



UNIVERSIDAD  
DE COSTA RICA

CCP

Centro Centroamericano  
de Población

  
Search

[Inicio](#) / [Blog de Estadísticas Públicas](#)

## Entrada 7. Blog Estadísticas Públicas

Enviado por gbrenes el Mié, 22/02/2023 - 16:38

### **Inequidades geográficas en cáncer: ¿Un patrón diferente al de otras enfermedades?**

#### **Resumen:**

- Los hombres urbanos tienen menor esperanza de vida que los hombres que viven en zonas rurales o mixtas. Entre las mujeres el patrón no es claro.
- Los costarricenses que viven en cantones de mayor nivel socioeconómico tienen mayores esperanzas de vida que los que viven en cantones de menor nivel socioeconómico, después de controlar por las diferencias por zona.
- Estos diferenciales en mortalidad ocurren en casi todas las causas de muerte, excepto en enfermedades mentales, enfermedades del sistema nervioso y en el cáncer.
- En general, los cantones con mayor nivel socioeconómico tienen tasas más altas de incidencia y mortalidad por cáncer que los cantones con menor nivel socioeconómico.
- Como excepciones a este patrón, los cantones con menor nivel socioeconómico tienen mayor incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix, y mayores tasas de incidencia (pero no de muerte) por cáncer gástrico y pulmonar.
- No obstante, en general los cantones de mayor nivel socioeconómico tienen mayor probabilidad de supervivencia después del diagnóstico del cáncer.
- Estos patrones sugieren que son los estilos de vida más que el sistema de salud los principales determinantes de estas inequidades sociales y que el sistema de salud enfrenta posibilidades de mejora para mejorar la supervivencia después del diagnóstico.

(Nota: Esta entrada resume y compara los distintos resultados del equipo de investigación en el que han participado R Fantin, C Barboza-Solís y C Santamaría Ulloa, entre otros).

Se le llama “gradiente socioeconómico de la salud” a diferencias en las tasas de diagnóstico de enfermedades (morbilidad) y mortalidad según riqueza, ingreso o clase social. En los países industrializados se ha observado un gradiente negativo: Las personas de mayor ingreso o mayor riqueza tienen tasas de muerte más bajas; o sea, en términos coloquiales, se podría decir que “se mueren menos”. Investigaciones de Rosero-Bixby y colegas (Rosero-Bixby & Dow, 2009; Rosero-Bixby, 2018) ya evidenciaban que en Costa Rica (así como en otros países no europeos) se observa un gradiente positivo: las personas de mayor nivel socioeconómico tienen mayores probabilidades de fallecer que las personas de menor nivel socioeconómico. En algunos casos no se observa gradiente. No obstante, estos patrones no necesariamente se observan en todos los indicadores de salud.

### **Diferencias en gradiente entre zona y riqueza**

La zona de residencia y la carencia de recursos para suplir necesidades básicas son dos formas de medir las diferencias socioeconómicas. Un equipo de investigadores de la UCR – R Fantin, C Santamaría-Ulloa y C Barboza-Solís– ha publicado varios artículos sobre diferenciales socioeconómicos en la salud. Ellos clasifican a los cantones o distritos por nivel socioeconómico según el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas, así como por zona de residencia. En el primer análisis, Fantin y colegas (2021) encuentran que los hombres costarricenses adultos tienen más probabilidad de morir si viven en zonas urbanas que si viven en zonas rurales o mixtas; entre las mujeres, esta diferencia por zonas no es clara. Además, después de controlar por zona de residencia, los costarricenses que habitan en distritos más pobres (con más necesidades básicas) tienen más riesgo de morir que los que viven en distritos más ricos. Esta combinación de factores hace que la esperanza de vida masculina en distritos pobres rurales (o mixtos) sea tan alta o más alta que la esperanza de vida en los distritos urbanos más ricos. En cambio, la esperanza de vida femenina es generalmente más alta en los distritos urbanos más ricos.

Este gradiente negativo según riqueza y zona de residencia se da en prácticamente todas las causas de muerte, aunque las diferencias por riqueza son más pronunciadas en las mujeres que en los hombres. Las únicas causas de muerte en que se da un patrón distinto según riqueza son en las enfermedades del sistema nervioso (como esclerosis múltiple, parálisis cerebral o derrames cerebrales) –en las que el gradiente es positivo, o sea, las personas de mayor nivel socioeconómico tienen mayores tasas de muerte– y en la mortalidad por enfermedades mentales o por cáncer –en la que el gradiente no es claro. ¿Qué particularidad tienen los problemas de salud ligados a tumores?

### **Gradiente positivo en cáncer**

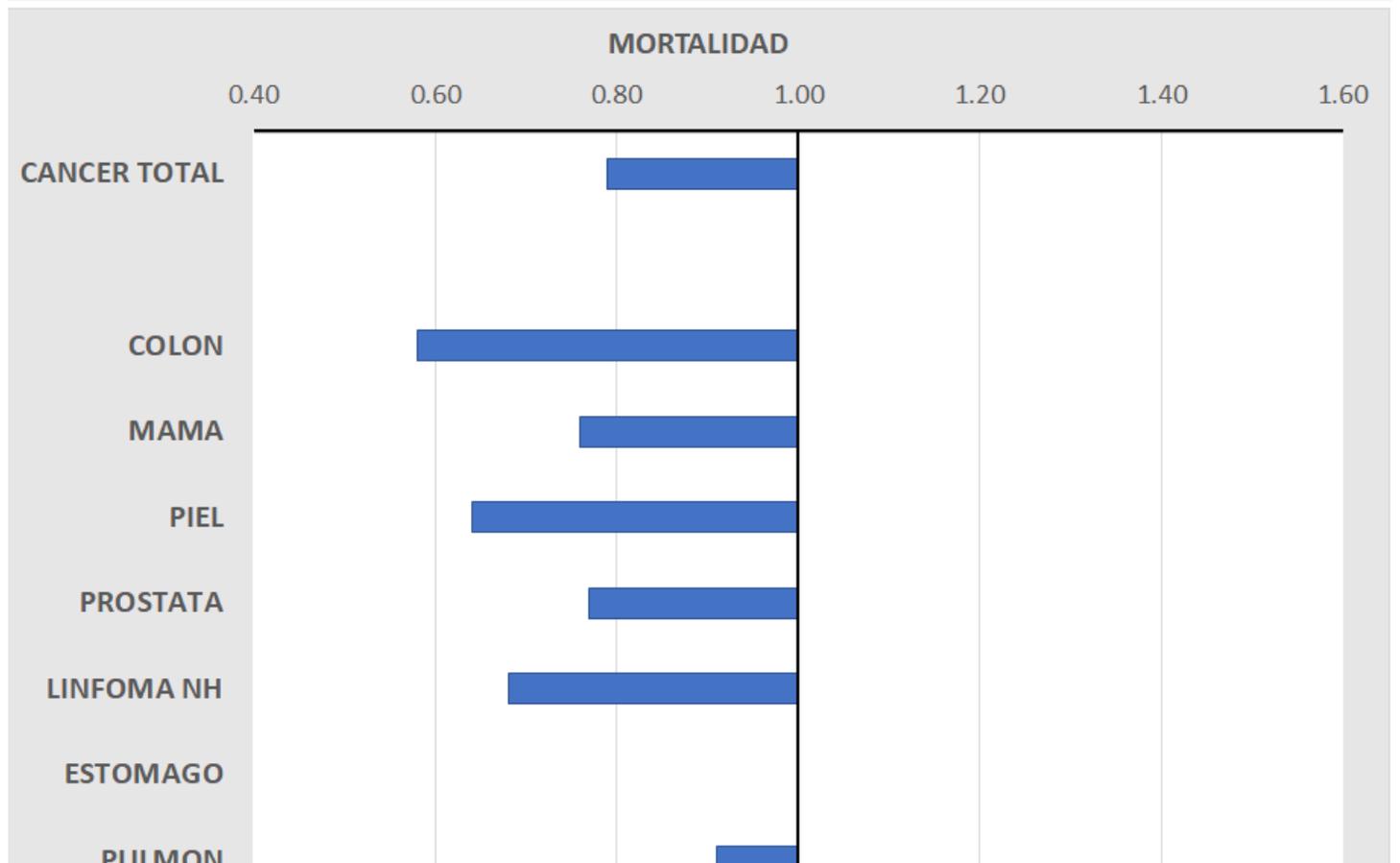
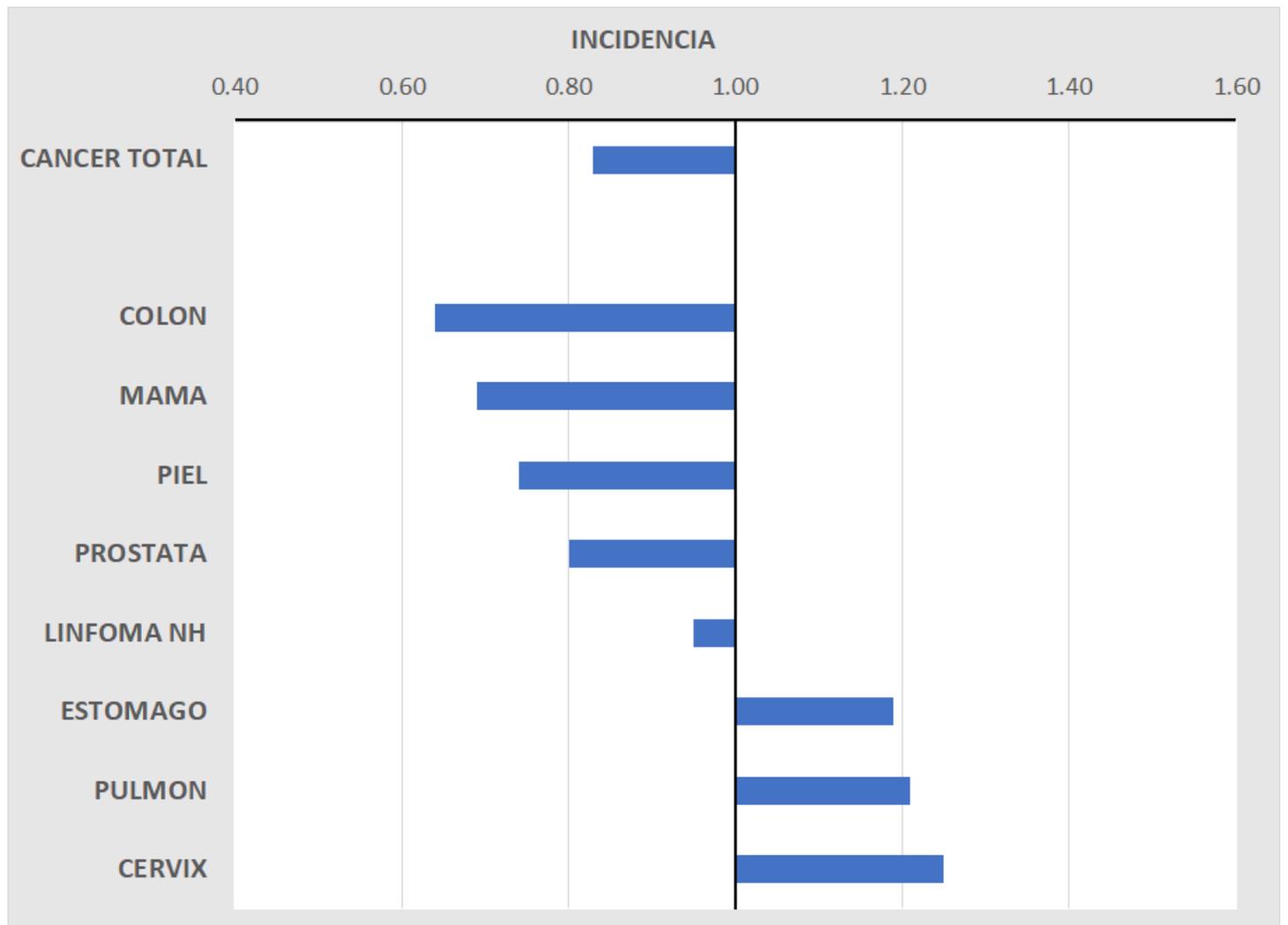
Este mismo equipo de investigadores de la UCR (Fantin, Santamaría-Ulloa y Barboza-Solís, 2020a, 2020b, 2020c; Barboza-Solís, Reyes-Carmona y Fantin, 2022; Fantin, Delpierre y Barboza-Solís, 2023) profundiza en la incidencia, mortalidad y supervivencia a distintos tipos de cáncer en Costa Rica durante la primera parte de la década de 2011-2019. Sus resultados muestran un “gradiente

positivo” en la incidencia y la muerte para el cáncer en general, y para la mayoría de los sitios corporales en los que aparece el tumor: colon, hígado, páncreas, leucemia, piel, mamas y próstata. En general, esto indica que los diagnósticos y fallecimientos por cáncer tienen más probabilidad de ocurrir en aquellos cantones con mayor desarrollo socioeconómico que en aquellos con menor nivel socioeconómico.

Sin embargo, hay excepciones en este patrón. Los cantones de menor nivel socioeconómico tienen mayor incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix. Además, tienen mayores tasas de incidencia de cáncer gástrico y pulmonar, aunque las tasas de mortalidad son similares a las del promedio país. Tampoco se observa un gradiente socioeconómico en la incidencia de cáncer de útero y en linfoma no-Hodgkin.

FIGURA 1.

RIESGOS RELATIVOS DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE CANTONES CON MENOR NIVEL SOCIOECONÓMICO CON RESPECTO DE CANTONES CON MAYOR NIVEL SOCIOECONÓMICO



Fuente: Fantin, Santamaría-Ulloa, y Barboza Solís (2020a, 2020b).

Además, hay diferencias entre zona urbana y rural. La incidencia de cáncer de piel es mayor en zonas rurales, mientras que la incidencia de cáncer de cérvix, de útero y de pulmón es mayor en las zonas urbanas. La mortalidad por cáncer gástrico es mayor en zonas rurales (pese a no haber diferencias en la incidencia), y la mortalidad por cáncer pulmonar y por cáncer de mama es mayor en los cantones urbanos.

No obstante, el panorama de las inequidades socioeconómicas se complica cuando se analiza la supervivencia al diagnóstico en lugar de la mortalidad y la incidencia por separado. Los autores clasificaron a los sitios corporales de los tumores en tres grupos: letalidad alta, letalidad media y letalidad baja, y analizaron la supervivencia después del diagnóstico para estos tres grupos y para todos los tipos de cáncer combinados. Ellos encuentran que la supervivencia es menor en los cantones de menor nivel socioeconómico que en los de mayor nivel socioeconómico. En otras palabras, después de que hay un diagnóstico, los habitantes de cantones con más desventajas sociales tienen más riesgo de morir.

### **Diferenciales en zonas indígenas**

Fantin y Barboza-Solís (2022) también analizaron los diferenciales en mortalidad entre territorios indígenas y no indígenas en Costa Rica. Este análisis es una variante de las inequidades en salud porque los pueblos indígenas se encuentran en desventaja socioeconómica comparado con el resto de la población. Reforzando la idea de los contradictorios gradientes socioeconómicos, los autores no hallan diferencias en la mortalidad masculina entre los territorios indígenas y el resto del país, y reportan una mortalidad levemente mayor en la mortalidad femenina. Encuentran además que las tasas de mortalidad en lugares indígenas son mayores en edades más jóvenes, pero menor en edades más avanzadas (después de los 70 años). También, en estas zonas es menor la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (en las que se incluye la hipertensión o los infartos al miocardio), por tumores, y por enfermedades endocrinas (entre las que se incluye la diabetes mellitus). Por el contrario, es mayor la mortalidad por causas externas (accidentes, homicidios, etc.) y por enfermedades del sistema respiratorio.

### **Significado de las inequidades**

¿Qué implicaciones tienen estos resultados? En la mortalidad en general, se tiene que entender que, en Costa Rica, los diferenciales socioeconómicos solo se pueden observar claramente al estudiar las diferencias por zona de residencia. Las zonas rurales y las que tienen combinación de ruralidad y urbanidad tienen aparentemente mejor salud. Los autores consideran que estas diferencias se deben a estilos de vida menos saludables en las zonas urbanas. Esta conclusión se refuerza con las diferencias entre zonas indígenas y no indígenas, pues en las primeras estos estilos de vida saludables pueden estar explicando las ventajas en estos territorios.

La mayor mortalidad por casi todas las causas de muerte en los estratos de menor nivel socioeconómico sugiere que Costa Rica tiene patrones similares a países más

industrializados. Sin embargo, las diferencias por zona de residencia sí son muy diferentes a las observadas en estos otros países. Además, las diferencias que perjudican a los habitantes de territorios más pobres no son tan claras para las dos causas de muerte más frecuentes en Costa Rica: los tumores (en toda la población) y las enfermedades cardiovasculares (en este caso entre los hombres). Esta característica también contribuye a que el gradiente socioeconómico en Costa Rica no sea tan pronunciado como en estos otros países.

En cuanto al cáncer, estos patrones podrían sugerir que la ventaja en incidencia y mortalidad en los cantones de menor nivel socioeconómico se pueden deber también a estilos de vida más saludables que protegen contra el desarrollo de tumores, en los lugares de menor nivel socioeconómico, en particular mejores prácticas en la ingesta nutricional y la prevalencia de alcoholismo.

Sin embargo, a nivel general, también parece que se está dando una transición en los estilos de vida, particularmente en el fumado, que era más frecuente en estratos de mayor ingreso y riqueza, pero que posiblemente se esté volviendo más frecuente en estratos de menor nivel. Esta transición podría estar explicando por qué no hay gradiente socioeconómico en la mortalidad por cáncer pulmonar, pero sí en la incidencia. Esta combinación de patrones podría implicar que en el futuro próximo empiecen a aparecer diferenciales en la mortalidad por cáncer pulmonar, con desventajas en los cantones de menor nivel de desarrollo.

Adicionalmente, los resultados sobre supervivencia al diagnóstico sugieren que las ventajas en incidencia y mortalidad de los cantones “más pobres” no están relacionados con el sistema de salud. Se ha argumentado que la universalización de los servicios de salud provistos por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en las década de los sesentas y los setentas permitió la democratización en el acceso a la atención médica, generando el gradiente socioeconómico positivo en la salud de los costarricenses. Pero el hecho de que los cantones de menor riqueza tengan menores probabilidades de sobrevivir a un diagnóstico de cáncer podría estar señalando problemas de respuesta por parte de los servicios de salud para la prevención y tratamiento de los tumores en el sector público.

#### Referencias:

Barboza Solís, C., Reyes-Carmona, J., & Fantin, R. (2022). Social inequality in incidence and mortality of malignant neoplasms of lip, oral cavity and pharynx: Is Costa Rica an international paradox?. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 50(4), 243-250.

Fantin, R., & Barboza Solís, C. (2022). Mortality and causes of death: a comparative study between indigenous and non-indigenous areas in Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 20(1), 143-164.

Fantin, R., Santamaría-Ulloa, C., & Barboza-Solís, C. (2020a). Socioeconomic inequalities in cancer mortality: Is Costa Rica an exception to the rule?. *International Journal of Cancer*, 147(5), 1286-1293.

Fantin, R., Santamaria-Ulloa, C., & Barboza-Solís, C. (2020b). Social gradient in cancer incidence in Costa Rica: Findings from a national population-based cancer registry. *Cancer epidemiology*, 68, 101789.

Fantin, R., Santamaría-Ulloa, C., & Barboza-Solís, C. (2020c). Social inequalities in cancer survival: A population-based study using the Costa Rican Cancer Registry. *Cancer epidemiology*, 65, 101695.

Rosero-Bixby, L., & Dow, W. H. (2009). Surprising SES gradients in mortality, health, and biomarkers in a Latin American population of adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(1), 105-117.

Rosero-Bixby, L. (2018). High life expectancy and reversed socioeconomic gradients of elderly people in Mexico and Costa Rica. *Demographic Research*, 38(3), 95.

Fantin, R., Delpierre, C., & Barboza-Solís, C. (2023). Health inequalities in cause-specific mortality in Costa Rica: a population-based cohort study. *Revista de Saúde Pública*, 57: en prensa.

Fantin, R., Delpierre, C., Kelly-Irving, M., & Barboza-Solís, C. (2022). Complex social gradient in life expectancy in Costa Rica: an ecological study with 24-million person-years follow-up. *Odovtos-International Journal of Dental Sciences*, 23(3), 155-167.

Autor: Gilbert Brenes Camacho

ETIQUETAS

[blog.estadisticas.publicas](#)

## Añadir nuevo comentario

Su nombre

Asunto

Comentario

### [Acerca de formatos de texto](#)

- Etiquetas HTML permitidas: <a href hreflang> <em> <strong> <cite> <blockquote cite> <code> <ul type> <ol start type> <li> <dl> <dt> <dd> <h2 id> <h3 id> <h4 id> <h5 id> <h6 id>
- Saltos automáticos de líneas y de párrafos.
- Las direcciones de correos electrónicos y páginas web se convierten en enlaces automáticamente.

Guardar

Vista previa