

Diferencias socioeconómicas en los años de vida perdidos por cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino en Colombia, 1997 y 2007*

Socioeconomic Differences in the Years of Life Lost due to Breast Cancer and Cervical Cancer in Colombia, 1997 and 2007

Diferenças socioeconômicas nos anos perdidos pelo câncer de mama e câncer de colo de útero na Colômbia, 1997 e 2007

Fecha de recepción: 08-01-11 Fecha de aceptación: 16-03-11
SICI: 1657-7027(201106)10:20<138:DSAVPC>2.0.TX;2-D

Marcela Agudelo-Botero**

Claudio Alberto Dávila-Cervantes***

Sara Catalina Atehortúa-Becerra****

* Artículo de investigación. Un avance preliminar de este trabajo fue presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Condiciones y transformaciones culturales, factores económicos y tendencias demográficas en Latinoamérica. La Habana, Cuba, noviembre de 2010.

** Autora principal. Doctoranda en Estudios de Población. El Colegio de México. Dirección de correspondencia: Camino al Ajusco No. 20. Pedregal de Santa Teresa, Magdalena Contreras. Código Postal 10740. México, Distrito Federal. Correo electrónico: magudelo@colmex.mx

***Doctorando en Estudios de Población, El Colegio de México. Correo electrónico: cadavila@colmex.mx

**** Economista. Maestra en Gobierno y Asuntos Públicos, Docente de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: saritac2005@gmail.com



Resumen

Se calcularon los *años de vida perdidos* (AVP) por cáncer de mama (CaMa) y cáncer cérvico-uterino (CaCu) para Colombia en 1997 y 2007, por estrato socioeconómico. Se incluyeron las defunciones femeninas por CaMa y CaCu. Se utilizó el índice de necesidades básicas insatisfechas a nivel departamental y las tablas de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). En 2007 se perdieron 48.098 años de vida por CaMa y CaCu, 56,6% por la primera causa. Se observó una leve disminución de los AVP por CaCu (0,9%) y un aumento de éstos por CaMa (49,8%). Las mujeres de estratos medios y altos fueron las que más incrementaron los AVP por CaMa y las más pobres por CaCu. Es necesario reforzar las medidas tendientes a disminuir y mitigar las brechas en la mortalidad por estos dos cánceres, así como considerar las diferencias socioeconómicas en la formulación de políticas públicas en la materia.

Palabras clave: neoplasias de la mama, neoplasias uterinas, mortalidad, años de vida perdidos, estratos, Colombia

Palabras clave descriptor: Cáncer cérvicouterino, detección temprana, asistencia médica, accesibilidad, esperanza de vida, mortalidad

Abstract

The *years of life lost* (YLL) due to breast cancer (BC) and cervical cancer (CC) for Colombia were calculated for the years 1997 and 2007, according to the socioeconomic strata. Female deaths were included for BC and CC. The unsatisfied basic needs index was employed at departmental level and mortality tables from *Departamento Administrativo Nacional de Estadística* (DANE). In 2007, there were 48.098 years of life lost (YLL) due to BC and CC, 56,6% due to the first cause. A slight decrease was observed in the YLL due to CC (0,9%) and an increase due to BC (49,8%). Women from the middle and upper strata had the biggest increase of YLL due to BC, while those from the poorest strata did due to CC. It's necessary to reinforce the current measures aimed at decreasing and easing the gaps in mortality due to both cancers, as it's also important to consider socioeconomic differences in the formulation of public policies around the subject.

Key words: breast cancer, cervical cancer, mortality, years of life lost, strata, Colombia

Key words plus: Breast neoplasms, Uterine neoplasms, Mortality, Potential years of life lost, Colombia

Resumo

Calcularam-se os *anos de vida perdidos* (AVP) pelo câncer de mama (CaMa) e câncer de colo de útero (CaCu) para a Colômbia em 1997 e 2007, por estrato socioeconômico. Incluíram-se os óbitos femininos por CaMa e CaCu. O Índice de Necessidades Básicas Insatisfeitas no nível departamental e as tabelas de mortalidade do Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE) foram utilizados. Em 2007, foram perdidos 48.098 anos de vida por CaMa e CaCu, sendo 56,6% pela primeira causa. Observou-se leve diminuição dos AVP por CaCu (0,9%) e aumento de estes por CaMa (49,8%). Mulheres das camadas média e alta foram as que mais incrementaram os AVP por CaMa e as mais pobres por CaCu. É necessário reforçar as medidas dirigidas a diminuir e mitigar as brechas na mortalidade por estes dois cânceres, bem como considerar as diferenças socioeconômicas na formulação das políticas públicas na matéria.

Palavras-chave: neoplasia de mama, neoplasias uterinas, mortalidade, anos de vida perdidos, estratos, Colômbia

Palavras-chave descritores: câncer de colo de útero, detecção precoce, assistência médica, acessibilidade, esperança de vida, mortalidade

1. Introducción

Los procesos de salud-enfermedad-muerte han sido influenciados en gran medida por la transición epidemiológica que se ha suscitado alrededor del mundo –aunque con diferente intensidad y calendario–, la cual se caracteriza por el desplazamiento de enfermedades de tipo infecto-contagiosas por crónico-degenerativas. Las pautas de morbi-mortalidad se han visto afectadas al tiempo por la dinámica demográfica, con un creciente aumento de individuos en edad adulta, quienes están más expuestos a este último tipo de padecimientos (1,2). Las afecciones crónicas y degenerativas se distinguen por no ser de letalidad inmediata, pero sí, a veces, prolongadas, incurables o por provocar incapacidades que comprometen la calidad de vida de los sujetos y sus familias, además de generar un alto costo económico en su atención y tratamiento (3). Una de las patologías que presentan dichas condiciones es el cáncer.

El cáncer es una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo occidental (4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto el cáncer de mama como el cérvico-uterino (en adelante CaMa y CaCu) se encuentran entre los cinco tipos de cáncer que más afectan a la población femenina (5); concretamente, el CaMa es el tipo de cáncer más frecuente y la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 años o más, mientras que el CaCu, no sólo es una de las formas más comunes de cáncer, sino que además merece especial atención debido a que la mayoría de los casos se presentan en países en vía de desarrollo (4).

En Colombia, con base en datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se sabe que en el año 2007 murieron 2.115 mujeres por CaMa y 1.600 por CaCu, situándose como la primera

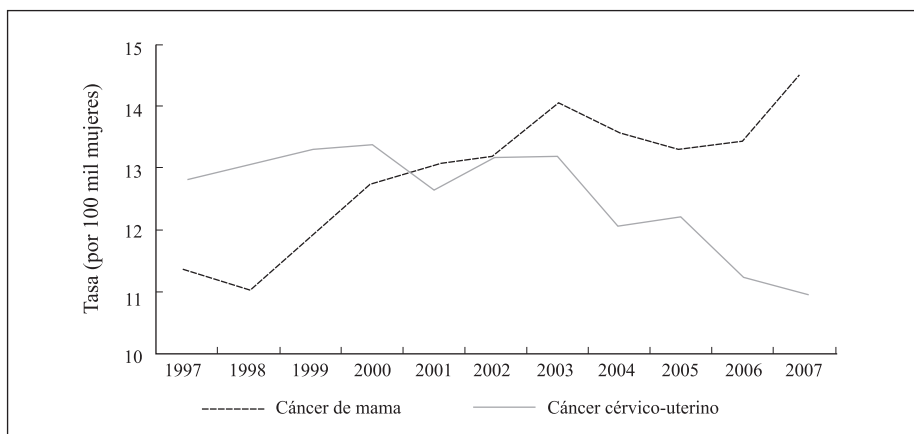
y la segunda causa de muerte por tumores malignos, respectivamente (6). Entre 1997 y 2007 el número de defunciones por CaMa comienza por debajo de los niveles de mortalidad del CaCu; sin embargo, a partir de 2001 dicho orden se invierte. Mientras que las muertes por CaCu han permanecido casi constantes en el transcurso de este período, el CaMa muestra un patrón de permanente ascenso; esto representa un crecimiento de los fallecimientos en 10,5% para la primera causa mencionada y en 58,3% para la segunda (6). La tasa estandarizada de mortalidad se situó en 14,5 para CaMa y en 10,9 para CaCu por cada cien mil mujeres en 2007 (ver gráfico 1).

Una de las explicaciones dadas a estos cambios es que la política de detección temprana ha estado más enfocada hacia el CaCu que hacia el CaMa. Prueba de lo anterior es que en los lineamientos de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) (7) se ha enfatizado en las acciones concretas para el combate del CaCu, estableciéndose como meta una cobertura mínima de 90% en la realización de la citología cervicovaginal; también se propone el fomento de tareas preventivas y el adecuado tratamiento de los casos. Por otro lado, en lo concerniente al CaMa, en la PNSSR se toca tangencialmente el tema y sólo se llega a identificar deficiencias en la oferta de acciones de detección temprana por parte de los servicios salud, sin que esto se traduzca en hechos concretos para lograr una atención integrada de la enfermedad (7).

Pese a que tradicionalmente se ha creído que el cáncer es una patología propia de la vejez y del mundo desarrollado, lo cierto es que cada vez se presentan más casos en edades tempranas y sin distinción socioeconómica de las afectadas (8-10). Incluso, se ha sostenido la doble carga que representa en la actualidad el CaCu y el CaMa en regiones y sectores



GRÁFICO 1. TASAS ESTANDARIZADAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA Y CÉRVICO-UTERINO EN COLOMBIA, 1997-2007 (ESTANDARIZADAS CON BASE EN LA POBLACIÓN FEMENINA MUNDIAL)



Fuente: elaboración propia a partir de información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia, 1997-2007 y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2008 Revision

pobres de los países (8,11). Se menciona que para la atención de estos padecimientos, las mujeres encuentran barreras de acceso a los servicios de salud e inequidades en la atención médica, así como otras dificultades de orden sociocultural (temor a ser exploradas, vergüenza, pudor, etc.) (12-14).

En Colombia hay pocos estudios que aborden el impacto de la mortalidad por CaCu y CaMa (15) y mucho menos hay disponibilidad de valoraciones de estas dos afecciones que indiquen la situación de las mujeres de acuerdo con su nivel socioeconómico. Es por ello que el objetivo de este artículo es contribuir al conocimiento del efecto de la mortalidad por CaMa y CaCu en Colombia, según grupos de edad y nivel socioeconómico, para los años 1997 y 2007. Lo que se intenta evidenciar son los contrastes subyacentes entre diversos grupos, con el fin de sentar bases que sirvan de insumo a tomadores de decisiones para establecer alternativas de atención que respondan a las necesidades propias de cada conjunto poblacional considerado.

2. Material y métodos

2.1. Datos de mortalidad femenina y por causas seleccionadas

La información de este artículo se basa en las estadísticas vitales de mortalidad a nivel nacional, de los años 1997 y 2007, provenientes del DANE. En primer lugar, se obtuvieron las defunciones femeninas por grupos quinquenales de edad (empezando por el grupo de 20 a 24 años y cerrando con el grupo de 75 a 79 años); igualmente, se consideraron para estos mismos grupos etarios, los fallecimientos cuya causa, según los criterios de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE),¹ fue el CaMa o el CaCu. Finalmente, se empleó la tabla de mortalidad nacional de mujeres 2000-2005, elaborada por el DANE

1 De acuerdo con la CIE-9, corresponde a los códigos 174 y 180 el CaMa y CaCu respectivamente (aplicado para 1997), mientras que para la CIE-10 (que abarca el 2007) los códigos de estas causas fueron C50 para CaMa y C53 para CaCu.

(16). Algunas otras consideraciones de orden metodológico fueron:

- Se excluyeron de la base de datos aquellos registros no especificados por edad y sexo.
- Se omitieron de la investigación las notificaciones de muerte por CaMa entre varones.

2.2. Estratificación socioeconómica a partir del indicador de necesidades básicas insatisfechas

En lo referente a la estratificación socioeconómica se utilizó el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), calculado a nivel departamental por el DANE (basado en el censo de población de 2005 y actualizado a diciembre 31 de 2008). Este indicador toma en consideración indicadores simples seleccionados de las viviendas: inadecuadas, con hacinamiento crítico, con servicios inadecuados, con alta dependencia económica, con niños en edad escolar que no asisten a la escuela (17).²

Para estimar la magnitud de la pobreza en relación con la población, se asume que las personas que habitan en viviendas con NBI o en situación de miseria se encuentran en las mismas condiciones de su respectiva vivienda (17).³ A partir de este indicador se hizo un análisis de distribución de percentiles, con el propósito de tener tres estratos: bajo, medio y alto. Mediante este criterio, los estratos

quedaron conformados de la siguiente manera (ver cuadro 1):

CUADRO 1. ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA A NIVEL DEPARTAMENTAL. COLOMBIA, 2005

Estrato socioeconómico	Rango del percentil (%)	Departamentos
Bajo	46,61-79,58	Amazonas, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Nariño, San Andrés, Sucre, Vaupés, Vichada
Medio	36,01-46,60	Antioquia, Arauca, Atlántico, Boyacá, Caldas, Casanare, Cundinamarca, Huila, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Tolima
Alto	9,2-36,0	Bogotá,* Quindío, Risaralda, Valle del Cauca

* Se consideró como un conglomerado más por ser la capital del país.

Fuente: elaboración a partir del índice de necesidades básicas insatisfechas a nivel departamental, DANE, Colombia, 2005

2.3. Estimación de los años de vida perdidos

Se calcularon los AVP propuestos por Arriaga (1996) (18,19), los cuales tratan de determinar cuántos años de vida, en promedio, pierde una población por muerte a determinadas edades; para ello se parte del supuesto de que la mortalidad debería haber sido nula entre dos edades elegidas para el análisis. El sustento de esta técnica es que los que murieron deberían haber vivido hasta la

- 2 Dado que cada uno de los indicadores se refiere a necesidades básicas de diferente tipo, a partir de ellos se constituye uno compuesto, que clasifica como pobre o con NBI aquellos hogares que estén, al menos, en una de las situaciones de carencia expresada por los indicadores simples y en situación de miseria los hogares que tengan dos o más de los indicadores simples de necesidades básicas insatisfechas (17).
- 3 El índice de NBI osciló entre 9,2% (Bogotá) y 79,58% (Chocó).



edad superior del intervalo de edades dentro del que se analiza la mortalidad (18,19). El cálculo de los AVP parte de los resultados de tablas de mortalidad en lo relacionado con defunciones y sobrevivientes.

El primer paso propuesto por Arriaga (18,19) es suponer que las defunciones por causa de muerte de la tabla de mortalidad abreviada, en cada grupo de edad, guardan la misma distribución que las defunciones observadas; entonces:

$${}_n d_{x,j} = {}_n d_x \left(\frac{{}_n D_{x,j}}{{}_n D_x} \right) \quad [1]$$

Los que mueren en el grupo de edad x a $x+n$ pierden tantos años de vida dentro de ese grupo de edad como el producto de las defunciones de la causa de muerte por la diferencia entre el intervalo del grupo de edad n y el factor de separación de las defunciones ${}_n k_x$. Si se utiliza el supuesto de distribución uniforme de muerte entre las edades x y $x+n$, el factor de separación ${}_n k_x$ es igual a 2,5. Los años AVP por aquellos que fallecen por la causa de muerte j en las edades de x a $x+n$ años son:

$${}_{u,n} AP_{x,j} = {}_n d_{x,j} \left[(n - {}_n k_x) + (v - x - n) \right] \quad [2]$$

Asimismo, el *promedio* de AVP para las personas que están vivas a la edad inicial al intervalo de edades seleccionadas, debido a la mortalidad por la causa j (en este estudio CaMa o CaCu) en el grupo de edad x a $x+n$ y, se obtiene de:

$${}_{u,n} ap_{x,j} = \frac{[{}_n d_{x,j} (v - {}_n k_x - x)]}{l_a} \quad [3]$$

donde l_a es el número de personas vivas a la edad exacta a en la tabla de mortalidad.

La suma de los AVP entre las edades a y v da el promedio de AVP por la causa de muerte j en el intervalo de edad de u años:

$${}_u ap_{x,j} = \sum_{x=a}^v {}_{u,n} ap_{x,j} \quad [4]$$

2.4. Herramientas de análisis

El programa estadístico para el procesamiento de los datos relacionados con las estadísticas vitales fue el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en su versión 17, y también se usaron tablas de *Excel* para la construcción del indicador de AVP basado en tablas de mortalidad femenina del DANE.

3. Resultados

En Colombia se perdieron 39.234 años de vida por CaCu y CaMa en 1997 y 48.098 en 2007, con un aumento de 22,6% entre ambas fechas. Al principio, el CaCu contribuía con el 53,7% de los AVP y luego pasó a aportar el 43,4% de éstos. En el período analizado se refleja un incremento en el promedio de AVP por CaMa de 45,8% y una disminución de 0,9% por CaCu en todo el territorio colombiano.

3.1. Diferencias por grupos de edad y causas de mortalidad

En 1997 los AVP por CaCu para el grupo de mujeres de 20 a 79 años de edad eran superiores que los AVP por CaMa, situación que cambió para 2007. En cuanto al número de defunciones registradas se observa que para 1997 ocurrieron 34,4% de los fallecimientos por CaMa en mujeres menores de 50 años, mientras que para 2007 fue de 30,3%; lo anterior habla de un ligero desplazamiento de las muertes por CaMa hacia edades cada vez más avanzadas en estos diez años. En el caso del CaCu se evidenciaron patrones similares a los vistos con el CaMa, puesto que la distribución porcentual de la morta-

lidad en el mismo grupo etario fue de 37,4 y 34,3% para 1997 y 2007, respectivamente (ver cuadro 2).

Se destaca que el único intervalo de edad en el cual se redujeron los AVP debido al CaMa fue el de 25 a 29 años, mientras que los demás grupos presentaron incrementos de 1997 a 2007 por esta misma causa. De la misma forma, los AVP como consecuencia del CaCu crecieron de un período a otro en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 39 años y entre 55 y 64 años; entre tanto, en los demás grupos se notó una disminución de este indicador.

Otro aspecto importante de resaltar es que para 1997 las mujeres que se encontraban en los rangos de edad de 50 a 54 y de 55 a 59 años fueron las que más años de vida perdieron por CaMa con respecto a las demás mujeres; en 2007 fueron las mujeres entre 45

y 59 años de edad las que más AVP perdieron por esta causa. En lo referente al CaCu, en 1997 las mujeres entre 45 y 54 años fueron las que más años de vida perdieron por este motivo, y para 2007, los grupos de edad que presentaron los mayores montos de AVP por CaCu fueron los de 50 a 54 y 55 a 59 años.

Las mujeres de los grupos de edad de 45 a 49 y de 60 a 64 años tuvieron el mayor aumento en el promedio de AVP por neoplasia maligna de mama (67,3 y 80,7% respectivamente), y el grupo de edad que presentó una disminución en este indicador fue el de 25 a 29 años (49,2%). Por otro lado, para el CaCu, el grupo de edad con mayor incremento en los AVP fue el de 25 a 29 (86,7%), seguido por el de 55 a 59 años (con 0,003%), y los grupos de edad con los decrementos más significativos fueron los de 40 a 44 y 45 a 49 años (19,4 y 22,9% para cada caso).

CUADRO 2. DEFUNCIONES, AÑOS DE VIDA PERDIDOS Y PROMEDIO DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER DE MAMA Y CÉRVICO-UTERINO SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. COLOMBIA, 1997 Y 2007

Grupo de edad	Cáncer de mama					
	1997			2007		
	Defunciones	AVP	Promedio de AVP	Defunciones	AVP	Promedio de AVP
20-24	1	20	0,0002	3	64	0,0007
25-29	19	341	0,0035	10	174	0,0018
30-34	44	706	0,0073	47	850	0,0088
35-39	64	1.027	0,0106	100	1.787	0,0185
40-44	133	2.299	0,0237	160	2.656	0,0274
45-49	127	2.515	0,0260	253	4.206	0,0434
50-54	141	2.875	0,0297	246	4.205	0,0434
55-59	161	3.040	0,0314	273	4.561	0,0471
60-64	131	2.160	0,0223	236	3.904	0,0403
65-69	129	1.765	0,0182	205	2.634	0,0272
70-74	99	1.076	0,0111	188	1.637	0,0169
75-79	78	345	0,0036	168	540	0,0056
Total	1.127	18.169	0,188	1.889	27.219	0,281

Continúa



CUADRO 2. DEFUNCIONES, AÑOS DE VIDA PERDIDOS Y PROMEDIO DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER DE MAMA Y CÉRVICO-UTERINO SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. COLOMBIA, 1997 Y 2007 (continuación).

Cáncer cérvico-uterino						
Grupo de edad	1997			2007		
	Defunciones	AVP	Promedio de AVP	Defunciones	AVP	Promedio de AVP
20-24	5	101	0,001	4	86	0,001
25-29	15	270	0,003	29	503	0,005
30-34	49	787	0,008	58	1.049	0,011
35-39	97	1.557	0,016	111	1.984	0,020
40-44	155	2.679	0,028	130	2.158	0,022
45-49	171	3.386	0,035	157	2.610	0,027
50-54	155	3.160	0,033	181	3.094	0,032
55-59	147	2.775	0,029	183	3.058	0,032
60-64	156	2.572	0,027	163	2.696	0,028
65-69	155	2.120	0,022	161	2.068	0,021
70-74	113	1.228	0,013	140	1.219	0,013
75-79	97	429	0,004	110	354	0,004
Total	1.315	21.065	0,218	1.427	20.879	0,216

Fuente: elaboración propia a partir de información del DANE, Colombia, 1997 y 2007

3.2. Contrastes en los años de vida perdidos por nivel socioeconómico

Los resultados del análisis estratificado de los AVP arrojan que entre 1997 y 2007 se dio un incremento en el promedio de AVP por CaMa de las mujeres de todos los estratos socioeconómicos, siendo más evidente en el estrato alto (57,9%), seguido, en su orden, por las mujeres de los estratos medio y bajo (50,1 y 28,1%). De otra parte, se presentó un decremento en el promedio de AVP por CaCu de 1997 a 2007 en el estrato alto (15%) y aumentaron los valores para las mujeres de estratos medios (5,1%) y bajos (19,8%) (ver gráficos 2 y 3). También es de resaltar que existen situaciones contrapuestas en el promedio de AVP por CaMa y CaCu, según el nivel socioeconómico. En 1997, las mujeres de todos los estratos perdían más AVP por CaCu que por CaMa, siendo mayor la

diferencia entre ambas enfermedades en el estrato bajo. Para 2007 esta situación se modifica y las mujeres clasificadas en los niveles socioeconómicos alto y medio pierden más AVP por CaMa que por CaCu (con una diferencia de 0,138 y 0,044 entre ambos cánceres). En esta última instancia, el promedio de AVP por CaCu en el estrato socioeconómico bajo es mayor que el que se pierde por CaMa en 2007. En cuanto a los AVP por estrato y por ambas causas de muerte, se tiene que en el estrato socioeconómico alto se presentó la mayor cantidad de AVP en ambos años (0,461 y 0,550 en 1997 y 2007, respectivamente), seguido por el estrato bajo (0,385 en 1997 y 0,476 en 2007), y por último, el estrato medio fue el que menos AVP perdió por ambas causas (0,368 y 0,463 en 1997 y 2007). Pese a lo anterior, el estrato medio fue el que presentó el mayor incremento en el promedio de AVP durante los diez años

analizados (25,8%), algo similar a lo que se notificó en los otros dos estratos, donde el aumento fue de 23,8% para el bajo y 19,5% para el alto.

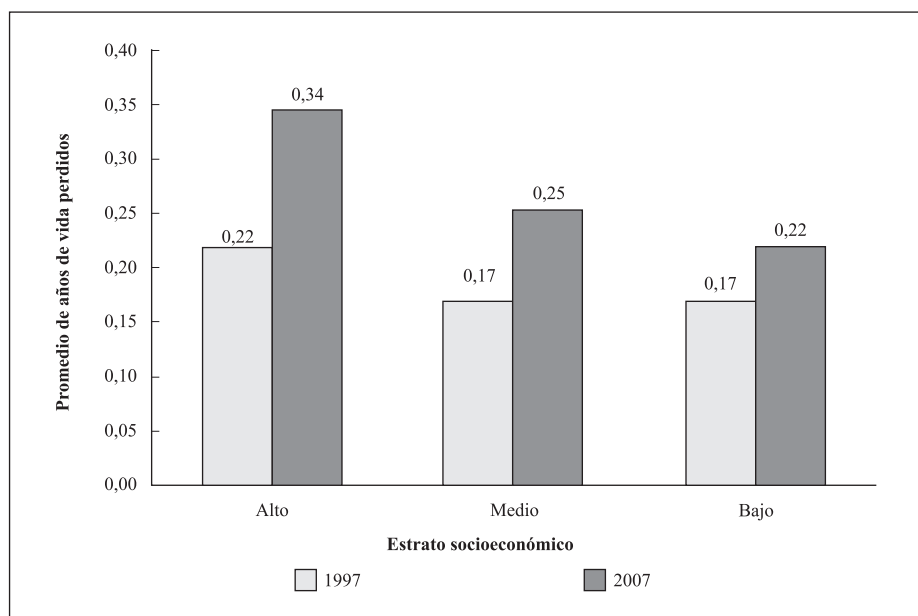
Para 1997, 30,6% de los AVP por CaMa se dieron en el estrato bajo, 30,3% en el estrato medio, y 39,1% en el estrato alto. Para este mismo año, los AVP por CaCu se repartieron de la siguiente forma: 32,7% en el estrato bajo, 30,4% en el medio y 37% en el alto. En 2007, 26,8% de los AVP por CaMa acontecieron en el estrato bajo, mientras que un 38,2% de las los AVP por CaCu se presentaron en este estrato. Esta situación difiere de la que ocurrió en el estrato medio, donde sucedieron 31% de los AVP por CaMa y 31,2% causados por CaCu; por último, en el estrato alto se concentró el 42,1% de los AVP por CaMa y 30,7% de éstos se derivaron del CaCu (ver gráficos 2 y 3).

4. Discusión y conclusiones

Los AVP constituyen un indicador resumen de suma importancia para conocer el impacto de la muerte por determinadas causas (18-20); en el caso particular de este trabajo, se concentró la atención en dos tipos de cáncer en la mujer: CaMa y CaCu. Estas dos patologías en su conjunto representaron 5,7 y 6,5% del total de defunciones femeninas (entre los 25 años o más) en Colombia para 1997 y 2007.

Los resultados sugieren que si bien los AVP por CaCu han disminuido entre los dos años comparados, estas reducciones han sido mínimas; entre las mujeres más pobres sigue persistiendo una importante pérdida de años por CaCu y aunque la brecha respecto a las mujeres de estratos medios y altos no es tan elevada, hay que señalar que es en este

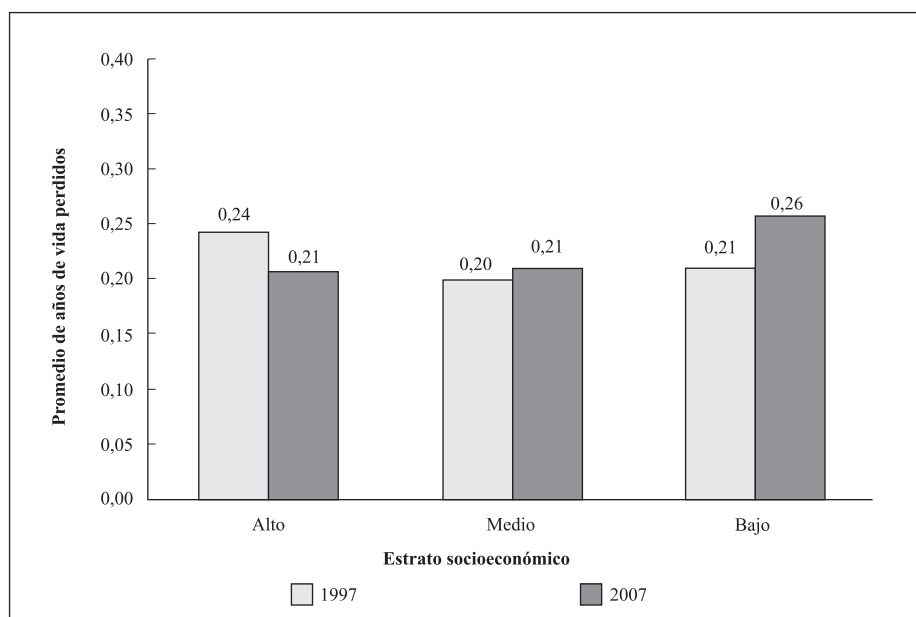
GRÁFICO 2. PROMEDIO DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER DE MAMA SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. COLOMBIA, 1997 Y 2007



Fuente: elaboración propia a partir de información del DANE, Colombia, 1997 y 2007



GRÁFICO 3. PROMEDIO DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, COLOMBIA, 1997 Y 2007



Fuente: elaboración propia a partir de información del DANE, Colombia, 1997 y 2007

grupo donde se dio un elevado incremento de AVP por la causa mencionada. Este comportamiento difiere de otros contextos como el mexicano, donde se encontró que los AVP por CaCu han ido disminuyendo entre 1997 y 2007 en todos los grupos de mujeres con grados de marginación diferente⁴ (21). Por otro lado, el CaMa se posiciona como la primera causa de muerte en mujeres por tumores malignos en Colombia, lo cual se refleja en el ascenso de los AVP, especialmente entre el grupo femenino que habita en zonas más desarrolladas.

Este panorama indica que los esfuerzos de combate contra estas dos dolencias siguen siendo insuficientes y, por lo tanto, es necesario redoblar las medidas dirigidas a controlar, mitigar y eliminar los riesgos que derivan

en la muerte por estas causas. El principal reto es lograr un acceso equitativo a los servicios de salud, y una vez alcanzado esto, es urgente la atención integral que abarque los componentes de promoción de estilos de vida saludables, detección temprana de la enfermedad y un tratamiento oportuno, para aquellas mujeres que así lo requieran (22,23,24). Otra estrategia planteada es la integración de nuevas técnicas de tamizaje y vacunación contra determinadas lesiones, como es el caso del CaCu (25).

La carga de muerte en Colombia por neoplasias no está claramente inclinada sobre un estrato en particular, pero de forma preocupante se observa que las mujeres adscritas al nivel socioeconómico más bajo del país, en lugar de disminuir sus AVP como resultado del CaCu, aumentaron en el decenio estudiado. A esto se le suma también el aumento de muertes por CaMa para aquellas. Tal como

⁴ Aunque los estratos no son estrictamente los mismos entre un país y otros, las mediciones pueden utilizarse como referente para la comparación.

se sostiene en diversos estudios (26-30), las mujeres en situación económica más desfavorable son más vulnerables a diagnósticos tardíos, disminuyendo de este modo sus posibilidades de sobrevivencia. Igualmente, se ha comprobado que pese a programas gratuitos y cobertura universal de la detección, existen gastos derivados del proceso de atención que aún tienen que ser subsanados por las mujeres o sus familias, y en muchos casos ello dificulta que sean atendidas, inicien o completen su tratamiento terapéutico (25,26,30,31).

En un reciente estudio, realizado en 2010 por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) (32), se encontró que la cobertura con citología en todo el territorio colombiano fue de 90% en mujeres entre los 18 y 69 años. En este mismo grupo etario 62% se realizaron la autoexploración de senos y 47% el examen clínico; por otra parte, 38% de las mujeres entre 40 y 69 años manifestaron haberse hecho la mamografía. Aunque el tamizaje mediante citología es elevado (indistintamente del estrato socioeconómico), se encuentran puntos críticos en determinados procesos como la frecuencia de toma de la muestra (61% se lo hace una vez al año),⁵ el reclamo y/o recibo de los resultados, el seguimiento y el tratamiento médico (33). Con respecto a la mamografía, su empleo sigue siendo reducido⁶ (principalmente en mujeres con índice de riqueza bajo y más bajo) y se constató que muchas mujeres no conocen la técnica o no la

consideran importante para su salud. Como ya se mencionó, otras barreras de acceso y atención están estrechamente vinculadas a la posición económica de las mujeres, el pudor, el miedo, la vergüenza y diversos factores de índole sociocultural que limitan, incluso, que muchas de ellas lleguen a los servicios de salud (12-14).

Estos obstáculos son posibles de superar en la medida que se implementen políticas públicas ad hoc que consideren las necesidades específicas de cada grupo, teniendo en cuenta la edad de las mujeres, su estratificación socioeconómica y todos aquellos elementos contextuales del ámbito al que están circunscritas. Dado que ambos cánceres compiten por los mismos recursos (económicos, clínicos, etc.), es fundamental pensar en esquemas de atención conjuntos y estrategias para identificar nuevos grupos de intervención que quizá no están participando en los programas de detección oportuna.

Un punto nodal es la consideración de los cambios demográficos que se han suscitado a lo largo del tiempo y que evidencian el tránsito de una población joven a una más envejecida, potenciando así los riesgos de padecer tanto CaCu como CaMa. A su vez, el análisis de los AVP, desagregados por grupos de edad, sirven para focalizar las medidas de acción en ambas enfermedades y especialmente en aquellos conjuntos de mujeres que presentan los niveles y los incrementos más notorios de mortalidad por dichas afecciones. En otro tenor, se propone la concientización permanente de pacientes y personal de salud (34), haciendo énfasis en el carácter prevenible y curable de los cánceres, siempre y cuando se haga de manera sistemática y permanente (con o sin evidencias de signos y/o síntomas).

Para garantizar que los recursos sean distribuidos equitativamente, es imperativo

- 5 En la *Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino* se establece que “si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer para otra citología en tres años” (33).
- 6 Según la *Norma Técnica para la detección temprana del cáncer de seno* “Es obligatorio a toda mujer por encima de los 50 años de edad realizarle una mamografía cada dos años, independiente de la presencia o no de signos o síntomas en la mama” (33).



el adecuado y oportuno registro de los fallecimientos por CaCu y CaMa, con lo cual también se podrá evaluar el impacto de las intervenciones en la materia. Esta regla debe aplicarse desde el nivel más micro (hospitales y centros de salud) hasta el ámbito donde se realiza la captación y sistematización de las estadísticas vitales de mortalidad. Como se mostró en este artículo, la calidad del cálculo de los AVP se determina en gran parte por la disponibilidad de esta información y depende de la precisión en la clasificación adecuada de las causas de defunción.

Finalmente, se concluye que el indicador de los AVP es una herramienta de gran utilidad para medir los cambios de determinadas causas de muerte y la contribución de cada edad en este evento. El CaCu y el CaMa, por ser dos patologías que se presentan desde edades jóvenes, conllevan una mayor pérdida de años de vida, que puede ser evitada. Dado que no ha habido un uso extensivo de esta metodología, podría emplearse a nivel de cada departamento con el fin de encontrar patrones heterogéneos en cada región y de este modo ajustar y focalizar los programas derivados para el combate de dichas displasias.

Limitaciones del estudio

La principal limitación en el uso de los AVP es que se requiere acotar las edades bajo estudio y dejar por fuera del análisis a mujeres que integran un grupo abierto de edad (en el presente estudio, de los 80 años o más) (18,19). Por lo tanto, el indicador no incluye a todas las mujeres que mueren por estas causas. En este trabajo se descartaron 12,2% de los registros por CaMa y CaCu para 1997 y 11,1% para 2007.

Otra restricción del cálculo se refiere a que el estrato aplicado corresponde al que se le

adjudicó a cada departamento, lo cual no significa que todas las mujeres que conforman cada conglomerado tengan estrictamente dicho nivel socioeconómico. Sin embargo, la aproximación dada en este estudio es válida en el sentido que las NBI medidas en determinadas viviendas se encuentran relacionadas con las condiciones de vida de sus habitantes (22).

5. Recomendaciones

Con base en los resultados de esta investigación se hacen las siguientes recomendaciones:

- Reforzar en las campañas de información y divulgación en salud que tanto el CaMa como el CaCu son prevenibles y curables y que padecerlos no es sinónimo de muerte. Esto podría contribuir a una mayor participación de las mujeres en las diversas acciones de tamizaje.
- Abatir mitos como: 1) el CaMa es propio de regiones ricas y el CaCu de zonas pobres; y 2) las mujeres adultas son las únicas que están expuestas a padecer ambos cánceres, mientras que las jóvenes no. A través de este estudio se pudo constatar que el impacto de la mortalidad por ambas causas se distribuye entre todo tipo de mujeres.
- Sensibilizar y capacitar al personal médico (principalmente del primer nivel de salud) para crear conciencia de que estas dos patologías requieren atención prioritaria. La detección precoz y el tratamiento oportuno son las únicas vías por las cuales es posible disminuir efectivamente los niveles de mortalidad por CaMa y CaCu.
- Garantizar el acceso, la atención y la calidad de los servicios de salud en las pruebas diagnósticas como la citología y la mamografía a los grupos femeninos

objetivo que se tienen estipulados en la Norma para cada caso.

- Atender las necesidades diagnósticas y de control de los cánceres de cada grupo poblacional en función de la edad de las mujeres, el nivel socioeconómico y demás características sociodemográficas, con el fin de cubrir a la población más vulnerable y enfocar los recursos disponibles.
- En cuanto al CaCu, se sugiere continuar ampliando la cobertura diagnóstica mediante citología y mejorar en los demás procesos de atención: entrega de resultados, tratamiento y control. También es importante que se haga en la frecuencia indicada en la Norma.
- Referente al CaMa es indispensable que las mujeres a partir de los 50 años se sometan bianualmente a la mamografía (con y sin signos y síntomas visibles) (de acuerdo con la Norma técnica); sin embargo, no hay que descalificar el papel que puede desempeñar la autoexploración desde temprana edad, para lo cual es fundamental que las mujeres sean instruidas correctamente sobre la técnica, ya que el hecho de que las mujeres se toquen sus senos no es sinónimo de que se está haciendo una inspección adecuada. Así mismo, la exploración clínica es otra herramienta de utilidad, que para llevarse a cabo en los términos correctos, el personal de salud debe recibir entrenamiento específico.
- Dado que la atención del CaMa y el CaCu trastoca la esfera más íntima y personal de las mujeres, es preciso enfocar los servicios de salud desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos con reconocimiento y respeto de las visiones culturales, éticas y morales de las pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Frenk J. Transiciones, vidas, instituciones, ideas. *Salud Pública Mex.* 1997; 39 (2): 144-50.
2. Frenk J, Bobadilla J, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública Mex.* 1991; 33 (5): 448-62.
3. Ham R. Envejecimiento demográfico. En: García B, Ordorica M, coordinadores. *Los grandes problemas de México.* México: El Colegio de México; 2010; 53-78.
4. Marzo M, Bellas B, Nuin M, Cierco P, Moreno M y Rubio L. Prevención del cáncer. *Aten Primaria.* 2005; 36 (Supl. 2): 47-65.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. [Sitio en internet]. Suiza: OMS; 2010 [citado en julio 29 de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Estadísticas vitales de mortalidad en Colombia 1982-2007.* [Base de datos en CD-ROM].
7. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.* Bogotá, febrero de 2003.
8. Martínez C, Martínez RM. La mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en Colombia y México como expresión de las desigualdades socioeconómicas. En: Rodríguez L, organizador. *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina.* Río de Janeiro: ALAP; 2008, pp. 303-27.
9. Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Mex.* 2009; 51 (Supl. 2): S138-S140.
10. Smith R, Caleffi M, Albert US, Chen T, Duffy S, Franceschi D et al. El cáncer de mama en países de recursos limitados: detección temprana y acceso a la asistencia. *The Breast Journal.* 2007; 13 (1): 16-29.
11. Palacio LS, Lazcano E, Allen B, Hernández M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979-2006. *Salud Pública Mex.* 2009; 51 (Supl. 2): S208-S218.
12. Benia W, Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. *Rev Med Uruguay.* 2000; (16): 103-13.



13. Nigenda G, Caballero M, González LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y Oaxaca. *Salud Pública Mex.* 2009; 51 (Supl. 2): S254-S262.
14. Nigenda G, González LM, Caballero M, Zarco A, González MC. Barreras de acceso a la atención del cáncer de mama en cuatro estados de México, 2009. Resumen ejecutivo. México: Instituto Carlos Slim para la Salud/Fundación Mexicana para la Salud/Competitividad en Salud/Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
15. Ospina DE, Flórez N. Producción científica sobre cáncer cérvico-uterino y de mama en Colombia, 1994-2004. Estudio según la Base de Productos Nacionales X-ACTA de Colciencias. *Iatreia Rev Fac Med Univ Antioquia.* 2009; 22 (2): 20-30.
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Series de población 1985-2020. Indicadores demográficos y tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 1985-2005. [Sitio en internet]. Bogotá: DANE; 2010 [citado EN julio 22 de 2010]. Disponible en: http://www.DANE.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=496&Itemid=996
17. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Necesidades Básicas Insatisfechas. Indicadores simples seleccionados. [Sitio en Internet]. Bogotá: DANE; 2010 [citado em julio 22 de 2010]. Disponible en: http://www.DANE.gov.co/DANEweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=231&Itemid=6
18. Arriaga E. Comentarios sobre algunos índices para medir el nivel y el cambio de la mortalidad. *Estudios Demográficos y Urbanos.* 1996; (11): 5-30.
19. Arriaga E. Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de Población.* 1996; (24): 7-38.
20. Bocco M. La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad. *Notas de Población.* 1996; (24): 39-60.
21. Agudelo M, Aguirre A, Dávila CA. Cambios en los años de vida perdidos por cánceres de mama y cérvico-uterino en México según grado de marginación estatal, 1997 y 2007. *Revista Chilena de Salud Pública.* 2010; 14 (1): 8-17.
22. Díaz, S, Piñeros M, Sánchez O. Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb de Cancerol.* 2005; 9 (3): 93-105.
23. Agudelo M, Palacio LS. Prácticas de detección de cáncer de mama en mujeres de áreas marginales del Distrito Federal. 2010. Mimeo.
24. González LM, González MC, Nigenda G, López L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. *Retos a futuro. Salud Pública Mex.* 2010; 52 (6): 533-43.
25. Almonte M et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello de uterino en América Latina. *Salud Pública Mex.* 2010; 52 (6): 544-59.
26. Casi A, Moreno C. Nivel socioeconómico y mortalidad. *Rev San Hig Pub.* 1992; (66): 17-28.
27. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García OA. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Revista Colombiana de Cancerología.* 2008; 12 (4): 181-90.
28. Eniu A, Carlson RW, Zeba A, Bines J, Hortoba'gyi G, Senel N et al. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: tratamiento y asignación de los recursos. *The Breast Journal.* 2007; 13 (1): 43-61.
29. Anderson B, Yp C, Ramsey S, Bengoa R, Braun S, Fitch M et al. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: Sistemas de atención de salud y políticas públicas. 2007; 13 (1): 462-82.
30. Sosa S, Walker D, Serván E. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Pública Mex.* 2009; 51 (Supl. 2): S236-S245.
31. Mohar A, Bargalló E, Ramírez MT, Lara F, Beltrán A. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Pública Mex.* 2009; 51 (Supl. 2): S263-S269.
32. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Encuesta Nacional en Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia.
33. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. [Online]. [Consultado el 4 de enero de 2010]. Disponible en: http://www.esevictoria.gov.co/index_files/Contenido_hlv/Publicaciones/AtencionUsuario/Resolucion412.pdf
34. Wiesner C, Murillo RH, Piñeros M, Tovar S, Cendales D, Gutiérrez MC. Control del cáncer cérvico-uterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud.

Cómo citar este artículo

Agudelo M, Dávila CA, Atehortúa SC. Diferencias socioeconómicas en los años de vida perdidos por cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino en Colombia, 1997 y 2007. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2011; 10(20): 138-151

