



# Revista Colombiana de Cancerología

[www.elsevier.es/cancerologia](http://www.elsevier.es/cancerologia)



## CARTA AL EDITOR

### Discrepancias en manejo de cifras de cáncer en Colombia



### Discrepancies in the handling of cancer data in Colombia

*Estimado editor,*

Colombia ha sido pionera en el campo de la información en cáncer con la existencia del Registro Poblacional de Cáncer de Cali, cuyas cifras han estado sin interrupciones en la serie "Incidencia del Cáncer en Cinco Continentes" (CI5)<sup>1</sup>. Esta publicación internacional presenta información de los registros poblacionales de cáncer (RPC) que cumplen con los estándares internacionales y parámetros de calidad indispensables para establecer comparaciones<sup>2</sup>.

Ante el incremento del cáncer en el perfil epidemiológico del país y los altísimos costos asociados, el Instituto Nacional de Cancerología (INC) ha trabajado en utilizar y difundir la información de mortalidad provista por el DANE<sup>3-6</sup> y ha trabajado para consolidar RPCs en zonas estratégicas del país. Colombia cuenta hoy con cuatro RPC de alta calidad reconocidos internacionalmente: Bucaramanga, Cali, Manizales y Pasto<sup>1</sup>. Su información es insumo fundamental para las estimaciones detalladas de carga de cáncer que realiza el INC, para la planificación y toma de decisiones, así como para las estimaciones a nivel mundial producidas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC)<sup>7</sup>.

Desde el año 2014 es obligatorio en Colombia para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) reportar la información de cáncer a la Cuenta de Alto Costo (CAC), necesaria para orientar la gestión del riesgo en salud y garantizar el gerenciamiento de la enfermedad de las personas afectadas<sup>8</sup>. En 2015 la CAC publicó un boletín especial sobre cáncer<sup>9</sup> donde reporta dos mediciones de la carga de enfermedad<sup>9</sup> y compara estas cifras con las estimaciones 2002-2006 del INC<sup>4</sup> y las de GLOBOCAN<sup>7</sup>. En la [tabla 1](#) presentamos las cifras 2007-2011 calculadas para Colombia y las reportadas por CAC<sup>5,9</sup>, asumiendo que la CAC también utilizó la población estándar de SEGI<sup>10</sup>, y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10a revisión CIE-10<sup>11</sup> para las agrupaciones usuales<sup>5</sup>.

Las diferencias entre las dos estimaciones son notorias, con un número de casos incidentes de la CAC que es más de cinco veces menor para los tipos de cáncer reportados. Según la CAC, la estimación de incidencia de cáncer de

cuello uterino para Colombia es de 7,9 para el 2015 (tasa ajustada por 100.000), cifra igual a la tasa de la mortalidad por este cáncer en el 2010<sup>12</sup>. Considerando la supervivencia neta a 5 años de 59,3%<sup>13</sup>, las cifras de incidencia reportadas por los RPC (periodo 2002-2007 promedio 20,2<sup>1</sup> y las del periodo 2006-2010 en Cali y Manizales de 17,1 en Cali<sup>14</sup> y 19,9, respectivamente<sup>15</sup>) tienen una alta probabilidad de reflejar la realidad en el país.

Aunque el reporte de la CAC menciona que son las primeras cifras aún si auditar, preocupa su publicación sin la inclusión de una interpretación crítica, sin criterios metodológicos exhaustivos ni mención de sus limitaciones. Dentro de los criterios metodológicos para establecer casos incidentes se requiere establecer claramente la definición de caso, la diferenciación entre un caso prevalente de uno incidente, así como los procesos de deduplicación y depuración de la información, todos estos, aspectos cruciales para la validez de la información<sup>2</sup>.

Es altamente probable que la metodología de la CAC para estimar la incidencia difiera en algunas reglas y métodos recomendados para registros poblacionales de cáncer a nivel mundial, como son:

- La CAC excluye pacientes que murieron durante el año, lo que impacta de una manera muy significativa las estimaciones para tumores agresivos (reflejado por ejemplo en las estimaciones para cáncer de pulmón y estómago).
- La CAC no hace búsqueda de casos de forma activa para validar la información; depende de los reportes de las EPS, quienes en su turno dependen de los reportes de las IPS. Si la calidad y exhaustividad de la información en las IPS no son completas y sólidas, los casos no estarán incluidos en los cálculos.
- La CAC incluye casos confirmados sin histopatología (según la Resolución 000247 del 2014); sin embargo, el cálculo de la incidencia se basó únicamente en casos que contaban con informe histopatológico<sup>9</sup>. Esto genera un reporte de un registro de histopatología, diferente al de un registro poblacional de cáncer.
- Pacientes no afiliados a EPS o quienes recibieron tratamiento por cuenta propia no quedan registrados en el sistema resultando en un registro de cáncer de afiliados al SGSS.

Las cifras sobre incidencia de cáncer por tipo de cáncer, uno de los 25 indicadores a los que los países -entre

**Tabla 1** Estimaciones de incidencia por cáncer expresadas en tasas estandarizadas por 100.000 personas por el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y la Cuenta de Alto Costo (CAC)

| Tipo de cáncer     | Estimaciones incidencia INC 2007-2011 (anual) |      |      |         |      |      | Estimaciones incidencia CAC 2015 |     |     |         |      |      |
|--------------------|-----------------------------------------------|------|------|---------|------|------|----------------------------------|-----|-----|---------|------|------|
|                    | Hombres                                       |      |      | Mujeres |      |      | Hombres                          |     |     | Mujeres |      |      |
|                    | N                                             | TC   | TAE  | N       | TC   | TAE  | N                                | TC  | TAE | N       | TC   | TAE  |
| Estómago           | 3.613                                         | 16,3 | 18,5 | 2.342   | 10,3 | 10,3 | 602                              | 2,5 | 2,8 | 327     | 1,3  | 1,3  |
| Próstata           | 8.872                                         | 40,0 | 46,5 | NA      | NA   | NA   | 1.599                            | 6,7 | 7,9 | NA      | NA   | NA   |
| Mama               | NA                                            | NA   | NA   | 7.627   | 33,5 | 33,8 | NA                               | NA  | NA  | 3.715   | 15,2 | 15,1 |
| Cuello uterino     | NA                                            | NA   | NA   | 4.462   | 19,6 | 19,3 | NA                               | NA  | NA  | 1.914   | 7,8  | 7,9  |
| Colon y recto      | 2.401                                         | 10,8 | 12,2 | 2.784   | 12,2 | 12,3 | 625                              | 2,6 | 3,0 | 714     | 2,9  | 2,9  |
| Linfoma Hodgkin    | 229                                           | 1,0  | 1,0  | 110     | 0,5  | 0,5  | 178                              | 0,7 | 0,8 | 139     | 0,6  | 0,6  |
| Linfoma no Hodgkin | 1.542                                         | 6,9  | 7,5  | 1.202   | 5,3  | 5,3  | 277                              | 1,2 | 1,3 | 243     | 1,0  | 1,0  |
| Pulmón             | 2.488                                         | 11,2 | 12,9 | 1.497   | 6,6  | 6,6  | 273                              | 1,1 | 1,3 | 213     | 0,9  | 0,9  |
| Melanoma           | 590                                           | 2,7  | 3,0  | 613     | 2,7  | 2,7  | 136                              | 0,6 | 0,6 | 200     | 0,8  | 0,8  |

Fuentes: Pardo y Cendales<sup>4</sup> y Alvis et al.<sup>9</sup>.

ellos Colombia- se comprometieron en el Marco Global de Monitoreo de Enfermedades No Transmisibles<sup>16</sup>, deben ser comparables con otros países. La estrategia establecida para esto son los RPC<sup>1,2</sup>, quienes cumplen con una alta calidad en las cuatro dimensiones de calidad de sus datos: comparabilidad, validez, oportunidad y exhaustividad<sup>2</sup>.

Dado que en el boletín de 2016 la CAC expresa que está trabajando en “fortalecer el registro de cáncer nacional” consideramos importante expresar nuestra preocupación sobre la exhaustividad y la validez de la incidencia de cáncer presentada por la CAC en este momento<sup>17</sup>. La existencia de varios RPC de buena calidad en diferentes regiones hace que un registro nacional no sea indispensable para obtener cifras de incidencia de cáncer.

Aunque cabe esperar que con el tiempo la información de la CAC mejore tanto en cobertura como en calidad, el objetivo primordial de la CAC no es establecer la incidencia sino contribuir a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población, además de contribuir a aspectos críticos en el gerenciamiento de la enfermedad<sup>9</sup>. En ese sentido, aunque 1.914 casos de cáncer de cuello uterino<sup>9</sup> difieran significativamente de los 4.661 estimados para el país<sup>5</sup>, la tarea de gestión del riesgo que CAC debe promover para esas pacientes implica un reto enorme, y habrá la necesidad de explorar información acerca de la calidad de la atención donde el registro de información de CAC puede ejercer un papel fundamental.

Las cifras acerca de pacientes con cáncer de la CAC constituyen un insumo muy valioso para los RPC en sus evaluaciones de exhaustividad; esperamos que en un futuro la CAC pueda convertirse en una de las fuentes de información para los RPC.

## Bibliografía

- Forman D, Bray F, Brewster D, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X [Internet]. Lyon (Francia): International Agency for Research on Cancer; 2014. Disponible en: URL: <http://ci5.iarc.fr>.
- Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, et al. Planificación y desarrollo de registros de cáncer de base poblacional en los países de ingresos bajos y medios. Lyon (Francia): International Agency for Research on Cancer IARC; 2016.
- de Vries E, Arroyave I, Pardo C, Wiesner C, Murillo R, Forman D, et al. Trends in inequalities in premature cancer mortality by educational level in Colombia, 1998-2007. *J Epidemiol Comm Health*. 2015;69(5):408-15.
- Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada de cáncer en Colombia 2002-. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2006. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=437&conID=790&pagID=775>.
- Pardo Ramos C, Cendales Duarte R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. Bogotá. D. C: Instituto Nacional de Cancerología; 2015.
- Piñeros M, Gamboa O, Hernández-Suárez G, Pardo C, Bray F. Patterns and trends in cancer mortality in Colombia 1984-2008. *Cancer Epidemiol*. 2013;37(3):233-9.
- GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon (Francia): International Agency for Research on Cancer; 2013 [consulta el 7 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO\\_COSTO\\_FINAL\\_070911.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/ALTO_COSTO_FINAL_070911.pdf).
  9. Alvis LF, Acuña Merchán L, Sánchez Quintero P. Información preliminar sobre el reporte de cáncer y el proceso de atención en Colombia, 1. Bogotá: Cuenta de Alto Costo. Boletín de información técnica especializada Especial Cáncer; 2015, 4.
  10. Segi M, Kurihara M, Daigaku T. Trends in cancer mortality for selected sites in 24 countries, 1950-1959. Sendai (Japan): Department of Public Health, Tohoku University School of Medicine; 1963.
  11. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Décima Revisión. Ginebra: Organización Mundial de Salud; 1992.
  12. Huertas JA, Rivillas-García JC, Ospina ML. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix descendiende en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2015;33(2.).
  13. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). Lancet. 2015;385(9972):977-1010.
  14. Population-based Cali Cancer Registry. Cervix uteri: Average annual age-specific incidence rates, crude rates (all ages) and age-standardized rates (ASR) by sex in Cali, Colombia from 1962 through 2002. C53 Cervix uteri. <http://rpcc.univalle.edu.co/in/SitiosEspecificos/pdf-sitiosespecificos/Sitios.Especificos.php?sitio=10>. 2016.
  15. Registro poblacional de cáncer Manizales (RPCa-M). Incidencia 2006-2010. Manizales: Universidad de Caldas; 2015.
  16. Organización Mundial de Salud. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF\\_Indicator\\_Definitions\\_Version\\_NOV2014.pdf](http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf).
  17. Acuña L, Sánchez P, Arrellano Ayola M. Boletín de información especial. Día Mundial Contra el Cáncer 2016. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2016.
- Esther de Vries<sup>a,\*</sup>, Constanza Pardo<sup>b</sup>, Gianna Henríquez<sup>c</sup> y Marion Piñeros<sup>d</sup>
- <sup>a</sup> Subdirección de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Promoción, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia  
<sup>b</sup> Grupo Vigilancia Epidemiológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia  
<sup>c</sup> Grupo Área Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia  
<sup>d</sup> Section of Cancer Surveillance, International Agency for Research on Cancer IARC, 150 Cours Albert Thomas, 69372 Lyon CEDEX 08, France
- \* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [estherdevries77@gmail.com](mailto:estherdevries77@gmail.com) (E. de Vries).