

COMENTARIO ECONÓMICO DEL DÍA

Mayo 4 de 2023

Página
1

Cáncer en Colombia: cómo estamos y para dónde vamos

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son todas las afecciones que no son causadas por una infección aguda y muchas se pueden prevenir reduciendo factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo y la alimentación poco saludable. El cáncer es una de las ENT que provoca más muertes en el mundo, antecedida por las enfermedades cardiovasculares.

ANIF y la Universidad EAFIT, en el marco del MSD Oncology Policy Grant Program, desarrollamos una investigación al rededor del cáncer en el país con varios objetivos en mente. En primer lugar, entender el estado de la enfermedad y su tratamiento en Colombia. En segundo lugar, desarrollar un modelo matemático de escenarios de detección temprana y lo que eso significaría en términos de impacto en indicadores epidemiológicos y financieros. En tercer lugar, dar una serie de recomendaciones de política pública para avanzar en este frente y lograr mejores resultados en salud y eficiencias en el gasto. *Este Comentario Económico del Día* surge de esa investigación y sus hallazgos. En esta primera entrega damos un panorama del cáncer en Colombia, analizando la afección a partir de indicadores epidemiológicos y presupuestales. En una próxima publicación daremos a conocer los resultados del modelo y las recomendaciones que de allí se derivan.

Comparación internacional

El cáncer es una de las enfermedades que está en constante crecimiento y una de las más costosas para el sector de salud a nivel mundial, cuyo gasto ascendió a US\$ 170.000 millones en 2020, en comparación con los US\$ 86.000 millones que costó cinco años atrás. A su vez, según Cancer Today, para 2020 se registraron cerca de 20 millones de nuevos casos y 10 millones de muertes. Específicamente para América Latina, se presentaron 4 millones de pacientes y 1.4 millones de muertes, entre las cuales el 47% eran menores de 69 años. Los cánceres con mayor mortalidad en la región son pulmón, mama, próstata, colorrectal, páncreas e hígado.

Ahora, poniendo la lupa sobre Colombia, para el mismo año de análisis, se presentaron aproximadamente 113.000 nuevos casos entre hombres y mujeres, y una mortalidad de 55.000 personas. Para los próximos años, dicho panorama podría ser más crítico, ya que el país al ser catalogado de ingreso medio alto (dado su PIB per cápita) podría tener mayor número de decesos, pues según el Banco Mundial, las muertes por esta enfermedad durante los años siguientes se concentrarán en países de ingresos bajos y medios.

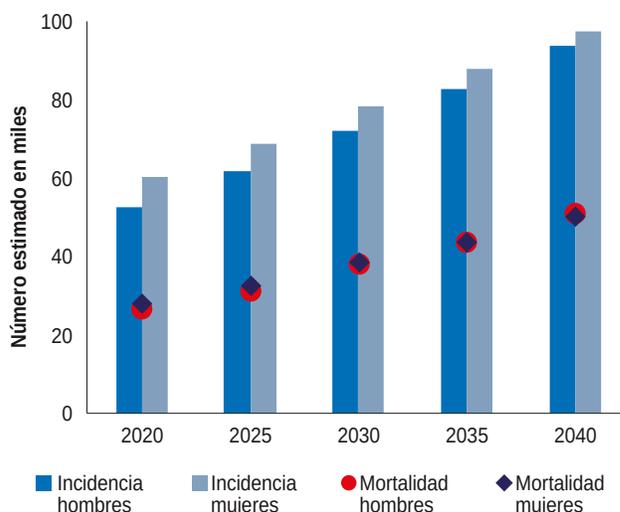
Incidencia y Mortalidad

Entre 2020 y 2030 se prevé un incremento sostenido en nuevos casos de cáncer de aproximadamente el 30%, y en mortalidad del 37%, siendo mayor la incidencia en mujeres que en hombres y del mismo orden en mortalidad para hombres y mujeres, como se observa en el Gráfico 1. Este escenario de crecimiento en los indicadores podría implicar un mayor presupuesto para el sistema de salud colombiano.

Al analizar la tasa de mortalidad mundial, se puede notar que, el cáncer de mama, colón y ovario han aumentado progresivamente desde finales de los noventa hasta la actualidad. Los demás tipos permanecen estables en su comportamiento o han disminuido, como es el caso de cuello uterino, estómago y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (ver Gráfico 2).

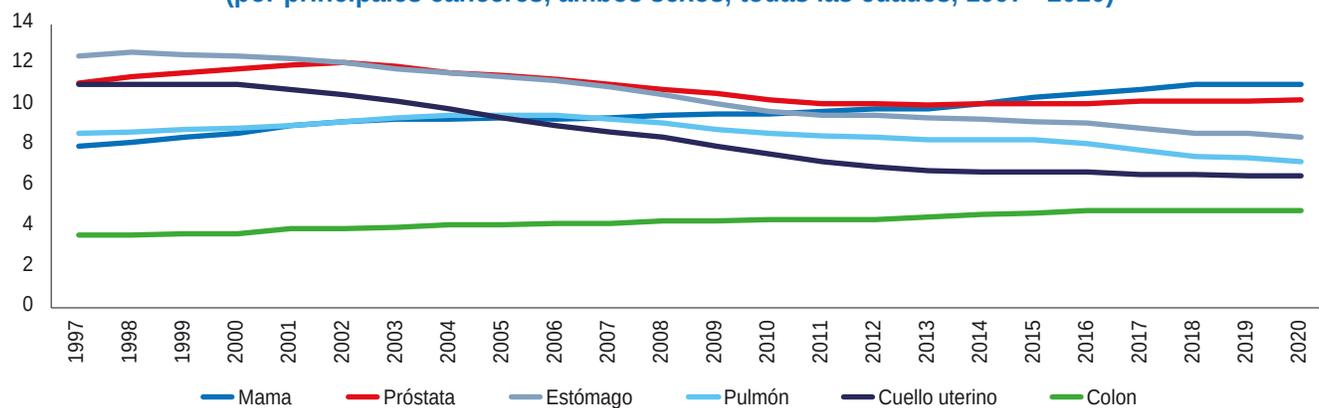
Ahora, si se compara a Colombia, con Latinoamérica y el mundo, en cuanto a incidencia y mortalidad de cán-

Gráfico 1. Incidencia y mortalidad de cáncer en Colombia (Número estimado de mujeres y hombres, 2020 - 2040)



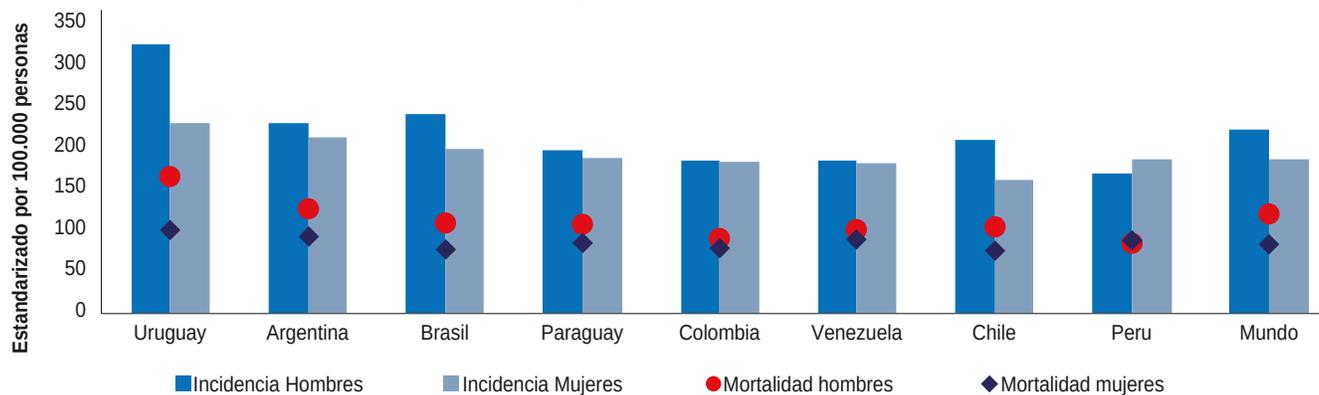
Fuente: elaboración ANIF con datos de Globocan.

Gráfico 2. Tasa mundial de mortalidad estandarizada por 100,000 personas (por principales cánceres, ambos sexos, todas las edades, 1997 - 2020)



Fuente: elaboración ANIF con datos de InfoCancer.

Gráfico 3. Tasas estimadas de incidencia y mortalidad estandarizadas por 100.000 personas por países (por edad, 2020)



Fuente: elaboración ANIF con datos de Cancer Today Organización Mundial de la Salud.

cer de manera agregada, vemos que el país no encabeza la lista (ver Gráfico 3). De manera general, se observa que ambos indicadores son mayores en hombres que en mujeres, salvo para Perú. Dicho país tiene una incidencia de 185,9 en mujeres a diferencia del 169,8 para hombres, y en la mortalidad ellas tienen una tasa por cada 100,000 personas igual a 88,6 en comparación con 83,6 para hombres. De esta forma, se puede concluir que al hablar de cáncer sin desagregarlo por tipo, esta enfermedad afecta mayoritariamente a los hombres. Sin embargo, en países como Colombia, Paraguay y Venezuela se observan patrones similares en ambos sexos. Al desglosar el cáncer por sus diferentes tipos es en donde se encuentran las mayores diferencias, razón por la cual es fundamental enfocar el gasto de esta enfermedad teniendo en cuenta aspectos no solo de género, sino también de tipología.

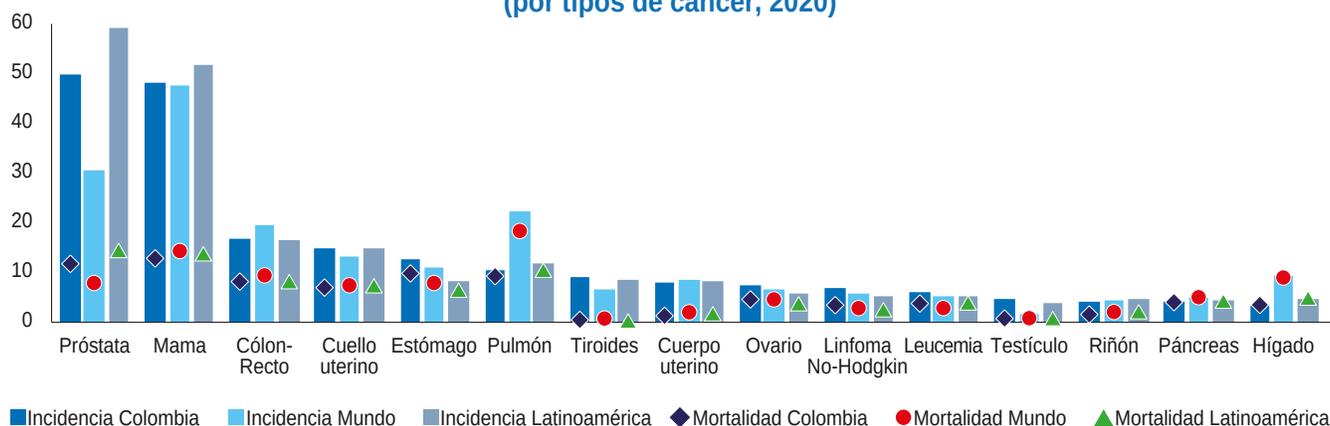
Ahora, desagregando por el tipo de cáncer, con los datos a nivel mundial, el país no presenta mejores indicadores. De hecho, en ocho de los 15 tipos de cáncer¹ Colombia tiene mayor incidencia y mortalidad.

Solamente en pulmón e hígado tiene valores cercanos al 50% por debajo de lo reportado a nivel mundial para estos indicadores epidemiológicos. Comparando el país con el promedio de Latinoamérica (ver Gráfico 4) vemos que Colombia tiene menores tasas de mortalidad e incidencia en próstata y mama, pero para la mayoría de los demás tipos de cáncer está por encima de los valores reportados para la región, para ambos indicadores.

Si bien la mayor incidencia está en el cáncer de próstata, es el de mama el que tiene mayor mortalidad, como lo muestra el Gráfico 4. Pese a que estos son los de mayor incidencia, hay otros como el de pulmón y estómago que, a pesar de tener menor incidencia, cuentan con tasas de mortalidad similares. Lo anterior se traduce en bajas tasas de supervivencia como se puede observar en el informe de la Cuenta de Alto Costo, donde las tasas de supervivencia a cinco años para los cánceres de mama, próstata, estómago y pulmón son 78.3%, 72.8%, 30.9% y 17.3%, respectivamente.

¹ Dentro de estos se encuentran: ovario, testículo, páncreas, útero, próstata, hígado, piel no melanoma, riñón, pulmón y tráquea, tiroides, colon y recto, leucemia mieloide, estómago, mama y leucemia linfoma.

Gráfico 4. Tasas de incidencia y mortalidad estandarizada de cáncer por cada 100.000 personas en el mundo, Latinoamérica y Colombia (por tipos de cáncer, 2020)



Fuente: elaboración ANIF con datos Globocan.

Panorama de Colombia en la detección temprana

Con este contexto, es importante evaluar los esfuerzos que se han hecho en el país para disminuir la incidencia y mortalidad de esta enfermedad. El primer paso debe estar enfocado a la detección temprana, esto al considerar que, según la OMS, cuando el cáncer se detecta en una fase temprana es más probable que el paciente responda al tratamiento, lo que podría incrementar las probabilidades de supervivencia, reducir la morbilidad y a final de cuentas, disminuir los costos de la terapia.

Sin embargo, al analizar la situación, se evidencia que Colombia presenta una grave problemática en este aspecto ya que, por un lado, existen limitaciones en cuanto al acceso para ciertos departamentos y que, durante los últimos años, el gasto específico en la detección ha disminuido, lo que se refleja en menor proporción de casos identificados en edad temprana.

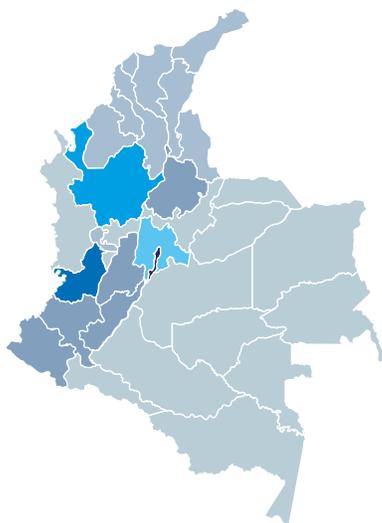
De acuerdo con Cuenta de Alto Costo y SISPRO, los centros con mayor capacidad de respuesta para una atención con expertos y tecnologías con altos es-

tándares de calidad están concentrados en Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia (ver Mapa 1). Lo anterior implica que ciudadanos en zonas lejanas a estas urbes tienen menores posibilidades para acceder a un diagnóstico adecuado y oportuno, teniendo fuerte repercusiones en los indicadores de detección temprana de esta enfermedad.

De hecho, a partir de los datos dispuestos en la Cuenta de Alto Costo se evidencia que para los cánceres en los que se tiene mayor mortalidad e incidencia (mama y próstata), el indicador nacional de detección temprana disminuyó. Este dato para el caso de cáncer de mama pasó de una proporción de 51.4 en el 2018 a 45.3 en el 2021. Por otra parte, si se observa el gasto realizado en detección temprana de la enfermedad entre 2015 y 2021, vemos que es casi nulo, independientemente del tipo de régimen, subsidiado o contributivo. La mayoría se concentra en los servicios terapéuticos y en el diagnóstico, especialmente en el cáncer de mama, colon-recto, piel no melanoma y próstata, ver Gráfico 5.

Ahora, analizando la evolución del presupuesto destinado a tratar los cánceres de mayor incidencia y mor-

Mapa 1. Posibilidad de acceso a la atención para diagnóstico y evaluación (% de acceso, 2021)



Fuente: elaboración ANIF con datos de SISPRO.

talidad en Colombia, no se ve un mayor cambio en los porcentajes de gasto que cada uno tuvo entre 2015 y 2021, como se muestra en el Gráfico 6. Sin embargo, existen algunas diferencias entre regímenes.

Para el 2015, del presupuesto total, el cáncer de mama tuvo un desembolso promedio de 23% del total, siendo el régimen subsidiado el que más gastó. Al comparar este mismo rubro para el 2021, el monto promedio fue similar (24%). Sin embargo, en este año el régimen contributivo destinó más recursos en comparación al subsidiado.

Con respecto al cáncer de colon y recto, se tuvo un gasto promedio de 10% para el 2015. Para el 2021, hubo un aumento de 4pp en el monto promedio gastado de este tipo de cáncer y el régimen subsidiado fue el que tuvo la mayor participación.

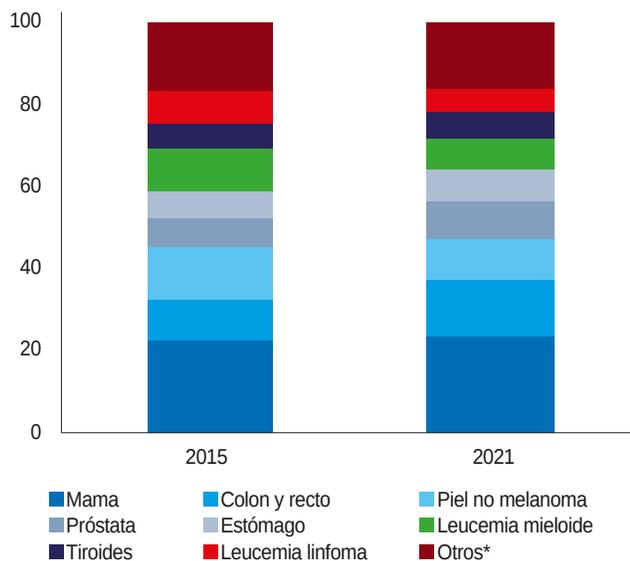
Finalmente, el cáncer de próstata se llevó el 7% de participación sobre el gasto total para 2015, siendo

Gráfico 5. Gasto según régimen y tipo de administradora (% del total, 2015 - 2021)



Fuente: elaboración ANIF con datos de SISPRO.

Gráfico 6. Distribución del gasto por tipo de cáncer (% del total, 2015 y 2021)

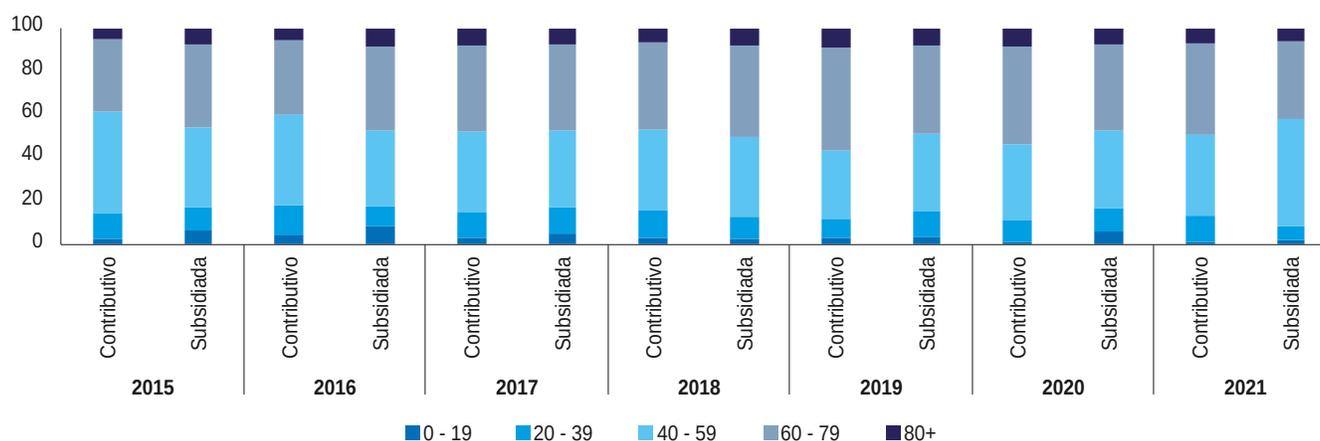


Fuente: elaboración ANIF con datos de SISPRO.

el régimen subsidiado el que más recursos destinó. En el 2021, la cifra ascendió al 9%, año en el cual el régimen contributivo tuvo mayor participación.

En cuanto a los grupos etarios, el gasto está centrado en el orden como lo muestra el Gráfico 7, en las poblaciones de 60 a 79, 40 a 59, 20 a 39, 80 años o más, y 0 a 19 años, con algunas variaciones entre 2015 y 2021 y con algunas diferencias según el régimen subsidiado y contributivo. Con respecto al grupo poblacional de 60 a 79 años, entre el 2015 y el 2016 el régimen subsidiado obtuvo mayor participación en el gasto. A partir del 2018, el régimen contributivo ha tenido mayor participación en este grupo poblacional. Con respecto al grupo de 40-59 años ocurre lo opuesto. Para el grupo de 20 a 39 y 80 años o más, la participación entre el contributivo y subsidiado ha tenido pequeñas variaciones a lo largo de los años. Por último, para el grupo de 0 a 19 años el régimen subsidiado ha sido el que ha tenido mayor participación en el periodo de estudio.

Gráfico 7. Gasto según régimen y grupo etario (% del total, 2015 - 2021)



Fuente: elaboración ANIF con datos de SISPRO.

A su vez, analizando el gasto departamental con datos de SISPRO, este tuvo cambios entre el 2015 y 2021 donde el cáncer de mama pasó de tener 25 a ser 27 departamentos con máximo gasto en 2021, el cáncer de próstata de 1 a 3 departamentos; en el cáncer de piel no melanoma de 4 a 1 departamentos. Además, pasamos de ser un país con una población que más gasta en cáncer en edades entre 50 y 59, a un país con una población de un rango más amplio en edades, entre 50 y 69, para el gasto en cáncer. Es importante enfatizar que el gasto no está centrado en detección temprana de la enfermedad, sino mayoritariamente en diagnóstico y terapéutico, como se mostró anteriormente.

Estimaciones en el costo: nivel mundial y Colombia

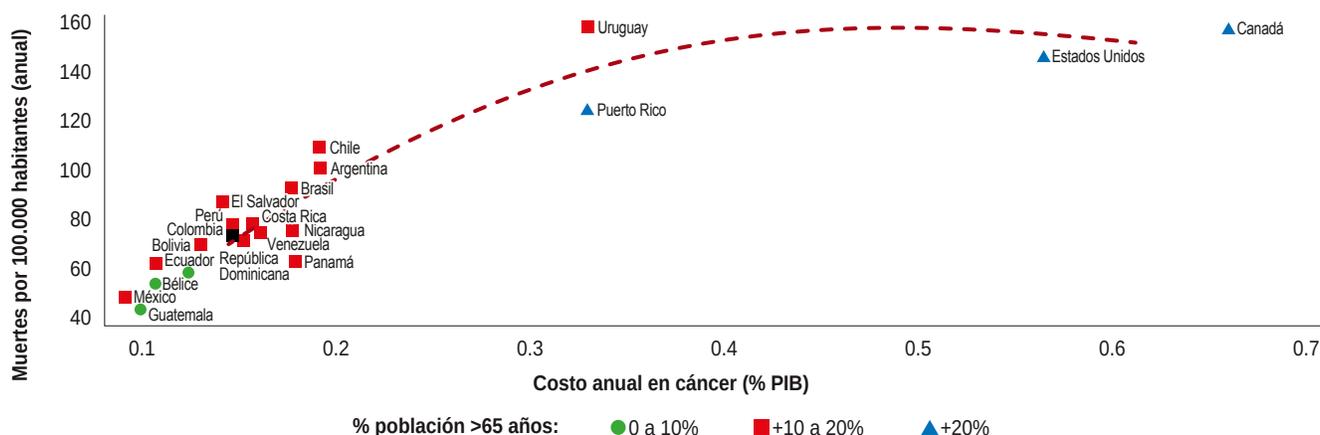
Con respecto al costo de esta enfermedad a nivel mundial, se estimó que la ampliación integral au-

mentaría los costos del tratamiento del cáncer en aproximadamente 7% (US\$ 232.9 mil millones adicionales), pero con una gran variación según el grupo de ingresos del país, según Ward et. Al (2020)². Sin embargo, existen rendimientos positivos de la inversión para cada grupo de países, en los cuales los beneficios netos globales equivalen a US\$ 3 billones en beneficios de por vida, si se lograra una ampliación integral para los pacientes diagnosticados y tratados entre 2020 y 2030.

Con respecto al costo para Colombia se agrupó la información por países con porcentaje de población mayor a 65 años y por PIB, y como se muestra en los Gráfico 8 y 9, se observa que actualmente el costo es menor al 20% del PIB para el país. Además, vemos que no necesariamente un mayor gasto en cáncer implica menores muertes, como ocurre en el caso de países como Uruguay, Estados Unidos y Canadá.

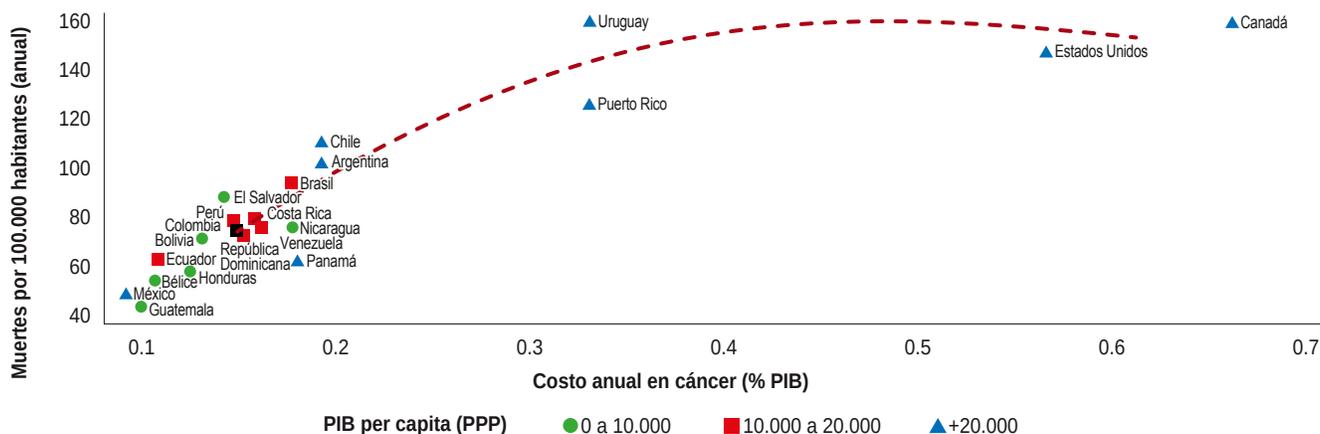
² Ward, Z. J., Scott, A. M., Hricak, H., & Atun, R. (Marzo de 2021). Global costs, health, and economic benefits of scaling up treatment and imaging modalities for survival of 11 cancers: a simulation-based analysis. *Lancet Oncol*, 22(3), 341-350. doi:10.1016/S1470-2045(20)30750-6

Gráfico 8. Comparación regional por porcentaje de población mayor a 65 años, promedio anual, proyecciones 2020 a 2030, basadas en Ward et al. (2021)



Fuente: elaboración ANIF con base en el estudio de Ward et al (2021).

Gráfico 9. Comparación regional por PIB per cápita, promedio anual, proyecciones 2020 a 2030, basadas en Ward et al. (2021)



Fuente: elaboración ANIF con base en el estudio de Ward et al (2021).

Conclusiones

Con base en lo anterior, es importante tener en cuenta distintos aspectos del gasto que permitan tener un adecuado resultado en prevención y tratamiento exitoso de esta enfermedad. Además, es fundamental reconocer que elementos mencionados anteriormente, tales como el gasto por el tipo de procedimiento y el tipo de cáncer, el gasto departamental realizado, el régimen y el grupo etario, deben ser tenidos en cuenta ya que, como se ha demostrado, la enfermedad es la que termina jalonando el gasto.

Colombia es un país cuyo gasto en la enfermedad está mayoritariamente centrado en el diagnóstico y tratamiento, más no en la detección temprana. Lo anterior repercute negativamente no solo sobre las vidas de los pacientes con esta enfermedad, sino termina imponiendo altos costos para el Estado. Por tanto, es fundamental priorizar las inversiones en los sistemas de salud, específicamente en la etapa de detección temprana para así tener menores indicadores de incidencia y mortalidad.

Equipo de Investigaciones de EAFIT

Daniel Medina Gaspar
María Eugenia Puerta Yepes
Daniel Rojas Díaz
Jesús Botero García

Equipo de Investigaciones de ANIF

Mauricio Santa María S.
Anwar Rodríguez Chehade
Camila Ciurlo Aragón
Norberto Rojas Delgadillo
Lina María Ramírez Villegas
María Camila Carvajal Parra