al actual, teniendo en cuenta que el segundo tumor debe ser asincrónico. (No hacen parte de este grupo metástasis del tumor primario). Se realizará notificación únicamente de las segundas neoplasias diagnosticadas por el grupo médico especializado de hematología/oncología pediátrica tratante.

Posterior a la consolidación de los casos notificados, las bases de datos se sometieron a procesos de depuración para garantizar la consistencia y completitud de los datos. Se consideraron casos notificados aquellos que tuvieron fecha de consulta en el año en curso y registraran residencia Bogotá. Se excluyeron los reportes con ajuste D (error de digitación), ajuste 6 (descartados) y residencia de otras entidades territoriales. Así mismo, se validaron registros duplicados dando prelación a los casos confirmados sobre los probables y aquellos con información más completa.

Los casos fueron clasificados como nuevos, recaídas o segundas neoplasias, estas últimas confirmadas con revisión de historias clínicas. Para los casos confirmados, se verificó la oportunidad de la fecha de inicio de tratamiento frente a las fechas de resultado de las pruebas presuntivas y confirmatorias. Para la población menor de 18 años se tomó la fuente de información oficial suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

La base de datos final del año 2025 se sometió al proceso de depuración descrito anteriormente, encontrando 1.160 casos de cáncer en menores de 18 años. Se excluyeron seis (6) casos con fecha de consulta de años anteriores, 466 casos con ajuste 6, 29 casos con ajuste D, 313 casos con residencia fuera de Bogotá y 18 casos duplicados o repetidos, quedando para el análisis un total de 328 casos para el análisis. Las variables se analizaron en términos de tiempo, persona y lugar.

Para el análisis se consideraron todos los casos notificados probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años del año 2025. Se realizó análisis de tipo descriptivo de los casos con énfasis en las variables sociodemográficas. La tasa de notificación utilizó como denominador la proyección poblacional DANE del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 para los menores de 18 años y sus actualizaciones postcovid para el Distrito Capital.

Los datos fueron analizados haciendo uso de la estadística descriptiva y procesados en el software Microsoft Excel®, se usó tablas sencillas y combinadas para mostrar los resultados de las variables sociales, demográficas y clínicas (tipo de cáncer notificado) y gráficas combinadas para presentar la tendencia del evento.

El análisis comprende medidas de tendencia central, estimación de tasas de notificación, cálculo de proporciones y razones. Para el análisis de los indicadores definidos en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento (3) se calculó: oportunidad en la

presunción diagnóstica, oportunidad en la confirmación diagnóstica y oportunidad de inicio de tratamiento para las leucemias confirmadas:

Se caracterizó la oportunidad alta de los tres indicadores de las leucemias en una tabla semaforizando (verde: $\geq 90\%$; amarillo: >71 y $< 90\%$; rojo: $\leq 70\%$), por régimen de aseguramiento. No se excluyeron casos para la medición de ninguno de los tres indicadores.

Consideraciones éticas.

El presente análisis de evento, de acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 del 1993 se considera sin riesgo. La información para el informe de evento se obtuvo a través del Sivigila y se aseguró la confidencialidad de los datos; de igual forma, conforme a los criterios establecidos en el Artículo 6 de la misma resolución, se salvaguarda la propiedad intelectual, la veracidad de los resultados, responsabilidad pública y social evitando las faltas graves y las menos graves.

RESULTADOS

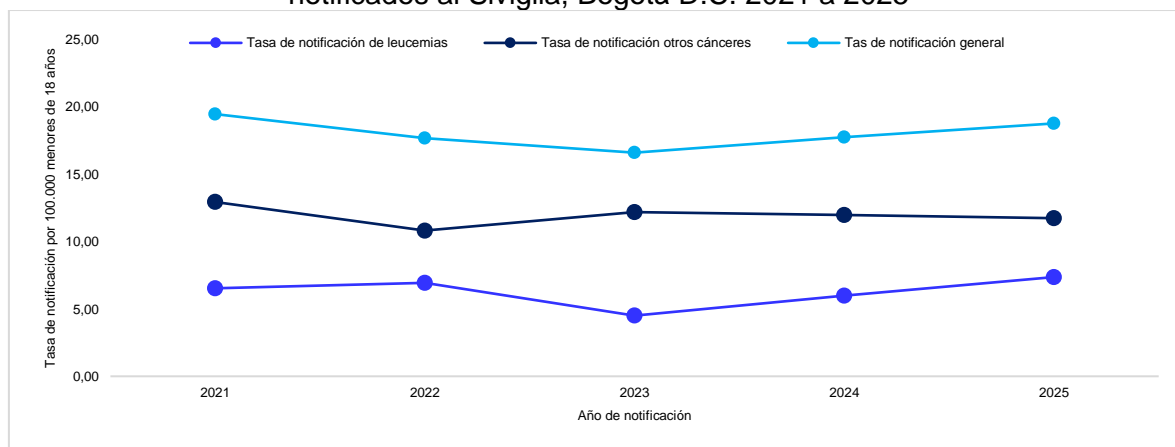
• Análisis del comportamiento de la notificación

Durante el año 2025, se notificaron al Sivigila 1.160 casos de los cuales 328 casos probables y confirmados de cáncer en menores de 18 años se utilizaron para el análisis.

Se evidencia un aumento para el año 2025 en la tasa de notificación del total de los cánceres del 1,03 en comparación con el año 2024 en relación a la tasa de notificación de las leucemias el aumento es de 1,33 pero para los otros cánceres la tasa de notificación disminuyó en 0,17.

En promedio la notificación de las leucemias en el período de 2021 – 2025 es de 106,8 casos y los años con la mayor notificación fueron 2022 (n: 120) y 2025 (n: 122); en relación con los otros tipos de cánceres el promedio de casos fue de 208,6 casos por año y la mayor notificación fue en los años 2021 (n: 226) y 2023 (n: 213).

Gráfico. Tendencia de la tasa de notificación de cáncer por 100.000 menores de 18 años notificados al Sivigila, Bogotá D.C. 2021 a 2025



Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2021-2025. Proyecciones de población a nivel departamental, período 2020 – 2050, DANE.

Para el 2024 las localidades de Los Mártires, Suba, Bosa, Barrios Unidos y Rafael Uribe Uribe presentaron tasas de notificación de cáncer en menores de 18 años por encima del percentil 75 (24,8 casos por 100.000 menores); en contraste, se observó que las localidades de Santafe, Ciudad Bolívar, Tunjuelito, La Candelaria y Sumapaz se encontraban debajo del percentil 25 (17,5), en localidad de Sumapaz no se presentaron casos durante el periodo de estudio.

Imagen. Tasa de notificación de todos los cánceres en población menor de 18 años por localidad de residencia, Bogotá D.C. 2021 a 2025

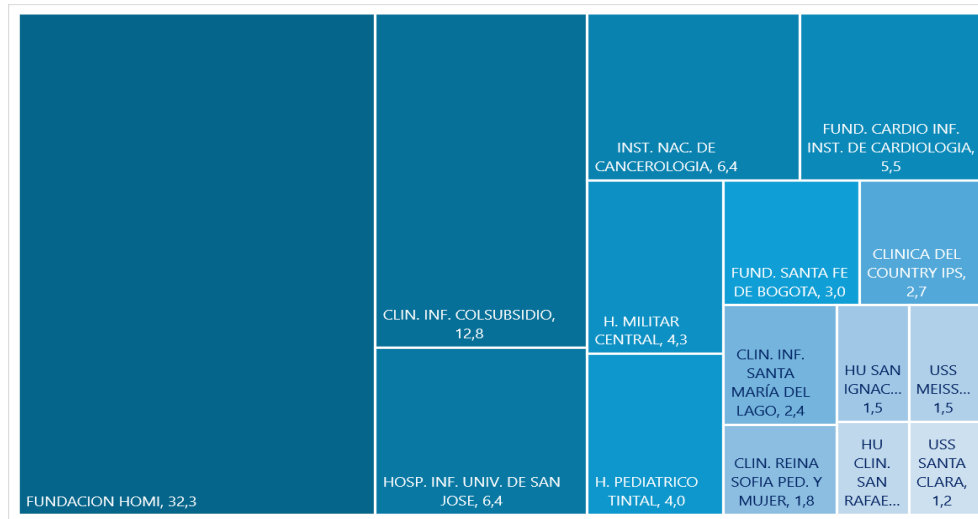
Localidad residencia	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
Bogotá	17,7	18,8	17,0	18,3	19,6	
15 - Antonio Nariño	17,1	61,1	32,0	30,5	20,1	
06 - Tunjuelito	28,1	13,9	9,1	24,6	14,9	
07 - Bosa	19,7	20,0	17,7	23,5	29,5	
03 - Santafe	12,5	49,5	8,1	23,5	17,1	
01 - Usaquén	16,9	20,5	16,7	23,1	21,9	
12 - Barrios Unidos	43,2	38,4	14,9	21,8	29,2	
10 - Engativá	14,4	18,7	22,6	21,3	17,9	
08 - Kennedy	16,9	18,0	14,5	19,3	21,9	
18 - Rafael Uribe Uribe	16,9	12,7	15,9	19,2	26,2	
19 - Ciudad Bolívar	15,0	16,1	17,8	17,3	15,6	
02 - Chapinero	14,6	17,7	17,2	16,6	18,5	
05 - Usme	10,7	11,4	17,4	15,4	17,6	
11 - Suba	12,7	13,5	13,6	15,3	31,9	
13 - Teusaquillo	26,0	34,8	17,5	13,0	24,3	
09 - Fontibón	21,3	17,7	14,0	12,9	19,4	
16 - Puente Aranda	23,0	16,8	25,4	12,8	20,4	
14 - Los Mártires	64,5	59,5	42,1	12,0	81,5	
04 - San Cristóbal	21,4	15,6	12,6	5,8	22,7	
17 - La Candelaria	0,0	148,8	37,2	0,0	14,0	
20 - Sumapaz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2021-2024. Proyecciones de población a nivel departamental, período 2020 – 2050, DANE.

La notificación de los casos se dio principalmente en UPGD de la Subred Norte (47,0%) seguido de la Subred Centro Oriente (43,9%) y en menor proporción en las Subredes Sur Occidente (6,4%) y Sur (2,7%).

El 87,2% de la notificación se concentra en las 15 UPGDs representadas en la imagen y principalmente en la Subred Norte (40,5%) en donde la Clínica Infantil Colsubsidio reportó el 12,8% de los casos seguido de la Subred Centro Oriente (41,2%) y de esta la Fundación Hospital de la Misericordia aportó el 23,3%, el Hospital Pediátrico Tintal notificó el 4,0% y la Unidad de Servicios de Salud Meissen el 1,5%.

Imagen. Principales UPGDs notificadoras de cánceres en menor de 18 años, Bogotá D.C., 2025

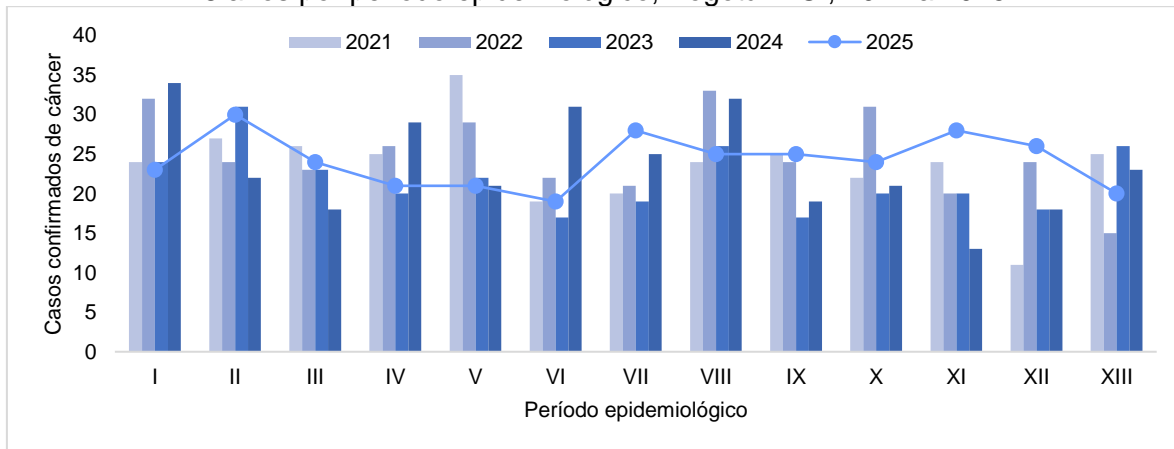


Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2025

• Análisis del comportamiento de los casos confirmados

Del total de casos notificados al Sivigila de cáncer en menores de 18 años en el período de 2021 a 2025, 1.534 fueron confirmados. De estos, el 91,4% (1.402 casos) fueron nuevos, el 9,1% (139 casos) recaídas y 0,7% (10 casos) segundas neoplasias. Durante el 2025 se notificaron en promedio 24,2 casos confirmados por periodo epidemiológico, con un mínimo de 19 casos en el periodo epidemiológico VI y un máximo de 30 casos en el periodo epidemiológico II.

Gráfico. Distribución de la notificación de casos confirmados de cánceres en menores de 18 años por periodo epidemiológico, Bogotá D.C., 2021 a 2025



Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2021 a 2025

En el 2025 el 38,5% de los casos correspondieron a leucemia siendo la leucemia linfocítica aguda la más frecuente con una tasa estimada de 5,7 casos confirmados por 100.000 menores de 18 años seguida de los tumores malignos óseos (3,3), tumores del sistema nervioso central (11,1) y tumores hepáticos (10,8), en menor proporción de notificación se

registran los tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales y otras neoplasias malignas no especificadas (1,9 cada uno) y sarcomas de tejidos blandos y extra óseos (0,6).

Imagen. Tasa de notificación de casos confirmados por tipo de cáncer en población menor de 18 años, Bogotá D.C., 2021 a 2025

Tipo de cáncer	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia 2021 - 2025
1. Leucemia linfóide aguda	5,3	5,3	3,8	4,6	5,7	
2. Leucemia mieloide aguda	0,6	0,9	0,3	1,4	0,7	
3. Otras leucemias	0,9	0,6	0,4	0,1	0,8	
4. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	1,5	2,1	1,8	2,3	1,1	
5. Tumores del sistema nervioso central	3,7	3,2	3,4	2,8	2,1	
6. Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	
7. Retinoblastoma	0,3	0,2	0,4	0,4	1,1	
8. Tumores renales	0,7	0,5	0,5	0,6	0,1	
9. Tumores hepáticos	0,1	0,3	0,4	0,4	2,0	
10. Tumores óseos malignos	0,9	0,6	0,8	1,6	3,3	
11. Sarcomas de tejidos blandos y extra óseos	0,4	1,1	1,5	0,7	0,1	
12. Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales	1,1	1,0	0,9	1,1	0,4	
13. Tumores epiteliales malignos y melanoma	0,2	0,4	0,4	1,7	0,7	
14. Otras neoplasias malignas no especificadas	1,5	1,8	1,8	0,3	0,4	
Total	17,6	18,7	16,5	18,1	18,8	

Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2021 a 2025. Proyecciones de población a nivel departamental, período 2020 – 2050, DANE.

Con relación a las características sociodemográfica, históricamente no se han presentado diferencias entre las tasas por sexo. Para el año 2025 la razón de tasas hombre / mujer fue de 1,11 sin diferencias estadísticas significativas ($p=0,3$, IC 95 %).

Por momento vital, se identificó que anualmente la mayor tasa de notificación se presentó en la adolescencia comparado con la primera infancia e infancia. Al aplicar una prueba de análisis de varianza, se evidencia que para el 2025, la variación entre grupos es estadísticamente significativa ($p=3.56819 \times 10^{-8}$, IC 95 %).

Imagen. Tasa de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años según sexo y momento vital, Bogotá D.C. 2021 a 2025

Cánceres en menores de 18 años		Tasa					Tendencia	Tasa 2025		Razón de tasas Hombre - Mujer	Valor P
		2021	2022	2023	2024	2025	2021 - 2025	Hombre	Mujer		
Sexo	Hombre	17,4	19,1	16,8	19,4	19,7		19,7	17,8	1,11	0,30
	Mujer	17,7	18,4	16,3	16,8	17,8					
Cánceres en menores de 18 años		Tasa					Tendencia	Tasa 2025			Variación entre grupos - Valor
		2021	2022	2023	2024	2025	2021 - 2025	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	
Momento vital	Primera Infancia	18,0	13,9	12,8	14,3	14,4		14,4 (n=79)	16,1 (n=92)	25,9 (n=143)	3.56819 x 10 ⁻⁸
	Infancia	15,5	17,2	15,0	13,1	16,1		Media: 6,6	Media: 7,7	Media: 11,0	
	Adolescencia	19,2	25,1	21,8	27,0	25,9		Desviación estándar: 9,3	Desviación estándar: 9,9	Desviación estándar: 9,9	

Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2021 a 2025. Proyecciones de población a nivel departamental, período 2020 – 2050, DANE.

De acuerdo con la pertenencia étnica, la mayor proporción de casos notificados históricamente se encuentra en la categoría "Otro" con el 99,6% de los casos cada año. En menor proporción, se encuentran la población indígena, rom gitano y raizal para cada año con excepción del 2021 donde no se notificaron casos que se identificaran con alguna pertenencia étnica.

Por régimen de afiliación del SGSSS, la mayoría de los casos se encuentran afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y en menor proporción a los regímenes de excepción o especial. Al comparar el 2025 con 2024, el número de menores con régimen de afiliación subsidiado y no asegurados tuvo un aumento estadísticamente significativo, en contraste, hubo disminución en el número de menores con afiliación al régimen contributivo.

Imagen. Distribución y proporción de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años según características sociodemográficas, Bogotá D.C., 2021 a 2025

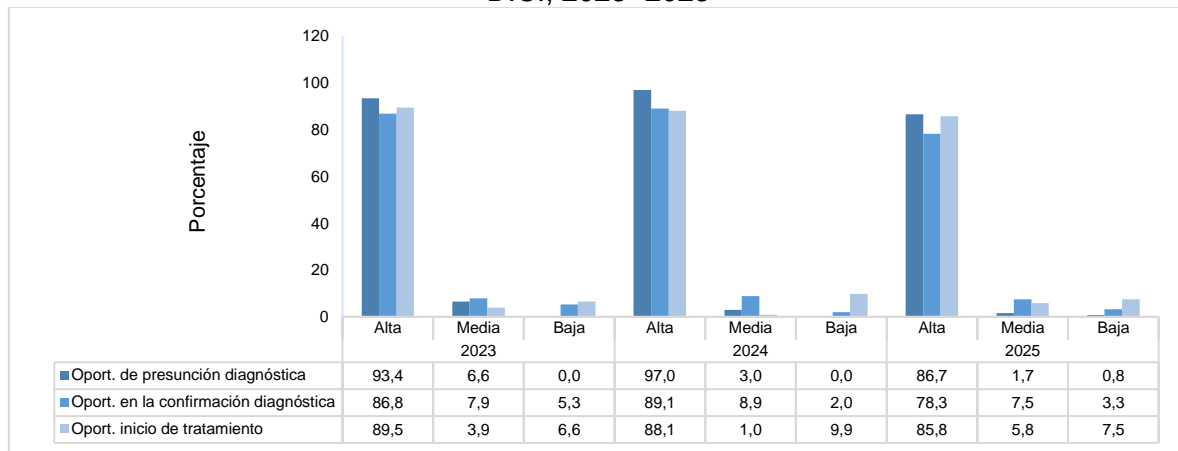
Cánceres en menores de 18 años		Número de casos y proporción										Diferencia de % de casos 2025 - 2024	Poisson
		2021		2022		2023		2024		2025			
		n: 307	%	n: 324	%	n: 283	%	n: 306	%	n: 314	%		
Pertenencia étnica	1. Indígena	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,3	-100%	0,37
	2. Rom, Gitano	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,9	0	0,0		0,00
	3. Raizal	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3		1,00
	4. Palenquero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		1,00
	5. Negro, Mulato afro colombiano	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		1,00
	6. Otro	307	100,0	323	99,7	282	99,7	304	99,3	312	99,4	3%	0,01
Régimen de aseguramiento	1. Excepción	16	5,2	22	6,8	7	2,5	12	3,9	17	5,4	41,7%	0,03
	2. Contributivo	206	67,1	217	67,0	212	74,9	209	68,3	205	65,3	-1,9%	0,03
	3. No asegurado	21	6,8	15	4,6	5	1,8	1	0,3	5	1,6	400,0%	0,03
	4. Indeterminado	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		1,00
	5. Subsidiado	62	20,2	70	21,6	59	20,9	84	27,5	87	27,7	3,6%	0,00
	6. Especial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		1,00

Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2021 a 2025.

• Indicadores de oportunidad en leucemias

Al calcular los indicadores de oportunidad para los casos confirmados con leucemias, se evidencia que los tres indicadores tienen en promedio el 83,6% de casos con oportunidad alta para 2025, sin embargo, para el inicio de tratamiento 7,5% de los casos notificados tuvieron oportunidad baja, con tiempos iguales o superior a 5 días; al compararla con el año 2024, se evidencia una disminución del 2,6%.

Gráfico. Indicadores de oportunidad de las leucemias en menores de 18 años, Bogotá D.C., 2023 -2025



Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2023 a 2025

A continuación, se presentan los tres indicadores para leucemia descritos en el protocolo de vigilancia en salud pública de cáncer infantil por tipo de régimen de afiliación de los años 2023 a 2025; para el régimen especial y en indeterminado en este período de tiempo no se notificaron casos, por lo cual no se muestran.

Indicador de oportunidad en la presunción diagnóstica: la mayor proporción de casos afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción presentaron oportunidad alta por encima del 85% (menor o igual a 2 días), sin embargo, para los 2023 y 2025 solo el 50% de los casos no asegurados tuvieron oportunidad alta, el 50% restante tuvo oportunidad media (3 a 10 días).

Para el año 2025 no se reportaron casos con oportunidad media (3 a 10 días) en los regímenes contributivo y subsidiado.

Imagen. Proporción del indicador de oportunidad en la presunción diagnóstica de leucemias en menores de 18 años por régimen de aseguramiento, Bogotá D.C., 2023 a 2025

Oportunidad en la presunción diagnóstica	Régimen de afiliación	Oportunidad alta ≤ a 2 días			Oportunidad media 3 a 10 días			Oportunidad baja ≥ a 11 días		
		2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
	Contributivo	96,6	97,0	100,0	3,4	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Subsidiado	85,7	100,0	100,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Excepción	100,0	75,0	66,7	0,0	25,0	33,3	0,0	0,0	0,0
	No asegurado	50,0		50,0	50,0		50,0	0,0		0,0

Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2023 a 2025
Semaforización (verde: ≥ 90 %; amarillo: >70 al <90 %; rojo: ≤ 70 %)

Para el año 2025, 13 casos confirmados de leucemia en los cuales no se registraron fecha de presunción diagnóstica, los cuales no se tuvieron en cuenta para la medición del actual indicador y de confirmación diagnóstica, ya que estos ingresaron como casos confirmados al Sivigila.

Indicador de oportunidad de confirmación diagnóstica: la oportunidad alta (menor o igual a 8 días) presentó aumento para el régimen subsidiado en 2024 pasando del 90,3% al 94,6% en el 2025, en comparación con el régimen contributivo que disminuyó en un 4,6% quedando por debajo 90%.

Para el año 2025 se reportaron casos con oportunidad media (9 a 15 días) en los regímenes contributivo, subsidiado y excepción, en donde este último régimen presento el mayor porcentaje (16,7%) de casos con una oportunidad en la confirmación de leucemias.

Tabla. Proporción del indicador de oportunidad de confirmación diagnóstica de leucemias en menores de 18 años por régimen de aseguramiento, Bogotá D.C., 2023 a 2025

Oportunidad en la confirmación diagnóstica	Régimen de afiliación	Casos con oportunidad alta ≤ a 8 días			Casos con oportunidad media 9 a 15 días			Casos con oportunidad baja ≥ a 16 días		
		2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
	Contributivo	91,5	87,9	83,9	6,8	9,1	9,7	1,7	3,0	6,5
	Subsidiado	71,4	90,3	94,6	14,3	9,7	5,4	14,3	0,0	0,0
	Excepción	0,0	100,0	83,3	0,0	0,0	16,7	100,0	0,0	0,0
	No asegurado	100,0		100,0	0,0		0,0	0,0		0,0

Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2023 a 2025
Semaforización (verde: ≥ 90 %; amarillo: >70 al <90 %; rojo: ≤ 70 %)

Indicador de oportunidad de inicio de tratamiento: se observa una disminución del 1,0% en la oportunidad alta para el régimen contributivo en 2025 comparado con el 2024, para los casos afiliados al régimen de excepción la oportunidad alta paso del 50% en 2024 al 100% en 2025.

Se observan proporciones de 5,8% y 7,5% para los regímenes contributivo y subsidiado respectivamente en la oportunidad media (3 a 4) de inicio de tratamiento al igual que en la oportunidad baja para estos dos regímenes.

Un caso quedo sin fecha de inicio de tratamiento, ya que este se registró condición final muerto.

Tabla. Proporción del indicador de oportunidad de inicio de tratamiento de leucemias en menores de 18 años por régimen de aseguramiento, Bogotá D.C., 2023 a 2025

Oportunidad en el inicio de tratamiento	Régimen de afiliación	Casos con oportunidad alta \leq a 2 días			Casos con oportunidad media 3 a 4 días			Casos con oportunidad baja \geq a 5 días		
		2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
		91,5	87,9	87,0	3,4	1,5	5,8	5,1	9,1	7,2
	Contributivo	91,5	87,9	87,0	3,4	1,5	5,8	5,1	9,1	7,2
	Subsidiado	92,9	93,5	82,5	7,1	0,0	7,5	0,0	6,5	10,0
	Excepción	0,0	50,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	50,0	0,0
	No asegurado	50,0		100,0	0,0		0,0	50,0		0,0

Fuente: Sivigila, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2023 a 2025
Semaforización (verde: \geq 90 %; amarillo: >70 al <90 %; rojo: \leq 70 %)

DISCUSIÓN

Para el año 2025 a período epidemiológico XII el Instituto Nacional de Salud estimó una tasa de notificación nacional preliminar de 12,2 casos por cada 100.000 menores de 18 años con tendencia a la recuperación comparado con el año 2023 (18), esto puede estar relacionado con el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública llevadas a cabo en el Distrito Capital que se tradujeron en una tasa de notificación de 18,8 casos por 100.000 menores para el 2025.

El Distrito de Bogotá D.C., y la Fundación Hospital de la Misericordia aportan la mayor proporción de casos a nivel nacional. No obstante, se hace necesario analizar los impactos que pueden tener los cambios demográficos como la disminución del tamaño de la población expuesta menor de 18 años sobre las tasas de notificación, pues, Globocan 2022 estimó para el 2050 una disminución en la incidencia y mortalidad del evento en América Latina y el Caribe y Colombia, posiblemente relacionado con estos cambios en las pirámides poblacionales (19).

En cuanto a los tipos de cáncer que se diagnostican entre los menores de 18 años, a escala distrital como global, las leucemias, los tumores de SNC y los linfomas son los que aportan la mayor carga de morbilidad y mortalidad (20). Con respecto al comportamiento de las tasas de notificación del evento por sexo en la literatura no se describen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, sí se encuentran para los momentos vitales de primera infancia, infancia y adolescencia. En México realizaron revisión de literatura sobre epidemiología del cáncer en adolescentes, precisando que es diferente al infantil y al de los adultos aun cuando el tipo de cáncer sea el mismo y concluyen que hay una tendencia al incremento del diagnóstico de cáncer entre los adolescentes y se hace necesario mayor y mejor investigación epidemiológica descriptiva y analítica en este momento vital (21), coincidiendo con el comportamiento que tuvo el evento en el Distrito Capital.

Por otro lado, VIGICÁNCER, publicó información relacionada con la supervivencia global a 60 meses de niños y adolescentes en Colombia por pertenencia étnica evidenciando que disminuía si se identificaba como indígena o afrodescendiente comparado con aquellos se identificaron con pertenencia étnica “otros”, posiblemente relacionado con la cosmovisión y prácticas de salud alternativas propias de la cultura. Esta diferencia también se encontró entre regímenes, los menores afiliados al régimen subsidiado que vivían en cabeceras municipales o ciudad capital presentaron hasta 10% menos supervivencia que quienes se encontraban afiliados en el régimen contributivo posiblemente relacionado con barreras de tipo económicas y administrativas dadas por los acuerdos de voluntades pactados entre aseguradores y redes de prestación de servicios de salud primaria y complementaria(22).

Estudios realizados por la OMS, concluyen que en países de mediano y bajos ingresos, las defunciones evitables por cáncer infantil obedecen a falta de diagnósticos, dificultades para acceder a la atención en salud, abandono de tratamiento entre otros (23). En Colombia, el principal reto es la reducción de la mortalidad a través de un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno y correcto, así como intervención sobre determinantes de mortalidades tratables, para lo cual se hace necesaria la garantía del aseguramiento en salud entre los menores con cáncer a fin de disminuir brechas entre regímenes y quienes no se encuentran afiliados. Aunque no se describen a profundidad las inequidades en salud por tipo de aseguramiento en la población pediátrica con cáncer, en otros tipos de cánceres

en adultos, se han descrito barreras de acceso y demoras en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, más pronunciadas en la población no afiliada al SGSSS(24).

Aunque las oportunidades en presunción, diagnóstico e inicio de tratamiento de leucemias son buenas a nivel distrital, mejorarlas continuamente se puede traducir en mayor posibilidad de sobrevida de los menores con este diagnóstico (25) sobre todo de quienes presentan mayores dificultades como los que se encuentran no asegurados. A nivel distrital estos menores deben acercarse a los hospitales públicos para solicitar servicios de salud, sin embargo, estos no cuentan con servicios especializados en hemato-oncología pediátrica, por lo que pueden enfrentar mayores barreras de acceso a los servicios de salud, por lo que, en articulación con la Subdirección de Aseguramiento de la SDS, se canalizan estos menores para atención integral sin barreras con apoyo de cooperantes internacionales en caso de tratarse de migrantes irregulares.

La sobrevida de los pacientes con cáncer está directamente relacionada con la provisión de servicios de salud oportunos, completos y correctos, sin embargo, fortalecer el sistema de vigilancia de cánceres en menor de 18 años, es fundamental para el seguimiento y garantía de la atención integral. Actualmente, el protocolo de vigilancia tiene aspectos como ajustes especiales para confirmar o descartar casos, inconsistencias en la generación de alertas tempranas, puntos de corte para el seguimiento de la oportunidad de inicio de tratamiento en Leucemias no armonizadas con las establecidas por el Plan Decenal de Salud Pública y la Cuenta de alto costo e indicadores insuficientes para todos los cánceres objeto de vigilancia que de mejorarse, podrían potenciar la vigilancia en salud pública así como el seguimiento en articulación con las RIAS para población con riesgo y/o presencia de cáncer.

Limitaciones

La base de datos de cáncer en menor de 18 años permanece abierta en el sistema de información, lo que significa que las UPGD y EAPB, pueden hacer ajustes a los casos notificados en años anteriores.

Adicionalmente, se presentaron limitaciones en el análisis de indicadores de leucemias. No se excluyeron datos debido que el protocolo define la oportunidad de inicio de tratamiento como la *“diferencia en días entre la fecha de inicio de tratamiento y el resultado de pruebas confirmatorias...”* sin aclarar que el inicio de tratamiento sea posterior al diagnóstico. Al refrendar lo anterior con las historias clínicas de algunos casos que según fechas iniciaron tratamiento antes de la confirmación diagnóstica en IPS oncológicas se constató la veracidad de la información registrada en el sistema de vigilancia.

CONCLUSIONES

La variación en la tasa de notificación histórica no es estadísticamente significativa. Aunque para 2023 se puede correlacionar la disminución de la notificación con el comportamiento a nivel nacional y latinoamericano, a partir de 2024 se observa tendencia a la recuperación de notificación prepandémica. Es necesario continuar los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de la vigilancia del evento a nivel distrital en toda la red de prestación de servicios de salud.

Las principales UPGD notificadoras continúan siendo las IPS de alto nivel de complejidad que cuentan con servicios de onco-pediatría, lo que deriva en mayor proporción de ingreso de los casos desde la confirmación y no desde la probabilidad, así como mejores oportunidades en la presunción, confirmación del diagnóstico e inicio de tratamiento.

La notificación de los tipos de cáncer en menores de 18 años en Bogotá D.C., se comporta de forma similar a nivel nacional e internacional y en las variables sociodemográfica de sexo y momento vital con aumento la adolescencia.

Aunque los indicadores de oportunidad del Distrito Capital se encuentran con oportunidad alta, son susceptibles de mejora teniendo en cuenta la disminución del número de menores sin afiliación al SGSSS, para continuar superando la meta establecida por la OPS 2030 de tener sobrevida del 60% entre los menores.

RECOMENDACIONES

Para las UPGD: fortalecimiento de las capacidades para la vigilancia, capacitación continua en la herramienta clínica para la detección temprana de los cánceres en menores de 18 años y BAI a través del SIANIEPS.

Para la Secretaría Distrital de Salud con las Subredes Integradas de Servicios de Salud: fortalecimiento de mesas técnicas con EAPB e IEC para potenciar la notificación y ajustes oportunos del evento, así como las asistencias técnicas a la red de UPGD públicas y privadas.

Para la Secretaría Distrital de Salud: fortalecer el Consejo Distrital Asesor de Cáncer Infantil para avanzar en el análisis de los indicadores, la divulgación de los resultados de la vigilancia, mejorar los procesos para la notificación oportuna y la atención integral sin barreras.

Para el Instituto Nacional de Salud: revisar la estandarización de los puntos de corte de oportunidades de leucemias de tal forma que pueda unificarse con lo establecido por la Cuenta de Alto Costo y el Plan Decenal de Salud Pública vigente y definir un estándar de oportunidad para los demás tumores que permitan el fortalecimiento de la vigilancia de estos.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Cáncer. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Instituto Nacional de Salud. Versión 04. 2024 [cited 2024 Oct 1]. Protocolo de vigilancia en salud pública - cáncer en menores de 18 años. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_C%C3%A1ncer%20en%20menores%20de%2018%20a%C3%B1os%2024.pdf
4. Rivera AH, Moreno MM, Moya AS. Perfil de función y discapacidad en pacientes pediátricos ambulatorios con cáncer. Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2022 Jun 29 [cited 2024 Nov 14];32(1):68–89. Available from: <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/328>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Cáncer infantil – Herramienta Clínica Primera Infancia [Internet]. [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/informacion-en-salud-para-padres/cancer-infantil/>
6. Internacional Agency for Research on Cancer. IARC publishes International Incidence of Childhood Cancer, Volume III. [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 13]. Available from: <https://www.iarc.who.int/news-events/iarc-publishes-international-incidence-of-childhood-cancer-volume-iii/>
7. World Health Organization. Childhood cancer. [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
8. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Cáncer en la niñez y la adolescencia [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 13]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>
9. International Agency for Research on Cancer. IARC publishes International Incidence of Childhood Cancer, Volume III [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 13]. Available from: <https://www.iarc.who.int/cancer-type/childhood-cancer/>
10. International Agency for Research on Cancer (IARC). Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence and Mortality, Both sexes, age [0-19], in 2022 All cancers Latin America and the Caribbean (Top 15) [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 16]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0_1&mode=population&age_end=3&sort_by=value1&group_populations=0&populations=152_170_188_192_214_218_222_254_312_32_320_328

_332_340_388_44_474_484_52_558_591_600_604_630_662_68_740_76_780_84_858_862&populations_h=&cancers_h=40&key=asr&sexes=0&multiple_populations=1

11. International Agency for Research on Cancer (IARC). Estimated number of new cases / deaths from 2022 to 2045, Both sexes, age [0-19] All cancers Colombia [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 16]. Available from: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?age_end=3&single_unit=50&populations=170&types=0
12. Infografía de evento. Cáncer en menores de 18 años a periodo epidemiológico XII 2025. [Internet]. Bogotá D.C.; 2025 [cited 2026 Abril 13]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1383 de 2013. 2013 May.
14. Ley 2026 de 2020 Congreso de la República de Colombia [Internet]. [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=94904&dt=S>
15. Ley 1388 de 2010 Congreso de la República de Colombia [Internet]. [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39669>
16. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031.
17. Salud OP de la. Implementación de la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil en América Latina y el Caribe. 2021 [cited 2024 Nov 15]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53921>
18. Directrices actualizadas para la evaluación de los sistemas de vigilancia de la salud pública [Internet]. [cited 2024 Nov 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
19. International Agency for Research on Cancer (IARC). Estimated numbers from 2022 to 2050, Males and Females, age [0-19] All cancers [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 23]. Available from: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?multiple_populations=1&age_end=3&types=0_1&populations=904_170
20. International Agency for Research on Cancer (IARC). Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence and Mortality, Both sexes, age [0-19], in 2022. Continents [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0_1&mode=cancer&age_end=3&sort_by=value1&group_populations=1&populations=903_904_905_908_909_935&populations_h=&cancers_h=40&key=asr&sexes=0&multiple_populations=1
21. Cuevas-Urióstegui ML, Villasís-Keever MA, Fajardo-Gutiérrez A. Epidemiología del cáncer en adolescentes. Salud Publica Mex [Internet]. 2003 [cited 2024 Nov 23];45:s115–23. Available from:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

22. Oscar Ramírez W. Resultados de Cáncer Infantil en Colombia. Perspectiva desde VIGICÁNCER. Rionegro, Antioquia; 2024 Apr.
23. Cáncer en la niñez y la adolescencia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>
24. Guillermo Sánchez, Celmira Laza, Carolina Estupiñán, Laura Estupiñán. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 2]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2014000300005&script=sci_arttext
25. Ehrlich BS, McNeil MJ, Pham LTD, Chen Y, Rivera J, Acuna C, et al. Treatment-related mortality in children with cancer in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2024 Nov 15];24(9):967–77. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S1470204523003182/fulltext>