

Hacia una plataforma nacional de información en cáncer

Towards a national cancer information platform

Luis Eduardo Bravo^{1,2}, Mónica Lorena Quijano-Liévano³

¹ Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

² Programa de Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

³ Estudiante del Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

En los últimos años, Colombia ha experimentado una creciente producción normativa en materia de cáncer. Nuevas disposiciones, guías y circulares buscan responder a la complejidad de esta enfermedad, al incremento de su carga y a la necesidad de mejorar la atención y el control; sin embargo, esta efervescencia regulatoria ha venido acompañada de una fragmentación técnica y operativa que amenaza con debilitar los avances logrados durante décadas en la vigilancia epidemiológica y generación de evidencia científica (1-4).

La intención de fortalecer los sistemas de información es legítima, pero las medidas recientes a menudo surgen sin una articulación suficiente con las capacidades técnicas ya existentes. Así, la multiplicidad de instrumentos convive con metodologías dispares, generando confusión entre actores y heterogeneidad en la calidad de los datos. El resultado es un sistema que reporta más, pero genera conocimiento con utilidad limitada para la acción.

La regulación sanitaria es necesaria, pero su efectividad depende de la coherencia técnica y la continuidad de los sistemas. En el caso del cáncer, esa coherencia solo puede alcanzarse integrando los esfuerzos liderados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), en articulación con la Cuenta de Alto Costo (CAC), los registros poblacionales de cáncer (RPC) regionales, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y el sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer pediátrico (Vigicáncer), con la coordinación técnica del Instituto Nacional de Cancerología (INC). Sin esta convergencia, el país corre el riesgo de avanzar en volumen de reportes, pero no en calidad de evidencia.

La fragmentación actual no es solo operativa, sino estructural: cada institución utiliza definiciones y flujos propios que no dialogan entre sí, lo que impide la validación conjunta de los datos y limita la producción de indicadores nacionales consistentes. Actualmente, el sistema funciona

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Citación

Bravo L, Quijano-Liévano M. Hacia una plataforma nacional de información en cáncer. Rev Col Cancerol. 2026;30(1):5-9. <https://doi.org/10.35509/01239015.1170>

Autor de Correspondencia

Luis Eduardo Bravo

- Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Programa de Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Correo de correspondencia:

luis.bravo@correounivalle.edu.co

mediante flujos paralelos que responden a marcos normativos distintos y carecen de un proceso unificado de validación epidemiológica.

El Registro Poblacional de Cáncer de Cali (RPCC), creado en 1962, ha sido el punto de partida de esta historia. Durante más de seis décadas, el RPCC ha sostenido una serie continua de vigilancia epidemiológica de alta calidad, reconocida por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés: *International Agency for Research on Cancer*) como una de las más completas del mundo. Desde su origen en la Universidad del Valle, el RPCC ha proporcionado evidencia científica fundamental para entender la carga y las tendencias del cáncer en el país, evaluar desigualdades, orientar políticas públicas y formar generaciones de epidemiólogos, oncólogos y salubristas. Este desarrollo se dio en paralelo con el liderazgo del INC en el impulso de registros en el país y el análisis sistemático de la mortalidad por cáncer desde la década de 1990. La consistencia metodológica del RPCC, su independencia técnica y su compromiso ético con la calidad de los datos, lo convirtieron y sostienen como un referente internacional, y en el modelo que permitió la expansión de otros registros poblacionales en Colombia, en ciudades como Manizales, Bucaramanga, Pasto, Barranquilla, Medellín y Neiva, varios de los cuales —en particular Manizales, Pasto y Bucaramanga— participan hoy en la divulgación internacional de la incidencia del cáncer a través de la serie *Cancer Incidence in Five Continents* (CI5, por sus siglas en inglés: *Cancer Incidence in Five Continents*) (5-6) y de la supervivencia poblacional mediante el programa *CONCORD* (programa para la vigilancia mundial de las tendencias de la supervivencia al cáncer) (7).

El trabajo pionero del RPCC demostró que es posible sostener un sistema de vigilancia de base poblacional en un contexto latinoamericano, garantizando comparabilidad con los estándares internacionales. Este modelo, consolidado a lo largo de seis décadas, constituye hoy la base técnica sobre la cual se puede construir un sistema nacional de información en cáncer, articulado con las instituciones del sistema de salud y con la autoridad sanitaria.

Colombia participa, además, en el programa internacional *CONCORD*, orientado por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM, por sus siglas en inglés:

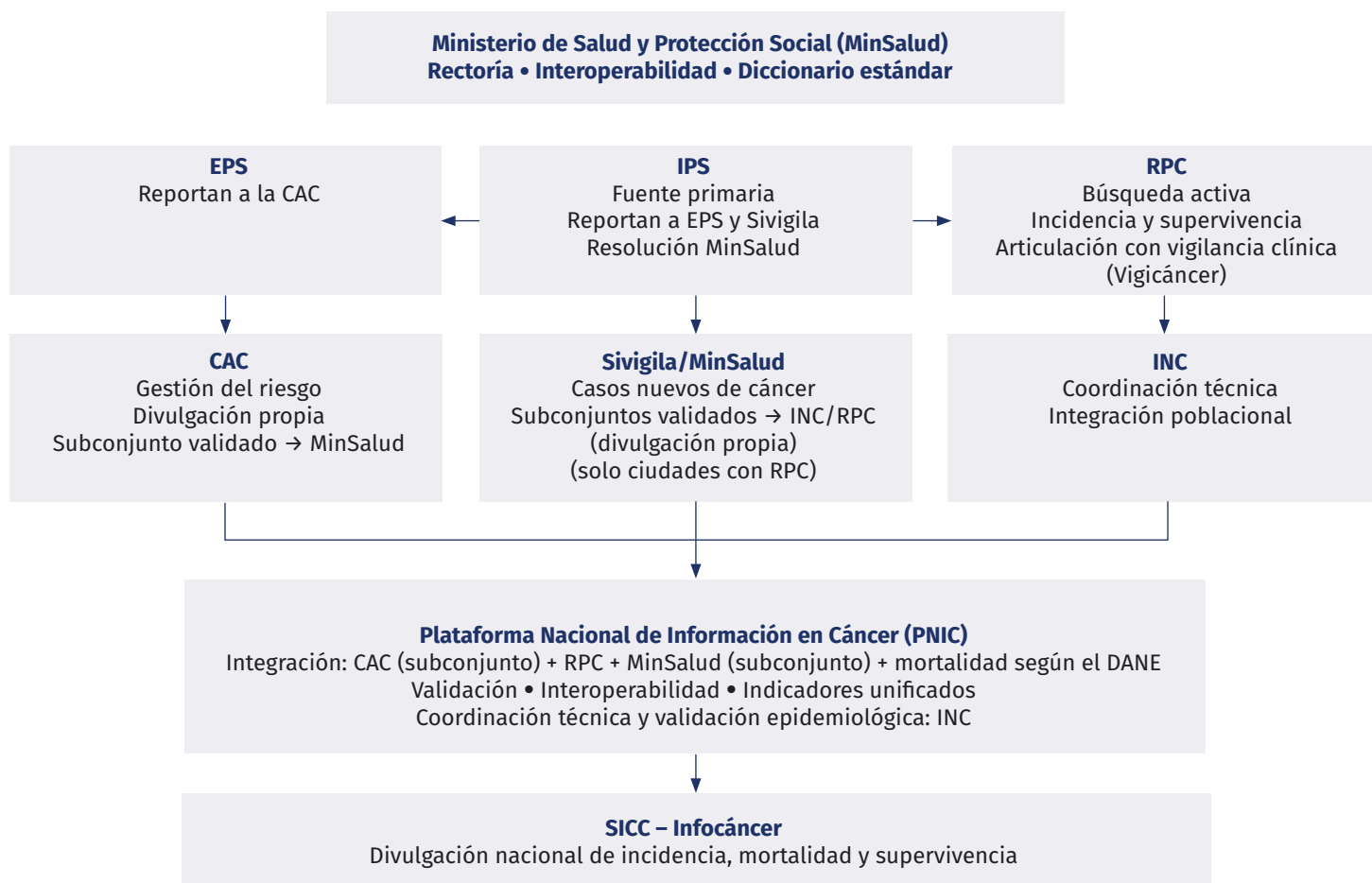
London School of Hygiene & Tropical Medicine), que compara la supervivencia en más de 70 países, y en la serie CI5 de la IARC, donde los RPC —impulsados por las universidades y respaldados parcialmente y de forma continua por el INC y las secretarías de salud regionales— han contribuido con datos de alta calidad y comparabilidad internacional. Estos registros de cáncer de base poblacional han hecho posible que el país figure en las principales series de incidencia y supervivencia del mundo, demostrando la solidez metodológica y el compromiso sostenido de las instituciones académicas con la salud pública y la vigilancia del cáncer.

Un ejemplo complementario de articulación exitosa es el sistema Vigicáncer, liderado por hematooncólogos peditras en diversas ciudades del país, con el acompañamiento técnico del RPCC, el apoyo académico de las universidades y la colaboración de las secretarías de salud. Este programa ha logrado estandarizar la notificación del cáncer infantil, mejorar la oportunidad diagnóstica y generar datos confiables sobre supervivencia, integrando el conocimiento clínico con la experiencia epidemiológica. Su desarrollo demuestra que la vigilancia del cáncer puede y debe nacer desde la práctica médica, pero debe sustentarse en un soporte técnico y metodológico riguroso que garantice la calidad y comparabilidad de la información.

En las áreas geográficas donde existen registros regionales de cáncer de base poblacional, la integración de fuentes podría implementarse sin necesidad de nuevas disposiciones, aprovechando las normas que ya regulan la información sobre enfermedades de alto costo y la normativa reciente del MinSalud, que orienta la notificación de casos de cáncer en los servicios asistenciales. Dichos registros podrían actuar como nodos regionales de validación, garantizando la consistencia de variables esenciales como localización, morfología, base diagnóstica, estadificación, tratamiento inicial, estado vital y fecha del último contacto. Al mismo tiempo, podrían ofrecer apoyo técnico a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y a los laboratorios de patología, promoviendo la correcta codificación y clasificación de los tumores, y fortaleciendo la calidad de la información sin interferir con las responsabilidades administrativas de la CAC, el aseguramiento o las obligaciones derivadas de la normativa vigente del MinSalud.

En este contexto, se puede gestar un esfuerzo nacional para reconocer y conectar las diversas fuentes de información sobre cáncer existentes en el país, con el propósito de avanzar hacia un modelo de interoperabilidad que permita compartir información entre sistemas administrativos, clínicos, epidemiológicos y poblacionales, con criterios uniformes de calidad, oportunidad y confidencialidad. Esta integración busca que la información generada por hospitales, laboratorios, registros y sistemas administrativos fluya de manera coherente hacia un núcleo técnico de análisis y validación, evitando duplicidades, corrigiendo vacíos y mejorando la trazabilidad de los casos.

La [figura 1](#) presenta el modelo propuesto de articulación del sistema nacional de información en cáncer. Este esquema integra los flujos administrativos, de notificación y poblacionales bajo un marco técnico común que respeta las funciones institucionales, pero que establece interoperabilidad y validación cruzada. La CAC mantiene la divulgación de indicadores de riesgo, mientras que el MinSalud ejerce la rectoría del sistema, coordina la interoperabilidad y facilita subconjuntos validados hacia el INC y los RPC, mejorando la completitud epidemiológica. La Plataforma Nacional de Información en Cáncer (PNIC) actúa como eje integrador del sistema, al permitir la producción de indicadores nacionales coherentes, comparables y técnicamente validados.



CAC: Cuenta de Alto Costo; DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; EPS: empresas promotoras de salud; INC: Instituto Nacional de Cancerología; Infocáncer: información de cáncer en Colombia; IPS: instituciones prestadoras de servicios de salud; RPC: registros poblacionales de cáncer; SICC: Sistema de Información de Cáncer en Colombia; SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública; Vigicáncer: sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer pediátrico.

Figura 1. Esquema propuesto de articulación del sistema de información en cáncer en Colombia. El diagrama muestra cómo las fuentes administrativas, de notificación y poblacionales se articulan mediante un marco técnico común que asegura interoperabilidad, validación conjunta e integración para la producción de indicadores nacionales coherentes.

El valor de este esfuerzo radica en la cooperación entre instituciones. Así, el MinSalud asume la rectoría y la definición de los lineamientos técnicos; la CAC aporta su capacidad de consolidación de datos clínicos y de gestión del riesgo; el INC ejerce la coordinación técnica y metodológica; los RPC garantizan la calidad y la comparabilidad de la información epidemiológica; y Vigicáncer, desde el liderazgo de los hematooncólogos pediatras y con el acompañamiento técnico de los registros regionales de base poblacional, ofrece una experiencia consolidada en vigilancia activa y seguimiento clínico en articulación con el sistema Sivigila del Instituto Nacional de Salud, que aporta

la notificación en salud pública de cáncer infantil. Este trabajo conjunto busca generar un sistema integral de información que combine la vigilancia poblacional con el seguimiento clínico y administrativo, y que sirva tanto a la planeación sanitaria como a la investigación.

La [tabla 1](#) resume los principales contrastes entre la estructura actual del sistema de información en cáncer y el modelo de articulación propuesto, destacando los puntos donde la coordinación técnica y la interoperabilidad permitirían mejorar la calidad y utilidad de los datos.

Tabla 1. Diferencias entre el sistema actual y el modelo propuesto para el sistema de información en cáncer

Eje	Sistema actual	Sistema ideal (“deber ser”)
Arquitectura general	Fragmentada: CAC, Sivigila, Vigicáncer, RPC e INC operan mandatos y sistemas no integrados.	Integrada: interoperabilidad definida por el MinSalud y un módulo técnico común (PNIC) que articula fuentes administrativas, de notificación y poblacionales.
Flujo de datos	Múltiples flujos independientes sin validación cruzada ni consistencia interinstitucional.	Flujo armonizado: IPS → EPS/CAC y Sivigila → MinSalud → INC/RPC; Vigicáncer → RPC → INC/RPC → PNIC, con validaciones y reglas comunes.
Notificación	Parcial: solo algunos cánceres y sin retroalimentación poblacional; limitada capacidad de completitud.	Notificación total y bidireccional: todos los cánceres; subconjuntos validados para ciudades con RPC para asegurar completitud y comparabilidad.
CAC	Gestiona y divulga indicadores de riesgo, pero opera de manera paralela y sin integración con vigilancia poblacional.	Mantiene divulgación de riesgo y comparte subconjuntos validados al MinSalud/INC para análisis poblacional y armonización técnica.
INC y RPC	Rol limitado a ciudades con RPC: incidencia y supervivencia solo en territorios con búsqueda activa; sin articulación nacional.	INC con coordinación técnica nacional + RPC reforzados mediante subconjuntos validados (MinSalud/CAC) para mejorar completitud, calidad y comparabilidad internacional.
Indicadores nacionales	Múltiples indicadores inconexos; ausencia de un esquema nacional unificado de vigilancia del cáncer.	Indicadores únicos de incidencia, mortalidad, supervivencia y carga poblacional generados por la PNIC bajo estándares comunes.

CAC: Cuenta de Alto Costo; EPS: empresas promotoras de salud; INC: Instituto Nacional de Cancerología; IPS: instituciones prestadoras de servicios de salud; PNIC: Plataforma Nacional de Información en Cáncer; RPC: registros poblacionales de cáncer; Sivigila: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública; Vigicáncer: sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer pediátrico.

El desarrollo de un instrumento operativo de integración entre estas fuentes permitirá avanzar hacia una interoperabilidad real, basada en la estandarización de variables comunes y en la adopción de protocolos nacionales de validación. Con ello, Colombia podría contar con un modelo de vigilancia poblacional y de gestión del riesgo sustentado en datos verificables, comparables e interpretables, capaz de orientar decisiones en todos los niveles del sistema de salud.

El país tiene hoy la oportunidad de consolidar una plataforma nacional de información en cáncer sin necesidad de nuevas leyes, sino mediante la colaboración efectiva entre el MinSalud, la CAC, el INC y los RPC. Una estructura así permitiría al Observatorio Nacional de Cáncer disponer de datos interoperables y confiables, comparables con los estándares internacionales, garantizando decisiones basadas en evidencia.

La coherencia institucional —no la cantidad de normas— es el verdadero indicador de madurez de un sistema de salud. Una plataforma científica nacional, con coordinación técnica del INC y sustentada en los RPC y en Vigicáncer, en estrecha colaboración con el MinSalud y la CAC, permitiría que Colombia dé un paso histórico: pasar de la notificación fragmentada a la vigilancia inteligente del cáncer, donde la información sea no solo recolectada, sino comprendida y utilizada para salvar vidas.

En síntesis, avanzar hacia un sistema integrado de información en cáncer no requiere de nuevas estructuras, sino de coherencia técnica entre las existentes. La interoperabilidad, la validación conjunta y la coordinación entre instituciones son los pilares que permitirán al país producir información confiable, útil y comparable internacionalmente. Este proceso implicará desafíos técnicos, operativos y de gobernanza, particularmente en la articulación institucional, la integración efectiva de fuentes, el fortalecimiento de capacidades técnicas en todo el sistema, la definición de mecanismos sostenibles de financiación y la transición hacia prácticas orientadas a la interoperabilidad nacional. Estos aspectos deberán ajustarse mediante estándares comunes de validación y una implementación gradual que consolide su viabilidad operativa.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 de 2014, por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer [internet]. Diario oficial 49054; 2014. [citado 2026 febr. 21]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%202014.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 022 de 2025, instrucciones para el reporte de información de las atenciones en salud a los casos incidentes de cáncer en Colombia [internet]. Diario oficial 53143; 2025. [citado 2026 febr. 21]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No%20022%20de%202025.pdf
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: cáncer de mama y cuello uterino [internet]. Bogotá: INS; 2024. [citado 2026 febr. 21]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_C%C3%A1ncer%20de%20mama%20y%20cuello%20uterino%202024.pdf
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: cáncer infantil [internet]. Bogotá: INS; 2014. [citado 2026 febr. 21]. Disponible en: <https://saluddecaldas.gov.co/loader.php?idFile=2722&lFuncion=descargar&lServicio=Tools2&lTipo=descargas>
5. Navarro E, Caballero H, Cortés A, Arias N, Casas H, de Vries E, et al. Sistema de información de cáncer en Colombia - SICC (versión 1.0) [internet]. Bogotá: INC; 2024. [citado 2026 febr. 21]. Disponible en: <https://www.infocancer.co>
6. Bray F, Colombet M, Aitken J, Bardot A, Eser S, Galceran J, et al., editors. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. XII [internet]. Lyon, Francia: International Agency for Research on Cancer; 2023. [citado 2026 febr. 21]. Disponible en: <https://ci5.iarc.fr>
7. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018;391(10125):1023-75. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3)