

LA MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICOUTERINO Y DE MAMA EN COLOMBIA Y MÉXICO COMO EXPRESIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

Rubby Marcela Martínez Bejarano¹
Carolina Martínez Salgado²

Introducción

Uno de los problemas más preocupantes en el ámbito de la salud reproductiva es el que representa la elevada cantidad de mujeres que están falleciendo a causa del cáncer cérvicouterino y de mama. Estos dos padecimientos cobran anualmente innumerables vidas en América Latina, con un alto costo económico y social, pero sobre todo, en sufrimiento para las personas y las familias afectadas. En el caso de los dos países estudiados, la OPS estimó para el período que va de 2000 a 2005 tasas de mortalidad por cáncer de útero (entre ellos el de cérvix) de 12,6 por 100000 mujeres para Colombia y de 10,2 para México; en cuanto al cáncer de mama, las estimaciones fueron de 11,0 y 8,8 por 100000 mujeres, respectivamente (PAHO, 2007:10). Aun cuando estas cifras no colocan a estos dos países entre los que tienen los niveles más elevados en la región latinoamericana, las mujeres que fallecen en Colombia y México por estas causas no son pocas, pese a que en ambas naciones no han faltado los intentos por emprender programas preventivos que atenúen el impacto de esta letal patología.

Además, la distribución diferencial de los niveles regionales de mortalidad por estos cánceres dentro de cada uno de estos dos países parece reflejar grandes desigualdades socioeconómicas frente al riesgo de morir por estas causas. Esta situación resulta sumamente preocupante, en especial si se considera que estas desigualdades nos hablan de las condiciones en las que viven las mujeres de los distintos grupos sociales, que

a su vez se asocian estrechamente con algunos de los factores de riesgo con los cuales se ha vinculado la ocurrencia de este tipo de patología: para ambos cánceres, la edad; para cada uno de ellos, con sentido inverso, la paridad; para el cáncer cérvicouterino, la edad al inició de la vida sexual, el número de parejas sexuales y la exposición a infecciones de transmisión sexual como el virus del papiloma humano; para el de mama, la edad a la menarca, al inicio de la maternidad y la menopausia, la lactancia, además de la obesidad; finalmente, para ambos, el acceso a los servicios preventivos y curativos que posibiliten la detección temprana y el tratamiento oportuno (WHO, 1986; López-Ríos et al, 1997; Muñoz y Bosch, 1997; SSA, 1998; Palacio-Mejía, 2003; Flores et al, 2008).

En el caso de los dos países estudiados, la OPS estimó para el período que va de 2000 a 2005 tasas de mortalidad por cáncer de útero (entre ellos el de cérvix) de 12,6 por 100 000 mujeres para Colombia y de 10,2 para México; en cuanto al cáncer de mama, las estimaciones fueron de 11,0 y 8,8 por 100 000 mujeres, respectivamente (PAHO, 2007:10). Estos dos países no figuran entre los que tienen los niveles más elevados en la región latinoamericana (otros con indicadores socioeconómicos más desfavorables muestran panoramas aún más serios), pero las mujeres que fallecen en Colombia y México por estas causas no son pocas, y las desigualdades socioeconómicas que se expresan en la distribución diferencial de estas defunciones dentro de cada uno de estos dos países resultan sumamente preocupantes, en especial si se considera que son dos naciones en las cuales no han faltado los intentos por emprender programas preventivos para atenuar el impacto de esta letal patología.

En Colombia, un estudio realizado en el año 2000 (Rodríguez, 2000) mostró que el cáncer cérvicouterino hacía parte de las 20 primeras causas de mortalidad para las mujeres en 31 de las 33 regiones estudiadas (los 32 departamentos y el Distrito Capital), en tanto que el cáncer de mama lo era en 23 de las 33 regiones. Según este estudio, las regiones en las cuales estos dos cánceres no aparecían entre las primeras 20 causas de muerte eran aquellas con un alto porcentaje de omisión en las Estadísticas Vitales, y con serios problemas en el diligenciamiento de la variable causa básica de muerte, lo que habría ocasionado que muchas de estas defunciones quedaran clasificadas como otras neoplasias malignas. En cuanto a las variaciones regionales, este estudio mostró diferencias que iban desde tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino de 9,2 por 100 000 mujeres en Bogotá (capital de la República) hasta 64,1 por 100 000 mujeres en el departamento del Amazonas; tasas de mortalidad por cáncer de mama desde 5,8 por 100 000 mujeres en Sucre hasta 22,3 por 100 000 mujeres en el departamento de Arauca. Había regiones (como Arauca y Boyacá) para las cuales el cáncer cérvicouterino figuraba como octava causa de muerte en mujeres, pero las tasas de mortalidad eran de 26,7 y de 11 por 100 000 mujeres para una y otra.

En México, hasta los años noventa la preocupación epidemiológica fundamental en torno a estos dos cánceres estuvo centrada en el cérvicouterino. Pero a fines de esa década las tendencias ascendentes del de mama introdujeron una nueva alerta en el de por sí complejo panorama epidemiológico nacional, y trajeron un nuevo y, si cabe, aún más difícil desafío para las políticas sectoriales (CONAPO, 2000:110-114). Así, a principios de este siglo estos dos tipos de cánceres ocupaban ya entre el décimo y el doceavo lugar como causas de mortalidad femenina (sin distinción de edad), con tasas que han pasado, entre 2000 y 2005, de 9.1 a 8.0 por cada 100000 mujeres para el cérvicouterino, y de 6.8 a 7.9 por cada 100000 mujeres para el de mama. Para 2005 constituían ya, en su conjunto, el segundo lugar como causa de defunción de las mujeres de 15 a 29 años y el primero para las de 30 a 59 (SSA, 2006). Es de esperar que pronto se suceda un cambio en el orden de frecuencia, en el cual el cáncer de mama superará al cérvicouterino, con la consecuente necesidad de ajuste de los programas sanitarios. En cuanto a la distribución regional de la mortalidad por estas dos causas, sus niveles muestran, al igual que en el caso colombiano, importantes variaciones regionales, en forma tal que las entidades federativas en peores condiciones socioeconómicas registran niveles de mortalidad más elevados por cáncer cérvicouterino, y aquellas en situación más favorable registran mayores niveles de mortalidad por cáncer de mama (López-Ríos et al, 1997). Se ha señalado que el riesgo de morir por cáncer cérvicouterino es tres veces mayor en las mujeres que habitan en zonas rurales en comparación con las que viven en zonas urbanas (Palacio-Mejía et al, 2003; SSA, 2004:36)

Ante este panorama, en este trabajo nos propusimos revisar la situación actual (2004-2006) de la distribución diferencial de la mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en nuestros dos países, de acuerdo con algunas variables socioeconómicas y demográficas analizadas tanto en el nivel regional como en el individual. El supuesto que orienta este análisis es que probablemente en estas diferencias continúen expresándose cuando menos dos situaciones de graves consecuencias: la exposición de las mujeres a ciertas circunstancias sociodemográficas relacionadas con los factores de riesgo que las predisponen a contraer estos dos tipos de cáncer, y las deficiencias en la cobertura, calidad y acceso a los servicios preventivos y curativos que podrían protegerlas frente a dichos riesgos. Con base en las distribuciones diferenciales observadas en cada país, y sin extraerlas del contexto que representa cada uno de ellos, nos propusimos, finalmente, plantear algunas reflexiones sobre lo que ha ocurrido con los programas preventivos instrumentados en cada caso.

Metodología

Para realizar el análisis comparativo de la situación que guarda actualmente la distribución diferencial de la mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama según algunas variables socioeconómicas y demográficas en Colombia y México, nos valimos de la información más reciente reportada en los dos países al momento de la realización de este estudio, que es la correspondiente a los años 2004 a 2006. Como ya lo señalamos, esta información se examinó desde dos perspectivas: la regional y la individual.

En el caso de Colombia, la información sobre mortalidad se recabó de las Estadísticas Vitales, en particular de los certificados de defunción emitidos en los años 2004, 2005 y 2006. Para los denominadores de las tasas se recurrió a las proyecciones de población publicadas por el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE). Como indicador de los niveles socioeconómicos de los departamentos se tomó el Índice NBI que es el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas calculado para 2007 por el DANE (2008).

En el caso de México, la información sobre mortalidad se tomó de los certificados de defunción según la versión que aparece en las bases de datos de la Secretaría de Salud (SSA, 2007a). Para obtener los denominadores de las tasas se utilizaron las proyecciones de población realizadas por el Consejo Nacional de Población (Partida, 2006). Como indicador de los niveles socioeconómicos de las entidades federativas se utilizaron los índices de marginación calculados para 2005 y publicado por el CONAPO (2006).

Para los dos países, en el análisis a nivel regional se consideraron las variables causa básica de muerte, edad, sexo y lugar de residencia habitual, así como los indicadores socioeconómicos regionales mencionados. Y para el análisis a nivel individual se recabaron las variables causa básica de defunción, edad, sexo, nivel educativo o de escolaridad, estado conyugal y régimen de seguridad social.

El procedimiento seguido para el análisis fue el siguiente:

a) Análisis en el nivel regional:

Se calcularon las tasas de mortalidad para los dos tipos de cáncer, para el conjunto del período considerado (2004-2006), para el conjunto de las mujeres y para tres grupos de edad (15 a 34 años, 35 a 64 y 65 años o más) en cada región de cada país (los 33 departamentos en Colombia y las 32 entidades federativas que constituyen los Estados Unidos Mexicanos).

Se calculó la razón de la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino con respecto a la de cáncer de mama para las mujeres de 25 años o más (razón de tasas = tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino / tasa de mortalidad por cáncer de mama), para construir un indicador sencillo que nos permitiera examinar el comportamiento de la relación entre

los niveles de mortalidad por cada uno de estos padecimientos. Con este indicador identificamos las zonas en las que la mortalidad por cáncer cérvicouterino sobrepasa (y por cuánto) al de mama, aquellas en las que ocurre la situación inversa, y aquellas en las cuales ambos niveles son similares.

Se analizó la relación entre esta razón de tasas de mortalidad y el indicador del nivel socioeconómico de las regiones (el índice NBI en Colombia y el índice de marginación en México).

Se comparó la variación de las tasas de mortalidad por cada uno de los dos tipos de cáncer para el conjunto de las mujeres de 25 años o más en cada región.

b) Análisis en el nivel individual:

Se calcularon y examinaron las distribuciones proporcionales de las defunciones de acuerdo con las variables consideradas para cada uno de los dos tipos de cáncer en cada país. Cabe hacer notar que en este nivel no se calcularon tasas, sino porcentajes, por lo cual la interpretación del panorama que con este análisis se muestra ha de ser cuidadosa.

Resultados

El caso de Colombia

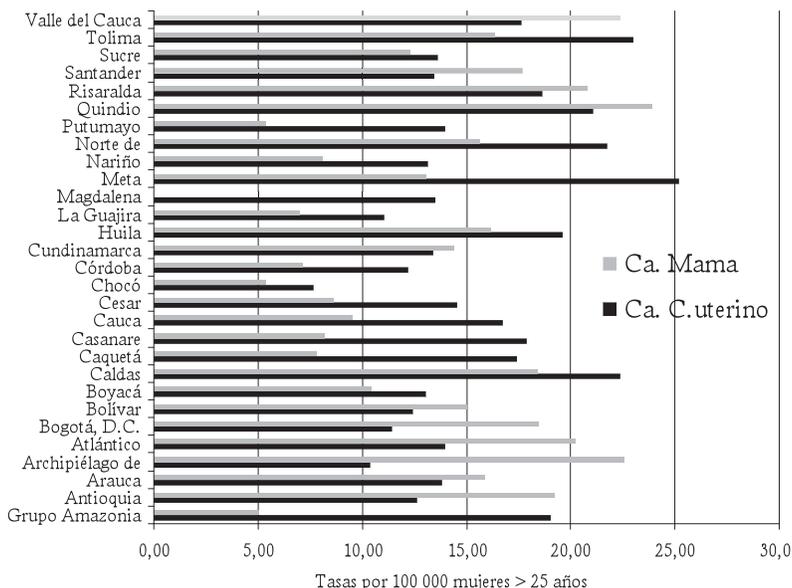
En el periodo estudiado se encontró una tasa de 14,64 por 100000 mujeres mayores de 25 años para el cáncer de cuello uterino y 16,32 por 100000 mujeres mayores de 25 años para el cáncer de mama. Debemos recordar que estas tasas ya de por sí altas, esconden un importante subregistro por omisión del diligenciamiento del certificado de defunción y por error en el diligenciamiento de las causas de muerte.

a) Análisis regional

A pesar de estos promedios nacionales se encuentran a nivel regional tasas tan altas como 25,22 por 100000 mujeres mayores de 25 años para cáncer cérvicouterino y hasta de 23,90 por 100000 mujeres mayores de 25 años para cáncer de mama. Podemos observar (Grafico 1) que aun cuando para el total nacional la tasa de cáncer de mama es más alta que la tasa de cáncer de cuello uterino, existen diferencias grandes entre regiones; no solo en la magnitud de las tasas; también en el tipo de mortalidad que predomina. Observamos que para 17 de las regiones (cinco departamentos son agrupados como “Grupo Amazonia”), es más alta la tasa por cáncer de cuello uterino. Así mismo se observan grandes diferencias entre la razón creada para este estudio entre tasa de cáncer cérvicouterino y cáncer de mama encontrando razones desde 0,46 hasta 3,75. Para algunas regiones de mayor índice de necesidades básicas insatisfechas

podemos observar el predominio del cáncer cérvicouterino, pero no se cumple para todas. Se encuentran desigualdades muy marcadas (cuadro 2 en el anexo) en las tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama entre las diferentes regiones, principalmente asociadas a nivel educativo, nivel socioeconómico clasificado con base en índice NBI de cada región y acceso a los servicios de salud clasificado de acuerdo a afiliación a la seguridad social.

Gráfico 1
Tasas de cáncer de mama y cérvicouterino (por 100,000) – para mujeres de 25 años o más, por departamentos - Colombia (2004-2006)



Como se puede observar en el gráfico 2, no se puede evidenciar relación directa entre Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas y mayor tasa de cáncer cérvicouterino; quizás porque las regiones con mayor NBI, son también las que presentan mayor subregistro, o podría corresponder también a la diversidad de la población al interior de los departamentos.

Además de las diferencias entre regiones, se evidencian desigualdades entre las tasas por grupos de edad de las diferentes regiones que muestran una mortalidad más temprana en algunas zonas del país (Gráficos 3 y 4). En cuanto a la distribución porcentual de las muertes por grupos de edad, en la tabla 3 del anexo se muestra como el 33,82% de las muertes por cáncer cérvicouterino está ocurriendo antes de los 50 años y el 70% de las muertes por cáncer de mama ocurren entre los 35 y los 60 años.

Llama la atención además que el 36% de las muertes por cáncer de mama ocurre antes de los 50 años; esto es importante si tenemos en cuenta que los planes nacionales de salud incluyen la mamografía dentro de los programas de Promoción y Prevención a partir de los 50 años de edad.

Gráfico 2

Tasa de cáncer cérvicouterino para mujeres de 25 años o más, por 100,000 según índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) Colombia (2004-2006)

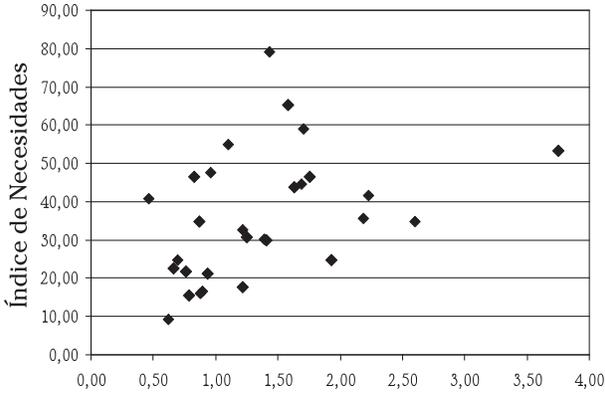


Gráfico 3

Tasa de cáncer cérvicouterino para mujeres de 15 años o más, según grandes grupos de edad y departamentos - por 100,000 Colombia (2004-2006)

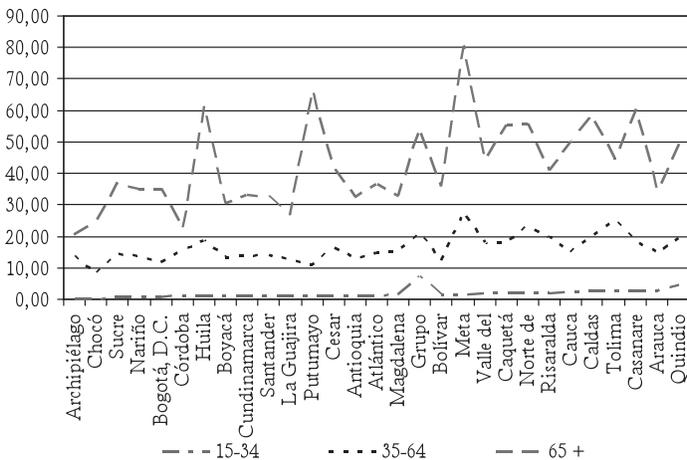
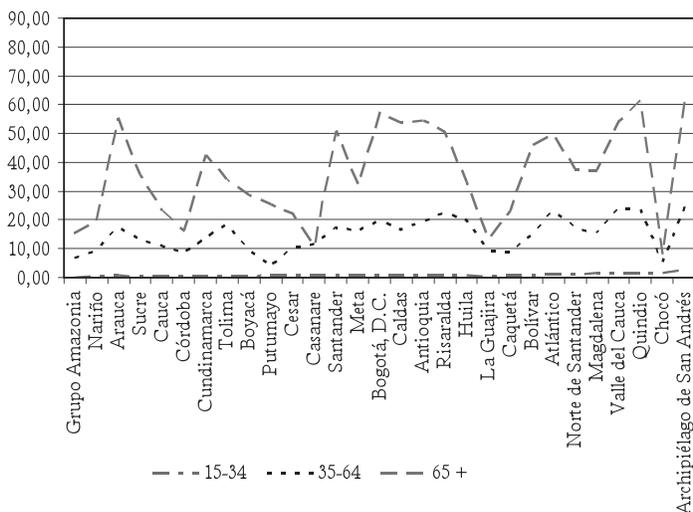


Gráfico 4
Tasa de cáncer de mama para mujeres de 15 años o más, según
grandes grupos de edad y departamentos - por 100,000
Colombia (2004-2006)



b) Análisis individual

El examen de las características de las fallecidas registradas en los certificados de defunción (cuadro 3 en el anexo) permite observar que, más allá de las diferencias antes reportadas, ninguno de estos dos tipos de cáncer es exclusivo de las mujeres de determinado nivel socioeconómico, y que en ambos tipos de regiones las hay con mejores y peores posibilidades para protegerse frente a daños a la salud como estos, en forma tal que en todos los casos son las mujeres que viven en las condiciones socioeconómicas más desfavorecidas las que se encuentran en situación más desprotegida.

Es importante resaltar cómo las desigualdades en los factores sociodemográficos y las condiciones de acceso a los servicios de salud son determinantes en los niveles de mortalidad de patologías importantes toda vez que están significando un altísimo número de años de vida perdidos y años de vida saludable perdidos. Esto ameritaría que los planes de salud consideraran estas desigualdades para adaptar sus estrategias a estas diferencias y hacerse acorde a las necesidades particulares de cada región.

La mortalidad por cáncer cérvicouterino, muestra una edad al fallecimientos más temprana que por cáncer de mama, y para este primero también se observa que un alto porcentaje de los casos (65,99%) perte-

necen al régimen de salud subsidiado (población de bajos recursos cuyo aseguramiento es subsidiado por el estado pero con un plan de salud reducido respecto del plan obligatorio de salud vigente para la población que paga su aseguramiento) o población vinculada (población de bajos recursos que es atendida por la red pública de servicios de salud por subsidio a la oferta). Se evidencia también una leve diferencia en la mayor escolaridad de quienes murieron por cáncer de mama y el mayor porcentaje de mujeres algunas vez unidas entre las que murieron por cáncer cérvicouterino.

El caso de México

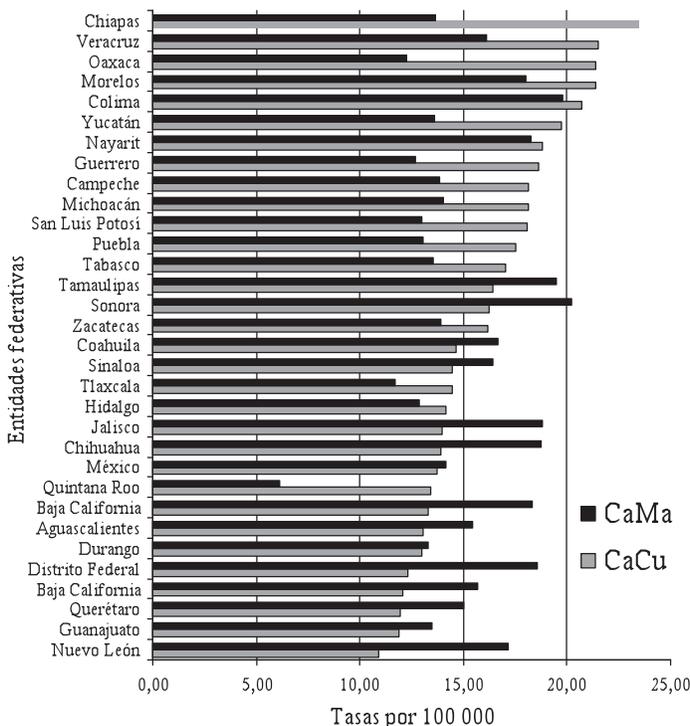
Las tasas de mortalidad por estos dos tipos de cáncer para el período examinado, para el país en su conjunto, resultaron casi idénticas: 15,7 defunciones por cada 100 000 mujeres de 25 años o más para el cérvicouterino, y 15,6, para el de mama (cuadro 4 en el anexo). El país se acerca al momento en que, como lo anuncia la tendencia de los últimos años, se producirá un cambio que colocará al cáncer de mama por encima del cérvicouterino.

Análisis regional

Sin embargo, el análisis de la variación regional ofrece una imagen más fina de las heterogeneidades que se ocultan tras la cifra nacional. Como se observa en el gráfico 4 (construida con datos del cuadro 4 en el anexo), hay entidades en las cuales los niveles de mortalidad por cáncer cérvicouterino están aún muy lejos de ser superados por los de mama. Pese a los problemas de subregistro que suelen afectar en mayor medida a las entidades en situación socioeconómica más precaria, puede observarse que los niveles de cáncer cérvicouterino varían desde las casi 11,0 defunciones por cada 100 000 mujeres en nuevo León (una de las entidades de mayor nivel socioeconómico) hasta las 23,5 por cada 100 000 mujeres en Chiapas (una de las entidades más pobres). En lo que se refiere a este al cáncer de mama, las diferencias van desde los 6,1 fallecimientos por cada 100 000 mujeres en Quintana Roo, hasta los 20,2 en Sonora (un estado de la frontera norte que también figura entre los de menor índice de marginación).

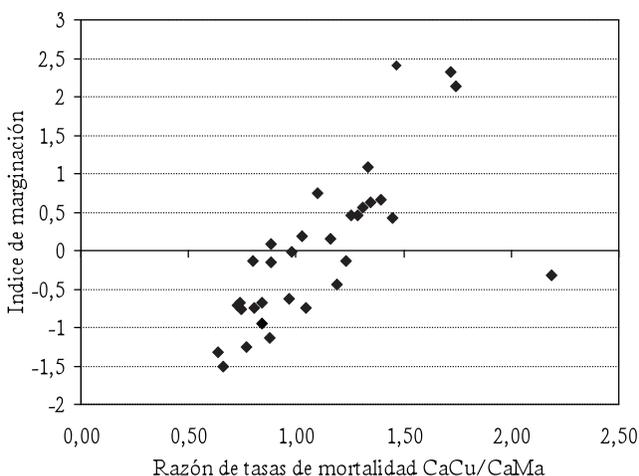
Gráfico 5

Tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en mujeres de 25 años o más según entidad federativa. México, 2004-2006



En términos generales (como se observa en el cuadro 4 en el anexo), en entidades de alta marginación (como Quintana Roo, Chiapas, Guerrero o Oaxaca) las tasas por cáncer cérvicouterino tienden a ser más altas (en ocasiones hasta dos veces mayores) que las de mama, y en las entidades con menores niveles de marginación (como algunos de la frontera norte y el Distrito Federal) los niveles de mortalidad por cáncer de mama superan con mucho a los de cérvicouterino. Esto se percibe con mayor claridad en el gráfico 6 (construida con datos del cuadro 4), que muestra cierta asociación directa entre el Índice de Marginación y la razón de tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino con respecto al cáncer de mama (que refleja la mayor mortalidad a causa del primero). Pero por perceptible que sea esta tendencia, el gráfico 5 indica también que hay algunas entidades que escapan a ella.

Gráfico 6
Razón de tasas de mortalidad e índice de marginación
de las entidades federativas. México 2004-2006



Por lo que se refiere a las variaciones regionales de la mortalidad por grupos de edad, los gráficos 7 y 8 (construidas a partir del cuadro 5 en el anexo) muestran, en primer término, que tanto para el cáncer cérvicouterino como para el de mama, es en el grupo de 65 años o más en donde se concentran no sólo las tasas más elevadas, sino también los mayores contrastes entre entidades. Y en segundo término, destacan algunas entidades con comportamientos algo atípicos, como Chiapas (una de las entidades más pobres, en el sur del país), con la más elevada tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino para las mujeres de 35 a 64 años (casi 27 por 100000), y Baja California Sur (una entidad de relativamente reciente poblamiento con importante actividad turística), en donde la tasa por cáncer de mama para las mujeres de 65 años o más se dispara por encima de las observadas en el resto del país (91,9 por 100000 mujeres).

Gráfico 7
Tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino en tres grupos de edad según entidad federativa. México, 2004-2006

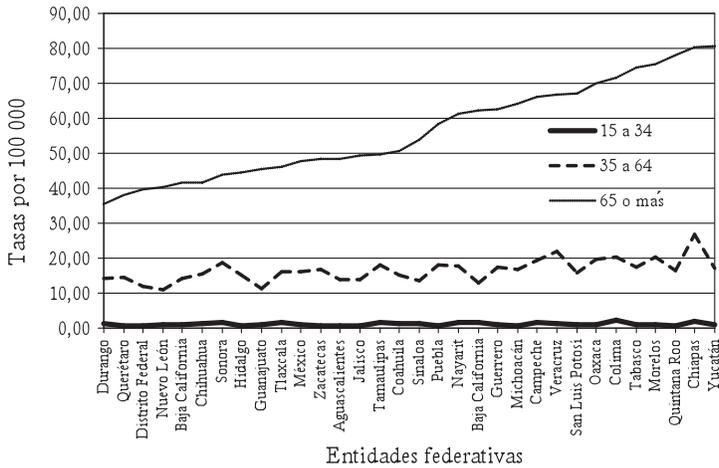
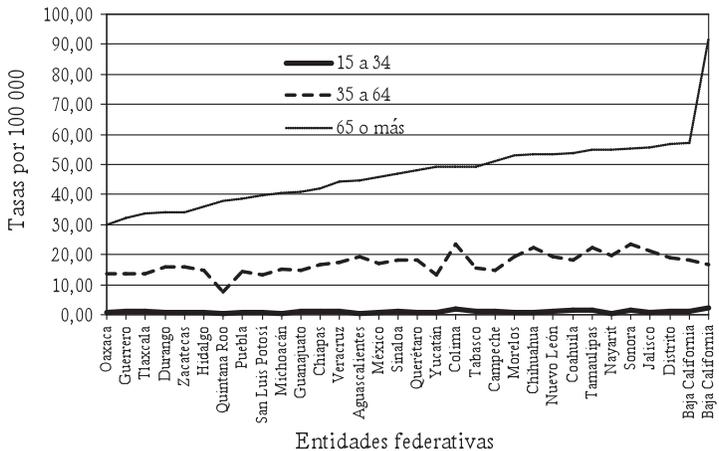


Gráfico 8
Tasas de mortalidad por cáncer de mama en tres grupos de edad según entidad federativa. México, 2004-2006



b) Análisis individual

La distribución proporcional de las defunciones por cada uno de estos cánceres según las características sociodemográficas de las mujeres fallecidas deja ver lo siguiente (cuadro 6 en el anexo). En lo que se refiere a la edad, parecería que las muertes por cáncer cérvicouterino tienden a concentrarse en edades más avanzadas si se compara con las debidas al cáncer de mama. Destaca también el mayor nivel de escolaridad de las mujeres que fallecieron por cáncer de mama en comparación con las que murieron por cáncer cérvicouterino. Al revisar las variaciones en el estado conyugal se observa una proporción mayor de solteras entre las fallecidas por cáncer de mama en comparación con las alguna vez unidas (casadas, en unión libre, divorciadas y viudas), y la proporción de mujeres en unión libre y viudas es mayor entre quienes fallecieron por cáncer cérvicouterino. Estas características sociodemográficas permiten tener al menos un leve atisbo de algunas de las características de estas mujeres, posiblemente vinculadas con los factores de riesgo a los que estuvieron expuestas.

Pero un dato fundamental a considerar es el de la condición de derechohabiente a la seguridad social, puesto que constituye un indicador muy importante no sólo del nivel socioeconómico, sino también de la posibilidad de recibir los beneficios de la atención médica tanto para la prevención propiamente dicha como para la detección temprana y el tratamiento oportuno que podrían diferir o interrumpir el curso mortal del padecimiento.

Lamentablemente, como se observa en el cuadro 6 (en el anexo), una importante proporción de estas mujeres carecía de acceso a la seguridad social: poco más de la tercera parte de quienes murieron por cáncer cérvicouterino y la cuarta parte de quienes murieron por cáncer de mama no tenían esta cobertura (entre 2004 y 2006 se dio un leve aumento de esta cobertura debido al crecimiento en la incorporación al nuevo esquema conocido como Seguro Popular, cuya resolutivez médica es, no obstante, extremadamente rudimentaria).

Tal parece, pues, que como lo han mostrado estudios previos, a nivel regional hay cierta tendencia a un mayor nivel de mortalidad por cáncer cérvicouterino en las regiones con peores condiciones socioeconómicas, y a niveles más altos de mortalidad por cáncer de mama en las que tienen condiciones menos desfavorables. Pero el heterogéneo comportamiento de la mortalidad por estos dos tipos de neoplasias obliga a la consideración cuidadosa de la situación que, en cada una de las entidades federativas, está conduciendo a la ocurrencia de estas defunciones. El panorama aquí descrito muestra la complejidad del desafío para las políticas de salud, que habrán de atender simultáneamente, pero con énfasis regionales distintos, ambos frentes. Por lo demás, el análisis individual su-

giere que suelen ser las mujeres con los niveles socioeconómicos más bajos las que llevan la peor parte, independientemente del tipo de cáncer que las haya afectado.

Conclusiones

Con base en estas evidencias, podemos señalar que para el caso de los dos países estudiados, el cáncer cérvicouterino y el de mama son dos serias amenazas para la salud y la vida de las mujeres. Es sabido que los factores de riesgo que ocasionan esta patología son múltiples, y así parece reflejarlo la heterogénea distribución regional de la mortalidad por esta causa. Pero intentamos subrayar cómo las desigualdades socioeconómicas marcan una gran inequidad frente al riesgo de enfermar y de morir por estas causas. Llegadas a este punto quisiéramos plantear una vez más la reflexión sobre las medidas que se han emprendido en cada uno de estos países para enfrentar esta grave situación.

En Colombia se han hecho ingentes esfuerzos en la detección temprana de estas dos patologías, desde la Ley 100 de 1993 y sus principios de integralidad, universalidad, obligatoriedad, solidaridad, equidad, calidad, entre otros, hasta la adopción de programas especiales encaminados a lograr mayor cobertura y universalidad en la detección de cáncer cérvicouterino y de mama, y la política nacional de salud sexual y reproductiva emitida por el Ministerio de la Protección Social en 2003. Sin embargo, los resultados no son alentadores y las desigualdades entre los diversos grupos de la población en el país siguen siendo, como hemos visto, evidentes y dramáticas; pese a la mala calidad de los registros, es inocultable que en algunas localidades pobres las tasas de mortalidad por estos dos cánceres son considerablemente más altas que las registradas para poblaciones urbanas en mejores condiciones socioeconómicas. La situación de la mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama que los indicadores estudiados nos permiten observar no resulta extraña cuando se sabe que a pesar de las políticas estatales mencionadas, el aseguramiento en salud apenas alcanza el 69% de la población colombiana, y aún para ese segmento de población asegurada el acceso y oportunidad de los servicios es todavía muy deficiente. La situación, por supuesto, es todavía peor para quienes habitan en las zonas rurales, las zonas marginales de las grandes ciudades y las regiones más distantes y con mayor índice de NBI.

La Encuesta de Demografía y Salud (PROFAMILIA, 2005) que en el 2005 incluyó por primera vez preguntas específicas para evaluar el conocimiento de la población femenina y la atención en salud sexual y reproductiva permitió averiguar que apenas el 85% de la población femenina entre 18 y 69 años se ha realizado alguna vez una citología, pero además, que sólo el 52% lo hace con una frecuencia anual o bianual. De este 85% que alguna vez se realizó citología, el 92% reclamó los resultados y de és-

tos, uno de cada diez fue anormal. Un agravante adicional es que el 31% de las mujeres que tuvo resultados anormales no asistió a consulta por razones como falta de recursos, temor, creyó que podía esperar, no creyó que era importante, o no sabía que hacer. Esto hace pensar en una deficiente información y atención en los servicios de salud al momento de entregar los resultados. Para el caso del examen de seno y la mamografía, elementos que han sido determinantes para la detección temprana de cáncer de mama, las cifras son más preocupantes. Sólo el 53% de las mujeres encuestadas se ha realizado alguna vez el autoexamen de seno, y sólo el 2% de estas mujeres sabe que debe hacerlo el mismo día cada mes. En cuanto al examen clínico, se lo ha realizado sólo el 37% de las mujeres. La mamografía muestra igualmente porcentajes muy bajos y tan desiguales como 4,8% en el departamento de Caquetá, y 21,6% en Bogotá.

En México la situación no es más alentadora. Es cierto que y desde 1974 existió en el país un Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer con la aplicación de la prueba de Papanicolaou, pero la escala en la que éste operó fue mínima. También es verdad que en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se incluyó, dentro del Programa de Salud Reproductiva, un subprograma de Detección y Control de Cáncer Cérvicouterino y de Mama (SSA, 1996). Pero parece haber sido hasta 1998 cuando empezó a hacerse un intento algo más sostenido por enfrentar el cáncer cérvicouterino reforzando algunas de las medidas propuestas en aquel programa, si bien para entonces las tendencias de la mortalidad por esta causa habían ya comenzado a descender (Schiavon y Espinosa, 2006). En cuanto al cáncer de mama, iniciativas más serias apenas están empezando a ser concebidas. El país no logra atender aún con suficiencia la amenaza del cáncer cérvicouterino cuando ya ha irrumpido en el panorama de la del cáncer de mama.

A todo esto, hay que considerar las abismales diferencias que prevalecen en el acceso a los servicios de atención médica en su doble vertiente, preventiva y curativa. La cobertura de seguridad social en México no alcanza hoy día ni a la mitad de sus algo más de 100 millones de habitantes. Las posibilidades de incluir a una proporción mayor bajo el denominado Seguro Popular resultan sumamente limitadas. Y los bajos niveles de ingreso de la mayor parte de la población sugieren que el recurso de la atención privada es una alternativa viable sólo para muy pocos, pese a las intenciones en contrario que se asoman en el discurso del Programa Nacional de Salud de la actual gestión gubernamental (SSA, 2007). En todo caso, en este último documento se habla de un estudio reciente en el que se muestra que la cobertura efectiva de las intervenciones destinadas a la detección de cáncer cérvicouterino fue de sólo el 41,2 %, y para el de mama aún peor: 21,6 %, evidentemente, con profundas diferencias para las distintas regiones del país.

Al comparar lo observado en los dos países encontramos varias semejanzas, entre ellas los niveles de mortalidad por ambos tipos de cáncer a nivel nacional, la alta diversidad del comportamiento de estas dos causas de defunción en sus diversas regiones, y algunas de las características individuales en relación con niveles de escolaridad, estado civil y acceso a los servicios de salud. En cuanto a las diferencias, probablemente las más llamativas sean que en México, la asociación entre los niveles de mortalidad por estos dos tipos de cáncer y los indicadores socioeconómicos es más clara que en Colombia, y que en Colombia parece haber una más profunda inequidad en la distribución regional de estas, y una mortalidad más temprana sobre todo para el cáncer cérvicouterino.

Ante un panorama como el descrito, consideramos que habría que favorecer el diseño de políticas que apuntaran a una prevención más radical, que no se circunscribiera exclusivamente a modificar los comportamientos individuales de las víctimas, sino que aspirara a la efectiva disminución de los factores de riesgo presentes en el entorno ambiental. Pero para nutrir ese tipo de políticas se requiere un estudio más detallado y profundo de los factores de riesgo, las condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de adquirir esta patología, y su relación con las características sociodemográficas de las mujeres. En cuanto a la vertiente curativa, es sabido que la posibilidad de sobrevivencia y la disminución de la letalidad de estas neoplasias se relacionan estrechamente con el acceso a una atención médica de buena calidad clínica, suficiente y oportuna. Pero los resultados examinados parecen sugerir que en el momento actual, esa es una alternativa inviable para buena parte de las mujeres de estos dos países dada la precariedad de la cobertura y la escasa calidad de la atención a la que sólo algunas tienen acceso.

Notas

¹ Facultad de Ciencias Sociales, Centro de Investigación en Desarrollo Social CIDS, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia. rmarcelam@gmail.com. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco), México, cmartine@correo.xoc.uam.mx.

² Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador, Irodriguez@unfpa.org. Este trabajo es parte de una investigación más amplia que realiza la autora en Ecuador. Sobre salud intercultural.

Bibliografía

- CONAPO, 2000. *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*. Consejo Nacional de Población, México.
- CONAPO, 2006. *Índices de marginación 2005*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm> (Citado el 10 de agosto de 2008).

- DANE, 2008. Índice NBI. Departamento Nacional de Estadísticas. Disponible en URL: <http://www.dane.gov.co>.
- DANE, 2008. Base de datos certificados de defunción 2004, 2005, 2006. (Universidad Externado de Colombia- Facultad de Ciencias Sociales).
- FLORES, Y., Bishai, D., Shah, K., Lazcano-Ponce, E., Lörincz, A., Hernández, M., Ferris, D., Salmerón, J., 2008. "Risk factors for cervical cancer among HPV positive women in Mexico". 50(1): 49-58.
- LÓPEZ-RÍOS O, Lazcano-Ponce EC, Tovar-Guzmán V, Hernández-Ávila M, 1997. "La epidemia de cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica?". *Salud Pública Mex*; 39:259-265.
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, 2006. *Política Nacional de salud sexual y reproductiva*. Bogotá, Colombia.
- MUÑOZ, N., Bosch, X., 1997. "Cervical cancer and human papillomavirus: Epidemiological evidence and perspectives for prevention". *Salud Pública Méx* 39(4):274-282.
- PAHO, 2007. *Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007*. Organización Panamericana de la Salud, UNFPA y UNIFEM, Washington, D.C.
- PALACIO-MEJÍA, L.S., Rangel-Gómez, G., Hernández-Ávila, M., Lazcano-Ponce, E., 2003. "Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico." *Salud Pública Méx* 45(sup 3): 315-325.
- PARTIDA, V., 2006. *México en cifras. Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. Nacional y Estatales. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>
- PROFAMILIA, 2005. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*. PROFAMILIA, Bienestar Familiar, USAID, Ministerio de la Protección Social, UNFPA.
- RODRÍGUEZ G., J, 2000. *Descripción de la Mortalidad por Departamentos, Colombia, año 2000*. Documento de Trabajo. Cendex, Colombia,
- SCHIAVON R y Espinosa R, 2006. "Panorama actual del Programa de Detección del Cáncer Cérvicouterino en México, 2005". *Gamo* 5 (4):89-90.
- SSA, 1996. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: Secretaría de Salud.
- SSA, 1998. Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. Secretaría de Salud, México. Disponible en URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html> (citada el 15 de julio de 2008).
- SSA, 2004. Salud: México, 2003. *Información para la rendición de cuentas*. Secretaría de Salud, México.
- SSA, 2006. *Mortalidad por cáncer cérvicouterino según entidad federativa y municipio, 2005*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México.
- SSA, 2007. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, Secretaría de Salud.

SSA, 2007a. Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. *Mortalidad*. Bases de datos de defunciones en formato xBase. México: Secretaría de Salud, Dirección General de INFORMACIÓN EN SALUD. DISPONIBLE EN URL: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.

WHO, 1986. "Control of cancer of the cervix uteri", *Bull WHO* 64(4):607-618.

ANEXO

Cuadro 1

Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama e índice de NBI por departamento. Tasas por cada 100 000 mujeres de 25 años o más. Colombia 2004 - 2006

DEPARTAMENTO	Ca. C. uterino	Ca. Mama	Razón Ca CU /Ca Mama	NBI
Grupo Amazonia	15,88	5,08	3,13	53,16
Antioquia	12,64	19,18	0,66	22,59
Arauca	13,80	15,87	0,87	34,92
Archipiélago de San Andrés	10,40	22,53	0,46	40,87
Atlántico	13,98	20,22	0,69	24,68
Bogotá, D.C.	11,41	18,48	0,62	9,16
Bolívar	12,41	15,04	0,83	46,56
Boyacá	13,05	10,44	1,25	30,71
Caldas	22,40	18,41	1,22	17,69
Caquetá	17,44	7,83	2,23	41,60
Casanare	17,88	8,17	2,19	35,61
Cauca	16,72	9,53	1,76	46,41
Cesar	14,54	8,59	1,69	44,53
Chocó	7,66	5,36	1,43	79,05
Córdoba	12,21	7,17	1,70	59,02
Cundinamarca	13,42	14,38	0,93	21,16
Huila	19,62	16,17	1,21	32,56
La Guajira	11,04	6,98	1,58	65,18
Magdalena	13,51	14,02	0,96	47,63
Meta	25,22	13,05	1,93	24,84
Nariño	13,15	8,07	1,63	43,75
Norte de Santander	21,77	15,63	1,39	30,25
Putumayo	13,98	5,38	2,60	34,82
Quindío	21,07	23,90	0,88	16,04
Risaralda	18,61	20,83	0,89	16,64
Santander	13,47	17,67	0,76	21,85
Sucre	13,61	12,32	1,10	54,93
Tolima	23,02	16,32	1,41	29,79
Valle del Cauca	17,65	22,36	0,79	15,57

Nota. Los departamentos de Arauca, Putumayo, Casanare, Grupo Amazonia y Choco se reconocen como de alto subregistro. CaCU: Cáncer cérvicouterino.

Fuente: Calculado a partir de base de datos de certificados de defunción 2004, 2005 y 2006 del Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia. DANE

Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006-2020. Censo 2005.

NBI Colombia. Disponibles en URL: www.dane.gov.co. Censo 2005. REDATAM.

Cuadro 2
Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama por entidad federativa según tres grupos de edad.
Tasas por cada 100 000 mujeres. Colombia, 2004-2006

DEPARTAMENTO	Cáncer Cuello uterino			Cáncer de Mama		
	15 a 34 años	35 a 64 años	65 años y más	15 a 34 años	35 a 64 años	65 años y más
Grupo Amazonia	7,33	21,13	54,23	0,00	6,67	15,49
Antioquia	1,30	12,98	32,23	0,88	19,39	54,53
Arauca	2,67	14,86	34,68	0,89	17,33	55,49
Archipiélago de San Andrés	0,00	13,77	20,53	2,86	24,79	61,58
Atlántico	1,33	14,82	36,43	1,15	22,89	49,80
Bogotá, D.C.	0,94	11,85	35,20	0,81	19,72	57,41
Bolívar	1,49	12,21	35,81	0,96	15,03	46,21
Boyacá	1,04	13,35	30,42	0,52	9,43	28,66
Caldas	2,57	20,18	58,53	0,86	16,58	53,65
Caquetá	1,90	17,74	55,39	0,95	8,87	22,81
Casanare	2,67	18,25	60,33	0,67	11,86	10,97
Cauca	2,10	14,94	49,89	0,32	10,76	23,03
Cesar	1,30	16,42	41,59	0,65	10,27	22,39
Chocó	0,00	7,93	24,70	1,74	5,05	8,23
Córdoba	0,96	15,58	22,46	0,41	8,56	16,26
Cundinamarca	1,10	13,63	33,29	0,46	13,91	42,30
Huila	1,03	18,83	61,33	0,62	19,79	33,27
La Guajira	1,13	12,74	26,76	0,28	9,45	13,38
Magdalena	1,43	15,33	32,97	1,43	15,33	37,23
Meta	1,49	27,45	80,38	0,75	16,17	31,82
Nariño	0,90	13,57	35,26	0,26	9,26	19,45
Norte de Santander	1,92	23,19	55,57	1,28	17,16	37,59
Putumayo	1,26	11,25	66,23	0,63	4,09	25,47
Quindío	4,42	19,60	49,14	1,61	23,52	61,43
Risaralda	2,04	19,93	40,81	0,91	22,52	50,53
Santander	1,12	14,12	32,80	0,71	17,27	50,73
Sucre	0,81	14,53	37,01	0,27	12,92	35,63
Tolima	2,59	25,36	44,49	0,49	18,46	33,99
Valle del Cauca	1,89	18,10	44,10	1,47	24,19	54,25

Nota. Los departamentos de Arauca, Putumayo, Casanare, Grupo Amazonia y Choco se reconocen como de alto subregistro.

Fuente: Calculado a partir de base de datos de certificados de defunción 2004, 2005 y 2006 del Departamento Nacional de Estadística de Colombia DANE. 2008. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006-2020. Censo 2005. Disponibles en URL: www.dane.gov.co.

Cuadro 3

Distribución porcentual de algunas características sociodemográficas y condición de derechohabiciencia de las mujeres fallecidas por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama. Colombia, 2004-2006

	Cáncer Cérvicouterino	Cáncer de Mama
Grupos de Edad		
15-24	0,52	0,24
25-34	5,58	3,01
35-44	16,27	12,23
45-54	23,35	24,19
55-64	20,34	24,96
65-y más	33,88	34,46
Nivel Educativo		
Ninguno o algún grado de Básica Primaria.	66	51,42
Algún grado de Secundaria	15	26,3
Algún grado de Universidad	2	9
Sin Información	17	13,3
Estado Civil		
Soltera	15,17	19,58
Alguna vez unida	79,04	75,24
Sin Información	5,77	5,1
Seguridad Social		
Contributivo	27,77	53,65
Subsidiado	44,92	27,11
Vinculado	21,07	12,33
Sin Información	1,45	1,3

Notas: Lo que resta para sumar el 100% en cada variable corresponde a los casos no especificados.

Fuente: Calculado a partir de bases de datos de Mortalidad 2004, 2005 y 2006 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia DANE. 2008.

Cuadro 4

Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama e índice de marginación por entidad federativa.

Tasas por cada 100 000 mujeres de 25 años o más. México, 2004-2006

	TM Cáncer Cérvicouterino	TM Cáncer de Mama	Razón TM Ca CU / TM Ca Mama	Índice de marginación 2005
Aguascalientes	13,03	15,43	0,84	-0,95
Baja California	12,09	15,68	0,77	-1,25
Baja California Sur	13,29	18,34	0,72	-0,72
Campeche	18,13	13,82	1,31	0,56
Coahuila	14,62	16,64	0,88	-1,14
Colima	20,70	19,80	1,05	-0,74
Chiapas	23,46	13,63	1,72	2,33
Chihuahua	13,93	18,77	0,74	-0,68
Distrito Federal	12,34	18,59	0,66	-1,50
Durango	13,01	13,28	0,98	-0,02
Guanajuato	11,90	13,50	0,88	0,09
Guerrero	18,63	12,69	1,47	2,41
Hidalgo	14,15	12,89	1,10	0,75
Jalisco	13,99	18,83	0,74	-0,77
México	13,73	14,17	0,97	-0,62
Michoacán	18,11	14,06	1,29	0,46
Morelos	21,36	17,99	1,19	-0,44
Nayarit	18,82	18,27	1,03	0,19
Nuevo León	10,91	17,17	0,64	-1,33
Oaxaca	21,40	12,27	1,74	2,13
Puebla	17,53	13,03	1,35	0,63
Querétaro	11,97	15,01	0,80	-0,14
Quintana Roo	13,41	6,13	2,19	-0,32
San Luis Potosí	18,09	12,96	1,40	0,66
Sinaloa	14,48	16,43	0,88	-0,15
Sonora	16,27	20,22	0,80	-0,75
Tabasco	17,06	13,56	1,26	0,46
Tamaulipas	16,41	19,46	0,84	-0,68
Tlaxcala	14,46	11,72	1,23	-0,13
Veracruz	21,48	16,10	1,33	1,08
Yucatán	19,74	13,63	1,45	0,43
Zacatecas	16,15	13,94	1,16	0,16
EUM	15,69	15,55	1,01	

Fuentes: Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. Mortalidad. Bases de datos de defunciones en formato xBase. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en salud. Disponible en URL: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.

Partida, V., 2006. México en cifras. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Nacional y Estatales. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>.

Conapo, 2006. Índices de marginación, 2005. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm>

Cuadro 5
Mortalidad por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama por entidad federativa según tres grupos de edad. Tasas por cada 100 000 mujeres. México, 2004-2006

Entidad federativa	Cáncer cérvicouterino			Cáncer de mama		
	De 15 a 34 años	De 35 a 64 años	65 años o más	De 15 a 34 años	De 35 a 64 años	65 años o más
Aguascalientes	0,68	13,90	48,50	0,51	19,14	44,67
Baja California	1,05	14,24	41,75	1,18	18,23	57,19
Baja California Sur	1,46	12,91	62,35	2,19	16,74	91,89
Campeche	1,64	19,20	66,09	1,17	14,65	50,98
Coahuila	1,43	15,19	50,74	1,43	18,21	53,79
Colima	2,26	20,37	71,75	1,94	23,57	49,20
Chiapas	1,97	26,93	80,17	1,17	16,56	42,23
Chihuahua	1,13	15,46	41,75	0,83	22,23	53,24
Distrito Federal	0,69	12,01	39,67	1,00	18,84	56,63
Durango	1,25	14,33	35,54	0,75	15,75	34,03
Guanajuato	0,86	11,15	45,33	1,01	14,78	41,05
Guerrero	1,03	17,44	62,54	1,09	13,79	32,30
Hidalgo	0,61	15,25	44,49	0,61	14,76	36,06
Jalisco	0,79	13,98	49,21	0,89	21,13	55,75
México	0,83	15,98	47,71	0,83	16,99	45,71
Michoacán	0,50	16,64	64,35	0,45	15,15	40,43
Morelos	0,92	20,47	75,44	0,80	19,38	53,00
Nayarit	1,60	17,77	61,42	0,40	19,72	54,84
Nuevo León	1,06	10,92	40,23	1,19	19,40	53,36
Oaxaca	1,01	19,81	69,96	0,90	13,50	30,06
Puebla	0,74	18,21	58,23	0,74	14,36	38,61
Querétaro	0,54	14,54	38,17	0,65	18,25	47,94
Quintana Roo	0,75	16,41	78,17	0,30	7,48	37,90
San Luis Potosí	1,09	15,90	67,10	0,85	13,12	39,83
Sinaloa	1,17	13,53	53,86	1,24	18,24	47,13
Sonora	1,53	18,62	43,88	1,37	23,66	55,23
Tabasco	1,12	17,49	74,62	0,95	15,35	49,23
Tamaulipas	1,77	18,11	49,78	1,65	22,46	54,80
Tlaxcala	1,48	16,05	46,07	0,98	13,73	33,71
Veracruz	1,36	21,80	66,83	1,10	17,53	44,41
Yucatán	0,90	17,16	80,49	0,60	13,44	49,12
Zacatecas	0,67	16,71	48,48	0,80	16,01	34,22
EUM	1,02	16,19	53,75	0,96	17,40	46,65

Fuentes: Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. Mortalidad. Bases de datos de defunciones en formato xBase. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en salud. Disponible en URL: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.

Partida, V., 2006. México en cifras. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Nacional y Estatales. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>

Cuadro 6.
Distribución porcentual de algunas características sociodemográficas y condición de derechohabencia de las mujeres fallecidas por cáncer cérvicouterino y cáncer de mama. México, 2004-2006

Características sociodemográficas	2004		2005		2006	
	Ca Cu	Ca Ma	Ca Cu	Ca Ma	Ca Cu	Ca Ma
Edad						
De 15 a 24 años	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2
De 25 a 34	4,4	4,3	4,3	3,9	4,0	4,2
De 35 a 44	15,0	17,2	14,3	15,9	14,8	15,2
De 45 a 54	21,3	25,7	22,5	25,8	22,5	25,4
De 55 a 64	20,7	21,5	20,3	22,7	20,8	23,1
De 65 años o más	38,3	31,0	38,0	31,4	37,5	31,8
Escolaridad						
Sin escolaridad	28,6	11,1	27,4	10,3	26,6	10,1
Primaria incompleta	33,3	23,4	33,0	22,6	32,2	22,6
Primaria completa	20,8	25,4	21,1	25,6	21,6	25,0
Secundaria incompleta	1,9	2,2	1,8	2,4	1,8	2,3
Secundaria completa	7,2	13,9	7,4	13,2	7,3	14,3
Bachillerato o preparatoria	3,0	8,8	3,4	10,8	3,7	9,0
Profesional	2,7	12,9	3,3	12,4	3,3	13,8
Estado conyugal						
Soltera	13,8	17,8	15,0	17,6	14,7	19,3
Viuda	26,9	19,3	26,2	19,8	26,2	20,3
Divorciada	2,7	3,4	2,5	3,7	3,3	3,6
Unión Libre	11,6	6,1	12,7	6,0	12,3	6,0
Casada	43,6	52,2	42,6	51,5	42,1	49,7
Condición de derechohabencia						
Ninguna	41,1	27,7	38,5	25,5	31,3	24,8
IMSS	40,4	49,0	38,4	48,5	37,6	47,8
ISSSTE	6,8	10,4	6,6	10,9	6,4	10,3
PEMEX	0,6	1,3	0,7	1,4	0,6	1,5
SEDENA	0,9	0,9	1,1	0,7	0,8	0,4
SECMAR	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3
Otra	2,1	3,4	1,8	3,6	2,6	3,3
Se ignora	6,7	6,2	9,1	7,7	12,5	8,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número de casos	4245	4164	4270	4220	4131	4451

Notas: Lo que resta para sumar el 100% en cada variable corresponde a los casos no especificados.

CaCu: Cáncer cérvicouterino. CaMa: Cáncer de mama

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; PEMEX: Servicios médicos para los trabajadores de Petróleos Mexicanos; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SECMAR: Secretaría e Marina; IMSS-Oportunidades: versión actual de un programa de salud para población sin “capacidad contributiva”.

Fuente: Defunciones del año 2004, 2005 y 2006. *Mortalidad. Bases de datos de defunciones en formato xBase*. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en salud. Disponible en URL: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.