

## EDITORIAL

### Evaluación y variabilidad de la calidad en las estadísticas de mortalidad en Colombia: la importancia del detalle

<https://doi.org/10.35509/01239015.913>

#### Introducción

La Sección de Vigilancia del Cáncer, de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), actualiza periódicamente su programa GLOBOCAN y provee estimaciones de incidencia y mortalidad por cáncer para 185 países (y territorios) del mundo (1, 2). La metodología de las estimaciones varía para cada país y región, dependiendo de la cobertura, calidad de los datos de incidencia de registros poblacionales de cáncer (particularmente los sometidos a la publicación periódica *Incidencia de Cáncer en Cinco Continentes* (CI5), y de los datos de estadísticas vitales nacionales (1, 2).

En Colombia, a una escala nacional y subnacional, el Instituto Nacional de Cancerología elabora periódicamente estimaciones de incidencia de cáncer por departamento, además de analizar la mortalidad oficial por departamento (3, 4). Se cuenta así con información de incidencia y mortalidad para 21 tipos de cáncer, lo que constituye un insumo valiosísimo para la planificación de servicios en cáncer y la evaluación de acciones orientadas a su control a nivel nacional y departamental. Es importante resaltar que, en el caso de Colombia, la mortalidad es un insumo crítico en el modelo de estimación de incidencia, dado que los registros poblacionales de cáncer de alta calidad (incluidos en el último volumen de la publicación *Cancer Incidencia en Cinco Continentes*) cubrían menos de un 10% de la población (5, 6).

A pesar de las fortalezas de la mortalidad como un indicador crítico en salud pública, es conocido que está sujeta a un número potencial de imprecisiones, dependiendo de la calidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción, así como del funcionamiento del sistema de estadísticas vitales del país. Un análisis detallado de la calidad de la mortalidad, teniendo en cuenta diversos factores, es condición necesaria para su análisis previo a la diseminación de los datos, haciendo las correcciones pertinentes. Es justamente esto lo que nos presentan detalladamente Cendales y Pardo, en dos artículos del presente número de la revista: un artículo relacionado específicamente con la exhaustividad (el grado en que las estadísticas de mortalidad incluyen todos los fallecimientos producidos) de la mortalidad en Colombia (7) y otros sobre otros indicadores de calidad en la certificación (8).

Cendales y Pardo calculan el porcentaje global de exhaustividad por departamento y por edades, proponiendo adicionalmente diferentes escenarios de ajuste para la corrección del subregistro. La exhaustividad de la mortalidad para el año 2018 en la mayoría de los departamentos estuvo por encima del 85%, con 11 departamentos por encima de 90% (7). Esto indicaría un buen funcionamiento del sistema de registro civil y estadísticas vitales en la mayoría de los departamentos. Sin embargo, se encontraron diferencias importantes en la

exhaustividad en la edad y por departamento. En los departamentos más alejados, de menor densidad poblacional, con población mayoritariamente indígena o afrodescendiente y con importantes retos para acceder a los servicios de salud, como son los departamentos del Grupo Amazonas, La Guajira y el Chocó, la exhaustividad de la mortalidad fue bastante menor. En este sentido, el análisis de la mortalidad (en general y por cáncer específicamente) en estos departamentos y los números corregidos deben interpretarse con cautela. Los análisis de exhaustividad de la mortalidad (general) en Colombia se han reconocido previamente y han llevado al Ministerio de Salud a trabajar con socios estratégicos un proyecto específico para el mejoramiento de las estadísticas vitales en zonas rurales de varios departamentos (9).

En el segundo artículo, Cendales y Pardo muestran una serie de indicadores de calidad de la mortalidad general y mortalidad por cáncer para el periodo 2012-2016, así como la evolución en el tiempo en las últimas dos décadas desde 1997 (8). Resulta claro cómo gran parte del mejoramiento de la calidad se atribuye a que, en 2016, el último año considerado en el análisis a nivel nacional, menos de un 1% de las muertes no son certificadas por médicos. Los departamentos donde este porcentaje es mayor, alcanzando cerca de un 11% en Amazonas, son también los departamentos con menores resultados de exhaustividad. En cuanto a las muertes por cáncer, las muertes por cáncer de sitio mal definido también tuvieron un descenso importante.

Un aspecto adicional a evaluar, que no es abordado directamente en los artículos, es el de la validez (precisión) de la información registrada, que es particularmente relevante en las causas de defunción. Aunque esta actividad compete en gran medida a las instituciones de salud mediante procesos de auditoría interna a los certificados de defunción emitidos por sus médicos, también cabe un trabajo interesante por hacer con los registros de cáncer de base poblacional. Por ejemplo, en un estudio en Irán se compararon los datos de diagnósticos clínicos y patológicos del registro poblacional con las certificaciones de muerte de las estadísticas oficiales. En este estudio, la exhaustividad para identificar muertes por cáncer

fue del 92,7%, mientras que un 8% de los casos las causas correspondieron a “basura” y muertes por causa mal definida. A revisar la validez, comparando los diagnósticos del registro de cáncer con el diagnóstico en el certificado de defunción, se observaron importantes variaciones por tipo de cáncer y por edad. Tuvieron mayor validez los tumores del sistema nervioso central (96,3%) y las leucemias (79,8%) en comparación con colon y recto (29,9%) (10). En España, una compilación de estudios evaluando la calidad y validez de la certificación de muerte mostró que para las principales localizaciones de cáncer (pulmón, colon-recto, próstata, estómago, páncreas, mama femenina, útero, cerebro, leucemia, linfomas y mieloma) las causas estaban bien certificadas. Sin embargo, otras localizaciones como laringe, esófago e hígado estaban sobrerreportadas mientras que las muertes por cáncer de vejiga, riñón y ovario fueron subreportadas (11).

La mayoría de los países en América Latina cuentan con sistemas de estadísticas vitales relativamente bien desarrollados y en esto hay que reconocer los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud por difundir y mejorar estos sistemas y la calidad de la información de mortalidad. Es también indudable que Colombia ha avanzado de manera importante en el mejoramiento a nivel nacional de la calidad de la información de mortalidad y su disseminación. En este sentido, cabe resaltar aun más, el enorme valor de poder contar con esta información con un nivel de detalle tan completo como el presentado por Cendales y Pardo.

**Marion Piñeros, MD MSc**

Sección de Información en Cáncer

Agencia Internacional de Investigación en Cáncer  
IARC

MPP declara no tener conflictos de interés

#### **Nota**

Where authors are identified as personnel of the International Agency for Research on Cancer / World Health Organization, the authors alone are responsible for the views expressed in this article and they do not necessarily represent the decisions, policy or views of the International Agency for Research on Cancer / World Health Organization.

## Referencias

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;144(8):1941-53. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>.
2. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 2021. <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>.
3. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. Bogotá, Colombia: INC; 2015.
4. Pardo C, De Vries E, Buitrago L, Gamboa O. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. INC, editor. Bogotá, Colombia.: INC; 2017.
5. Ferlay J, Colombet M, Bray F. Cancer Incidence in Five Continents, CI5plus: IARC CancerBase No. 9 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer2018.
6. Piñeros M, Abriata MG, de Vries E, Barrios E, Bravo LE, Cueva P, et al. Progress, challenges and ways forward supporting cancer surveillance in Latin America. *Int J Cancer*. 2021;149(1):12-20. <https://doi.org/10.1002/ijc.33407>.
7. Cendales R, Pardo C. Estimación de la exhaustividad de la certificación de la mortalidad en Colombia mediante datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2022;26(3).
8. Cendales R, Pardo C. Calidad de la certificación de la mortalidad en Colombia, 1997-2016. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2022;26(3).
9. Bloomberg Philanthropies -Data for Health Initiative, Ministerio de Salud de Colombia, Vital Strategies. Colombia Rural Vital. <https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/CRVS-Case-Study-Colombia-Rural-Vital-English.pdf2020>.
10. Hasanpour-Heidari S, Jafari-Delouei N, Shokoohifar N, Sedaghat SM, Moghaddami A, Hosseinpour R, et al. Completeness and Accuracy of Death Registry Data in Golestan, Iran. *Arch Iran Med*. 2019;22(1):1-6.
11. Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, Suárez B, Lope V, Llácer A, et al. Accuracy of cancer death certificates in Spain: a summary of available information. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 3:42-51. <https://doi.org/10.1157/13101089>.