



La salud  
es de todos

Minsalud

**Análisis de impacto presupuestal de los  
procedimientos de teleterapia con acelerador lineal  
(planeación computarizada tridimensional y  
simulación virtual) técnica radioterapia guiada por  
imágenes [IGRT] y técnica radioterapia - Arcoterapia  
de Modulación Volumétrica [VMAT] para cáncer de  
próstata en Colombia.**

**Noviembre 2020**



El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores políticas públicas y prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, el Instituto Nacional de Salud - INS, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

### **Autores**

Espinosa Borda, Briyid Camila. Economista, MSc. Economía. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Cortes Muñoz, Ani Julieth. Bacterióloga, MSc. en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Díaz Corredor, Diana Milena. Bacterióloga, MSc. en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Morales, Gilberto, Ingeniero Industrial MSc Ingeniería Industrial Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Rodríguez Lozano, Jhonathan Javier. Economista. IETS. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Solano Solano, Diana Patricia. Médica Cirujano, MSc (c) en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS

Roncancio Guerrero Carlos Andrés. Tecnólogo de análisis y desarrollo de sistema de información. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Bobadilla Arévalo, Iván Andrés. Médico, especialista en Radioterapia Oncológica. Asociación Colombiana de Radiología Oncológica.

Cotes Mestre, Martha Isabel. Médica, especialista en Radioterapia Oncológica, Especialista en Bioética. Instituto Nacional de Cancerología.

Esguerra Cantillo, José. Médico, especialista en Radioterapia Oncológica. MSc en Administración en Salud. Instituto Nacional de Cancerología

Guerrero Liscano, Eduardo Antonio, Médico, especialista en Radioterapia Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología



González Motta, Alejandro. Médico especialista en Radioterapia Oncológica. Instituto Nacional de Cancerología

### **Agradecimientos**

Bernal, Sandra. Licenciada en Educación Comunitaria. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Boude Liliana. Médico, especialista en gerencia hospitalaria. Ministerio de Salud y Protección Social

Caballero, Marcela. Economista. Esp. en Finanzas, MSc. (c) en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Cafiero Sergio. Médico, especialista en Radioterapia Oncológica. Asociación Colombiana de Radiología Oncológica.

Cifuentes Javier. Médico, especialista en Radioterapia Oncológica. Asociación Colombiana de Radiología Oncológica

Gutiérrez Olinda. Médico, especialista en sistemas de garantía de calidad y auditoría en servicios de salud, especialista en economía y gestión en salud, MSc en dirección y gestión de los sistemas de la seguridad social en salud. Ministerio de Salud y Protección Social

Lara, Andrea. Politóloga especialista en Estado, Políticas Públicas y Desarrollo. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Montaño William. Médico, MSc en bioestadística, especialista en epidemiología clínica. Ministerio de Salud y Protección Social

### **Revisión por pares**

Avellaneda Lozada, Paola. Economista, Especialista en Economía y gestión en salud. IETS. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

León-Guzmán, Erika. Odontóloga. Especialista en Epidemiología. MSc en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación tecnológica en Salud IETS

### **Entidad que solicita la evaluación**

Este análisis de impacto presupuestal se realiza por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud, en el marco de la ampliación progresiva de las tecnologías en salud financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, en cumplimiento por lo ordenado en la Ley 1751 de 2015.

### **Fuentes de financiación**

Ministerio de Salud y Protección Social - Contrato 182 de 2020



### **Conflictos de interés**

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este análisis de impacto presupuestal.

### **Declaración de independencia editorial**

El desarrollo de este análisis, así como sus conclusiones, se realizaron de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

### **Derechos de autor**

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido del mismo sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Citación**

Espinosa C, Cortes A, Díaz D, Morales G, Rodríguez J, Solano D, Roncancio C, Bobadilla I, Cotes M, Esguerra J, Guerrero E, González A, Díaz. Análisis de impacto presupuestal de los procedimientos de teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT] y técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT] para cáncer de próstata en Colombia. 2020.

### **Correspondencia**

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS  
Carrera 49 A # 91-91  
Bogotá, D.C., Colombia.  
[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)  
[contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)  
© Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.



## Tabla de contenido

<b>1. Introducción</b>	<b>11</b>
<b>2. Tecnologías evaluadas</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Tecnología actual: Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada [IMRT] – CUPS 922444</b>	<b>14</b>
2.1.1. Planificación del tratamiento radioterapia de intensidad modulada	15
<b>2.2. Tecnologías nuevas</b>	<b>16</b>
2.2.1. Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT] – CUPS 922445	16
2.2.2. Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT] – CUPS 922446	17
<b>2.3. Indicaciones</b>	<b>19</b>
2.3.1. Cáncer de próstata	19
<b>2.4. Procedimientos objeto del AIP</b>	<b>20</b>
<b>3. Insumos y métodos</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Perspectiva</b>	<b>21</b>
<b>3.2. Horizonte temporal</b>	<b>21</b>
<b>3.3. Población total</b>	<b>21</b>
3.3.1. Población objeto de análisis	21
3.3.2. Refinamiento de la población	25
<b>3.4. Eventos adversos</b>	<b>28</b>
<b>4. Tratamientos</b>	<b>28</b>
<b>4.1. Métodos de costeo y costos</b>	<b>28</b>
<b>4.2. Costeo procedimientos</b>	<b>29</b>
4.2.1. Consulta a Instituciones Prestadoras de Servicios	29
4.2.2. Consulta base de datos de Recobros 2011-2019 y Suficiencia 2018	30
4.2.3. Selección de costos	33
4.2.4. Costeo eventos adversos	33
<b>5. Modelo</b>	<b>33</b>
<b>5.1. Datos del modelo</b>	<b>33</b>
<b>5.2. Escenarios</b>	<b>34</b>
5.2.1. Escenario 1 a partir de registros administrativos	34
5.2.2. Escenario 2 a partir de consulta a expertos	34
<b>6. Resultados</b>	<b>35</b>
<b>7. Consideraciones especiales</b>	<b>36</b>
<b>8. Referencias bibliográficas</b>	<b>37</b>
<b>9. Anexos</b>	<b>44</b>
<b>Anexo 1. Metodología identificación de indicaciones radioterapia VMAT e IGRT</b>	<b>44</b>



<b>Anexo 2. Trazabilidad de la tecnología IGRT- CUPS 922445.....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo 3. Trazabilidad de la tecnología VMAT – CUPS 922446 .....</b>	<b>53</b>
<b>Anexo 4. Trazabilidad de la tecnología IMRT – CUPS 922444.....</b>	<b>55</b>
<b>Anexo 5. Trazabilidad de inclusión del comparador IMRT CUPS 922445 en el PBSUPC .....</b>	<b>57</b>
<b>Anexo 6. Lista de CIE-10 asociados al cáncer de próstata .....</b>	<b>57</b>
<b>Anexo 7. Metodología para estimación del factor de expansión .....</b>	<b>58</b>
<b>Anexo 8. Resultados búsqueda cáncer de próstata VMAT términos de búsqueda .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo 9. Resultados búsqueda cáncer de próstata IGRT términos de búsqueda</b>	<b>72</b>
<b>Anexo 10. Formato encuesta porcentaje de uso de las tecnologías .....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo 11. Informe de participación .....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo 12. Análisis Cuenta de Alto Costo para indicación de radioterapia.....</b>	<b>85</b>
<b>Anexo 13. Solicitud de Información a las IPS .....</b>	<b>86</b>



### Lista de abreviaturas y siglas

2D	Dos dimensiones
2DCTR	Radioterapia conformada bidimensional
3D	Tres dimensiones
3DCRT	Radioterapia conformada tridimensional
4D	Cuatro dimensiones
4DCT	Tomografía computarizada en 4 dimensiones
ADN	Ácido desoxirribonucleico
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AHS	Alberta Health Services
AJCC	American Joint Committee on Cancer
AIP	Análisis de Impacto Presupuestal
AP	Adaptación al plan
ASTRO	American Society of Radiation Oncology
BDUA	Base de datos única de afiliados
CAC	Cuenta de alto costo
CBCT	Cone Beam Computed Tomography
CENETEC	Centro Nacional de excelencia tecnológica en Salud
CI5	Serie de incidencia de cáncer de los 5 continentes
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a ed.
CT	Tomografía computarizada
CTV	Volumen diana clínico
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DANE	Departamento administrativo Nacional de estadística
DECS	Descriptores de ciencias de la salud
DMLC	Dinamic multileaf collimator
EMTREE	Terminos medicos de embase
EPP	Neumonectomía extrapleural
EPS	Entidad prestadora de salud
ESMO	Sociedad Europea de Oncología Médica
ESO	European Southern Observatory
GLOBOCAN	Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer
GPC	Guía de práctica clínica
GTV	Volumen tumoral macroscopico
Gy	Gray
IARC	Agencia Internacional para la investigación del cáncer
IDH	Índice de desarrollo humano
IAEA	Agencia Internacional de Energía Atómica
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IGRT	Técnica de radioterapia guiada por imagen



ITV	Volumen diana interno
JSCCR	Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum
Kv	Kilovoltaje
IMRT	Radioterapia de intensidad modulada
MESH	Encabezado de temas médicos
MLC	Movimiento dinámicos de colimador multicapas
MR	Resonancia magnética
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MU	Unidades monitor
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NZGG	New Zeland Guidelines Group
OAR	Órgano en riesgo
PBSUPC	Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación
PET	Tomografía por emission de positrones
PRV	Volumen previsto del órgano de riesgo
PTV	Planning target volumen
RA	RapidArc
RC-CBCT	Respiration-correlated Cone-beam CT
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RT	Radioterapia
RTC-3D	Radioterapia conformacional 3D
RM	Resonancia magnética
SBRT	Radioterapia corporal estereotáctica
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SING	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SM	Margen de ajuste
SNC	Sistema nervioso central
SRS	radiocirugía estereotáctica
TAC	Tomografía axial computarizada
TC	Tomografía computarizada
TPS	Sistema de planificación de tratamiento
TRC	Quimirradiación definitiva
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VMAT	Arcoterapia Volumétrica Modulada





## Resumen

<b>Tecnologías evaluadas</b>	<p><b>Tecnología actual</b></p> <p><b>922444</b> Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada [IMRT]</p> <p><b>Tecnología nueva</b></p> <p><b>922445</b> Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]</p> <p><b>922446</b> Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT]</p>
<b>Población</b>	Hombres con 15 años o más, con diagnóstico de cáncer de próstata de riesgo bajo, intermedio-alto o estadios clínicos (T1-T4) e indicación de radioterapia tipo IGRT o VMAT.
<b>Perspectiva</b>	Tercer pagador (Sistema General de Seguridad Social en Salud) en Colombia.
<b>Horizonte temporal</b>	El horizonte temporal de este AIP corresponde a un año. Adicionalmente se reportan las estimaciones del impacto presupuestal para los años 2 y 3, bajo el supuesto de financiación con cargo a la UPC en el año 1.
<b>Costos incluidos</b>	Costos de los procedimientos: Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada [IMRT]; Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada, Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT] y Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT]
<b>Fuente de costos</b>	Para determinar los costos de dichos procedimientos, se consultó como fuente primaria la base de datos de los Recobros (2018 – 2019) reportados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



## Escenarios

(ADRES), la base de datos de Suficiencia 2018, así como consulta a Instituciones Prestadoras en Salud (IPS)

Se calcularon los valores del escenario 1, a partir de los datos reportados en las bases de Suficiencia y Recobros 2015-2018, y para el escenario 2, se realizó una encuesta de manera anónima al grupo de expertos temáticos para cada uno de los años.

### Escenario 1

CUPS	Tecnología	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
922444	IMRT	89,6%	82,9%	68,0%
922445	IGRT	4,5%	2,8%	1,6%
922446	VMAT	5,9%	14,2%	30,4%

### Escenario 2

CUPS	Tecnología	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
922444	IMRT*	18,7%	13,7%	8,7%
922445	IGRT	45,0%	49,3%	60,7%
922446	VMAT	36,3%	37,0%	30,6%

## Resultados

El costo base del escenario actual es de \$26.345.478.000,00. Por su parte, para el escenario 1 se estimó un costo base de \$27.323.662.453,65 en el año 1, de \$29.562.669.256,45 en el año 2 y de \$32.999.350.096,10 en el año 3. En cuanto al esfuerzo presupuestal, en el año 1 se estimó un impacto base de \$978.184.453,65, en el año 2 de \$2.239.006.802,80 y en el año 3 de \$3.436.680.839,64.

En el escenario 2 el costo base para el año 1 es de \$ 32.793.101.884,28, para el año 2 de \$34.229.360.132,09 y para el año 3 de \$34.598.280.683,84. En cuanto al esfuerzo presupuestal, en el año 1 se estimó un impacto base de \$6.447.623.884,28, en el año 2 de \$1.436.258.247,81 y en el año 3 de \$368.920.551,75.



## 1. Introducción

El Análisis de Impacto Presupuestal (AIP) de los procedimientos de Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica de radioterapia guiada por imágenes [IGRT] y la Teleterapia con acelerador lineal planeación computarizada tridimensional y simulación virtual técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT] en Colombia, se desarrolló en el marco del mecanismo técnico-científico para la ampliación progresiva de las tecnologías en salud financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC y la definición de las tecnologías excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud (listado de exclusiones), establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. Estas tecnologías fueron seleccionadas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), y remitida al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) para su evaluación.

El uso de la radioterapia en la atención del paciente con cáncer se inicia en las primeras décadas del siglo pasado, y se ha utilizado con finalidades curativas o adyuvantes en unos casos y paliativas en otros (1). En la actualidad la radioterapia externa (Teleterapia) se utiliza en el tratamiento del 60% de todos los casos con enfermedad neoplásica tumoral (2).

Su uso en el tratamiento del cáncer se basa en el hecho de que las células tumorales presentan una susceptibilidad mayor a la radiación de su genoma al tener tasas de crecimiento y reproducción más altas que las tasas de células no tumorales. Debido a esto, al alterar de forma significativa su material genómico, la célula neoplásica es destruida, mientras que la célula normal, con un daño menor, es capaz de regenerarse (3). El balance entre la cantidad de células tumorales que se pueden eliminar y la cantidad de células no tumorales que pueden no afectarse, es la línea que marca el objetivo de la radioterapia actual.

En los últimos años la radioterapia se ha visto amplificada con el desarrollo tecnológico en la adquisición de la imagen y el desarrollo de la radioterapia de intensidad modulada (IMRT). La Tomografía Axial Computarizada (CT), Resonancia Magnética (RM), Tomografía de Emisión de Positrones (PET) y la digitalización de esta, recogen los avances en la tecnología de imágenes en radioterapia y permitieron el desarrollo de la radioterapia conformacional 3D (RTC-3D) (2).

En línea con esta evolución, surge la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) basada en el principio de la radioterapia conformacional. A través de la creación y uso de múltiples segmentos o movimientos dinámicos del Colimador multicapa (MLC) y la optimización del plan de computadora (planificación inversa) (2), la modulación de intensidad puede variar el haz de radiación dentro del volumen a irradiar. De esta manera es posible aumentar el depósito de dosis en el tejido tumoral mientras se disminuye la dosis en el tejido sano, generando un brusco gradiente de dosis depositada entre el tumor y el tejido sano (2).



Además, la capacidad para administrar radiación con precisión a través de la radioterapia guiada por imágenes (IGRT) ha crecido a pasos agigantados; esto permite expansiones de márgenes más pequeñas, que también limitarán la dosis al tejido normal. Por lo tanto, el uso de técnicas de radioterapia altamente conformadas ha aumentado la necesidad de una verificación basada en imágenes de la administración del tratamiento con más frecuencia que solo las imágenes de portal semanales. Esta necesidad ha llevado a la IGRT, en la que se realizan imágenes diarias en la habitación inmediatamente antes de cada fracción de tratamiento de radiación.

La IGRT y VMAT son técnicas de radioterapia modulada que proporcionan un control incomparable de la dosis en un espacio tridimensional; sin embargo, esta capacidad tiene un costo. Operativamente, estas técnicas son más complejas que los planes convencionales, pues requieren atención especial en la prescripción y notificación de dosis, al funcionar con planes más heterogéneos. Además, la IGRT y VMAT son más sensibles a los errores e incertidumbres en el hardware de aplicación del tratamiento y, por lo tanto, se requiere un control de calidad regular más riguroso del equipo (2).

Este documento describe la metodología desarrollada para realizar el análisis de impacto presupuestal de la inclusión de la Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica de radioterapia guiada por imágenes (IGRT) y la Arcoterapia de Modulación Volumétrica (VMAT por sus siglas en inglés) en el Plan de Beneficios en Salud de Colombia. Este informe, sigue los lineamientos propuestos en el Manual para la Elaboración de Análisis de Impacto Presupuestal y en Manual de Participación y Deliberación publicados por IETS (4,5). A continuación, se muestran los detalles del ejercicio poblacional, de costeo y de la modelación de escenarios.

## 2. Tecnologías evaluadas

Las tecnologías de uso clínico evaluadas en este AIP hacen parte de un grupo de procesos complejos en el que intervienen numerosos profesionales y diversas funciones interrelacionadas. El objetivo del tratamiento puede ser curativo o paliativo y se define al iniciar la intervención terapéutica.

Bajo un tratamiento curativo el paciente tiene una probabilidad de supervivencia prolongada después de la intervención adecuada. En este contexto, los oncólogos pueden estar dispuestos a arriesgarse a que aparezcan complicaciones agudas y crónicas debidas al tratamiento, en un intento por erradicar el tumor maligno(2,3,6). En contraste, una intervención paliativa implica que no hay esperanza de que el paciente sobreviva mucho tiempo y, por tanto, los síntomas que causan malestar o una situación inminente que altera el bienestar o la autosuficiencia del paciente requieren tratamiento(2,3,6).

Para definir el objetivo de la radioterapia y su prescripción se consideran los siguientes elementos generales:



- Evaluación de la extensión de un tumor (estadificación), incluyendo estudios radiológicos, con radioisótopos y otros estudios.
- Conocimiento de las características histopatológicas de la enfermedad.
- Definición del objetivo terapéutico (curación o paliación).
- Selección de modalidades terapéuticas adecuadas (radiación sola o combinada con cirugía, quimioterapia o ambas (adyuvante)).
- Determinación de la dosis óptima de radiación y del volumen que se va a tratar, según la localización anatómica, el tipo histológico, el estadio (etapa clínica), la posible afectación ganglionar regional y otras características del tumor, así como las estructuras sanas presentes en la región.
- Evaluación del estado general del paciente, evaluación periódica de la tolerancia al tratamiento, la respuesta del tumor y el estado de los tejidos sanos tratados.(2,3,6)

Una vez establecido el objetivo de la radioterapia, se determina su planificación. El propósito de la planificación terapéutica es irradiar de forma adecuada los *Planning Target Volumen* (PTV), mientras se trata de evitar los órganos de riesgo circundantes. De esta manera, se minimizan los efectos adversos inmediatos y tardíos.

En términos generales, la planificación de la radioterapia se basa en los siguientes seis aspectos. Primero, la **delimitación del tumor y los volúmenes diana** es un paso esencial en la planificación del tratamiento radioterápico. El volumen tumoral macroscópico (GTV, gross tumor volumen) se define como todo el tumor macroscópico conocido, incluyendo los ganglios linfáticos regionales afectados, y se determina mediante los hallazgos de la exploración física y con técnicas de imagen como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la tomografía por emisión de positrones (PET, positron emission tomography) (2).

Segundo, el **volumen diana clínico** (CTV, clinical target volumen) comprende el GTV más las regiones que se considera que tienen una posible afectación microscópica. El margen interno (IM) es un margen que representa variaciones de tamaño, forma y posición del CTV debido a procesos fisiológicos, como el llenado/vaciado vesical y el movimiento del tumor durante la respiración, y se añade al CTV para constituir el volumen diana interno (ITV, internal target volume) (2).

Tercero, el **margen de ajuste** (SM, setup margin) cuyo objetivo es brindar información de dudas diarias como la posición del paciente y el alineamiento de los rayos durante la planificación terapéutica en un margen.

Cuarto, el **volumen final**, es decir, el objetivo (volumen) real tratado. Se denomina volumen diana previsto o planificado (PTV, planning target volumen) y consiste en el SM añadido al ITV. En resumen,  $PTV = (CTV + IM) + SM = ITV + SM$ . Además, los órganos y las estructuras normales que rodean al PTV se definen como órganos de riesgo (OAR) y desempeñan un papel esencial en la fase de planificación y en la evaluación de un plan terapéutico.



Quinto, el **volumen previsto del órgano de riesgo** (PRV, planning at risk volumen), el cual es análogo al volumen PTV y se define como  $PRV = OAR + IM + SM$  (2).

Sexto, la **simulación** es el proceso que se usa para identificar con precisión el volumen o volúmenes del tumor y el órgano de riesgo, con el fin de determinar la configuración óptima de los puertos de haces de radiación necesarios para tratar el tumor y evitar estructuras sensibles. Los sistemas modernos de planificación de la radioterapia usan la TC para la simulación y se coloca a los pacientes en las posturas previstas para el tratamiento usando varios dispositivos de inmovilización. Se puede tomar imágenes de cortes concretos con la TC varias veces durante la simulación con la TC para capturar el movimiento del GTV y los órganos en riesgo debido al desplazamiento respiratorio y a otros procesos fisiológicos (también conocida como simulación en 4D). Se obtienen imágenes con la TC del área o áreas de interés, y se delimitan los contornos (GTV, CTV, ITV, PTV, OAR y PRV) a partir de las imágenes de la TC en un ordenador.

Para el tratamiento curativo los efectos secundarios pueden ser aceptables, pero no convenientes. En este sentido, múltiples procesos pueden adoptarse para disminuir los efectos adversos en los tejidos sanos. La planificación terapéutica y las técnicas de radiación exactas son algunos de esos procesos y se destacan por disminuir selectivamente el volumen que recibe dosis mayores y permitir realizar maniobras para excluir órganos sensibles del volumen radiado. Así, la planificación terapéutica es vital para lograr un índice (ratio) terapéutico máximo, haciendo énfasis en la preservación de los órganos en pacientes con tumores de cabeza y cuello, mama y rectosigmoides, y en los sarcomas de tejidos blandos. (2,3,6).

### **2.1. Tecnología actual: Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada [IMRT] – CUPS 922444**

Esta técnica de radioterapia usa herramientas complejas que controlan con precisión la dosis de radiación y el tejido diana. La IMRT se ha convertido en un enfoque de tratamiento importante en los últimos 15 años para el tratamiento curativo y para las geometrías de irradiación desafiantes. El objetivo de administrar la dosis al volumen objetivo y la dosis mínima en otros lugares no se logró fácilmente por las limitaciones de tecnologías de tratamiento tempranas. A pesar de que se entendió la necesidad de abordar en 3D la radioterapia, no existían herramientas que permitieran una solución, pues las imágenes volumétricas (CT, MRI), las técnicas de modelado / modulación del haz y la planificación computarizada del tratamiento no estaban disponibles o eran primitivas.

El desarrollo y maduración de herramientas de planificación de tratamiento en 3D han permitido rápidamente a los médicos considerar la búsqueda de un plan de tratamiento "óptimo", es decir un plan que considera una distribución de dosis que "se ajusta" al volumen objetivo. Para muchos centros clínicos, el tratamiento con radiación conformada





es el de última generación al hacer uso de múltiples campos de forma estática, IMRT estática o dinámica, u otros enfoques controlados por computadora (2).

Un reciente método de planificación (planificación inversa) implica la creación del plan de radioterapia utilizando técnicas de optimización matemática. A menudo, esta técnica de planificación inversa se utiliza para definir haces de intensidad modulada con una distribución de intensidad compleja, en lugar de generar campos de intensidad uniforme "planos" que se usan normalmente para 3D CRT.

La combinación de planificación inversa y haces de intensidad modulada se denomina radioterapia de intensidad modulada (IMRT). En los últimos años, la combinación de métodos de administración y optimización de IMRT con la terapia de arco volumétrico modulado (VMAT), se ha convertido en un método importante para la administración de la terapia de conformación. Todos estos métodos de administración de terapia conformada mejoran en gran medida (y generalmente requieren) el uso de técnicas de radioterapia guiada por imágenes (IGRT) para posicionar y configurar con precisión al paciente. Así, la terapia conformada intenta ajustar cuidadosamente la dosis al objetivo (s) y por tanto, la delineación precisa del objetivo o los objetivos y la especificación cuidadosa de la distribución de dosis deseada son cruciales(2,3).

La IMRT se utiliza en el tratamiento de una variedad de indicaciones clínicas oncológicas como tumores del sistema nervioso central, próstata, tracto gastrointestinal y principalmente esta descrita en cáncer de cabeza, cuello y mama donde reduce drásticamente la toxicidad (7,8). En la actualidad esta tecnología está dentro del PBSUPC.

### **2.1.1. Planificación del tratamiento radioterapia de intensidad modulada**

La radioterapia de intensidad modulada es una forma avanzada de planificación terapéutica en 3D y terapia conformacional que optimiza la aplicación de radiación a volúmenes de forma irregular. Su operación se basa en un proceso de planificación terapéutica inversa y compleja y, la aplicación dinámica de radiación que produce una fluencia (intensidad) modulada de haces de fotones.

Un elemento fundamental de la modulación de la intensidad es el desarrollo de colimadores multiláminas (MLC, multileaf collimator) y el concepto de planificación terapéutica inversa. Los MLC constan de un conjunto de paletas o aspas de protección, de 0,5 cm a 1 cm de ancho, que se localizan en la cabeza del acelerador lineal y dan forma al puerto de radiación. Cada paleta está controlada independientemente y puede permanecer estática (MLC estático) o moverse por el campo terapéutico mientras se emite el haz (MLC dinámico) (2,3,7). En la actualidad, varios paquetes de hardware y software de IMRT que incluyen sistemas de aplicación rotacional corte a corte, multiláminas dinámicos, multiláminas estáticos (*step and shoot*), sistemas compensadores y de tomoterapia helicoidal, están comercializados.



Para comprender la planificación terapéutica inversa, es esencial entender la planificación terapéutica progresiva tradicional. En esta última, el especialista en oncología radioterápica dibuja los puertos de radiación, considera la distribución dosimétrica generada por los puertos y ajusta éstos según la distribución dosimétrica deseada, lo que la hace una planificación difícil. La planificación inversa invierte ese orden. Así, el especialista en oncología radioterápica perfila los volúmenes diana deseados y las estructuras vitales que se deben evitar y prescribe una distribución ideal de la dosis.

La planificación inversa empieza con la distribución ideal de la dosis y encuentra, mediante algoritmos de optimización matemáticos, las características (perfiles de fluencia) de los haces que producen la mejor aproximación a la dosis ideal. El uso clínico de la IMRT es amplio y ofrece claras ventajas en el tratamiento de numerosas localizaciones tumorales (2,3,7).

## 2.2. Tecnologías nuevas

### 2.2.1. Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT] – CUPS 922445

La radioterapia guiada por imágenes (IGRT por sus siglas en inglés) tiene como fundamento la toma continua de imágenes al inicio de cada sesión con el fin de identificar variaciones de la geometría anatómica de la lesión y el posicionamiento del paciente en la búsqueda de un tratamiento fidedigno. La toma de imágenes es posible gracias a la incorporación de tubos de rayos x de tipo diagnóstico y una pantalla fluoroscópica (On Board Imaging) en los aceleradores lineales haciendo posible la toma de radiografías digitales y tomografías computarizadas (9).

Debido a los cambios anatómicos que experimenta el volumen tumoral (target), o también denominado GTV (gross treatment volumen), es necesario obtener imágenes que aseguren la precisión del tratamiento. Estas imágenes pueden ser (10):

- Imágenes planas en 2D: (electronic portal imaging devices) de megavoltaje o kilovoltaje (Kv) para visualizar marcadores radio opacos.
- Imágenes volumétricas: ecografía, tomografía computarizada.
- Imágenes 4D (obtener información anatómica en referencia a los cambios producidos por la respiración) en tiempo real, en la sala de tratamiento, es el fundamento de la IGRT.

Aunque no existe una definición uniformemente aceptada de dónde termina la verificación convencional de imágenes y comienza la radioterapia guiada por imagen (IGRT), existe un acuerdo general de que las características clave son las siguientes (11):

- La disponibilidad de equipos de imágenes de alta calidad en la sala de tratamiento.





- La capacidad de visualizar estructuras anatómicas clave, incluido el objetivo, con el paciente en la posición de tratamiento, con el fin de informar la colocación del haz. Se pueden usar sustitutos apropiados para inferir las posiciones de los órganos entre sí.
- Un protocolo para actuar sobre los hallazgos. Esto podría hacerse en línea (es decir, antes de encender el haz de radiación) o fuera de línea entre fracciones.

Existen beneficios con el uso de la IGRT, tales como mejoras en la exactitud y precisión, estos hallazgos han sido documentado en diferentes estudios (12–15). La revisión retrospectiva antes y después de la implementación de la IGRT en la radioterapia de próstata, cabeza y cuello ha documentado reducciones significativas en la toxicidad (por ejemplo, sangrado rectal y estenosis esofágica) (16–18).

La Agencia Internacional de Energía Atómica (IAEA por sus siglas en inglés) en el documento “Introducción de radioterapia guiada por imagen en la práctica clínica”, la implementación de IGRT se considera un requisito previo para IMRT (19), esto va en concordancia con la afirmación de Romero et al. (10) que describe la combinación de la IGRT y la IMRT como herramientas necesarias para administrar altas dosis/fracción, el llamado hipofraccionamiento, acortando así el tiempo del tratamiento y garantizando un tratamiento eficaz y seguro. No obstante, la IGRT se puede utilizar con VMAT, SRS o SBRT.

### **2.2.2. Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT] – CUPS 922446**

VMAT es un método IMRT relativamente nuevo que combina la administración rotacional (o de arco) y el IMRT, basado en Colimador multicapa (MLC). Esta tecnología utiliza los mismos métodos fundamentales (modulación de intensidad y planificación inversa) que IMRT, pero se diferencia en las restricciones rotacionales de las estrategias de optimización del plan que se utilizan en la administración de IMRT.

Por lo general, se utilizan estrategias de optimización diferentes para la planificación de VMAT respecto de IMRT. Esto obedece a que la estrategia se ajusta para que sea posible que la optimización alcance un plan de alta calidad, dadas las restricciones en el movimiento de MLC durante la rotación del arco del pórtico.

Dado el tipo de suministro rotativo utilizado, las distribuciones de dosis logradas con VMAT son diferentes a las IMRT de campo fijo, a menudo extendiendo más regiones de dosis bajas sobre el volumen del paciente. Una ventaja importante de las técnicas actuales de administración de VMAT es que, frecuentemente, la administración de VMAT para un solo arco, o incluso para un plan de arco múltiple, puede ser mucho más rápida que la de la administración IMRT de campo fijo. Esta disminución en el tiempo de administración a veces puede ser una ventaja significativa que puede eclipsar algunas de las restricciones dosimétricas de la optimización del plan VMAT y puede ser particularmente útil cuando se



está utilizando una inmovilización incómoda (por ejemplo, cáncer de cabeza y cuello) o si los objetivos se extienden en grandes campos de división múltiple (p. ej., cáncer anal) (2,20).

Las distribuciones de dosis altamente conformacionales tienen un número de Unidades Monitor (MU) en IMRT mucho mayor que en radioterapia convencional. Esto conduce a tiempos de tratamiento prolongados, lo que puede dar lugar a un aumento del movimiento intrafraccional del paciente. Además, un mayor número de MU puede conducir a una dosis integral más alta a los tejidos sanos normales, aumentando así el riesgo de cáncer (s) secundario (s).

Estas desventajas fueron parcialmente contrarrestadas con la introducción de VMAT en 2008, pues permite la distribución de dosis altamente conformacionales. Una diferencia con el IMRT de haz fijo es que durante VMAT el pórtico gira alrededor del paciente mientras el haz está encendido y la velocidad de rotación del pórtico, la tasa de dosis y la forma del haz varían continuamente.

Para IMRT, los ángulos de pórtico fijos óptimos deben determinarse de antemano, lo que no siempre es sencillo. Debido a que el ángulo del pórtico, el MLC y la tasa de dosis cambian continuamente durante VMAT, la administración de dosis es más eficiente en el tiempo en comparación con IMRT. Esto conduce a tiempos de tratamiento significativamente más cortos y ligeramente más bajos con dosis integral.

Otra diferencia fundamental entre VMAT e IMRT es la representación de un arco VMAT en el Sistema de Planificación de Tratamiento (TPS) y en el acelerador lineal (linac). En el TPS, el arco está representado por un conjunto de haces estáticos, todos con una sola forma de MLC. En el linac, las MU se administran continuamente mientras que el ángulo del pórtico, la forma de MLC y la tasa de dosis varían (21).

Una serie de características clínicas importantes son cruciales para la planificación y administración de la terapia conformacional de alta calidad, y estos problemas deben considerarse cuidadosamente durante todo el proceso de planificación y administración de la terapia conformacional (22). A continuación, se presentan esos elementos.

- La terapia conformacional intenta adaptar cuidadosamente la dosis a los objetivos, por lo que la delimitación de los objetivos y la especificación cuidadosa de las distribuciones de dosis deseadas son cruciales.
- La inmovilización del paciente, la localización y el movimiento son cruciales, y la precisión de la configuración y el manejo del movimiento deben considerarse a lo largo del proceso para minimizar el tejido normal que se irradiará porque la necesidad de aumentar los márgenes objetivo disminuirá significativamente las ventajas proporcionadas por el tratamiento conformacional.



- La mejora de los resultados clínicos logrados por la terapia conformacional, en comparación con las técnicas estándar, depende de elegir las compensaciones correctas entre la cobertura objetivo y la preservación normal del tejido, por lo que estas elecciones deben hacerse con cuidado y de manera adecuada.
- La calidad y precisión de la distribución de dosis es lo que se logra.
- Las técnicas utilizadas para la planificación y la administración (por ejemplo, DMLC IMRT, VMAT, 3D) son simplemente los medios para lograr la distribución de dosis deseada(22).
- La calidad de la distribución de la dosis administrada puede ser destruida por el movimiento, la respiración, el error de configuración o los movimientos involuntarios durante el tratamiento, por lo que el uso de técnicas de control del movimiento para controlar el movimiento (p. Ej., Control de la respiración activa, bloqueo respiratorio, seguimiento de tumores) es esencial (20,23,24).

### 2.3. Indicaciones

La literatura reporta el uso de VMAT e IGRT en una amplia variedad de indicaciones oncológicas, por lo cual el grupo desarrollador realizó la identificación y selección de las indicaciones en dos fases. Inicialmente, se realizó una búsqueda de literatura de Guías de Práctica Clínica y posteriormente, se desarrolló un panel de expertos para validar las indicaciones encontradas en la literatura e identificar, con ellos, condiciones adicionales a las halladas en la fase inicial, el detalle de dicho análisis se encuentra en el Anexo 1.

#### 2.3.1. Cáncer de próstata

El cáncer de próstata representa uno de los principales problemas de salud pública en la población masculina, es considerada la neoplasia sólida más frecuente en este grupo, donde ocupa la segunda causa de mortalidad. Aproximadamente el 15% de los tumores masculinos son de origen prostático en países desarrollados, y el 4% en las naciones en vías de desarrollo (25). El cáncer de próstata más frecuente es el adenocarcinoma acinar, que es un tumor maligno de origen epitelial, específicamente del acino prostático, el cual representa más del 95% de los casos de carcinomas prostáticos. La próstata es un órgano que pertenece al aparato reproductor masculino, así como del complejo esfinteriano, con competencia en la función sexual, reproductiva y urinaria (26).

#### Diagnóstico

Más del 60 % de los pacientes son asintomáticos (en estadios avanzados puede presentar sintomatología). El diagnóstico se establece exclusivamente por el aumento de la concentración del antígeno prostático específico (PSA), nódulo palpable en el tacto rectal que obliga a realizar una biopsia y la resonancia magnética fusionada con ultrasonido (27).



Después de establecer el diagnóstico, se realiza la estadificación del cáncer con el fin de establecer el tratamiento, la cual se realiza con el sistema TNM (28):

- Extensión del tumor principal (categoría T)
- Propagación a los ganglios linfáticos (nódulos) cercanos (categoría N)
- Metástasis (categoría M)
- Nivel de PSA al momento de realizar el diagnóstico
- El grupo de grado (basado en la puntuación de Gleason), que mide la probabilidad de que el cáncer crezca y se propague rápidamente. Esto se determina por los resultados de la biopsia de la próstata (o la cirugía).

### Tratamiento

Las principales opciones terapéuticas incluyen la vigilancia activa; la privación androgénica; la prostatectomía radical retropúbica o perineal, asociada o no a radioterapia postoperatoria sobre los márgenes de la próstata y la pelvis; la radioterapia con VMAT e IGRT está indicada en todos los estadios del cáncer de próstata (ver Anexo 8 y Anexo 9), y la braquiterapia asociada o no a radioterapia con haz externo sobre los márgenes de la próstata o la pelvis, también puede ser otra opción de tratamiento (27).

#### 2.4. Procedimientos objeto del AIP

En la Tabla 1 se encuentra la descripción de los códigos CUPS y procedimientos asociados a este AIP, incluyendo las tecnologías nuevas IGRT y VMAT y la tecnología que actualmente hace parte de los beneficios financiados con la UPC que corresponde a IMRT.

Para realizar las consultas en las bases de datos administrativas, fue necesario consultar los documentos que soportan la actualización de la CUPS publicados por MinSalud, para dar cuenta de las potenciales modificaciones que ha tenido tanto la CUPS como su descripción, discriminado por resolución de cambio, número y tipo de modificación. En los Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 5 se encuentra la trazabilidad de los códigos incluidos.

**Tabla 1. Códigos CUPS y Procedimientos de IMRT, IGRT y VMAT**

CUPS	Nombre del procedimiento PBSUPC	Financiación con recursos de la UPC Resolución 3512 de 2019
922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada [IMRT]	Si
922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	No



922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT]	No
--------	--	----

Fuente: IETS, 2020.

### 3. Insumos y métodos

Esta sección presenta los supuestos, parámetros y métodos utilizados para el modelo de estimación del impacto presupuestal describiendo la siguiente información:

#### 3.1. Perspectiva

La perspectiva de este AIP es la del tercer pagador el cual en nuestro contexto es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

#### 3.2. Horizonte temporal

El horizonte temporal de este AIP en el caso base corresponde a un año. Adicionalmente se reportan las estimaciones del impacto presupuestal para los años 2 y 3, bajo el supuesto de inclusión en el PBSUPC en el año 1.

#### 3.3. Población total

Para el desarrollo del AIP se parte de la población general afiliada al SGSSS colombiano sin distinción de sexo o edad.

##### 3.3.1. Población objeto de análisis

La estimación de los casos de cáncer próstata, se realizó asumiendo que la incidencia permanece constante a través del tiempo.

La estimación de los casos para este tipo de cáncer se realizó usando la siguiente fórmula:

$$C = P \left( \frac{I}{100000} \right)$$

Donde:

- $I$  es la incidencia estimada para el cáncer de próstata.
- $P$  es la proyección de población BDUa para el año estimado.
- $C$  son los casos estimados para el cáncer de próstata.



Los datos de incidencia son tomados del reporte del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés) (29) de 2019 para Colombia, como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2. Número de casos de cáncer de próstata**

Sistema	Localización	Rango de edad	Incidencia por 100.000 hombres
Sistema reproductor masculino	Próstata	15-49 años	2,18
		50-69 años	163,20
		Más de 70 años	575,10

Fuente: BDUA, IHME 2019(29).

### Búsqueda de registros administrativos

Con el fin de complementar y contrastar varias fuentes de información, se realizó una consulta en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) con los códigos CIE-10 asociados al cáncer para los que está dirigida la tecnología VMAT e IGRT. En las Tabla 3 y Tabla 4 se presentan los resultados de esta búsqueda para los años 2009 al 2019 de manera desagregada por grupos etarios.

El mayor número de personas diagnosticadas con cáncer de próstata se concentra en mayores de 60 años para todos los años observados. En promedio, el 87,3% de los casos con esta condición están en dichos rangos etarios. Sin embargo, en los mayores de 75 años se encuentra alrededor del 37,6% de estos pacientes. Además, si bien existen casos pediátricos son atípicos en relación con la naturaleza de la condición y con la dinámica de casos en la población adulta.

Paralelamente, el número de casos, en términos absolutos, ha venido aumentando para la mayoría de los años; a tasas no constantes. Mientras en el período 2015-2019 el número de casos se redujo y aumentó en algunos años, entre 2009 y 2014 su crecimiento fue a tasas entre el 4,4% y 37,2%. Sin embargo, la información de RIPS más allá del número de casos no permite identificar las razones de este comportamiento.

**Tabla 3. Número de casos registrados en RIPS con cáncer de próstata 2009-2014**

Grupo etario Rangos de edad en años	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0	11	15	1	1		3
01-04	18	15	19	9	9	10
05-14	15	15	22	17	15	20
15-18	27	52	11	18	12	49
19-44	264	298	276	343	254	388



45-49	213	226	284	259	257	256
50-54	456	585	668	714	716	789
55-59	1.024	1.245	1.567	1.595	1.769	1.932
60-64	1.666	2.162	2.721	2.931	3.093	3.478
65-69	2.196	2.998	3.829	3.930	4.210	5.074
70-74	2.265	3.417	4.385	4.691	4.790	5.637
75 o más	4.211	5.935	8.011	8.574	8.983	10.869
<b>Total</b>	<b>12.366</b>	<b>16.963</b>	<b>21.794</b>	<b>23.082</b>	<b>24.108</b>	<b>28.505</b>

Fuente: elaboración de los autores a partir de datos RIPS

**Tabla 4. Número de casos registrados en RIPS con cáncer de próstata 2015-2019**

Grupo etario Rangos de edad en años	2015	2016	2017	2018	2019
0	9	11	1	1	367
01-04	7		4	46	25
05-14	14	5	89	14	51
15-18	25	14	49	15	39
19-44	253	235	566	349	623
45-49	255	179	305	287	379
50-54	713	620	826	1.015	1.274
55-59	1.787	1.568	1.932	2.574	3.256
60-64	3.186	2.894	3.428	4.802	6.305
65-69	4.480	4.132	5.054	7.249	9.384
70-74	4.830	4.603	5.435	8.326	11.045
75 o más	9.484	9.442	10.589	16.729	21.812
<b>Total</b>	<b>25.043</b>	<b>23.703</b>	<b>28.278</b>	<b>41.407</b>	<b>54.560</b>

Fuente: elaboración de los autores a partir de datos RIPS

Por otra parte, se realizó una búsqueda en la base de datos de Suficiencia 2012-2019 del número de personas diagnosticadas con los mismos códigos CIE-10 de la consulta desarrollada en RIPS. La Tabla 5 presenta los resultados de esta búsqueda, diferenciando por grupos etarios.

La disparidad entre el número de casos de la base de RIPS y de Suficiencia descansa en la validación de datos aplicada a esta segunda base. Mientras en RIPS es posible identificar las personas diagnosticadas con determinada condición tanto del régimen contributivo como subsidiado, en Suficiencia debido a los procesos de validación y el reporte de los procedimientos con énfasis en el régimen contributivo no es posible obtener la misma información.

**Tabla 5. Número de personas diagnosticadas con cáncer de próstata- Suficiencia 2012-2018**





Grupo etario	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0	8	7	0	3	3	0	0
01-04	35	44	12	15	7	4	0
05-14	39	49	68	49	33	175	5
15-18	24	26	30	35	36	159	2
19-44	362	417	435	426	372	1.765	79
45-49	321	355	290	270	224	670	88
50-54	738	876	663	808	703	1.306	382
55-59	1.638	2.015	1.675	1.861	1.762	2.716	1.048
60-64	2.987	3.505	2.985	3.493	3.354	4.579	2.160
65-69	4.126	4.997	4.338	5.153	5.025	6.627	3.443
70-74	4.784	5.553	4.934	5.546	5.489	7.012	4.163
75 o más	9.343	11.089	10.301	12.339	12.172	15.196	9.372
<b>Total</b>	<b>24.405</b>	<b>28.933</b>	<b>25.731</b>	<b>29.998</b>	<b>29.180</b>	<b>40.209</b>	<b>20.742</b>

Fuente: elaboración de los autores a partir de datos de Suficiencia

Siguiendo lo anterior, se estimaron factores de expansión para la población total de los regímenes contributivo y subsidiado, no capturada por la base de Suficiencia. Para ello, se parte de la población afiliada al SGSS según la BDUA y se estima la razón entre el número de personas registradas en Suficiencia y el dato de BDUA (ver metodología de factores de expansión en el Anexo 7). Este ejercicio se realiza anualmente para la población total de afiliados en salud. Los resultados se presentan en la Tabla 6.

Los resultados de suficiencia son consistentes con lo encontrado en los RIPS. La concentración de personas con cáncer de próstata se encuentra en edades posteriores a los 70 años, y los pacientes pediátricos representan un número muy bajo, 0,4% en promedio. De igual manera, si bien los casos han aumentado en la mayoría de los años, de acuerdo con los registros de Suficiencia, su comportamiento no sigue un patrón claro, en ciertos años aumenta y en otros disminuye a tasas significativamente diferentes.

En línea con lo anterior, los resultados de la distribución poblacional expandida para Suficiencia señalan que, en promedio, el 87,8% de las personas diagnosticadas tiene al menos 60 años, evidenciando que estas enfermedades tienen predominancia en pacientes adultos mayores.

**Tabla 6. Población con cáncer de próstata expandida- Suficiencia 2012-2018**

Grupo etario	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0	18	16	0	7	7	0	0
01-04	78	99	27	34	16	9	0
05-14	87	110	152	110	74	392	11
15-18	54	58	67	78	81	356	4
19-44	811	934	974	954	833	3.952	177





Grupo etario	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
45-49	719	795	649	605	502	1.500	197
50-54	1.652	1.961	1.485	1.809	1.574	2.924	855
55-59	3.668	4.512	3.750	4.167	3.945	6.081	2.347
60-64	6.688	7.848	6.684	7.821	7.510	10.253	4.836
65-69	9.238	11.189	9.713	11.538	11.251	14.838	7.709
70-74	10.712	12.434	11.048	12.418	12.290	15.700	9.321
75 o más	20.920	24.829	23.065	27.628	27.254	34.025	20.985
<b>Total</b>	<b>54.644</b>	<b>64.783</b>	<b>57.613</b>	<b>67.168</b>	<b>65.336</b>	<b>90.031</b>	<b>46.443</b>

Fuente: elaboración de los autores a partir de cálculos IETS

Por último, se realizó una búsqueda en la base de datos de MIPRES del número de personas y procedimientos VMAT e IGRT prescritos. En la Tabla 7 se presentan los resultados de esta búsqueda. A diferencia de los números de casos encontrados en los RIPS y Suficiencia el número de procedimientos y personas con prescripción de VMAT e IGRT es bajo. En particular, estos registros expandidos representan entre el 0,7% y 0,9% de los casos encontrados en los datos expandidos de Suficiencia y entre el 1% y 8% de los de RIPS.

De esta manera, desde los registros administrativos, solo a un pequeño porcentaje de la población con cáncer de próstata se les prescriben los procedimientos. Una explicación para ello es la existencia del comparador IMRT, el cual a pesar de ser una tecnología con menor sofisticación respecto de VMAT, hace parte de los beneficios financiados con cargo a la UPC y de las tecnologías de radioterapia externa.

**Tabla 7. Número de procedimientos y personas con prescripción de VMAT e IGRT**

Variable de conteo	2017	2018	2019
<b>VMAT</b>			
Número de procedimientos	67	78	11
Número de personas	60	71	10
Factor de expansión	2,01508	2,01869	2,01196
Número de personas expandido	121	143	20
<b>IGRT</b>			
Número de procedimientos	383	112	122
Número de personas	357	100	94
Factor de expansión	2,01508	2,01869	2,01196
Número de personas expandido	719	202	189

Fuente: elaboración de los autores a partir de datos de MIPRES y cálculos del IETS

### 3.3.2. Refinamiento de la población

#### *Requerimiento general de radioterapia*



## Cáncer de Próstata

Una vez se tiene el cálculo de la población con diagnóstico de cáncer de próstata descrito en el apartado previo 3.3.1 (Ver Tabla 2), se hace el refinamiento según la necesidad de tratamiento de radioterapia, en este caso, se toma el valor de los microdatos de la Cuenta de Alto Costo (CAC) del año 2018 de 26,3%, para un total de 3.974.

### *Requerimiento de radioterapia IGRT-VMAT*

En la Base de Datos (microdato) de la CAC, la variable “tipo de radioterapia recibida” solamente se encuentra discriminada en externa e interna, lo cual no permite analizar por diferentes tipos, ya que en el presente análisis todas las técnicas corresponden a modalidad externa. Por lo cual el universo de la población a considerar para refinamiento se estableció mediante dos fases, en una inicial se realiza una revisión sistemática de cada una de las indicaciones tanto para VMAT como para IGRT, y posteriormente se realiza validación con expertos clínicos.

### Fase 1. Revisión de la literatura

La búsqueda de la literatura científica de las indicaciones y la intervención de radioterapia guiada por imagen (IGRT, por sus siglas en inglés) o Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada (VMAT, por sus siglas en inglés), comenzó con la definición de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), Encabezados de Temas Médicos (MeSH, por sus siglas en inglés), Emtree (Terminos médicos de Embase) y los términos libres en español e inglés. En las indicaciones se incluyó el termino neoplasias, junto con el termino libre “Cáncer”.

Posteriormente se definió las estrategias de búsqueda, de acuerdo con la siguiente estructura de términos y operadores booleanos:

- En la tecnología de IGRT: Indicación AND Radioterapia guiada por imagen OR IGRT AND Tomografía Computarizada de Haz Cónico OR Percepción de profundidad OR Radiación estereoscópica OR Seguimiento de superficie 3D OR Marcadores Fiduciales.
- En la tecnología de VMAT: Indicación AND Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada OR VMAT.

La búsqueda se realizó en las bases de datos: Pubmed, Embase, Cochrane y Google Académico, aplicando filtros de año de publicación incluyendo el periodo 2010 – 2020, idioma español e inglés, estudios realizados en humanos, finalmente se aplicó filtros por tipo de estudio iniciando en revisiones sistemáticas, posteriormente ensayos clínicos y como último recurso estudios observacionales.

La selección de los artículos se hizo en dos momentos, el primero por el título y resumen, el segundo por texto completo donde se analizó que la indicación e intervención correspondiera a la búsqueda realizada, también se determinó que el estudio incluyera



pacientes y no fuera descriptivo de la tecnología, como por ejemplo en los planes dosimétricos o descripciones imagenológicas de la tecnología. Los artículos que se incluyeron se resumieron en una tabla con los siguientes campos: Autor, Año, Tipo de cáncer, Población, Intervención, Comparador, Efectividad y Seguridad. En los anexos del documento se incluye los términos de búsqueda, los resultados de las búsquedas y las tablas de resumen de la evidencia.

## Fase 2. Consulta a expertos

La información seleccionada de las diferentes fuentes de información fue presentada al panel de expertos clínicos con formación en radioterapia oncológica con el fin de obtener la validación de los valores encontrados en la literatura y poder establecer una estimación del número de población que podría recibir tratamiento. Después de un proceso de discusión se ajustaron las poblaciones para el cáncer de próstata como se muestra en la Tabla 8.

**Tabla 8. Refinamiento de poblaciones para cáncer de próstata**

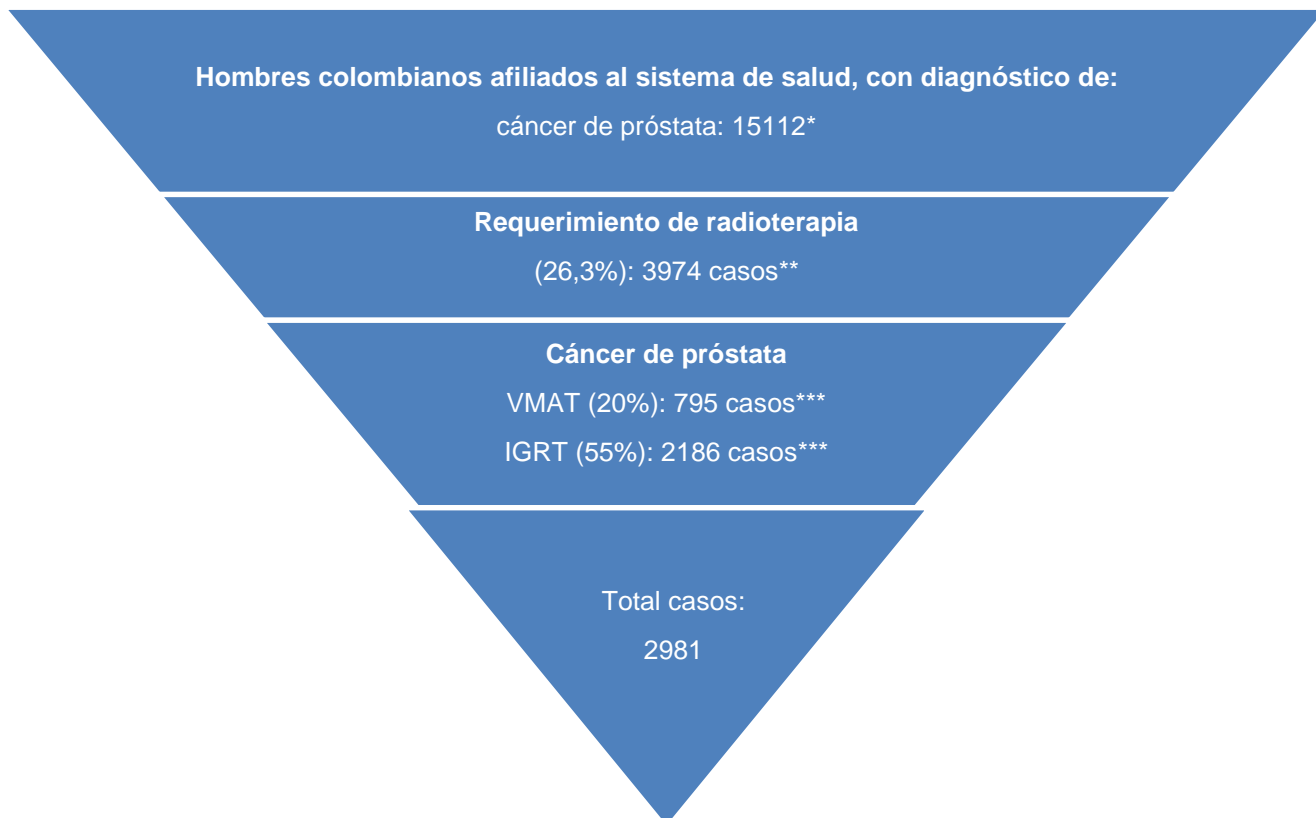
Localización Órgano / Sistema	Metodología	
Órgano	IGRT	VMAT
Próstata	Cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio y alto, estadios (T1-T4)	Carcinoma de próstata de riesgo bajo, intermedio-alto, estadios clínicos (T1-T4)

Fuente: IETS, 2020.

El refinamiento del uso específico se realizó mediante cuestionario en línea, solicitando a los participantes clínicos de manera anónima en tiempo real durante el debate diligenciar cuestionario para cada una de las indicaciones para los diferentes tipos de radioterapia. Se toma la mediana de los puntajes descritos por los expertos (Anexo 10), según lo consultado por los expertos clínicos (VMAT 20% e IGRT 55%) (Figura 1)



**Figura 1. Refinamiento de la población con cáncer de próstata candidata a radioterapia IGRT y VMAT**



Fuente: BDUA, IHME 2019\*, CAC (microdato) 2018\*\*, Consulta expertos\*\*\*.

### 3.4. Eventos adversos

En la búsqueda de refinamiento de poblaciones, se indagó de manera simultánea los eventos adversos relacionados con el uso de la tecnología y comparados con IMRT. Principalmente, se reportan toxicidades tempranas y tardías relacionadas con la radioterapia de tipo genitourinario y gastrointestinal (30,31). Sin embargo, al evaluar con los expertos estos eventos adversos reportados en la literatura, ninguno se consideró relevante en términos de costos, por lo que no se tienen en cuenta para el modelo.

## 4. Tratamientos

### 4.1. Métodos de costeo y costos

Este análisis obtuvo información de tarifas y costos procedentes de tres fuentes de información: consulta a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), consulta a la



base de Recobros 2011-2019 y consulta a la base de datos de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) 2018. Adicionalmente, se realizó la búsqueda en los manuales tarifarios, pero no se encontraron las prestaciones objeto de este AIP.

## 4.2. Costeo procedimientos

### 4.2.1. Consulta a Instituciones Prestadoras de Servicios

Para identificar los costos en los cuales incurren las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) al realizar el procedimiento de interés, se realizó una consulta a la base de datos de MIPRES para el período 2017-2019 con el objetivo de identificar las instituciones que realizaron al menos uno de los procedimientos evaluados.

Con el propósito de hacer eficiente el registro de la información solicitada a las IPS, se diseñó un aplicativo web alojado en la página web del IETS que estuvo disponible para el ingreso de los datos de las instituciones participantes del 24 de agosto hasta el 5 de octubre de 2020. La solicitud de información fue enviada por correo electrónico a cada una de las instituciones seleccionadas y se solicitó que el periodo a registrar fuera la prestación de servicios durante el último año calendario (2019). La carta de invitación que fue enviada a las instituciones participantes se presenta en el Anexo 13.

Del total de 29 IPS consultadas, 16 (55%) ingresaron al aplicativo, de estas 9 (31%) ingresaron información. Los datos reportados por las IPS señalan los costos que se encuentran en la Tabla 9.

**Tabla 9. Precios promedio reportados por IPS**

CUPS	Procedimiento	Ciudad	IPS	Precio	Precio Promedio
922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica [VMAT]	Bogotá	IPS 1	\$ 11.687.000	\$ 11.562.217
		Bogotá	IPS 2	\$ 11.437.433	
922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada [IMRT]	Bogotá	IPS 3	\$ 2.223	\$ 8.296.351
		Bogotá	IPS 4	\$ 9.000.000	
		Bogotá	IPS 5	\$ 11.437.433	
		Cali	IPS 6	\$ 8.042.100	
		Garzón Huila	IPS 7	\$ 13.000.000	
922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	Bogotá	IPS 8	\$ 11.000.000	\$11.218.717
		Bogotá	IPS 9	\$11.437.433	

Fuente: Elaboración de los autores a partir de reporte IPS



#### 4.2.2. Consulta base de datos de Recobros 2011-2019 y Suficiencia 2018

Con el objetivo de realizar una comparación de la información reportada por las EAPB al MinSalud, con las demás fuentes de información señaladas en este documento, se realizó una consulta correspondiente a los procedimientos de radioterapia IGRT y VMAT en la base de datos de Recobros 2011-2019 y Suficiencia 2018. Sin embargo, para Recobros, solo se utilizó información de los años 2018 y 2019, debido a que se encontró diferencias importantes entre los precios reportados y no se logró establecer el motivo de estas diferencias.

Inicialmente, se tuvo en cuenta la clasificación realizada por MinSalud en procedimientos simples y complejos, así como la forma de pago de estos. Los procedimientos simples son aquellos que no tienen asociada en la factura reportada ninguna otra prestación en salud, por lo que pueden analizarse de manera independiente. Por su parte, los procedimientos complejos son aquellos que en la factura reportada involucran otras prestaciones en salud, que son requeridas para su correcta realización.

En el caso de la base de Recobros 2011-2019 se incluyó, además del criterio del CUPS histórico, un conjunto de palabras claves relacionadas con el nombre del procedimiento, las cuales fueron validadas con los expertos clínicos que acompañaron este AIP. Posteriormente, la auditora médica y el experto temático realizaron un proceso de validación de las observaciones obtenidas, con el fin de eliminar registros no relacionados con el procedimiento. Para la base de Suficiencia 2018, se consideraron las observaciones reportadas en la forma de reconocimiento “*Por evento*” para el cálculo de los precios unitarios.

Luego de realizar este proceso, se consolidaron las observaciones de cada año incluidas en la base de datos y se procedió a aplicar la siguiente metodología para calcular el precio unitario.

En primer lugar, se distinguieron los valores reportados para el precio unitario del procedimiento analizado. En segundo lugar, se identificaron y excluyeron todos los reportes con un valor de \$0, por no tener lógica económica. En tercer lugar, se realizó un análisis de valores atípicos con el fin de mejorar las estimaciones. Para el análisis de valores atípicos se estudiaron seis aproximaciones:

- Percentiles 0,1 y 99,9%: con base en estadísticas de orden, se consideraron como datos anómalos las observaciones menores al percentil 0,1% y las mayores al percentil 99,9% de la muestra.
- Tres desviaciones sobre la media: los datos anómalos fueron las observaciones por fuera del intervalo  $(\bar{x} \pm 3 * d.s.(x))$ , donde  $\bar{x}$  hace referencia a la media y  $d.s.(x)$  a la desviación estándar.
- Prueba de Portmanteau: a través de la comprobación de una hipótesis de normalidad, los datos anómalos hicieron referencia a las observaciones que se decidieron eliminar secuencialmente, consideradas como sospechosas.



- Aproximación no paramétrica (tres desviaciones sobre la mediana): los datos anómalos fueron las observaciones por fuera del intervalo  $(Mdn\{x\} \pm 3 * d.m.(x))$ , donde  $Mdn\{x\}$  hace referencia a la mediana y  $d.m.(x)$  a la desviación de la mediana.
- Caja de bigotes: los datos anómalos fueron las observaciones por fuera del intervalo  $(Q1 - 1,5 * (Q3 - Q1), Q3 + 1,5 * (Q3 - Q1))$ , donde Q1 hace referencia al primer cuartil y Q3 al tercer cuartil.
- Pruebas estadísticas  $E_M$  y  $L_M$ : Se probó la existencia de  $M$  outliers en un grupo de observaciones que se asume fue tomado de una población normalmente distribuida con media y varianza desconocidas.

En este AIP se decidió utilizar una combinación entre la aproximación no paramétrica y la caja de bigotes, debido a que tuvo mejores resultados relacionados con la consistencia del número de observaciones anómalas, es rápida y automática de ejecutar y disminuyó la probabilidad de terminar con una distribución con sesgos positivos o negativos significativos. Así, para el enfoque de datos atípicos se definieron las siguientes fórmulas:

$$\text{Valor mínimo: } \frac{1}{2} * \min_{\text{Aproximación no paramétrica}} + \frac{1}{2} * \min_{\text{Boxplot}}$$

$$\text{Valor máximo: } \frac{1}{2} * \max_{\text{Aproximación no paramétrica}} + \frac{1}{2} * \max_{\text{Boxplot}}$$

En cuarto lugar, posterior a eliminar los datos atípicos, se actualizaron los precios de cada año a valores del 2019 con base en el Índice de Precios al Consumidor, para llevarlos a un año base común y poder compararlos. En quinto lugar, se consolidó una única malla de datos depurada, para cada base de datos uniendo las tablas de información con las observaciones de los años 2018 a 2019 en el caso de recobros y 2018 en suficiencia, de la cual se extrajeron múltiples estadísticas descriptivas. Finalmente, se utilizó como medida de tendencia central del precio unitario la mediana de dicha malla de datos, y se tomó el primer y tercer cuartil para construir un intervalo de precios sobre la mediana.

En la Tabla 10, Tabla 11 y Tabla 12 se muestra el detalle de las estadísticas descriptivas y el análisis de valores atípicos para la intervención y el comparador.

**Tabla 10 Estadísticas descriptivas de precio de Radioterapia IGRT**

Radioterapia IGRT	
Número de observaciones evaluadas	86
Mínimo	\$ 6.902.700
Máximo	\$ 13.631.912
Rango	\$ 6.729.212
Media	\$ 9.256.933
Desviación Estándar	\$ 1.540.570
Coefficiente de variación	17%



Moda	\$ 9.653.400
<b>Mediana</b>	<b>\$ 9.653.400</b>
Coefficiente de asimetría	0,80
Curtosis	0,91
<b>Primer cuartil</b>	<b>\$ 7.967.688</b>
<b>Tercer cuartil</b>	<b>\$ 10.172.400</b>
Rango intercuartílico	\$ 2.204.712

Fuente: elaboración propia a partir de datos Recobros 2018-2019

**Tabla 11 Estadísticas descriptivas de precio de Radioterapia VMAT**

Radioterapia VMAT	
Número de observaciones	25
Mínimo	11.418.000
Máximo	16.049.660
Rango	4.631.660
Media	\$ 13.752.937,96
Desviación Estándar	\$ 1.462.687,71
Desviación Mediana	\$ 1.180.531,33
Coefficiente de variación	10,64%
Moda	\$ 12.966.696,00
<b>Mediana</b>	<b>\$ 13.742.020,76</b>
Coefficiente de asimetría	0,13
Curtosis	-0,85
<b>Primer cuartil</b>	<b>\$ 12.711.348,00</b>
<b>Tercer cuartil</b>	<b>\$ 14.698.910,40</b>
Rango intercuartílico	\$ 1.987.562,40

Fuente: elaboración propia a partir de datos Recobros 2018-2019

**Tabla 12. Estadísticas descriptivas de precio de Radioterapia IMRT**

Radioterapia IMRT	
Número de observaciones finales	1.785
Mínimo	\$ 1.951.116
Máximo	\$ 16.562.992
Rango	\$ 14.611.876
Media	\$ 10.044.063
Desviación estándar	\$ 2.962.766
Coefficiente de variación	29,50%
Moda	\$ 8.304.000
<b>Mediana</b>	<b>\$ 8.823.000</b>
Coefficiente de asimetría	0,38





Curtosis	1,96
<b>Primer cuartil</b>	<b>\$ 7.852.470</b>
<b>Tercer cuartil</b>	<b>\$ 12.704.591</b>
Rango intercuartílico	\$ 4.852.121

Fuente: elaboración propia a partir de datos Suficiencia 2018

#### 4.2.3. Selección de costos

Para este AIP se seleccionó como fuente de costos de las radioterapias IGRT y VMAT la base de datos de Recobros, por su robustez frente a la Consulta a IPS y por contener más información para distintos años. Para el costo de radioterapia IMRT se seleccionó la fuente de Suficiencia del año 2018.

#### 4.2.4. Costeo eventos adversos

Por las razones expuestas en la sección 3.4, no se incluyeron eventos adversos en el costeo de este AIP.

### 5. Modelo

Esta sección expone los supuestos usados en la estimación del modelo de impacto presupuestal de la eventual financiación de los procedimientos analizados en este documento con cargo a la UPC.

#### 5.1. Datos del modelo

A partir de la estimación poblacional y de costos de las tecnologías descritas en las secciones anteriores, se determinaron los insumos necesarios para el cálculo del AIP, los cuales se presentan en la Tabla 13.

**Tabla 13 Datos del modelo para radioterapia IGRT y VMAT para cáncer de próstata**

<b>Población objetivo (número de casos refinados)</b>	2981				
<b>Costo total tratamiento(s) (por persona)</b>	<b>CUPS</b>	<b>NOMBRE TECNOLOGÍA</b>	<b>PRECIO MÍNIMO</b>	<b>PRECIO MEDIO</b>	<b>PRECIO MÁXIMO</b>
	922444	IMRT	\$ 7.852.470	\$ 8.823.000	\$ 12.704.591
	922445	IGRT	\$ 7.967.688	\$ 9.653.400	\$ 10.172.400
	922446	VMAT	\$ 12.711.348	\$ 13.742.021	\$ 14.698.910
<b>Frecuencia anual</b>	1 (una en el año)				

Fuente: elaboración propia



## 5.2. Escenarios

Teniendo en cuenta el marco del mecanismo técnico-científico para la ampliación progresiva de los Beneficios en Salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación y la definición de la lista de exclusiones, establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, los escenarios de participación de este AIP se estructuraron de la siguiente manera.

### 5.2.1. Escenario 1 a partir de registros administrativos

Para la elaboración de los escenarios desde las bases de datos de recobros y Suficiencia, se partió de una clasificación por condición en salud para cada registro de prestación, considerando que el uso de la tecnología es excluyente. Para ello, se hizo uso del CIE-10 a cuatro dígitos, usando solo los registros únicos correspondientes a las condiciones de interés, de acuerdo con la identificación de CIE-10 del Anexo 6. En caso de que una persona tenga asociada más de un CIE-10 se mantuvo como registro para el primer diagnóstico por orden cronológico.

A partir de dicha clasificación por diagnóstico de las prestaciones, se estimó la tasa de variación para los años 2015-2018 y se calcularon las proyecciones del uso de las tecnologías IGRT y VMAT para los años 1, 2 y 3. La Tabla 14 presenta los escenarios de adopción de las tecnologías, ante una eventual financiación de estas con recursos a cargo a la UPC.

**Tabla 14 Escenarios de participación con registros administrativos cáncer de próstata**

Fuente	CUPS	Tecnología	2015	2016	2017	2018	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	Tasa de variación
Recobros/Suficiencia	922444	IMRT	804	1.030	830	316	89,6%	82,9%	68,0%	-30,2%
Recobros	922446	VMAT	1	1	7	8	5,9%	14,2%	30,4%	81,8%
Recobros	922445	IGRT	93	111	63	23	4,5%	2,9%	1,6%	-52,1%

Fuente: elaboración de los autores a partir de registros administrativos monitoreos entre 2015 y 2018

### 5.2.2. Escenario 2 a partir de consulta a expertos

Para el escenario dos, se realizó una consulta a expertos acerca de la distribución de la población objetivo entre las tecnologías evaluadas, considerando la disponibilidad de las tres tecnologías en los beneficios en salud con cargo a la UPC, los equipos y el personal para administrar los procedimientos. Los resultados de esta consulta se presentan en la Tabla 15. A diferencia de los participaciones encontradas en las bases administrativas, los expertos clínicos consideran que la adopción de las tecnologías IGRT y VMAT será a una velocidad más alta.



**Tabla 15 Escenarios de participación con consulta a expertos- cáncer de próstata**

CUPS	Tecnología	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
922444	IMRT	18,7%	13,7%	8,7%
922445	IGRT	45,0%	49,3%	60,7%
922446	VMAT	36,3%	37,0%	30,6%

Fuente: elaboración de los autores a partir de consulta a expertos

## 6. Resultados

Esta sección presenta los resultados de la estimación del impacto presupuestal de la eventual financiación de las tecnologías IGRT y VMAT con recursos con cargo a la UPC. La Tabla 16 reporta los resultados para el tratamiento de cáncer de próstata. El costo actual del tratamiento de esta condición con radioterapia externa IMRT es de \$26.345.478.000,00. Para el escenario 1 el costo base se estimó en \$27.323.662.453,65 para el año 1, en \$29.562.669.256,45 para el año 2 y en \$32.999.350.096,10 para el año 3. En cuanto al esfuerzo presupuestal, en el año 1 se estimó un impacto base de \$978.184.453,65, para el año 2 de \$2.239.006.802,80 y para el año 3 de \$3.436.680.839,64.

**Tabla 16 Impacto presupuestal de inclusión de las tecnologías – escenario 1**

Costo Actual del Tratamiento por Año		
Costo Inferior	Costo Base	Costo Superior
\$23.447.475.420,00	\$26.345.478.000,00	\$37.935.908.726,00

Costo del Tratamiento en la Distribución de Mercado del Escenario 1			
	Costo Inferior	Costo Base	Costo Superior
Año 1	\$24.318.965.235,43	\$27.323.662.453,65	\$37.947.005.376,84
Año 2	\$26.466.255.877,81	\$29.562.669.256,45	\$39.995.744.300,62
Año 3	\$29.804.531.205,60	\$32.999.350.096,10	\$42.385.494.450,48

Impacto Presupuestal del Tratamiento			
	Impacto Inferior	Impacto Base	Impacto Superior
Año 1	\$871.489.815,43	\$978.184.453,65	\$11.096.650,84
Año 2	\$2.147.290.642,37	\$2.239.006.802,80	\$2.048.738.923,79
Año 3	\$3.338.275.327,79	\$3.436.680.839,64	\$2.389.750.149,86

Fuente: estimaciones herramienta computacional IETS



Los resultados, presentados en la Tabla 17 indican en el escenario 2 un costo base de \$32.793.101.884,28 en el año 1, de \$34.229.360.132,09 en el año 2 y de \$34.598.280.683,84 en el año 3. En cuanto al esfuerzo presupuestal, en el año 1 se estimó un impacto base de \$6.447.623.884,28, de \$1.436.258.247,81 en el año 2, y de \$368.920.551,75 en el año 3.

**Tabla 17 Impacto presupuestal de inclusión de las tecnologías – escenario 2**

Costo del Tratamiento en la Distribución de Mercado del Escenario 2			
	Costo Inferior	Costo Base	Costo Superior
<b>Año 1</b>	\$28.868.919.170,60	\$32.793.101.884,28	\$36.695.081.941,14
<b>Año 2</b>	\$30.062.756.563,40	\$34.229.360.132,09	\$37.765.186.131,10
<b>Año 3</b>	\$30.053.061.436,84	\$34.598.280.683,84	\$37.618.333.690,34

Impacto Presupuestal del Tratamiento			
	Impacto Inferior	Impacto Base	Impacto Superior
<b>Año 1</b>	\$5.421.443.750,60	\$6.447.623.884,28	-\$1.240.826.784,86
<b>Año 2</b>	\$1.193.837.392,79	\$1.436.258.247,81	\$1.070.104.189,96
<b>Año 3</b>	-\$9.695.126,56	\$368.920.551,75	-\$146.852.440,76

Fuente: estimaciones herramienta computacional IETS

## 7. Consideraciones especiales

El impacto presupuestal del escenario 1 para el primer año de financiación de los procedimientos evaluados con cargo a la UPC representa el 0,0027% del presupuesto del sector salud para 2021. En el caso del escenario 2, el esfuerzo presupuestal para el primer año representa el 0,0179% del presupuesto para 2021.

Un limitante en el desarrollo del AIP fue la ausencia de información detallada del uso de las distintas radioterapias. En particular, no se encontraron fuentes distintas a los expertos para identificar la distribución de los pacientes con indicación de radioterapia entre las tres tecnologías consideradas en este documento.

Otra limitación que se enfrentó en la elaboración del análisis fue la falta de registros o reportes de información acerca de la disponibilidad de equipos para la administración de las radioterapias IGRT y VMAT. Esto impidió realizar un análisis más detallado de la velocidad de adopción de las tecnologías evaluadas, ante una eventual financiación de estas tecnologías con recursos cargados a la UPC.



## 8. Referencias bibliográficas

1. Yu CM, Wang L, Chau E, Chan RHW, Kong SL, Tang MO, et al. Intrathoracic impedance monitoring in patients with heart failure: Correlation with fluid status and feasibility of early warning preceding hospitalization. *Circulation*. 2005;112(6):841–8.
2. Bogart JA, Recht A, Mehta MP, Tinkle CL, Ng AK. CLINICAL RADIATION ONCOLOGY. FIFTH EDIT. Inc. E, editor. Philadelphia, PA 19103-2899; 2020. 2300 p.
3. Ríos PME de los. ONCOLOGÍA. TÓPICOS SELECTOS. Acad. Dr. Editorial Alfil SA de C V, editor. Colección “Medicina de Excelencia.” Mexico DF; 2013. 385 p.
4. Rivera, Diana Esperanza. Fernández, Ena Cristina. Rengifo AM. Manual de Participación y Deliberación. IETS. Bogota D.C; 2014.
5. Avila Reina Adriana MMA. Manual para la elaboración de análisis de impacto presupuestal. Bogotá D.C.: IETS; 2014. Bogota D.C; 2014.
6. Govindan Ramaswamy. Morgensztern Daniel. The Washington Manual® of Oncology. Wolters Kluwer. Mexico DF; 2016. 816 p.
7. Staffurth J. A Review of the Clinical Evidence for Intensity-modulated Radiotherapy. *Clin Oncol*. 2010 Oct;22(8):643–57.
8. De Neve W, De Gersem W, Madani I. Rational Use of Intensity-Modulated Radiation Therapy: The Importance of Clinical Outcome. *Semin Radiat Oncol*. 2012 Jan;22(1):40–9.
9. Instituto Nacional de Cancerología. Información de Cáncer de Colombia. 2020.
10. Romero P, Villafranca E, Rico M, Manterola A, Vila MT, Domínguez MA. Radioterapia guiada por imagen: Impacto clínico . Vol. 32, Anales del Sistema Sanitario de Navarra . scieloes ; 2009. p. 33–7.
11. Korreman S, Rasch C, McNair H, Verellen D, Oelfke U, Maingon P, et al. The European Society of Therapeutic Radiology and Oncology-European Institute of Radiotherapy (ESTRO-EIR) report on 3D CT-based in-room image guidance systems: a practical and technical review and guide. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol*. 2010 Feb;94(2):129–44.
12. Kotte ANTJ, Hofman P, Lagendijk JJW, van Vulpen M, van der Heide UA. Intrafraction motion of the prostate during external-beam radiation therapy: analysis of 427 patients with implanted fiducial markers. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007 Oct;69(2):419–25.
13. van der Heide UA, Kotte ANTJ, Dehnad H, Hofman P, Lagenijk JJW, van Vulpen M. Analysis of fiducial marker-based position verification in the external beam radiotherapy of patients with prostate cancer. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol*. 2007 Jan;82(1):38–45.
14. Bissonnette J-P, Moseley D, White E, Sharpe M, Purdie T, Jaffray DA. Quality



assurance for the geometric accuracy of cone-beam CT guidance in radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;71(1 Suppl):S57-61.

15. Yoo S, Kim G-Y, Hammoud R, Elder E, Pawlicki T, Guan H, et al. A quality assurance program for the on-board imagers. *Med Phys*. 2006 Nov;33(11):4431–47.
16. Zelefsky MJ, Kollmeier M, Cox B, Fidaleo A, Sperling D, Pei X, et al. Improved clinical outcomes with high-dose image guided radiotherapy compared with non-IGRT for the treatment of clinically localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012 Sep;84(1):125–9.
17. Nguyen NP, Kratz S, Lemanski C, Vock J, Vinh-Hung V, Gorobets O, et al. Image-guided radiotherapy for locally advanced head and neck cancer. *Front Oncol*. 2013;3:172.
18. Gill S, Thomas J, Fox C, Kron T, Rolfo A, Leahy M, et al. Acute toxicity in prostate cancer patients treated with and without image-guided radiotherapy. *Radiat Oncol*. 2011 Oct;6:145.
19. International Atomic Energy Agency. Introduction of Image Guided Radiotherapy into Clinical Practice. Vienna: INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY; 2019. (Human Health Reports).
20. Dieterich S, Ford E, Pavord D, Zeng J. IMRT and VMAT. *Pract Radiat Oncol Phys*. 2016;(Mlc):221–7.
21. Hartford AC, Palisca MG, Eichler TJ, Beyer DC, Devineni VR, Ibbott GS, et al. American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) and American College of Radiology (ACR) Practice Guidelines for Intensity-Modulated Radiation Therapy (IMRT). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009;73(1):9–14.
22. Commissie N, Stralingsdosimetrie V. Code of Practice for the Quality Assurance and Control for Intensity Modulated Radiotherapy Disclaimer regarding NCS reports. 2013;(June).
23. Fraass BA, Eisbruch A, Feng M. Intensity-Modulated and Image-Guided Radiation Therapy. Fourth Edi. Clinical Radiation Oncology. Elsevier Inc.; 2015. 294-324.e5 p.
24. Evans SB, Fraass BA, Berner P, Collins KS, Nurushev T, O'Neill MJ, et al. Standardizing dose prescriptions: An ASTRO white paper. *Pract Radiat Oncol*. 2016;6(6):e369–81.
25. Matiz JLP, Reyes NJA, Becerra MPS, Almendrales FPD. Evolución de la mortalidad por cáncer de próstata en Colombia: estudio ecológico. *Urol Colomb*. 2014;23(1):3–10.
26. Instituto Nacional de Cancerología. Manual para la Detección Temprana del Cáncer de Próstata [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 9]. Available from: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Próstata>
27. Savón Moiran L. Cáncer de próstata: actualización. *Rev Inf Científica*. 2019;98(1):117–26.



28. American Cancer Society. Prostate Cancer Stages and Other Ways to Assess Risk [Internet]. 2019. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>
29. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. Available from [Internet]. [cited 2020 Oct 21]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
30. Hall WA, Colbert L, Nickleach D, Shelton J, Marcus DM, Switchenko J, et al. Reduced acute toxicity associated with the use of volumetric modulated arc therapy for the treatment of adenocarcinoma of the prostate. *Pract Radiat Oncol*. 2013;3(4):e157–64.
31. Elith C, Dempsey S, Warren-Forward H. A comparison of the on-treatment side effects using Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT) or Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT) treatment for early stage prostate cancer. In 2014 Combined Scientific Meeting; 2014.
32. Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie-Meder C, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients with Cervical Cancer. *Virchows Arch* [Internet]. 2018 Jun [cited 2020 Aug 14];472(6):919–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29725757>
33. Murillo Ramirez E, Solorzano Tiscareño FJ, Medina Mora I, Muñoz Miramontes EH. Diagnóstico y Tratamiento de cáncer pulmonar de células no pequeñas. Cenetec [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 14]; Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-030-19/ER.pdf>
34. Guckenberger M, Andratschke N, Dieckmann K, Hoogeman MS, Hoyer M, Hurkmans C, et al. ESTRO ACROP consensus guideline on implementation and practice of stereotactic body radiotherapy for peripherally located early stage non-small cell lung cancer. *Radiother Oncol* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 14];124(1):11–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28687397>
35. Castillo Vargas RA, Martínez Martínez G, Sat Muñoz D, Médicigo Micete C. Diagnóstico y tratamiento del sarcoma de tejidos blandos en extremidades y retroperitoneo en adulto. Cenetec [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 14]; Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-286-10/ER.pdf>
36. Le Péchoux C, Moureau-Zabotto L, Llacer C, Ducassou A, Sargos P, Sunyach MP, et al. [Radiotherapy of adult soft tissue sarcoma]. *Cancer Radiother* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Sep 7];20 Suppl:S235-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27523415>
37. Kasper B, Baumgarten C, Garcia J, Bonvalot S, Haas R, Haller F, et al. An update on the management of sporadic desmoid-type fibromatosis: a European Consensus Initiative between Sarcoma PATients EuroNet (SPAEN) and European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)/Soft Tissue and Bone Sarcoma Group (STBSG). *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited





- 2020 Aug 14];28(10):2399–408. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28961825>
38. Nice. Prostate cancer: diagnosis and management. Nice [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 14]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng131/resources/prostate-cancer-diagnosis-and-management-pdf-66141714312133>
39. Morgan SC, Hoffman K, Loblaw DA, Buyyounouski MK, Patton C, Barocas D, et al. Hypofractionated Radiation Therapy for Localized Prostate Cancer: An ASTRO, ASCO, and AUA Evidence-Based Guideline. J Urol [Internet]. 2018 Oct 11 [cited 2020 Aug 14];j.juro.2018.10.001. Available from:  
<http://www.jurology.com/doi/10.1016/j.juro.2018.10.001>
40. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento Manejo Integral de Cáncer y otros Tumores. Guía clínica AUGE: cáncer de próstata en personas de 15 años y más. Minist salud Chile [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 14]; Available from:  
<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/533>
41. NCCN. Anal Carcinoma. Natl Compr cancer Netw. 2020;2.
42. NCCN. Colon Cancer. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.4. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/colon.pdf#Page=11](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf#Page=11)
43. NCCN. Gastric Cancer. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.2. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/gastric.pdf#Page=14](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf#Page=14)
44. NCCN. Rectal Cancer. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.6. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/rectal.pdf#Page=13](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf#Page=13)
45. NCCN. Central Nervous System Cancers. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.2. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/cns.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cns.pdf)
46. NCCN. Thyroid Carcinoma. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.2. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/thyroid.pdf#Page=22](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/thyroid.pdf#Page=22)
47. NCCN. Dermatofibrosarcoma protuberans. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.1. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/dfsp.pdf#Page=6](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/dfsp.pdf#Page=6)
48. NCCN. Merkel Cell Carcinoma. Natl Compr cancer Netw [Internet]. 2019;V.1. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/mcc.pdf#Page=7](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/mcc.pdf#Page=7)
49. NCCN. Squamous Cell Skin Cancer. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.2. Available from:  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/squamous.pdf#Page=11](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/squamous.pdf#Page=11)





50. NCCN. Prostate Cancer. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.2. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/prostate.pdf#Page=18](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf#Page=18)
51. NCCN. Bladder Cancer. Natl Compr cancer Netw. 2020;V.6.
52. NCCN. Hodgkin Lymphoma. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.2. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/hodgkins.pdf#Page=13](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hodgkins.pdf#Page=13)
53. NCCN. Soft Tissue Sarcoma. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.2. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/sarcoma.pdf#Page=14](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/sarcoma.pdf#Page=14)
54. NCCN. Malignant Pleural Mesothelioma. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 14];V.1. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/mpm.pdf#Page=7](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/mpm.pdf#Page=7)
55. NCCN. Non-Small Cell Lung Cancer. Natl Compr Cancer Netw [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14];V.6. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/nscl.pdf#Page=42](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf#Page=42)
56. Pesce GA, Clivio A, Cozzi L, Nicolini G, Richetti A, Salati E, et al. Early clinical experience of radiotherapy of prostate cancer with volumetric modulated arc therapy. *Radiat Oncol.* 2010;5(1):54.
57. Alongi F, Fogliata A, Navarria P, Tozzi A, Mancosu P, Lobefalo F, et al. Moderate hypofractionation and simultaneous integrated boost with volumetric modulated arc therapy (RapidArc) for prostate cancer. *Strahlentherapie und Onkol.* 2012;188(11):990–6.
58. Alongi F, Cozzi L, Fogliata A, Iftode C, Comito T, Clivio A, et al. Hypofractionation with VMAT versus 3DCRT in post-operative patients with prostate cancer. *Anticancer Res.* 2013 Oct;33(10):4537–43.
59. Ng WL, Brunt J, Temple S, Saipillai M, Haridass A, Wong H, et al. Volumetric modulated arc therapy in prostate cancer patients with metallic hip prostheses in a UK centre. *Reports Pract Oncol Radiother J Gt Cancer Cent Pozn Polish Soc Radiat Oncol.* 2015;20(4):273–7.
60. Sveistrup J, Widmark A, Fransson P, Iversen P, Munck Af Rosenschöld P, Engelholm SA, et al. Prospective assessment of urinary, gastrointestinal and sexual symptoms before, during and after image-guided volumetric modulated arc therapy for prostate cancer. *Scand J Urol.* 2015 Feb;49(1):58–69.
61. Ishii K, Ogino R, Hosokawa Y, Fujioka C, Okada W, Nakahara R, et al. Whole-pelvic volumetric-modulated arc therapy for high-risk prostate cancer: treatment planning and acute toxicity. *J Radiat Res [Internet].* 2015 Jan [cited 2020 Sep 6];56(1):141–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25304328>
62. Hegazy MW, Mahmood RI, Al Otaibi MF, Khalil EM. Hypofractionated Volumetric Modulated Arc Radiotherapy with simultaneous Elective Nodal Irradiation is feasible in prostate cancer patients: A single institution experience. *J Egypt Natl Canc Inst.*



2016 Jun;28(2):101–10.

63. Hesselberg G, Fogarty G, Haydu L, Dougheney N, Stricker P. Volumetric Modulated Arc Therapy of the Pelvic Lymph Nodes to the Aortic Bifurcation in Higher Risk Prostate Cancer: Early Toxicity Outcomes. *Biomed Res Int*. 2015;2015:696439.
64. Sveistrup J, af Rosenschöld PM, Deasy JO, Oh JH, Pommer T, Petersen PM, et al. Improvement in toxicity in high risk prostate cancer patients treated with image-guided intensity-modulated radiotherapy compared to 3D conformal radiotherapy without daily image guidance. *Radiat Oncol* [Internet]. 2014 Feb 4 [cited 2020 Aug 22];9:44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24495815>
65. Kok D, Gill S, Bressel M, Byrne K, Kron T, Fox C, et al. Late toxicity and biochemical control in 554 prostate cancer patients treated with and without dose escalated image guided radiotherapy. *Radiother Oncol* [Internet]. 2013 May [cited 2020 Aug 22];107(2):140–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167814013001825>
66. Singh J, Greer PB, White MA, Parker J, Patterson J, Tang CI, et al. Treatment-Related Morbidity in Prostate Cancer: A Comparison of 3-Dimensional Conformal Radiation Therapy With and Without Image Guidance Using Implanted Fiducial Markers. *Int J Radiat Oncol* [Internet]. 2013 Mar [cited 2020 Aug 22];85(4):1018–23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0360301612033330>
67. Raziee H, Moraes FY, Murgic J, Chua MLK, Pintilie M, Chung P, et al. Improved outcomes with dose escalation in localized prostate cancer treated with precision image-guided radiotherapy. *Radiother Oncol* [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 Aug 22];123(3):459–65. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167814017301433>
68. Zapatero A, Roch M, Büchser D, Castro P, Fernández-Banda L, Pozo G, et al. Reduced late urinary toxicity with high-dose intensity-modulated radiotherapy using intra-prostate fiducial markers for localized prostate cancer. *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2017 Sep 3 [cited 2020 Aug 23];19(9):1161–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12094-017-1655-9>
69. Murray J, Griffin C, Gulliford S, Syndikus I, Staffurth J, Panades M, et al. A randomised assessment of image guided radiotherapy within a phase 3 trial of conventional or hypofractionated high dose intensity modulated radiotherapy for prostate cancer. *Radiother Oncol* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 6];142:62–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31767473>
70. Tøndel H, Lund J-Å, Lydersen S, Wanderås AD, Aksnessæther B, Jensen CA, et al. Radiotherapy for prostate cancer - Does daily image guidance with tighter margins improve patient reported outcomes compared to weekly orthogonal verified irradiation? Results from a randomized controlled trial. *Radiother Oncol* [Internet]. 2018 Feb [cited 2020 Sep 6];126(2):229–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29398152>
71. Nakamura K, Mizowaki T, Inokuchi H, Ikeda I, Inoue T, Kamba T, et al. Decreased acute toxicities of intensity-modulated radiation therapy for localized prostate cancer



- with prostate-based versus bone-based image guidance. *Int J Clin Oncol* [Internet]. 2018 Feb [cited 2020 Sep 6];23(1):158–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28756594>
72. Fargier-Voiron M, Presles B, Pommier P, Munoz A, Rit S, Sarrut D, et al. Ultrasound versus Cone-beam CT image-guided radiotherapy for prostate and post-prostatectomy pretreatment localization. *Phys Med* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Sep 6];31(8):997–1004. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26422200>
  73. Würschmidt F, Petersen C, Wahl A, Dahle J, Kretschmer M. [18F]fluoroethylcholine-PET/CT imaging for radiation treatment planning of recurrent and primary prostate cancer with dose escalation to PET/CT-positive lymph nodes. *Radiat Oncol* [Internet]. 2011 May 1 [cited 2020 Sep 6];6:44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21529377>
  74. Lock M, Best L, Wong E, Bauman G, D'Souza D, Venkatesan V, et al. A Phase II trial of arc-based hypofractionated intensity-modulated radiotherapy in localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2011 Aug 1 [cited 2020 Sep 6];80(5):1306–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20708855>
  75. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. 2017.
  76. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación. 2014.
  77. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N. SU. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. *Int J Technol Assess Heal Care*. 2016;32(3):131–9.
  78. Lorena Mesa; Kelly Estrada. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Title. Bogotá: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2020.



## 9. Anexos

### Anexo 1. Metodología identificación de indicaciones radioterapia VMAT e IGRT

#### Fase 1. Revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica

La identificación de las indicaciones se inició con una búsqueda de GPC publicadas entre los años 2015 a 2020 donde se mencionará el uso de radioterapia VMAT o IGRT, esta búsqueda se realizó de forma individual para cada una de las tecnologías. Se revisaron entidades compiladoras o generadoras de GPC sugeridas en la Guía para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, junto con otras fuentes, las cuales se describen en la Tabla 18 para VMAT, Tabla 19 y Tabla 20 para IGRT.

**Tabla 18. Indicaciones encontradas en GPC para VMAT**

Guías de Práctica Clínica	Número	VMAT	Localización
Guías Colombianas	4	0	
Guías Mexicanas	5	1	1. Cáncer de pulmón de no pequeñas
Guías Alemanas	2	0	
ASTRO	36	1	Cáncer de páncreas
ESO-ESMO	26	0	
NCCN	46	3	1. Linfoma de células B 2. Cáncer de pulmón no microcítico 3. Cáncer de pulmón microcítico 4. Cáncer de SNC
NICE	24	0	
GEICAM	2	0	
NZGCG	2	0	
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>5</b>	

Fuente: IETS, 2020.

**Tabla 19. Entidades y fuentes de la búsqueda de GPC- IGRT**

Categoría	Fuente
Ministerio de salud	Colombia
	Chile



Entidad prestadora de servicios de salud	Alberta Health Services (AHS)
Asociación	European Society for Medical Oncology (ESMO)
	The Canadian Association of Gastroenterology Banff Consensus
	Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR)
Agencia de GPC	New Zealand Guidelines Group (NZGG)
	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)
	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
	National Institute for Health and Care excellence (NICE)
Buscador	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING)
	Pubmed
	Guía salud
	Tripdatabase

Fuente: IETS, 2020.

**Tabla 20. Indicaciones para uso de la IGRT por fuente**

Indicación	Fuente	Año	Referencia
Cáncer de cuello uterino	Pubmed	2018	(32)
Cáncer de pulmón	Cenetec	2019	(33)
Cáncer de pulmón	Pubmed	2017	(34)
Sarcoma de tejidos blandos	Cenetec	2015	(35)
Sarcoma de tejidos blandos	Pubmed	2016	(36)
Sarcoma de tejidos blandos	Pubmed	2017	(37)
Cáncer de próstata	NICE	2019	(38)
Cáncer de próstata	Tripdatabase	2018	(39)
Cáncer de próstata	Minsal - Chile	2015	(40)
Carcinoma anal	NCCN	2020	(41)
Cáncer de colon	NCCN	2020	(42)
Cáncer gástrico	NCCN	2020	(43)



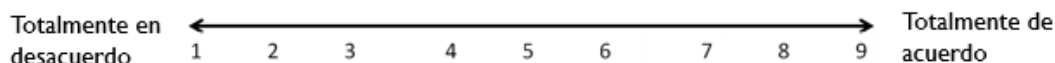
Cáncer rectal	NCCN	2020	(44)
Cáncer de SNC	NCCN	2020	(45)
Carcinoma tiroideo	NCCN	2020	(46)
Dermatofibrosarcoma protuberans	NCCN	2020	(47)
Carcinoma células Merkel	NCCN	2020	(48)
Cáncer de piel escamocelular	NCCN	2020	(49)
Cáncer de próstata	NCCN	2020	(50)
Cáncer renal	NCCN	2020	(51)
Linfoma células T	NCCN	2020	(52)
Sarcoma de tejidos blandos	NCCN	2020	(53)
Mesotelioma Pleural maligno	NCCN	2020	(54)
Cáncer de pulmón microcítico	NCCN	2020	(55)

Fuente: IETS, 2020.

## Fase 2. Panel de expertos grupo desarrollador

Con el fin de validar las indicaciones de uso de VMAT e IGRT, encontradas en la literatura, se conformó un panel de expertos de forma virtual, este espacio contó con la participación de expertos especialistas en radioterapia oncológica, todos los miembros del panel declararon no presentar conflictos de interés personal ni económico para participar y no hubo remuneración ni pago de alguna especie por su contribución en esta instancia ( Anexo 11)

Las decisiones del panel fueron concertadas bajo la metodología de consenso informal, a través del mecanismo de votación. De esta manera, la validación de las indicaciones se realizó por medio de un proceso de votación para cada una de las indicaciones identificadas en la literatura. Además, el nivel de acuerdo del experto respecto del uso de la tecnología en determinada condición se identificó por medio de una escala de Likert

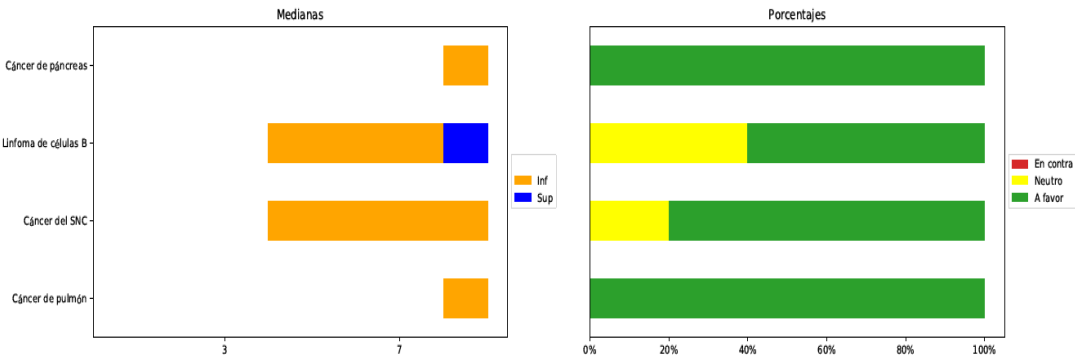


La regla de decisión que guió el consenso entre los expertos, se basó en la escala definida previamente. Si más del 80% de las elecciones de los expertos se encuentra entre uno y tres, existe un fuerte acuerdo en **no considerar la indicación** como condición. En contraste, si el 80% de los votos está entre 7 y 9, existe un acuerdo fuerte de **considerar la tecnología** para la indicación evaluada. Las condiciones cuya votación se concentró entre 4 y 6, son validadas en una segunda ronda, y la regla de decisión para consenso es la mitad más uno de los votos.

### Panel de expertos VMAT grupo desarrollador

Durante el primer panel de expertos para VMAT se llegó a un acuerdo unánime de sus cinco integrantes como condiciones en las que está se usa. Estos resultados se muestran en la Figura 2.

Figura 2. Resultados consenso de expertos de las indicaciones VMAT



Fuente: IETS, 2020

Posterior a la presentación de estos resultados, se expuso la lista de recomendaciones sugeridas por los expertos en el espacio dispuesto para este fin en el formulario inicial. Considerando que hubo coincidencias en las recomendaciones hechas por el panel, estas se puntualizan de acuerdo con la experiencia y práctica en el país (Tabla 21).

Tabla 21. Acuerdo del panel de expertos en las indicaciones del VMAT

Orden	Indicaciones generales	Acuerdo 5/5
1	Cáncer de Pulmón	5
2	Linfoma de células B	3
3	Cáncer de páncreas/Cáncer de vías biliares	5
4	Cáncer SNC	4
5	Cáncer de mama	5
6	Cáncer cuello uterino /endometrio	5
7	Cáncer próstata	5
8	Cáncer cabeza y cuello	5
9	Sarcomas retroperitoneales	5
10	Mesotelioma	4
11	Cáncer de canal anal	4
12	Cáncer de esófago	4
13	Cáncer gástrico	4
14	Sarcomas en extremidades	4





15	Paliativo	4
16	Cáncer Recto	3

Fuente: IETS, 2020.

### Panel de expertos IGRT grupo desarrollador

La discusión del primer panel de expertos se centró en dos puntos, el surgimiento del código CUPS de IGRT dentro de la resolución 5975 de 2016 y su adecuada utilización en el proceso de cobro al sistema. El segundo punto fue el establecimiento de la definición de IGRT para el grupo de expertos, razón por la cual construyeron la siguiente definición:

#### IGRT (RADIOTERAPIA GUIADA POR IMÁGENES)

Definición operativa de IGRT: imágenes antes y durante el tratamiento o fracción de tratamiento para mejorar la precisión y certeza con la que se entrega la radioterapia. Aunque se reconoce que las técnicas como la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y la radioterapia conformacional con simulación virtual y planeación computarizada (3DCRT) requieren para su realización de distintas imágenes durante el inicio y a lo largo del tratamiento. Para la realización de la búsqueda de evidencia que permita soportar el uso de la IGRT se define operativa y administrativamente como: una técnica de radioterapia IMRT-3DCRT, VMAT, SRS o SBRT y que adicional a esto y para su correcta realización se utilizan para garantizar y mejorar la calidad del tratamiento procedimientos adicionales como:

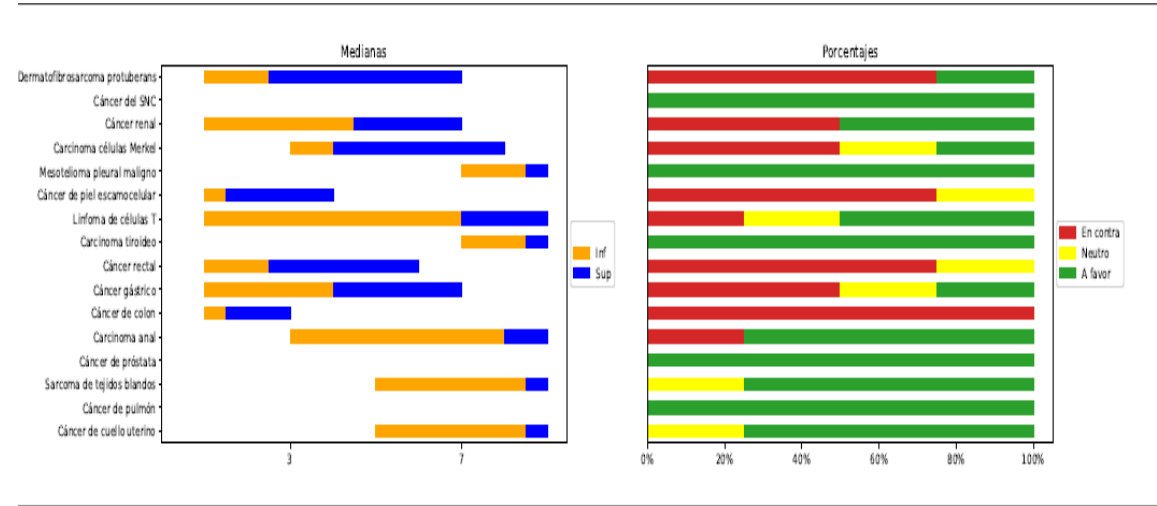
- 1) Toma de imágenes de CBCT diario (Toma de imágenes por tomografía de cono de forma diaria durante todas las sesiones de radioterapia)
- 2) Sistema de verificación de imágenes externo al acelerador
- 3) Guía ecográfica durante la radioterapia para la localización del campo de tratamiento
- 4) Uso de guía de radiación estereoscópica por rayos X para la localización del volumen y entrega de la radioterapia
- 5) Localización intra-fracción y seguimiento del volumen blanco durante la entrega de tratamiento con radioterapia con técnicas como seguimiento en 3D, control respiratorio o Gating o seguimiento de superficie 3D
- 6) Imágenes de localización diaria intrafracción e interfacción de fiducias localizadas en el blanco de tratamiento”

En un segundo panel de expertos, se retomaron las indicaciones descritas en la Tabla 20 y se procedió a realizar la votación teniendo en cuenta la definición de IGRT desarrollada por ellos, la votación se realizó en tiempo real, por medio de la plataforma G Suite de Google se enviaron direcciones URL para el acceso a los formularios de votación los cuales contenían las indicaciones y escala de Likert para cada una de estas, como una última pregunta se dejó un campo abierto para otras indicaciones.



El resultado de votación se describe en la Figura 3. En el campo que se dejó abierto se postularon las siguientes indicaciones: Tumores de Cabeza y cuello, Enfermedad oligometastásica, Cáncer de endometrio y Tumores pediátricos, estas categorías se votaron de forma dicotómica (Si/No). En la segunda ronda de votación se definió las indicaciones para incluir o excluir con el criterio que sean igual o mayor al 60% de los votos, las indicaciones seleccionadas por el grupo de expertos (Tabla 22). En la Tabla 23 se consolida las indicaciones para VMAT e IGRT

Figura 3. Resultados consenso de expertos de las indicaciones IGRT



Fuente IETS, 2020

Tabla 22. Acuerdo del panel de expertos en las indicaciones del IGRT

Orden	Indicaciones generales	Acuerdo 5/5
1	Cáncer de pulmón	5
2	Cáncer de próstata	5
3	Carcinoma tiroideo	5
4	Mesotelioma pleural maligno	5
5	Cáncer SNC	4
6	Cáncer de cuello uterino	4
7	Sarcoma de tejidos blandos	5
8	Carcinoma anal	5
9	Cáncer gástrico	4
10	Cáncer rectal	4
11	Linfomas	4
12	Tumor de Wilms	4
13	Tumores de Cabeza y cuello	5



14	Enfermedad oligometastásica	5
15	Cáncer de endometrio	5
16	Tumores pediátricos	5

Fuente: IETS, 2020.

**Tabla 23. Consolidación información indicaciones radioterapia VMAT e IGRT**

Sistema	Indicaciones IGRT	Indicaciones VMAT
Sistema Respiratorio	Cáncer de pulmón	Cáncer de Pulmón
	Mesotelioma pleural maligno	Mesotelioma pleural maligno
Cáncer de próstata	Cáncer de próstata	Cáncer de próstata
Cáncer del SNC	Cáncer del SNC	Cáncer SNC
Cuello uterino y endometrio	Cáncer de cuello uterino	Cáncer cuello uterino/ endometrio
	Endometrio	-
Sistema Gastrointestinal	Carcinoma anal	Cáncer de canal
	Cáncer gástrico	Cáncer gástrico
	Cáncer rectal	Cáncer Recto
	-	Cáncer de esófago
	-	Cáncer de vías biliares
	-	Cáncer de páncreas
Cabeza y cuello	Cáncer de Cabeza y cuello	Cáncer Cabeza y cuello
	Carcinoma tiroideo	-
Linfoma, Piel y sarcomas	Linfomas	Linfomas
	Cáncer de piel	-
	Sarcoma de tejidos blandos	Sarcomas retroperitoneales y extremidades
Mama	Cáncer de mama	Cáncer de mama



Fuente: IETS, 2020.

**Anexo 2. Trazabilidad de la tecnología IGRT- CUPS 922445**

Código Res. 4678 y 1353 de 2015	Descripción Res. 4678 y 1353 de 2015	Traza nuevo 2016 CUPS 2016	Código Res. 5975 de 2016	Descripción Res. 5975 de 2016	Observaciones
No existía	No existía	2	922445	Teleterapia acelerador con lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	Es un procedimiento subcategoría <b>NUEVO</b> para la Resolución 1896 y sus adiciones o modificaciones
Código Res. 4678 de 2015 y Res. 5975 de 2016	Descripción Res. 4678 de 2015 y 5975 de 2016	Traza nuevo CUPS 2017	Código Res. 1132 de 2017	Descripción Res. 1132 de 2017	Observaciones
922445	Teleterapia acelerador con lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	1	922445	Teleterapia acelerador con lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 1896 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
Código Res. 1132 de 2017	Descripción Res. 1132 de 2017	Traza nuevo CUPS 2018	Código Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Descripción Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Observaciones
922445	Teleterapia acelerador con lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia	1	922445	Teleterapia acelerador con lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 1132 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>



	guiada por imágenes [IGRT]			radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	
Código Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Descripción Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Traza nuevo CUPS 2018	Código Res. 5851 de 2018	Descripción Res. 5851 de 2018	Observaciones
922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	1	922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5171 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
Código Res. 5851 de 2018	Descripción Res. 5851 de 2018	Traza nuevo CUPS 2019	Código Res. 3945 de 2019	Descripción Res. 3945 de 2019	Observaciones
922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	1	922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5851 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
Código Res. 5851 de 2018	Descripción Res. 5851 de 2018	Traza nuevo CUPS 2020	Código Res. 3945 de 2019 y 537 de 2020	Descripción Res. 3945 de 2019 y 537 de 2020	Observaciones
922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	1	922445	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5851 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>

Fuente: IETS, 2020.



### Anexo 3. Trazabilidad de la tecnología VMAT – CUPS 922446

Código Res. 4678 y 1353 de 2015	Descripción Res. 4678 y 1353 de 2015	Traza nuevo 2016 CUPS 2016	Código Res. 5975 de 2016	Descripción Res. 5975 de 2016	Observaciones
No existía	No existía	2	922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	Es un procedimiento subcategoría <b>NUEVO</b> para la Resolución 1896 y sus adiciones o modificaciones
Código Res. 4678 de 2015 y Res. 5975 de 2016	Descripción Res. 4678 de 2015 y 5975 de 2016	Traza nuevo CUPS 2017	Código Res. 1132 de 2017	Descripción Res.1132 de 2017	Observaciones
922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	1	922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 1896 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
Código Res. 1132 de 2017	Descripción Res. 1132 de 2017	Traza nuevo CUPS 2018	Código Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Descripción Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Observaciones
922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de	1	922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 1132 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>



	modulación volumétrica [VMAT]				
Código Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Descripción Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Traza nuevo CUPS 2018	Código Res. 5851 de 2018	Descripción Res. 5851 de 2018	Observaciones
922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	1	922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5171 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
Código Res. 5851 de 2018	Descripción Res. 5851 de 2018	Traza nuevo CUPS 2019	Código Res. 3945 de 2019	Descripción Res. 3945 de 2019	Observaciones
922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	1	922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5851 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
Código Res. 5851 de 2018	Descripción Res. 5851 de 2018	Traza nuevo CUPS 2020	Código Res. 3945 de 2019 y 537 de 2020	Descripción Res. 3945 de 2019 y 537 de 2020	Observaciones
922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de	1	922446	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5851 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>



	modulación volumétrica [VMAT]			de modulación volumétrica [VMAT]	
--	----------------------------------	--	--	-------------------------------------	--

Fuente: IETS, 2020.

#### Anexo 4. Trazabilidad de la tecnología IMRT – CUPS 922444

Código resolución 4678 y 1353 de 2015	Descripción resolución 4678 y 1352	Traza nuevo 2016 CUPS 2016	Código resolución 5975 de 2016	Descripción resolución 5975 de 2016	Observaciones
No existía	No existía	2	922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	Es un procedimiento subcategoría <b>NUEVO</b> para la Resolución 1896 y sus adiciones o modificaciones
Código Res. 4678 de 2015 y Res. 5975 de 2016	Descripción Res. 4678 de 2015 y 5975 de 2016	Traza nuevo CUPS 2017	Código Res. 1132 de 2017	Descripción Res.1132 de 2017	Observaciones
922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	1	922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 1896 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
Código Res. 1132 de 2017	Descripción Res. 1132 de 2017	Traza nuevo CUPS 2018	Código Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Descripción Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018	Observaciones
922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual)	1	922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual)	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 1132 y sus adiciones o



	técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]			técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
<b>Código Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018</b>	<b>Descripción Res. 5171 de 2017 y 483 de 2018</b>	<b>Traza nuevo CUPS 2018</b>	<b>Código Res. 5851 de 2018</b>	<b>Descripción Res. 5851 de 2018</b>	<b>Observaciones</b>
922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	1	922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5171 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
<b>Código Res. 5851 de 2018</b>	<b>Descripción Res. 5851 de 2018</b>	<b>Traza nuevo CUPS 2019</b>	<b>Código Res. 3945 de 2019</b>	<b>Descripción Res. 3945 de 2019</b>	<b>Observaciones</b>
922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	1	922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5851 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>
<b>Código Res. 5851 de 2018</b>	<b>Descripción Res. 5851 de 2018</b>	<b>Traza nuevo CUPS 2020</b>	<b>Código Res. 3945 de 2019 y 537 de 2020</b>	<b>Descripción Res. 3945 de 2019 y 537 de 2020</b>	<b>Observaciones</b>
922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	1	922444	Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica Radioterapia de Intensidad Modulada [IMRT]	El procedimiento o subcategoría de la Resolución 5851 y sus adiciones o modificaciones, se <b>MANTIENE</b>





Fuente: IETS, 2020.

#### Anexo 5. Trazabilidad de inclusión del comparador IMRT CUPS 922445 en el PBSUPC

CUPS	Res. 5521 de 2013	Res. 5925 de 2014	Res. 5592 de 2015	Res. 6408 de 2016
922444	No existía el CUPS.	No existía el CUPS.	No existía el CUPS.	<b>NO</b> financiado con recursos de la UPC
CUPS	Res. 5269 de 2017	Res. 5857 de 2018	Res. 3512 de 2019	
922444	Financiado con recursos de la UPC	Financiado con recursos de la UPC	Financiado con recursos de la UPC	

Fuente: elaboración de los autores a partir de resoluciones de actualización de beneficios con cargo a la UPC 2013-2020

Nota: la tecnología evaluada (922446) no hace parte de los beneficios con cargo a la UPC

#### Anexo 6. Lista de CIE-10 asociados al cáncer de próstata

CIE-10	Nombre de la indicación
C61X	Tumor maligno de la próstata
D075	Carcinoma in situ de la próstata
D400	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la próstata

Fuente: elaboración de los autores a partir de panel de expertos y Clasificación Internacional de Enfermedades



## Anexo 7. Metodología para estimación del factor de expansión

Para poder expandir de forma eficiente la población obtenida en consultas de bases de datos, se calcularon ponderadores que midieran de forma efectiva el porcentaje de la población se contenía en cada una. Estos ponderadores tienen como principal supuesto, que aquellas entidades que no estén incluidas tienen un comportamiento de riesgo similar a aquellas que componen la base. Es decir, para el caso de recobros los pacientes pertenecientes a EPS de régimen subsidiado tienen los mismos perfiles que aquellos pertenecientes al régimen contributivo. De igual forma, en el caso de la base del estudio de suficiencia, se asume que los pacientes del régimen subsidiado y aquellos del régimen contributivo pertenecientes a aseguradoras que no cumplieran los criterios de la malla validadora desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social tienen las mismas condiciones de riesgos en salud que aquellos pacientes de las EPS del régimen contributivo que componen la base.

**Tabla 24: Listado de EPS que aprobaron la malla validadora de MinSalud por año**

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
EPS001	EPS001	EPS002	EPS002	EPS002	EAS016	EPS001
EPS002	EPS002	EPS003	EPS003	EPS005	EPS001	EPS002
EPS003	EPS003	EPS008	EPS008	EPS008	EPS002	EPS005
EPS005	EPS005	EPS010	EPS010	EPS010	EPS005	EPS008
EPS008	EPS008	EPS012	EPS012	EPS012	EPS008	EPS010
EPS010	EPS010	EPS013	EPS013	EPS016	EPS010	EPS016
EPS012	EPS012	EPS016	EPS016	EPS017	EPS016	EPS017
EPS013	EPS013	EPS017	EPS017	EPS018	EPS017	EPS018
EPS016	EPS016	EPS023	EPS018	EPS023	EPS018	EPS037
EPS017	EPS017	EPS037	EPS037	EPS037	EPS033	
EPS018	EPS018				EPS037	
EPS023	EPS023					
EPS037	EPS037					

Fuente IETS, 2020

Para esto, se tomaron los valores de las EPS que aprobaron la malla validadora en cada año, presentadas en la Tabla 24. Teniendo esta lista como base, se desarrolló una serie de consultas en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para todas las consultas se tomó la población de edad menor o igual a 110 años con los estados de afiliación: Activo, o Activo por emergencia, o Afiliación interrumpida, o Suspendido, o Suspendido por documento, o Suspendido por mora, como filtro.



En la primera consulta, se buscó encontrar la población total que representaría la base del estudio de suficiencia. Para esto adicional a las separaciones descritas previamente, se separó la población por EPS a la cual se encontraba afiliada y para cada año se sumaron las correspondientes a la Tabla 24.

La segunda consulta corresponde a la población total de los regímenes de interés (contributivo y subsidiado), clasificada por los mismos. Se tomaron los filtros y separaciones originales, incluyendo adicionalmente la clasificación por régimen, eliminando a los afiliados a regímenes especiales y de excepción. Se consideró únicamente la población del régimen contributivo como la asociada a la base de datos de MIPRES y la suma de los regímenes contributivos y subsidiados como la población total de interés para el estudio.

Teniendo los 3 conjuntos se calcularon los factores de expansión correspondientes. La Tabla 25 presenta la población que corresponde a la base de suficiencia y la Tabla 26 presenta el total de afiliados al sistema de salud por el régimen contributivo (equivalente a la población que corresponde a la base de MIPRES).

**Tabla 25: Resultados de búsquedas poblacionales en BDUA para suficiencia**

Periodo	Afiliada (BDUA)	Suficiencia	Factor de Expansión
2012	42,310,737	18,896,582	2.24
2013	42,298,874	19,056,947	2.22
2014	43,024,596	17,746,222	2.42
2015	44,052,810	18,794,854	2.34
2016	44,329,607	16,426,320	2.70
2017	44,147,113	16,959,648	2.60
2018	44,726,803	17,781,497	2.52

Fuente: Elaboración de los autores a partir de cálculos IETS

**Tabla 26. Resultados de búsquedas poblacionales en BDUA para MIPRES**

Periodo	Contributivo	Subsidiado	Total	Factor de Expansión
2009	18,235,901	20,494,516	38,730,417	2.12
2010	18,710,120	21,670,918	40,381,038	2.16
2011	19,095,870	22,155,671	41,251,541	2.16
2012	19,779,583	22,531,155	42,310,737	2.14
2013	19,735,471	22,563,403	42,298,874	2.14
2014	20,359,432	22,665,165	43,024,596	2.11
2015	20,846,621	23,206,189	44,052,810	2.11
2016	21,715,034	22,614,574	44,329,607	2.04
2017	21,908,399	22,238,714	44,147,113	2.02
2018	22,156,402	22,570,400	44,726,803	2.02
2019	22,551,585	22,821,212	45,372,797	2.01

2020	22,188,104	23,788,063	45,976,167	2.07
------	------------	------------	------------	------

Fuente: Elaboración de los autores a partir de cálculos IETS

Para realizar una proyección poblacional para la población de interés en el estudio, basta multiplicar los casos obtenidos en cada año, por el factor de expansión correspondiente para el mismo.

Anexo 8. Resultados búsqueda cáncer de próstata VMAT términos de búsqueda

Categoría	Términos Controlados	Términos libres
Términos relacionados con la indicación	Prostatic Neoplasms	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prostate Neoplasms</li> <li>Neoplasms, Prostate</li> <li>Neoplasm, Prostate</li> <li>Prostate Neoplasm</li> <li>Neoplasms, Prostatic</li> <li>Neoplasm, Prostatic</li> <li>Prostatic Neoplasm</li> <li>Prostate Cancer</li> <li>Cancer, Prostate</li> <li>Cancers, Prostate</li> <li>Prostate Cancers</li> <li>Cancer of the Prostate</li> <li>Prostatic Cancer</li> <li>Cancer, Prostatic</li> <li>Cancers, Prostatic</li> <li>Prostatic Cancers</li> <li>Cancer of Prostate</li> </ul>
Términos relacionados con Radioterapia	Radiotherapy, Intensity-Modulated	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intensity-Modulated Radiotherapies</li> <li>Intensity-Modulated Radiotherapy</li> <li>Radiotherapies, Intensity-Modulated</li> <li>Radiotherapy, Intensity Modulated</li> <li>Volumetric-Modulated Arc Therapy</li> <li>Arc Therapies, Volumetric-Modulated</li> <li>Arc Therapy, Volumetric-Modulated</li> <li>Therapies, Volumetric-Modulated Arc</li> <li>Therapy, Volumetric-Modulated Arc</li> <li>Volumetric Modulated Arc Therapy</li> <li>Volumetric-Modulated Arc Therapies</li> <li>Intensity-Modulated Arc Therapy</li> <li>Arc Therapies, Intensity-Modulated</li> <li>Arc Therapy, Intensity-Modulated</li> </ul>



- Intensity Modulated Arc Therapy
- Intensity-Modulated Arc Therapies
- Therapies, Intensity-Modulated Arc
- Therapy, Intensity-Modulated Arc

Fuente: IETS, 2020.

### Resultados de búsqueda

Tipo de búsqueda	Sistemática		
Base de datos	Medline		
Plataforma	Ovid		
Fecha de búsqueda	27 de agosto de 2020		
Rango de fecha de búsqueda	1946 a semana 2 de agosto de 2020		
Restricciones de lenguaje	Sin restricción		
Otros límites	Revisiones de alta especificidad Revisiones mejor balance especificidad y sensibilidad Terapia de alta especificidad Terapia mejor balance especificidad y sensibilidad		
Estrategia de búsqueda	#	Búsquedas	Resultados
	1	exp Uterine Cervical Neoplasms/	74989
	2	(Neoplasm adj1 Cervi*).ti,ab.	146
	3	(tumor adj3 Cervi*).ti,ab.	2268
	4	(Cancer adj5 Uterine).ti,ab.	7282
	5	(Cancer adj5 Cervi*).ti,ab.	47910
	6	(Endometri* adj3 Neoplasm*).ti,ab.	371
	7	(Endometri* adj3 Carcinoma*).ti,ab.	11263
	8	(Endometri* adj3 Cancer*).ti,ab.	17684
	9	(Endometri* adj3 tumor).ti,ab.	1009
	10	exp central nervous system tumor/	184109



11	(Neoplasm* and (Central adj1 Nervous adj1 System)).ti,ab.	2455
12	(Tumor* and (Central adj1 Nervous adj1 System)).ti,ab.	13811
13	(CNS adj5 Neoplasm*).ti,ab.	472
14	(Neoplasm* adj5 (Head adj2 Neck)).ti,ab.	920
15	(Cancer adj5 (Head adj2 Neck)).ti,ab.	22506
16	((Upper adj1 Aerodigestive adj1 Tract) and Neoplasm*).ti,ab.	196
17	(UADT adj2 Neoplasm*).ti,ab.	2
18	(Head adj2 Neoplasm*).ti,ab.	86
19	(Neck adj2 Neoplasm*).ti,ab.	497
20	(Cancer adj3 Head).ti,ab.	21774
21	(Cancer adj3 Neck).ti,ab.	21031
22	(prostat* adj5 tumor).ti,ab.	9069
23	(Prostat* adj1 Neoplasm*).ti,ab.	394
24	(Prostat* adj3 Cancer*).ti,ab.	109894
25	exp B cell lymphoma/	48990
26	(Lymphoma* and (B adj1 Cell)).ti,ab.	39527
27	(Neoplasm* adj3 Retroperitoneal*).ti,ab.	182
28	exp alveolar soft part sarcoma/	380
29	(Alveolar and sarcoma and (Soft adj1 Part*)).ti,ab.	696
30	exp clear cell sarcoma/	579
31	((Clear adj1 Cell) and Sarcoma*).ti,ab.	1561
32	(Melanoma and (Soft adj2 Part*)).ti,ab.	139
33	((Clear adj1 Cell) and Sarcoma and (Soft adj1 Tissue*)).ti,ab.	310
34	exp palliative therapy/	54266
35	(Treatment* adj1 Palliative).ti,ab.	6227
36	(Therap* adj1 Palliative).ti,ab.	2024
37	exp volumetric modulated arc therapy/	10181
38	((Intensity adj1 Modulated) and (Arc adj1 Therap*)).ti,ab.	824
39	VMAT.ti,ab.	2017
40	((Volumetric adj1 Modulated) and (Arc adj1 Therap*)).ti,ab.	1564



41	exp Endometrial Neoplasms/	21776
42	exp "Head and Neck Neoplasms"/	309889
43	exp Prostatic Neoplasms/	128426
44	exp Retroperitoneal Neoplasms/	9260
45	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 41 or 42 or 43 or 44	876636
46	37 or 38 or 39 or 40	10900
47	45 and 46	5987
48	limit 47 to "therapy (maximizes specificity)"	194
49	limit 47 to ("reviews (maximizes specificity)" and last 5 years)	43
50	limit 47 to ("reviews (best balance of sensitivity and specificity)" and last 5 years)	216
51	limit 47 to "therapy (best balance of sensitivity and specificity)"	374

Fuente: IETS, 2020.

Tipo de búsqueda	Sistemática
Base de datos	Embase
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	27 de agosto de 2020
Rango de fecha de búsqueda	1946 a semana 3 de agosto de 2020
Restricciones de lenguaje	Sin restricción
Otros límites	Revisiones de alta especificidad Revisiones mejor balance especificidad y sensibilidad Terapia de alta especificidad Terapia mejor balance especificidad y sensibilidad
Estrategia de búsqueda	



#	Búsquedas	Resultados
1	exp uterine cervix tumor/	112493
2	(Neoplasm adj1 Cervi*).ti,ab.	184
3	(tumor adj3 Cervi*).ti,ab.	3541
4	(Cancer adj5 Uterine).ti,ab.	9033
5	(Cancer adj5 Cervi*).ti,ab.	73057
6	exp endometrium tumor/	64532
7	(Endometri* adj3 Neoplasm*).ti,ab.	518
8	(Endometri* adj3 Carcinoma*).ti,ab.	17355
9	(Endometri* adj3 Cancer*).ti,ab.	31404
10	(Endometri* adj3 tumor).ti,ab.	1757
11	exp central nervous system tumor/	325571
12	(Neoplasm* and (Central adj1 Nervous adj1 System)).ti,ab.	3792
13	(Tumor* and (Central adj1 Nervous adj1 System)).ti,ab.	21875
14	(CNS adj5 Neoplasm*).ti,ab.	876
15	exp head tumor/	11542
16	exp neck tumor/	9679
17	(Neoplasm* adj5 (Head adj2 Neck)).ti,ab.	1286
18	(Cancer adj5 (Head adj2 Neck)).ti,ab.	38543
19	((Upper adj1 Aerodigestive adj1 Tract) and Neoplasm*).ti,ab.	263
20	(UADT adj2 Neoplasm*).ti,ab.	3
21	(Head adj2 Neoplasm*).ti,ab.	151
22	(Neck adj2 Neoplasm*).ti,ab.	643
23	(Cancer adj3 Head).ti,ab.	37086
24	(Cancer adj3 Neck).ti,ab.	36168
25	exp prostate tumor/	244240
26	(prostat* adj5 tumor).ti,ab.	14721
27	(Prostat* adj1 Neoplasm*).ti,ab.	458
28	(Prostat* adj3 Cancer*).ti,ab.	193243
29	exp B cell lymphoma/	117486





30	(Lymphoma* and (B adj1 Cell)).ti,ab.	69902
31	exp retroperitoneal tumor/	8980
32	(Neoplasm* adj3 Retroperitoneal*).ti,ab.	220
33	exp alveolar soft part sarcoma/	1244
34	(Alveolar and sarcoma and (Soft adj1 Part*)).ti,ab.	1012
35	exp clear cell sarcoma/	1583
36	((Clear adj1 Cell) and Sarcoma*).ti,ab.	2811
37	(Melanoma and (Soft adj2 Part*)).ti,ab.	195
38	((Clear adj1 Cell) and Sarcoma and (Soft adj1 Tissue*)).ti,ab.	498
39	exp palliative therapy/	111140
40	(Treatment* adj1 Palliative).ti,ab.	10755
41	(Therap* adj1 Palliative).ti,ab.	3550
42	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41	1079175
43	exp volumetric modulated arc therapy/	3478
44	((Intensity adj1 Modulated) and (Arc adj1 Therap*)).ti,ab.	1965
45	VMAT.ti,ab.	7907
46	((Volumetric adj1 Modulated) and (Arc adj1 Therap*)).ti,ab.	4197
47	43 or 44 or 45 or 46	9613
48	42 and 47	3185
49	limit 48 to ("reviews (best balance of sensitivity and specificity)" and last 5 years)	103
50	limit 48 to "therapy (best balance of sensitivity and specificity)"	262
51	limit 48 to "therapy (maximizes specificity)"	34
52	limit 48 to ("reviews (maximizes specificity)" and last 5 years)	10

Fuente: IETS, 2020.



Tipo de búsqueda	Sistemática																										
Base de datos	Cochrane Library																										
Plataforma	Ovid																										
Fecha de búsqueda	20 de agosto de 2020																										
Rango de fecha de búsqueda	Sin limites																										
Restricciones de lenguaje	Sin restricción																										
Otros límites	Revisiones sistemáticas de la literatura																										
Estrategia de búsqueda	<table><tr><th>#</th><th>Búsquedas</th><th>Resultados</th></tr><tr><td>1</td><td>[exp Radiotherapy, Intensity-Modulated/]</td><td>0</td></tr><tr><td>2</td><td>VMAT.ti,ab.</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>(Radiotherapy, adj5 Intensity-Modulated).ti,ab.</td><td>3</td></tr><tr><td>4</td><td>(Radiotherapy adj5 Intensity adj5 Modulated).ti,ab.</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>(Radiotherapy adj5 Planning adj5 Computer-Assisted).ti,ab.</td><td>0</td></tr><tr><td>6</td><td>(Radiotherapy adj5 Planning adj5 Computer adj5 Assisted).ti,ab.</td><td>0</td></tr><tr><td>7</td><td>1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6</td><td>4</td></tr></table>			#	Búsquedas	Resultados	1	[exp Radiotherapy, Intensity-Modulated/]	0	2	VMAT.ti,ab.	1	3	(Radiotherapy, adj5 Intensity-Modulated).ti,ab.	3	4	(Radiotherapy adj5 Intensity adj5 Modulated).ti,ab.	3	5	(Radiotherapy adj5 Planning adj5 Computer-Assisted).ti,ab.	0	6	(Radiotherapy adj5 Planning adj5 Computer adj5 Assisted).ti,ab.	0	7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	4
#	Búsquedas	Resultados																									
1	[exp Radiotherapy, Intensity-Modulated/]	0																									
2	VMAT.ti,ab.	1																									
3	(Radiotherapy, adj5 Intensity-Modulated).ti,ab.	3																									
4	(Radiotherapy adj5 Intensity adj5 Modulated).ti,ab.	3																									
5	(Radiotherapy adj5 Planning adj5 Computer-Assisted).ti,ab.	0																									
6	(Radiotherapy adj5 Planning adj5 Computer adj5 Assisted).ti,ab.	0																									
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	4																									

Fuente: IETS, 2020.

Tipo de búsqueda	Manual		
Base de datos	Google académico		
Plataforma	Google académico		
Fecha de búsqueda	20 de agosto de 2020		
Rango de fecha de búsqueda	Sin límites		
Restricciones de lenguaje	Sin restricción		
Otros límites	Revisiones sistemáticas de la literatura		



La salud  
es de todos

Minsalud

Estrategia de  
búsqueda

(cancer or neoplasm or tumor) AND VMAT

Fuente: IETS, 2020.



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®



**Tabla 27. Resumen de evidencia**

Estudio (referencia)	Tipo de estudio	Población (breve descripción de pacientes objeto de estudio)	Intervención (como se uso, tiempo)	Comparador(es)
Pesce et al 2010 (56)	estudio de factibilidad	45 pacientes con una mediana de edad de $72 \pm 3$ , afectados por carcinoma de próstata (T1c: 22 pacientes, T2a-b: 17 pacientes, T3a-b: 6 pacientes. N0: 43 pacientes, N1-Nx: 2 pacientes, todos M0), con PSA inicial de $6,7 \pm 3,6$ [0,1, 26,0]	grupo A (16 pacientes) recibió una dosis total de 70 Gy hasta un volumen objetivo de planificación (PTVII) que incluía también la base de las vesículas seminales, más un refuerzo de 6-8 Gy solo en la próstata (PTVI). Con fines exclusivos o adyuvantes	El grupo B (29 pacientes, incluidos dos pacientes posoperatorios) recibió un único curso de tratamiento de hasta 78 Gy en todo el PTV, incluida la próstata y la base de las vesículas seminales (o lecho prostático para los pacientes que se sometieron a cirugía)
Alongi et al 2012 (57)	Estudio retrospectivo	70 pacientes con adenocarcinoma de próstata, estadios clínicos T1b–c, T2a–c; N0, M0, edad: 75 años (rango 60–84 años).	RapidArc fines exclusivos	NR



Estudio (referencia)	Tipo de estudio	Población (breve descripción de pacientes objeto de estudio)	Intervención (como se uso, tiempo)	Comparador(es)
Alongi et al 2013 (58)	Estudio prospectivo	84 pacientes con cáncer de próstata localizado tratados, tras prostatectomía radical, con irradiación del lecho prostático., mediana de edad de 67 y 69 años, Después de la prostatectomía radical, la mediana del tiempo transcurrido hasta la RT fue de 15 y 16 meses	39 pacientes recibieron Radioterapia con hipofraccionamiento por arco de modulación volumétrica (VMAT, grupo Hypo-RapidArc), fines adjuvantes	45 pacientes recibieron Radioterapia y fraccionamiento convencional. mediante radioterapia conformada tridimensional (3DCRT)
Loon et al 2015 (59)	Estudio retrospectivo	23 pacientes con prótesis de cadera y cáncer de próstata no metastásico (adenocarcinoma de cáncer de próstata T1 a T3)	VMAT (terapia de arco volumétrico modulado) RapidArc™ (RA) utilizando 1 o 2 arcos y haces de fotones de 10 MV, con una intención radical exclusivo	NR
Sveistrup et al 2015 (60)	Estudio prospectivo	87 pacientes con cáncer de próstata, ≤T2a: 17 pacientes (19%), T2b: 5 pacientes (6%) y ≥T2c 65 (75%), la gran mayoría de los pacientes (84%) tenían alto riesgo enfermedad.	terapia de arco volumétrico modulado guiada por imágenes (IG-VMAT), con fines curativos, Todos los pacientes recibieron ADT neoadyuvante y concomitante principalmente como agonista de la hormona liberadora de	antes y después de la intervención



Estudio (referencia)	Tipo de estudio	Población (breve descripción de pacientes objeto de estudio)	Intervención (como se uso, tiempo)	Comparador(es)
			gonadotropinas (GnRH). Con fines exclusivos	
Ishii et al 2015 (61).	Estudio prospectivo	100 pacientes consecutivos de cáncer de próstata de alto riesgo. Estadío clínico: T1: 12 T2: 30 T3: 52 T4: 6	VMAT definitivo con radioterapia profiláctica de la pelvis completa (WPRT), exclusivos	NR
Hegazy et al 2016 (62)	Estudio prospectivo	29 pacientes saudís con cáncer de próstata confinados al órgano (OC), mediana de edad 64 años	radioterapia volumétrica de arco modulado hipofraccionada (VMAT) Sim simultánea Integrated Boost (SIB) Radiación nodal electiva (ENI) Radioterapia pélvica completa (WPRT), 24 pacientes (83%) fueron tratados con neoadyuvante; terapia concurrente de privación de andrógenos (ADT)	NR



Estudio (referencia)	Tipo de estudio	Población (breve descripción de pacientes objeto de estudio)	Intervención (como se uso, tiempo)	Comparador(es)
Hesselberg et al 2015 (63).	Estudio retrospectivo	113 pacientes con diagnóstico de carcinoma de próstata Etapa: T1-2a: 38 (34%) T2b: 8 (7%) T2c-4: 60 (53%) Desconocido: 7 (6%)	Radioterapia definitiva, toda la cohorte paciente con riesgo intermedio y alto  VMAT se entregó en dos o tres arcos con un rango máximo de 360 grados con variación simultánea de la velocidad del pórtico, la tasa de dosis y la posición de la hoja. Se utilizó una energía de 10 MV y una tasa de dosis máxima de 600 unidades de monitor por minuto	subgrupo RT adyuvante o de rescate.

Fuente: IETS, 2020.





## Anexo 9. Resultados búsqueda cáncer de próstata IGRT términos de búsqueda

Categoría	Términos DeCS	Términos MESH	Términos libres en español	Términos libres en ingles
Términos relacionados con la indicación	Neoplasias de la próstata	Prostatic neoplasms	Cáncer de próstata	Prostate cancer
Términos relacionados con Radioterapia	Radioterapia guiada por imagen	Radiotherapy image-guided		IGRT
	Tomografía computarizada de haz cónico	Cone-beam computed tomography		CBCT
	Percepción de profundidad	Depth perception	Radiación estereoscópica	Stereoscopic radiation
			Seguimiento de superficie 3D	Surface tracking 3D
	Marcadores fiduciales	Fiducial marker		

Fuente: IETS, 2020.

## Resultados de búsqueda

Tipo de búsqueda	Revisión rápida de literatura	
Base de datos	Pubmed	
Plataforma	Pubmed	
Fecha de búsqueda	21-08-2020	
Rango de fecha de búsqueda	2010-2020	
Restricciones de lenguaje	Idioma: inglés y español	



Otros límites	Especie: Humanos	
Estrategia de búsqueda	#1	(prostate cancer) OR (prostatic neoplasms)
	#2	(radiotherapy image guided) OR (IGRT)
	#3	(((Cone-beam computed tomography) OR (depth perception)) OR (stereoscopic radiation)) OR (surface tracking 3D)) OR (fiducial marker)
	#4	#1 AND #2 AND #3

87,625

5,504

21,663

372

Tipo de búsqueda	Revisión rápida de literatura	
Base de datos	Embase	
Plataforma	Ovid	
Fecha de búsqueda	30-08-2020	
Rango de fecha de búsqueda	2010-2020	
Restricciones de lenguaje	Idioma: inglés y español	
Otros límites	Especie: Humanos	
Estrategia de búsqueda	#1	(prostate cancer) OR (prostatic neoplasms)
	#2	(radiotherapy image guided) OR (IGRT)
	#3	(((Cone-beam computed tomography) OR (depth perception)) OR (stereoscopic radiation)) OR (surface tracking 3D)) OR (fiducial marker)
	#4	#1 AND #2 AND #3

34,439

166

2,437

19

Tipo de búsqueda	Revisión rápida de literatura	
Base de datos	Cochrane Library	
Plataforma	Ovid	



Fecha de búsqueda	21-08-2020	
Rango de fecha de búsqueda	2010-2020	
Restricciones de lenguaje	Idioma: inglés y español	
Otros límites	Especie: Humanos	
Estrategia de búsqueda	#1 (prostate cancer) OR (prostatic neoplasms)	<b>10,916</b>
	#2 (radiotherapy image guided) OR (IGRT)	<b>535</b>
	#3 (((Cone-beam computed tomography) OR (depth perception)) OR (stereoscopic radiation)) OR (surface tracking 3D)) OR (fiducial marker)	<b>1,679</b>
	#4 #1 AND #2 AND #3	<b>44</b>

Fuente: IETS, 2020



**Tabla 28. Tabla de resumen de la evidencia IGRT**

Estudio (Referencias)	Año	Población	Intervención	Comparador
Sveistrup et al. (64)	2014	Pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo tratados con radioterapia en el Departamento de Oncología Radioterápica de Rigshospitalet, Copenhague, Dinamarca entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2010. Con estadio T $\geq$ T2c o una puntuación de Gleason $\geq$ 8 o un nivel de antígeno prostático específico (PSA) $>$ 20 ng / ml. Total: 503 pacientes	Pacientes tratados con IG-IMRT a 78 Gy con toma diaria de imágenes con marcadores fiduciales, 388 pacientes entre 2005 y 2010	Pacientes tratados con 3DCRT a 76 Gy sin guía diaria de imágenes, 115 pacientes entre 2000 a 2005
Kok et al. (65)	2013	Pacientes con cáncer de próstata tratados en los años 2006 y 2008. Total: 554 pacientes, seguimiento 27 meses en los dos grupos	Pacientes con cáncer de próstata con radioterapia y IGRT con marcadores fiduciales implantados (FMIGRT) con dosis escalada en 2008, 243 pacientes	Pacientes con cáncer de próstata con radioterapia sin marcadores fiduciales e imágenes (sin FMIGRT) con dosis convencionales en 2006, 311 pacientes
Shing et al. (66)	2012	Pacientes con cáncer de próstata de mayor riesgo (estadio T1 - T3N0MO alto) seleccionados de acuerdo a la puntuación de gleason y el antígeno prostático específico sin antecedentes de irradiación pélvica con marcadores fiduciales de semillas de oro con y sin IGRT. Total: 282 pacientes, 8 a 26 meses de seguimiento	Pacientes con marcadores fiduciales con IGRT, 154 pacientes	Pacientes que recibieron radioterapia sin marcadores fiduciales y sin IGRT, 128 pacientes



Razzie al. (67)	et 2017	Pacientes tratados con 3DCRT solo para próstata o IMRT para próstata T1-3N0M0 desde el 1 de julio de 1998 hasta el 31 de diciembre de 2012 con IGRT. Total: 961 pacientes, seguimiento 6.1 años <b>Grupo A:</b> 75,6 Gy (1,8 Gy por fracción para 42 fracciones), por 3DCRT con marcadores fiduciales intraprostáticos e IG diario por portal electrónico dispositivo de imágenes (EPID). <b>Grupo B</b> 79,8 Gy (1,9 Gy por fracción para 42 fracciones), administrados de forma similar a A <b>Grupo C</b> 78 Gy (2 Gy por fracción para 39 fracciones), entregado por IMRT o VMAT, con guía de imágenes CBCT diaria.	Grupos A, B, C comparados entre sí.	No aplica
Gill et al. (18)	2011	Pacientes con cáncer de próstata tratados con radioterapia entre 22 de junio de 2006 y 24 de junio de 2009 Total: 291 pacientes	Grupo IGRT con 3 marcadores fiduciales de semillas de oro, 249 pacientes, 14228 evaluaciones de toxicidad analizadas de 1432 días de evaluación	Grupo NO IGRT recibieron imágenes de verificación ortogonal en la primera semana comparadas con anatomía ósea en la tomografía de planificación, 26 pacientes, 1983 evaluaciones de toxicidad en 192 días de evaluación
Zapatero al. (68)	et 2017	Pacientes con cáncer de próstata en estadio clínico T1c-T4N0M0 tratados con radioterapia entre enero de 1995 y enero de 2015 Total: 733, seguimiento mediano de 75,2 meses	Pacientes con IMRT usando IGRT con marcadores fiduciales de oro, 295 pacientes, desde 2007 a 2015, seguimiento 51,2 meses	Pacientes tratados con 3DCRT, 438 pacientes desde 1995 a 2007, seguimiento 99,5 meses



Murray al. (69)	et 2020	Hombres con cáncer de próstata localizado (pT1b-T3aN0M0) de 16 centros del Reino Unido aleatorizados desde junio de 2010 y junio de 2011. Total 293 pacientes	IGRT con márgenes de planificación estándar (IGRT-S), 137 pacientes IGRT con márgenes de planificación reducidos (IGRT-R) 108 pacientes Los 2 grupos tenían marcadores de referencia insertadas en la próstata	No IGRT (48 pacientes)
Tondel al. (70)	et 2017	257 pacientes de 18 años o más con adenocarcinoma de próstata de riesgo intermedio o alto probado histológicamente sin tratar previamente entre octubre de 2012 y junio de 2015. Los pacientes elegibles para RT radical la recibieron después de 3 meses de bloqueo androgénico total y fueron asignados aleatoriamente a 78 Gy en 39 fracciones	CBCT diario (128 pacientes)	RT con imágenes semanales de la porta ootogonal fuera de línea (129 pacientes)
Nakamura al. (71)	et 2018	96 pacientes con cáncer de próstata de riesgo bajo o intermedio entre julio de 2007 y septiembre de 2011 42 meses de seguimiento	IGRT basada en próstata (P-IGRT) basado en tomografía computarizada de haz cónico (CBCT; 76 Gy) sin marcadores fiduciales	IGRT basada en estructura ósea (B-IGRT)
Faiger- Voiron et al. (72)	2015	Evaluar la precisión de posicionamiento previo al tratamiento en con CBCT basado en tejidos blandos y dispositivo de ultrasonido transabdominal intramodal (TA-US) 25 pacientes	Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata (25 pacientes), 284 turnos emparejados	Pacientes pos-prostatectomía (11 pacientes) 106 turnos emparejados



Wurschmidt et al. (73)	2011	26 pacientes con cáncer de próstata de riesgo medio a alto, cáncer primario (7) y recaída de prostatectomía radical (19) que recibieron radioterapia IMRT +IGRT con PET/CT entre noviembre de 2006 y julio de 2010	No aplica	No aplica
Lock et al. (74)	2011	66 pacientes de fase II para el cáncer de próstata T1a-2cNXM0 que recibieron 63,2 Gy en 20 fracciones durante 4 semanas. Entre en 30 de octubre de 2003 y julio de 2006	30 pacientes con marcadores fiduciales	30 solo con ecografía diaria
Kentaro et al. (61)	2015	100 pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo tratados con VMAT definido con radioterapia profiláctica de pelvis completa y con guía de imágenes diaria con CBCT entre julio de 2011 y diciembre de 2013. El riesgo alto se definió como cT3 / 4 N0 M0 y / o una puntuación de Gleason de 8, 9 o 10 y / o una concentración de PSA previa al tratamiento de $\geq 20$ ng / ml	No aplica	No aplica

Fuente: IETS, 2020.



## Anexo 10. Formato encuesta porcentaje de uso de las tecnologías

### Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata

- De acuerdo con su práctica clínica, de cada 100 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata con indicación de radioterapia, que tecnología de radioterapia oncológica reciben:

Radioterapia	Número de pacientes
3D CRT	
2D CRT	
VMAT	
IGRT ( <i>Gating ,tracking, CBCT,Fiducias,etc</i> )	
IMRT	
Otras (Braquiterapia, etc)	
<b>Total</b>	<b>100</b>

## Anexo 11. Informe de participación

### 1. Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (75). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (75).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (76). Más aún, el involucramiento de expertos





configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (77).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad y quien no hace parte del grupo desarrollador (78).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

## 2. Objetivo

Facilitar el desarrollo del panel de expertos, como un mecanismo de participación en el proceso de elaboración del Análisis de Impacto Presupuestal (AIP) de los siguientes procedimientos para el manejo del cáncer en Colombia: Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes (IGRT); y Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - Arcoterapia de Modulación Volumétrica (VMAT).

## 3. Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolla en tres momentos: en un primer momento, se identifican las sociedades y organizaciones a incluir en el proceso; en un segundo momento, se hace la verificación de los delegados de dichas entidades, buscando asegurar la representatividad y la adecuada participación; y en un tercer momento, se adoptan acciones correctivas, en caso de que ni la participación de los delegados, ni la representatividad de los actores esté asegurada.



A continuación, se describen las actividades adelantadas.

### 3.1. Identificación de actores

La convocatoria de participación se inició a partir de la definición de las sociedades científicas y organizaciones requeridas para el proceso:

- Instituto Nacional de Cancerología
- Asociación Colombiana de Cirugía Plástica Ocular, Órbita y Oncología
- Sociedad Colombiana de Oftalmología

Con esta identificación de actores, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados. En este proceso, la Sociedad Colombiana de Oftalmología informó que su delegación era la misma que la delegación de la Asociación Colombiana de Cirugía Plástica Ocular, Órbita y Oncología. Así mismo, se invitó a otra profesional independiente experta en el uso de la tecnología. Respecto a los demás delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso.

La lista final de los actores participantes se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 29. Participantes activos.**

No.	Sociedad / Asociación	Delegado	Perfil
1	Instituto Nacional de Cancerología	Alejandro González Motta	Médico Especialista en oncología radioterápica
2		José Alejandro Esguerra Cantillo	Médico con énfasis en medicina familiar, Especialista en oncología radioterápica y en docencia universitaria.
3		Martha Isabel Cotes Mestre	Médico Especialista en Radioterapia Oncológica y especialista en Bioética
4		Eduardo Antonio Guerrero Liscano	Médico Especialista en Radioterapia Oncológica



5	Asociación Colombiana de Radiología Oncológica	Iván Andrés Bobadilla Arévalo	Presidente de la Asociación Médico Especialista en Radioterapia Oncológica
6		Sergio Cafiero B	Médico Especialista en Radioterapia Oncológica, Magíster en epidemiología
7		Javier Cifuentes Quin	Médico Especialista en Radioterapia Oncológica  Formación en braquiterapia, radioterapia oncológica 3DRT, IMRT, y radioterapia IGRT y VMAT

Fuente: IETS, 2020

El equipo IETS que acompañó el panel, se lista a continuación:

**Tabla 30. Equipo técnico IETS.**

No.	Nombre	Perfil
1	Paola Astrid Avellaneda Lozada	Economista, Especialista en economía y gestión de la salud
2	Erika León Guzmán	Odontóloga, Especialista y Magíster en Epidemiología
3	Gilberto Andrés José Morales Zamora	Ingeniero industrial, Magíster en Ingeniería Industrial  Modelador matemático
4	Luisa Consuelo Rubiano Perea	Enfermera, Médica y Magíster en Epidemiología
5	Ani Julieth Cortés Muñoz	Bacterióloga Epidemióloga
6	Cindy Lorena Chamorro	Economista
7	Diana Milena Díaz corredor	Bacterióloga Epidemióloga
8	Iván Camilo de la Pava Cortés	Fisioterapeuta Epidemiólogo



9	Camila Espinosa Borda	Economista
10	Andrea Johanna Lara Sánchez	Politóloga, Esp. Políticas Públicas y Desarrollo Especialista en Participación y Deliberación

Fuente: IETS, 2020

### 3.2. Desarrollo del espacio participativo

Como se mencionó en la introducción del presente informe, la metodología de involucramiento de actores en este ejercicio fue el panel de expertos, el cual se define como un grupo de especialistas, quienes se reúnen para discutir y emitir un juicio colectivo y consensuado sobre el asunto de interés (76).

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo el panel virtual el día 8/10/2020, a las 6:00 PM, por la plataforma Google Meet.

### 3.3. Gestión de los conflictos de interés

Para garantizar la transparencia de los procesos, conforme lo establecido en la normatividad, todos los actores involucrados en los diferentes proyectos adelantados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) deben declarar sus intereses, mediante el diligenciamiento del formato establecido para ello, disponible en la página web del Instituto en el siguiente enlace: <http://herramientas.iets.org.co/declaracion/home.aspx>. En este enlace, además de anexar una copia de su hoja de vida actualizada, se firma el acuerdo de confidencialidad.

Los formatos diligenciados con los intereses declarados por los participantes de cada proyecto son analizados por un comité conformado para tal fin, el cual emite una calificación sobre los potenciales intereses en conflicto identificados, estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados y de acuerdo con la calificación define el alcance de la participación de los actores en el proceso. A continuación, se detallan las categorías de participación:

**Tabla 31. Categorías de participación.**



Categoría	Definición	Implicación
A	Identifica el conflicto como INEXISTENTE. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés particular o cuando se declara algún interés que no guarda ninguna relación con el tema en discusión o en deliberación.	Se permite la participación de la persona en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida.
B	Identifica el conflicto como PROBABLE. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso.	Se permite una participación limitada en los procesos en los que se identifique que su participación no estará afectada por el conflicto.
C	Identifica el conflicto como CONFIRMADO. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión.	No se permite la participación de la persona en el desarrollo de una temática específica o de todas las temáticas debido a la naturaleza de sus intereses.

Fuente: IETS, 2019

Para el caso particular, a los delegados se les dio aval de participación con categoría A y, durante la reunión, también declararon sus conflictos de interés, a fin del balancear las intervenciones de los participantes. Con esta acción se busca, de un lado, garantizar la transparencia de la discusión y, por otro lado, escuchar las diversas voces involucradas para tener una visión más global sobre el asunto a tratar en el panel, en el entendido que: *“la participación y representación de actores tiene una fundamentación: ética, ya que todos los involucrados tienen derecho a opinar; epistemológica, porque cada actor tiene un especial conocimiento sobre los factores y resultados de la acción y realidad de intervención; y pragmática, porque el involucramiento favorece la motivación y el compromiso”* (2)

## Anexo 12. Análisis Cuenta de Alto Costo para indicación de radioterapia

Sistema reproductor masculino	CIE-10	Número de pacientes	Recibe radioterapia		Radioterapia propuesta, no recibe		No propuesta		Total candidatos a radioterapia	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Próstata	C61	2562	580	22,6	95	3,7	1887	73,7	675	26,3

Fuente: Base de datos, Cuenta Alto Costo 2018

## Anexo 13. Solicitud de Información a las IPS



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®

Evidencia que promueve Confianza

Bogotá, D.C., 24 de agosto de 2020

Doctor  
**GUSTAVO MORALES COBO**  
Presidente  
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI  
Bogotá, D.C.

**Asunto:** solicitud de información.

Respetado doctor Morales:

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS es una corporación de ciencia y tecnología cuyo objetivo es promover el acceso equitativo, eficiente y sostenible a tecnologías de calidad a todos los ciudadanos, a través de la evaluación sistemática de tecnologías en salud.

En el marco del contrato Interadministrativo 182 de 2020, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS se desarrollará el Análisis de Impacto Presupuestal de 24 procedimientos. Para dar cumplimiento a este objetivo, se requiere conocer el precio bajo el cual se realiza cada uno de los procedimientos evaluados. Esta información es relevante para poder reconocer las dinámicas del mercado en salud en Colombia.

Por lo anterior recurrimos a usted como líder del gremio que asocia a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo, con el ánimo de solicitarle muy cordialmente suministramos información de los costos relacionados con los procedimientos de interés para este proceso de sus afiliados. Con el fin de facilitar y asegurar la recolección, procesamiento y análisis de los datos, así como la confidencialidad de la información, se ha dispuesto de un formato al cual pueden acceder vía web a través del siguiente enlace: <https://herramientas.iets.org.co/formips/index.aspx>.

En dicha aplicación, se detallan las instrucciones de uso para los procedimientos sobre los cuales se requiere la información y las variables de interés. El plazo para diligenciar el formulario es hasta el 30 de septiembre del año en curso.

Toda la información recolectada será usada únicamente para el cumplimiento del objetivo de este proyecto y su manejo será estrictamente confidencial por parte del IETS. Los resultados del estudio, los cuales serán presentados como promedios y sin mención alguna a instituciones particulares, serán un insumo fundamental para fortalecer la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Carrera 45 e No. 91 - 91. La Castellana  
Bogotá, D.C., Colombia | Correo: (1) 3779100

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)  
E-mail: [contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®

*Evidencia que promueve Confianza*

Para dar respuesta a cualquier inquietud con respecto al diligenciamiento del formato, le solicitamos contactarnos al correo electrónico [paola.avellaneda@iets.org.co](mailto:paola.avellaneda@iets.org.co) o al teléfono 310 2493985

Esperamos contar con el apoyo de su institución y quedamos atentos a cualquier consulta adicional.

Cordialmente,

**ADRIANA MARÍA ROBAYO GARCÍA**  
Directora Ejecutiva



Carrera 45 a No. 91 - 91 La Castellana  
Bogotá, D.C., Colombia Corrutador: (1) 2779102

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)  
E-mail: [contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)





---

 [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)  
 Carrera 13 No. 32-76, piso 1  
Bogotá, D.C., Colombia  
 @MinSaludCol



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®

---

 [www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)  
 Carrera 49 a No. 91 - 91  
Bogotá, D.C., Colombia  
 (+571) 3770100  
 [contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)  
 @ietscolombia  
 ietscolombia