

CANCER DE CERVIX UTERINO Y MIGRACION A CALI, COLOMBIA

Ney Guzmán C. M.D.*

Se analizan los datos del Registro del Cáncer de Cali para carcinoma de cérvix uterino durante cinco años (1963-1967). En este período se presentaron 693 casos nuevos de la enfermedad, con una incidencia anual de 66,4 por 100.000 mujeres y una mortalidad casi igual a la mitad de la incidencia. Estas cifras ocupan el primer lugar en comparaciones internacionales, siendo la incidencia dos veces mayor que en Puerto Rico y cuatro veces más alta que en el Estado de New York, lugares conocidos por tener una de las tasas más elevadas para esta neoplasia. Sin embargo, esta sorprendente alta frecuencia se debe más a la población inmigrante que a la nacida en Cali. La tasa de incidencia fue 2,5 veces más frecuente en inmigrantes. Los migrantes convergen de diferentes áreas geográficas del país, especialmente de regiones circunvecinas que han venido por razones económicas predominantemente. Se discute la importancia de los estudios en inmigrantes, llamando la atención al hecho de que la incidencia alta de una enfermedad crónica puede ser consecuencia de un efecto adictivo a la incidencia local, ocasionada por la migración de grupos con características socioculturales conocidas para tener una mayor prevalencia de la enfermedad en cuestión.

La frecuencia de carcinoma de Cérvix Uterino durante cinco años (1963-1967) es analizada de acuerdo al lugar de nacimiento. La tasa de incidencia en inmigrantes resulta 2,5 veces mayor que la tasa para nacidos en Cali. Los grupos inmigrados pertenecen al estrato socioeconómico bajo donde las variables epidemiológicas conocidas para estar asociadas con la enfermedad, son más prevalentes.

INTRODUCCION

En 1963 se realizó la primera encuesta sobre morbilidad y mortalidad de cáncer en Cali, Colombia. Los datos obtenidos para neoplasia del cérvix uterino fueron sorprendentemente altos, comparados con los informados en otras partes del mundo¹. La tasa de incidencia para esta neoplasia fue dos, cuatro y nueve veces mayor que las tasas informadas para Puerto Rico, Estado de New York e Inglaterra y Gales respectivamente. La mortalidad, también, resultó la más elevada entre 10 ciudades latinoamericanas más altas que las de San Francisco y Bristol, en el estudio que sobre Mortalidad Urbana realizaron Puffer y Griffith, en 1964². Más tarde, en un estudio de casos y controles, Guzmán y Guerrero^{3,4} exploraron la prevalencia de algunas variables del comportamiento sexual que se han encontrado asociadas con la enfermedad. Las tres características más sobresalientes halladas en las pacientes con cáncer de cérvix fueron edad temprana a la primera relación sexual; matrimonios múltiples y un exceso de embarazos, que permaneció signi-

ficante aún después de estandarizar por edad al primer matrimonio. Estos hallazgos han sido informados extensamente en la literatura sobre cáncer cervical y no existe en torno a ellos acuerdo unánime, de tal manera que no se pueden señalar como responsables de la alta frecuencia del tumor. La observación, en el mencionado estudio de casos y controles, de un bajo porcentaje de mujeres con cáncer nacidas en Cali, sugirió la posibilidad de que la incidencia fuera consecuencia de la alta migración a la ciudad en los últimos 20 años, y que ésta, descompuesta según el lugar de nacimiento, fuera la expresión del bagaje sociocultural y económico de las gentes inmigradas. En otras palabras, estaríamos frente a una incidencia importada la cual ofrecía la oportunidad para estudiar la distribución de la enfermedad en distintos grupos de población.

MATERIAL Y METODOS

Población. Cali está situada en el Valle del río Cauca, a 1000 metros del nivel del mar y 3° 27' de latitud norte. La ciudad ha tenido un acelerado crecimiento de su población en los últimos 20 años. En 1955 su población se estimó en 338.000 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 6,9%. En los diez años siguientes alcanzó el doble de esta cifra con un 62% de la población inmigrante. A partir de 1961 Cali recibe una corriente anual de 27.000 inmigrantes netos⁵.

La población al 1-Enero de 1969 fue de 798.513 habitantes, con una distribución por sexo de 46,7% hombres y 53,3% mujeres. La población menor de 15 años fue de 42% y de 55 y más años el 7,3%. Sólo un 3% de la población to-

* Departamento de Medicina Social, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

tal vivía en áreas rurales, vecinas a la ciudad. El 29.7% de los nacidos en Cali (nativos) y el 76.8% de los inmigrantes estaban entre 15 y 64 años de edad. El 43.8% de los inmigrantes en este grupo eran mujeres.

Las razones para migrar a Cali han sido fundamentalmente socioeconómicas. La ciudad es un centro industrial y manufacturero de primer orden (distante 3 horas por carretera del puerto marítimo de Buenaventura). Tiene una temperatura agradable y una excelente ubicación en el suroccidente del país, la cual ejerce una gran atracción a grupos humanos de diferentes regiones de Colombia, especialmente circunvecinas, (ver cuadro No.1), con características socioculturales y topográficas diferentes.

Al principio de la década 1950-1960 el patrón de migración fue característicamente rural-urbano, pero ya en 1964 el 75.3% de la población migrante procedía de poblaciones de 20.000 habitantes y más. Sólo un 6% del total de ellos refería una residencia intermedia entre el lugar de origen y su destino final⁷.

Cálculo de Tasas. Para el cálculo de las tasas por grupos específicos de edad y lugar de nacimiento, se utilizó la población calculada al 1 Julio de 1965 obtenida por interpolación de los datos del Censo Nacional de Julio de 1964 y de una muestra probabilística de la población total (enero de 1969) diseñada para un estudio de Hechos Vitales en Cali⁶.

Cuadro No. 1

Distribución porcentual de la población de Cali, según lugar de nacimiento. Censo Nacional Julio 15 de 1964.

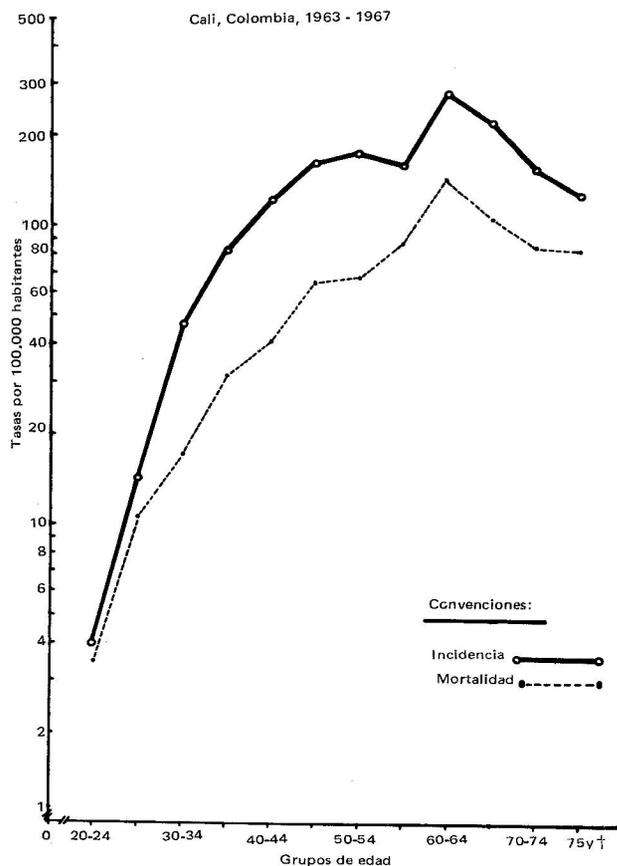
Lugar de Nacimiento	%
Cali	43.4
Otras poblaciones del Valle	16.0
Antioquia y Caldas	15.0
Cauca	6.7
Tolima y Huila	5.3
Cundinamarca y Boyacá	3.6
Costa del Pacífico	3.1
Nariño	2.6
Costa Atlántica	0.6
Otras áreas de Colombia	2.5
Extranjeros	1.2

Tasas estandarizadas (Método Indirecto) fueron utilizadas para comparar la frecuencia de carcinoma cervical entre los distintos grupos de inmigrantes. La población total de Residentes en Cali* fue usada como estandar.

* Se definen como residentes de Cali, aquellos nacidos en la ciudad o inmigrantes que llegan con la intención de vivir y trabajar en Cali. Se descartan aquellos que vienen a la ciudad por otras razones como en busca de tratamiento médico, aunque éste fuera prolongado.

Fuente de los datos. Los datos fueron tomados del Registro de incidencia de cáncer que funciona en esta ciudad desde 1962. La información sobre casos nuevos de cáncer, todos los tipos, es recogida anualmente por estudiantes de medicina en visitas a las instituciones hospitalarias, laboratorios de radio-diagnóstico, patología, hematología y consultorios médicos de práctica privada. Los certificados de defunción son examinados para causas tumorales y discutidos con el médico firmante para confirmar el diagnóstico consignado por él, especialmente cuando no existe otra evidencia sobre la naturaleza del tumor.

Se analizó la información para cáncer del cérvix uterino durante cinco años (1963-1967). En este período se presentaron 693 casos nuevos de la enfermedad, el 11.4% en mujeres nacidas en Cali y el 88.6% en mujeres inmigrantes. El promedio anual de casos nuevos fue de 138 con un rango entre 124 y 167 tumores por año.



Gráfica No.1. Tasas de incidencia y mortalidad por grupos de edad específica, para cáncer de Cérvix Uterino.

El 90% de los tumores tuvieron comprobación anatómica; un 5% se conocieron por certificado de defunción y el resto por diagnóstico clínico, sin ninguna otra evidencia de laboratorio.

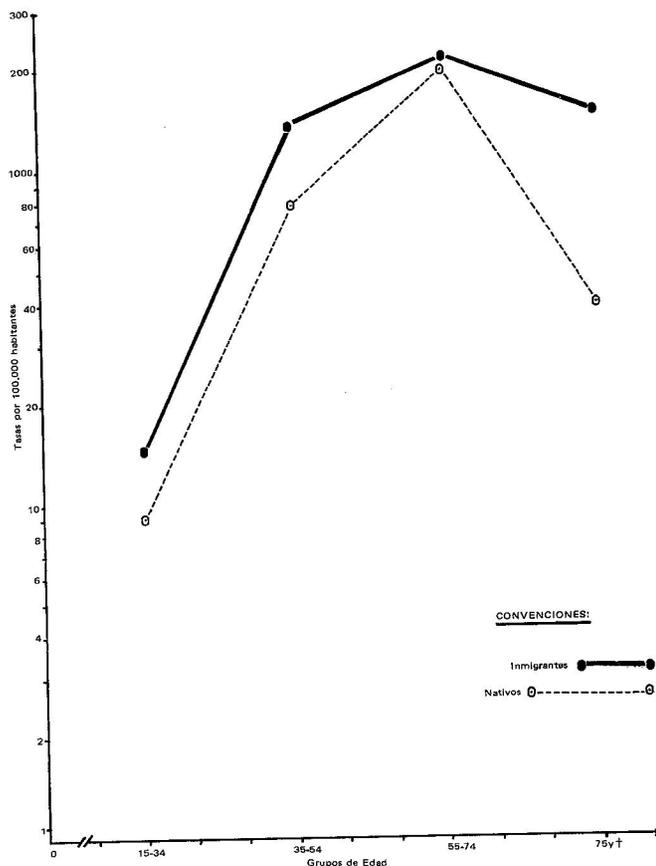
Una trabajadora social completó la información referente al lugar de nacimiento de las pacientes, en entrevistas domiciliarias a éstas o a sus relacionados, cuando este dato no estaba consignado en los formularios del Registro.

RESULTADOS

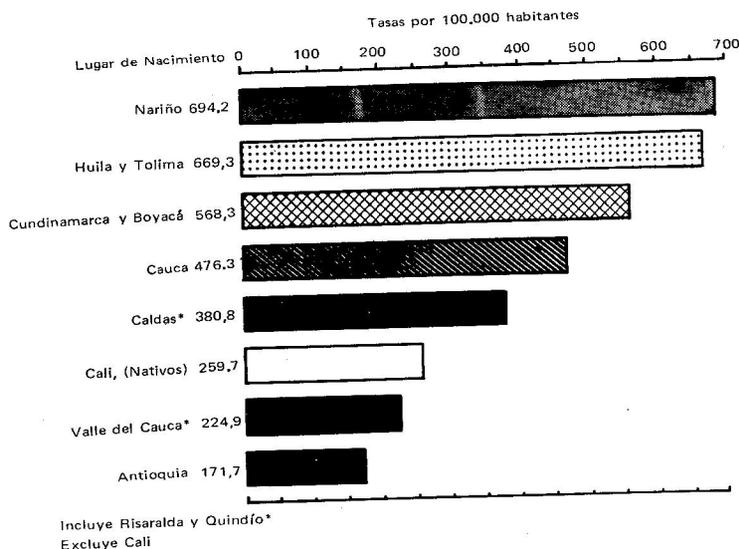
La incidencia anual de cáncer de cérvix uterino en Cali, durante este período fue de 66.4 por 100.000 mujeres. La distribución de las tasas por edad mostró un rápido aumento en los grupos de mayor fertilidad, hasta alcanzar en la cuarta década valores superiores a 100 por 100.000 mujeres. Correspondiendo con la involución de la función ovárica las tasas descienden ligeramente, pero esta disminución no es notable hasta después de la sexta década (Gráfica 1). La mortalidad para el mismo período fue de 29.3 por 100.000 mujeres. Su comportamiento con la edad tuvo una tendencia semejante a la incidencia.

Las tasas de incidencia para mujeres nacidas en Cali y para inmigrantes fueron 31.0 y 77.8 por 100.000 mujeres respectivamente. En su distribución por edad no se observaron diferencias notables, salvo tasas más elevadas para inmigrantes (Gráfica 2).

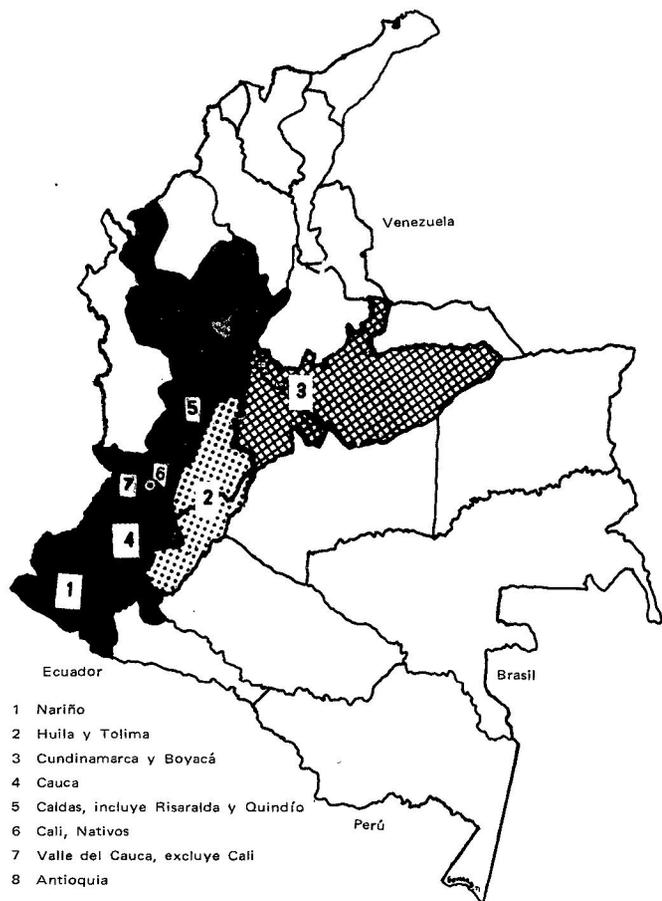
La comparación de las tasas de incidencia por 100.000 mujeres, según lugar de nacimiento, se observa en la Gráfica 3 (ver también Gráfica 3-A). La tasa para mujeres nacidas en Cali y las tasas para Huila, Tolima y Cundinamarca, Boyacá más del doble. En general a excepción de las tasas para las nacidas en el Valle del Cauca y Antioquia, todos los grupos inmigrantes mostraron tasas superiores a las de Cali (nativas). Llama la atención la tasa relativamente baja de las mujeres nacidas en Antioquia; cuatro y casi dos veces menor que Nariño y Cali (nativas) respectivamente.



Gráfica No.2. Tasas de incidencia por grupos de edad específica para cáncer de Cérvix Uterino en nativos e inmigrantes de Cali, Colombia 1963 - 1967.



Gráfica No.3. Cáncer de Cérvix Uterino, tasas de incidencias en inmigrantes según lugar de nacimiento. Cali, Colombia, 1963 - 1967.



Gráfica No.3-A. Mapa de Colombia que muestra los departamentos de procedencia de los inmigrantes a Cali, 1963 - 1967.

DISCUSION

La importancia de los estudios de migración interna radican en el hecho conocido de que la gente al movilizarse lleva consigo su bagaje cultural, el cual abandona más lentamente cuanto más barreras a sus aspiraciones se establecen en la ciudad de destino final. Así en una población con un alto flujo migratorio, la frecuencia elevada de una enfermedad crónica puede ser la expresión de este fenómeno y desde el punto de vista epidemiológico la consecuencia de una exposición previa en su ambiente primitivo más que el resultado de exposición al ambiente actual. Este razonamiento tiene más validez cuanto más corto es el período de residencia en la ciudad huésped respecto a la aparición de la enfermedad y si ésta tiene, como el cáncer de cérvix uterino, un "período de incubación" supuestamente prolongado de 10 a 25 años. La enfermedad misma puede ser una razón para migrar, aún, es posible, mucho antes de que se haga clínicamente evidente. Dicho de otra manera, cuando la corriente migratoria a una ciudad es fuerte y las gentes convergen desde diferentes áreas geográficas, con atributos socioeconómicos conocidos para favorecer una enfermedad, una alta incidencia debe tomarse más bien como un indica-

dor de que un proceso migratorio está ocurriendo. En este caso, y me refiero específicamente al carcinoma de cérvix uterino sospechoso para depender más de factores propios del huésped que del ambiente, los estudios en inmigrantes no contribuyen mucho al conocimiento de los mecanismos productores de la enfermedad, a no ser que se encuentren diferencias notables entre los grupos y pueden confirmarse en su lugar de origen.

A mi juicio, este ha sido el fenómeno sucedido en Cali. Su pujante progreso industrial y manufacturero ha ejercido atracción sobre grupos humanos de diversas regiones del país especialmente circunvecinas. La casi totalidad de ellas pertenecen a estratos socioeconómicos bajos donde son frecuentes tasas altas de embarazos, abortos, promiscuidad sexual, entre muchas de las características propias de su condición social. Un insuficiente conocimiento de las condiciones de salud y enfermedad, incluidos sus hábitos y costumbres, en el lugar de origen de estas poblaciones no permiten ninguna especulación de causa-efecto. Estudios posteriores deben orientarse al conocimiento de la distribución geográfica del tumor en áreas sospechosas de una alta y baja incidencia (Nariño y Antioquia, respectivamente). Las diferencias encontradas pueden proveer pistas interesantes que conduzcan a la formulación de hipótesis consistentes.

AGRADECIMIENTO

El autor desea expresar su agradecimiento a la señora Rosario de Guzmán, trabajadora social, quien entrevistó a las pacientes con cáncer o a sus relacionados y a la señorita Alba Lucía Maya, estadígrafa del Registro de Cáncer, quien facilitó la información y colaboró en la revisión del lugar de nacimiento para pacientes del presente estudio.

REFERENCIAS

1. Correa P. y Llanos G. "Morbidity and Mortality from Cancer in Cali, Colombia". J Nat Cáncer, Inst 36:717-745, 1966.
2. Puffer, R.R. Criffith, W. Características de la Mortalidad Urbana. Pub Cient 151, OPS, 1968.
3. Guzmán N. Cáncer de cérvix uterino. Un estudio de casos y controles. Cali, tesis de grado para Magíster en Salud Pública, Universidad del Valle, 1969.
4. Guzmán N. y Guerrero R. Cáncer de cérvix uterino en Cali, Colombia, Antioquia Med. 21: 765-785, 1971.
5. Mc Gregory, W. Migration to Cali: Estimates for the intercensal Periods 1938-1951 and 1951-1964, Cali, Centro de Información Profesional e Investigación Agrícola. Publicación No.4, Agosto 30, 1965.
6. Villadiego, F. y Llanos G. Estudio demográfico de Cali, Departamento de Medicina Social. Universidad del Valle, 1969.
7. Mc Greevey, W. Causas de la migración interna en Colombia. Empleo y desempleo en Colombia Centro de Estudios sobre desarrollo económico, Universidad de los Andes, Bogotá, 1968.