



Editorial

Estimación de la incidencia y mortalidad del cáncer en Colombia: cuales son los mejores datos para las políticas públicas?

Estimating the incidence and mortality of cancer in Colombia: What are the best data for public policies?

Luis Eduardo Bravo

Director Registro Poblacional de Cáncer de Cali. Departamento de patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
Escuela de Medicina. Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Bravo LE. *Estimating the incidence and mortality of cancer in Colombia: What are the best data for public policies?*. *Colomb Med (Cali)*. 2015; 47(2): 71-3

© 2016 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan.

Historia: Recibido: 16 marzo 2016, Revisado: 26 abril 2016, Aceptado: 7 junio 2016.

Colombia afronta de manera simultánea el reto de controlar las enfermedades transmisibles y las enfermedades crónicas no transmisibles. La información proporcionada por los registros de cáncer de base poblacional (RPCCs) de Colombia¹⁻⁴ indica que el cáncer es una causa importante de morbilidad en nuestra región. Con base en la información suministrada por los RPCCs de Colombia y teniendo en cuenta la información de mortalidad por cáncer, el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC) estima que, en Colombia, hay alrededor de 63.000 casos nuevos y 33.000 muertes por cáncer cada año⁵. Se desconoce el número de las personas que conviven con la enfermedad. La posibilidad de reducir la mortalidad por cáncer y prevenir el 30% de los tumores malignos ha alentado al gobierno de Colombia para diseñar el Sistema de Información Nacional del Cáncer (SINCan)⁶ y formular un plan decenal para su control⁷.

Es esencial tener estadísticas de buena calidad sobre la carga del cáncer para hacer un diagnóstico preciso de este problema y para diseñar, ejecutar y supervisar las medidas para su control. De lo contrario, los costos humanos, sociales y económicos producidos por este grupo de enfermedades continuarán en aumento y superarán la capacidad del país para afrontarlos.

El SINCan está compuesto por sub-sistemas de información y acciones intersectoriales que buscan optimizar el uso de las fuentes de información que son obligatorias por normas legales⁶ (Fig. 1). La Cuenta de Alto Costo (CAC) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), una de las fuentes de información del SINCan, ha divulgado la información preliminar sobre el reporte de cáncer y su proceso de atención en Colombia⁸. En su informe, las tasas de incidencia para algunas de las localizaciones más frecuentes de cáncer (Próstata, mama, cáncer colo-rectal, estomago, pulmón)

son hasta cinco veces menores en comparación con las observadas por los Registros Poblacionales de Cáncer¹⁻⁴ y a las estimaciones realizadas por el INC⁵ y la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer)⁶. Para las leucemias linfoides agudas las cifras publicadas por el Registro Poblacional de Cáncer de Cali son ocho veces mayores a las reportadas por la CAC.

En la actualidad hay cuatro registros de cáncer de base poblacional (RPCC) en Colombia que son reconocidos internacionalmente por la IARC y proporcionan la información de incidencia de más alta calidad en Bucaramanga, Cali, Manizales y Pasto. Estos RPCCs recolectan y clasifican la información de todos los casos nuevos de cáncer de residentes permanentes para producir estadísticas válidas sobre la incidencia de cáncer, sus patrones, tendencias y supervivencia⁹⁻¹¹. Colombia es el único país entre los países de bajos y medianos ingresos que ha reportado con exactitud la situación del cáncer en Cali de forma continua durante 50 años, a través del Registro de Cáncer de Cali. La información es de alta calidad y ha sido incluida en todos los volúmenes de *Cancer Incidence in Five Continents*⁷. La información ha sido consistente en el tiempo y los valores esperados son comparables con los reportados por los registros de cáncer que atienden a poblaciones similares. Esta información ha sido utilizada por el INC de Colombia para planificar estrategias de control, establecer algunos indicadores de referencia para el actual Plan Decenal para el Control del Cáncer, y para hacer estimaciones de incidencia con base en la mortalidad para el 90% de las regiones del país que no cuentan con la cobertura de los registros de cáncer.

La información divulgada por la CAC, muestra claras evidencias de sub-estimación del riesgo de cáncer en la población colombiana. Las causas probables son múltiples y tiene al menos las siguientes

Autor de correspondencia:

Luis Eduardo Bravo: Director Registro Poblacional de Cáncer de Cali. Universidad del Valle, Cali, Colombia. Telefono: +57 2 518 5623. E-mail: luis.bravo@correounivalle.edu.co

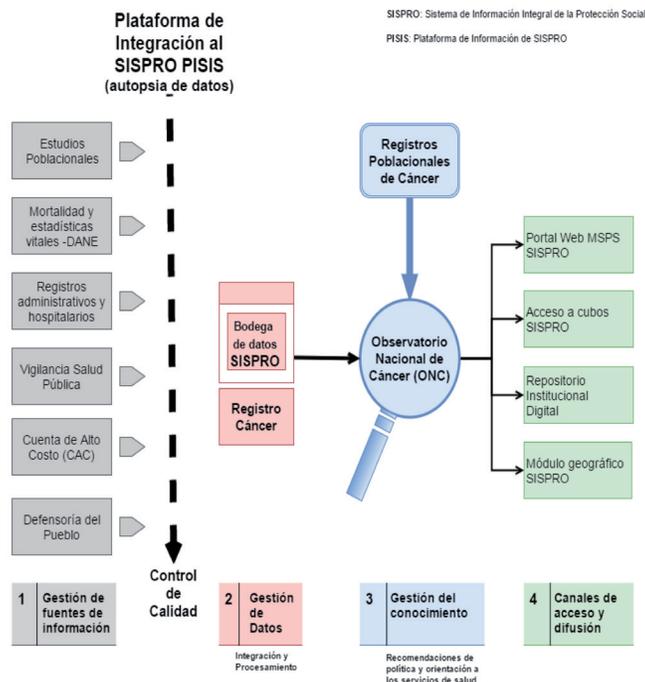


Figura 1. Sistema Nacional de Información del Cáncer de Colombia (Cáncer-NIS)⁶, (Resolución 4496, 2012).

explicaciones: integración inapropiada de la información proporcionada por las diversas fuentes del SINCan; definición de caso diferente a la establecida por la OMS, falta de precisión en la población a riesgo; estandarización insuficiente de los procesos; deficiencias en la capacitación del personal encargado de la notificación de los casos; falta de exhaustividad con sub-registro por deficiente notificación de los casos; y desconocimiento de la estructura organizacional por parte de la CAC. La divulgación de la información nacional de cáncer es realizada por una de las fuentes del SINCan y no por el Observatorio Nacional de Cáncer, organismo encargado de la gestión del conocimiento (Fig. 1).

Para planear y proyectar las estrategias y las actividades para el control del cáncer del país es fundamental que la información sea válida, comparable, oportuna y exhaustiva, de lo contrario será imposible determinar el impacto del Plan Decenal para el Control del Cáncer. Este plan estratégico busca disminuir la mortalidad por este grupo de enfermedades y centra sus acciones, en el control del cáncer del colon, mama, cérvix, próstata y leucemia aguda pediátrica. El modelo que guía este plan tiene como objetivos el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Los escenarios para el desarrollo de las acciones están en el ámbito político, comunitario y en los servicios de salud.

La gestión del conocimiento es el eje del modelo mediante la vigilancia, la investigación y el análisis de la situación de salud respecto al cáncer. El Observatorio Nacional de Cáncer (ONC) es el vocero del SINCan para hacer las recomendaciones de política y orientar al sistema de salud con base en la información proporcionada por el registro de cáncer de la cuenta de alto costo, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y los registros poblacionales de cáncer (Fig. 1).

Los registros de cáncer de base poblacional de Cali, Pasto, Bucaramanga y Manizales pertenecen a la Asociación Internacional

de Registros de Cáncer y su calidad ha sido avalada por la IARC. Todos cuentan con personal motivado y capacitado para trabajar de manera coordinada con el Observatorio Nacional de Cáncer para construir los indicadores poblacionales de la incidencia, mortalidad y supervivencia en sus áreas de cobertura, cifras para la acción es el rol de los registros en el control del cáncer. Esta información es indispensable para hacer seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Decenal PDPCC en estos municipios. Los RPCC pueden ser instrumentos muy valiosos para evaluar la fiabilidad del sistema de notificación de cáncer en sus áreas de cobertura. Además, proporcionan insumos al INC para para obtener estimaciones de la incidencia con base en la información de mortalidad en la mayoría de las regiones del país que carecen de registros de cáncer. Con el desarrollo y maduración del SINCan se logrará información muy valiosa del comportamiento del cáncer en Colombia. Mientras tanto, La Organización Mundial de la Salud a través de la IARC debe continuar vigilando la calidad de los Registros de Cáncer de Colombia, y estos a su vez, le pueden servir al Ministerio de Salud para evaluar la fiabilidad del sistema de notificación de cáncer.

La divulgación de la información con alcance nacional debe ser producto de una adecuada interpretación e integración de la información disponible poniendo de manera explícita las limitaciones existentes. La inversión en la generación de información de calidad es costo-efectiva y permite priorizar las necesidades e invertir los recursos para el beneficio del mayor número de personas. Las acciones para el control de las enfermedades que no estén basadas en información fiable serán en última instancia más costosas.

Desafortunadamente, los RPCCs se encuentran excluidos en la legislación vigente del Ministerio de Salud y no tienen asignación presupuestal. La financiación de los RPCCs está a cargo de las Universidades del Valle, Nariño, Caldas y Autónoma de Bucaramanga con apoyo parcial del INC y eventuales recursos

de las Secretarías de Salud Municipal respectivas. Colombia no necesita un RPCC para todo el país, pero si es prioritario garantizar la sostenibilidad de los existentes e incorporarlos en la política oncológica colombiana para utilizar al máximo la información disponible. Información básica para ser usada en la formulación y evaluación de los programas de control del cáncer. La decisión estratégica de dónde implementar y sostener nuevos registros de base poblacional es una tarea pendiente de las autoridades sanitarias colombianas que debe involucrar a epidemiólogos y decisores políticos para asegurar información de buena calidad con sostenibilidad y representatividad de los registros.

Conflicto de interés: Ninguno declarado.

Referencias.

1. Yépez MC, Bravo LE, Hidalgo-Troya A, Jurado DM, Bravo LM. Cancer incidence and mortality in the municipality of Pasto, 1998 - 2007. *Colomb Med (Cali)*. 2012;43(4):256–266
2. Uribe C, Osma S, Herrera V. Cancer incidence and mortality in the Bucaramanga metropolitan area, 2003-2007. *Colomb Med (Cali)*. 2012;43(4):290–297
3. López GG, Arias ON, Arboleda RW. Cancer incidence and mortality in Manizales 2003-2007. *Colomb Med (Cali)*. 2012;43(4):281–289
4. Bravo LE, Collazos T, Collazos P, García LS, Correa P. Trends of cancer incidence and mortality in Cali, Colombia. 50 years experience. *Colomb Med (Cali)*. 2012;43(4):246–255
5. Pardo C, Cendales R. Incidencia: mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología, Ministerio de Salud y Protección Social; 2007
6. Ospina ML, Huertas JA, Montaña JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(2):262–276
7. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología. Plan decenal para el control del cáncer en Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2011
8. Alvis LF, Acuña-Merchán L, Sánchez-Quintero P. Información preliminar sobre el reporte de cáncer y el proceso de atención en Colombia. *Boletín de Información Técnica Especializada Especial Cáncer*. 2015;1(4):1–12
9. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe MC, Kohler B, Piñeros M, *et al*. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. 164. IARC Scientific Publication.
10. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, *et al*. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. France: International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>
11. 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