

Desigualdad territorial en la mortalidad por cáncer gástrico en Chile

Loreto Núñez-Franz¹, Carla Vásquez-Raggi², Pablo Jimenez³, Gloria Icaza-Noguera⁴

1. Universidad de Talca, Departamento Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud. PIA-CANCER GASTRICO. lnunezf@utalca.cl
2. Consultorio comuna de Colbun, Región del Maule. cvasquezraggi@gmail.com
3. Universidad de Talca, Instituto de Matemáticas y Física. PIA-cáncer gástrico. pabjimenezrod@gmail.com
4. Universidad de Talca, Instituto de Matemáticas y Física. gicaza@Utalca.cl

RESUMEN

El cáncer es una de las principales enfermedades no transmisibles causante de la mayor cantidad de muertes en personas menores de 70 años. EL cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer en los hombres en Chile y la cuarta causa en mujeres. Cerca de 65% de los pacientes al momento del diagnóstico ya se encuentra con cáncer avanzado, a esto se agrega que cerca de 85% de ellos presentan metástasis al momento del diagnóstico. Un cáncer gástrico incipiente tratado mediante cirugía tiene una supervivencia a 5 años en 85 a 95% de los casos, mientras que un cáncer avanzado sólo un 20%. (Rubiano et al., 2007). El objetivo de este estudio fue describir la desigualdad territorial por servicios de salud de la mortalidad por cáncer gástrico, desagregado por sexo. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo y ecológico. La población fueron las defunciones por cáncer gástrico de mayores de 20 años en 2012-2016. Se utilizó la proyección de población del Censo 2002. Se calculó la Razón de mortalidad estandarizada (RME) para cada uno de los 33 servicios de salud y sexo. Los datos utilizados son anónimos, por lo que la identidad de cada persona se mantiene de manera confidencial. **Resultados:** en hombres existen 13 servicios con más de 30% de exceso de riesgo (RME mayor de 130) y en mujeres 8. Estos servicios están localizados en la zona centro sur del país. El servicio con la mayor RME fue Araucanía Sur (RME=187) en hombres y BíoBío en mujeres (RME=160). El servicio con la menor RME fue el Metropolitano Oriente tanto en hombres (RME= 61) como mujeres (RME= 58). La desigualdad absoluta es mayor en hombres que en mujeres (124 v/s 104), la relativa es similar (2,99 v/s 2,85 resp.). **Conclusiones:** existe desigualdad territorial en la mortalidad por cáncer gástrico en Chile tanto para hombres como mujeres. La zonas del centro sur presentan exceso de mortalidad. La política pública debería abordar las diferencias territoriales en esta patología y las diferencias culturales y sociales, por ejemplo debería evaluarse la necesidad de implementar *screening* o cribado para cáncer gástrico en las zonas con mayor riesgo de mortalidad. Junto con esto implementar intervenciones poblacionales con un foco en los servicios de salud mas afectados.

METODOLOGÍA, MATERIALES, DATOS Y HERRAMIENTAS

Objetivo: Describir la desigualdad territorial por servicios de salud, de la mortalidad por cáncer gástrico en Chile, desagregado por sexo.

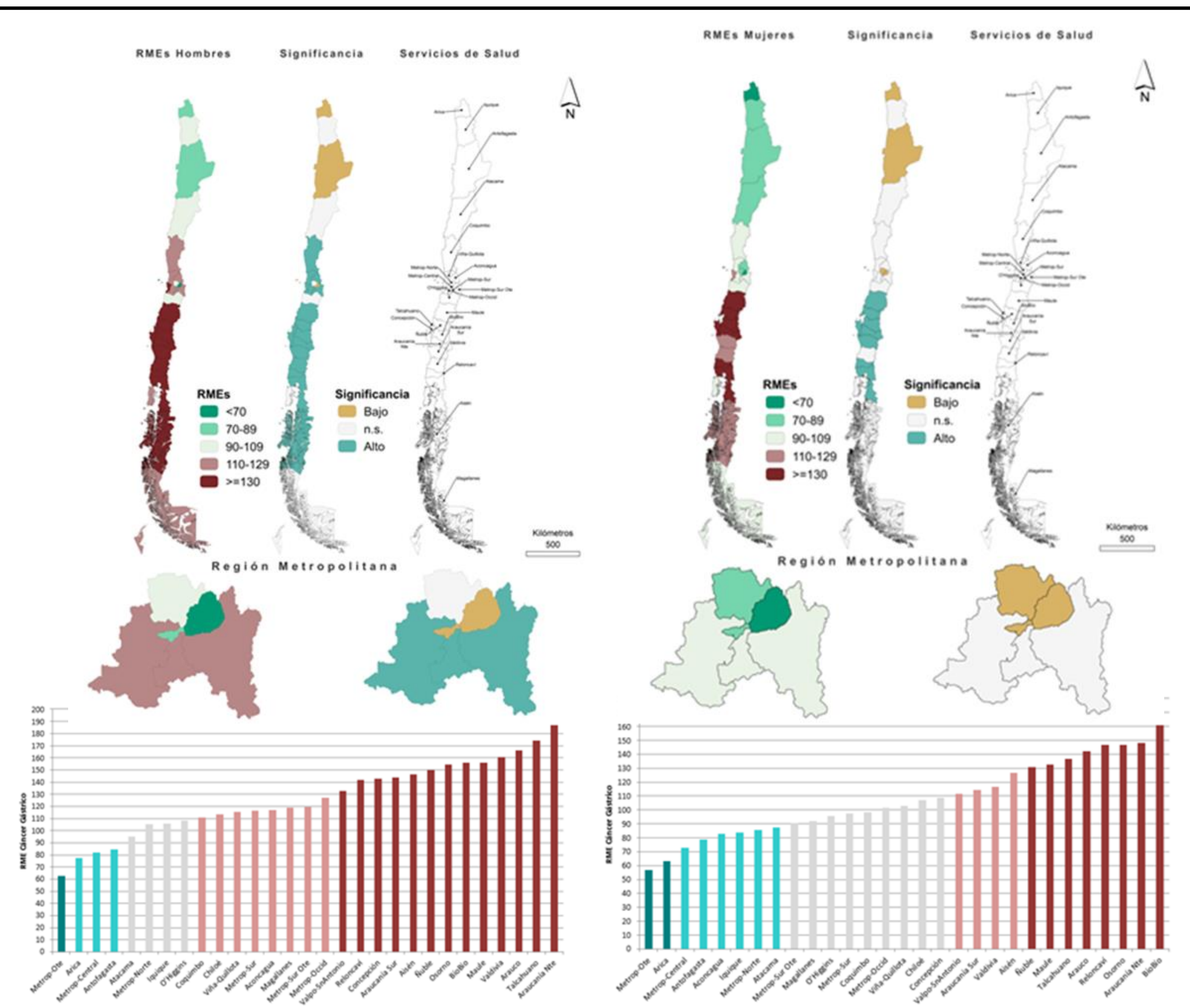
Diseño: observacional, descriptivo de tipo ecológico. **Población de estudio:** población mayor de 20 años, fallecida por cáncer gástrico (CIE-10: C 16) en el período 2012 a 2016. **Fuente de datos:** estadística de mortalidad del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile (DEIS) y Datos de población y proyecciones según CENSO 2002.

En cada servicio y para cada sexo por separado, se obtienen tasas ajustadas (método indirecto) por quinquenios de edad: Razón de Mortalidad Estandarizada (RME).

$$RME = \frac{\text{casos observados}}{\text{población} \cdot \text{tasa nacional}} = \frac{\text{casos observados}}{\text{casos esperados}}$$

La razón entre lo observado y lo esperado (RME) mide el exceso de riesgo de morir en cada zona (Servicio de Salud) en comparación con el resto del país, anulando la distorsión que producen las diferentes estructuras por sexo y edad. Se obtienen 5 categorías de riesgo: bajo riesgo (RME<70), moderadamente bajo riesgo (RME 70-89), riesgo esperado (RME 90-109), moderadamente alto riesgo (RME 110-129) y alto riesgo (RME>130) y el nivel de significancia. Como indicador de Disparidad Absoluta se calculó la diferencia de tasas ($r_1 - r_2$) y la Disparidad Relativa: razón de tasas (r_1 / r_2).

RESULTADOS



DISCUSIÓN

Al ser este un estudio de tipo ecológico debe tenerse presente que estos resultados no pueden ser extrapolados a nivel individual por la falacia ecológica. Adicionalmente, si bien las estadísticas de mortalidad son de buena calidad en Chile, existen diferencias por comunas, sexo y ruralidad.

La mortalidad esta influenciada por los factores propios del curso natural de la enfermedad como con el acceso y uso de servicios de salud. La desigualdad en la mortalidad observada en este estudio, puede estar asociada a factores sociales como pobreza, condiciones sanitarias, escolaridad (Vasquez, 2018), entro otras (Icaza et al. ,2007). La zona norte del país esta afectada por cáncer de pulmón, situación conocida de larga data producto de la exposición prolongada a arsénico (Ferrecio,Sancha, 2006) y puede actuar como causa competitiva con el cáncer gástrico. Adicionalmente, destaca el sector oriente de la Región Metropolitana con bajo riesgo de mortalidad.

Considerando la heterogeneidad de la mortalidad a nivel nacional debería diseñarse políticas con foco en la realidad por macrozonas geográfica que aborden la situación de salud de la población más vulnerable.

REFERENCIAS:

Estadísticas de mortalidad por cáncer gástrico en Chile. Programa de investigación asociativa de cáncer gástrico (PIA-CG). http://www.cancergastrico.utalca.cl/?page_id=1002

Icaza G, Núñez L, Torres F, et al. "Distribución geográfica de mortalidad por tumores malignos de estómago, tráquea, bronquios y pulmón, Chile 1997-2004". Revista Médica de Chile, 2007; 135(11): 1397-1405.

Ferreccio C, Sancha AM. "Arsenic exposure and its impact on health in Chile." *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2006; 24(2):164-175.

Vasquez-Raggi C. Desigualdades en la mortalidad por cáncer gástrico en Chile. Tesis para optar gradode Magister en Gestión de Sistema de Salud. Universidad de Talca. 2018