

BOLETÍN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Análisis de Situación de Salud por Cáncer.
Región Noroeste Argentino, 2017

Un aporte para la toma de decisiones en
salud pública basadas en información



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Autoridades

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Adolfo Rubinstein

Instituto Nacional del Cáncer

Directora del Instituto Nacional del Cáncer

Dra. Julia Ismael

Coordinadora Administrativa

Lic. Nahir Elyeche

Coordinadora del SIVER- Ca

(Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte del Cáncer)

Dra. M. Graciela Abriata

Autores

Isabel Ballesteros

Graciela Abriata

Diseño gráfico

Lara Pereyra

Análisis de Situación de Salud por Cáncer en la Región NOA. Argentina, 2017

INDICE

Introducción	5
Situación sociodemográfica de la región NOA	5
Estructura poblacional	5
Esperanza de vida	7
Situación socioeconómica de la región NOA	9
Necesidades básicas insatisfechas	9
Condición de analfabetismo	10
Cobertura en salud	11
Factores de riesgo	12
Bajo consumo de frutas y verduras	13
Actividad física baja	14
Exceso de peso	16
Consumo regular de riesgo de alcohol	18
Tabaquismo	20
Mortalidad por cáncer en la región NOA 2015	22
Principales sitios tumorales	24
Tendencias en la mortalidad por cáncer en la región NOA durante el periodo 2000-2015	30
Mortalidad por cáncer de pulmón	32
Mortalidad por cáncer colorrectal	34
Mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino	36
Mortalidad por cáncer de próstata	38
Mortalidad por cáncer de páncreas	39
Servicios de salud y respuesta poblacional	41
Conclusiones	45
Bibliografía	47



Análisis de situación de salud por cáncer en la región NOA 2017

Introducción

Los análisis de situación de salud (ASIS) son considerados una herramienta fundamental para la gestión de la salud pública dado que permiten, a partir de procesos de análisis y síntesis de información proveniente de fuentes diversas, caracterizar, medir y explicar el perfil de salud - enfermedad - cuidado de una población.

Se proponen identificar necesidades y problemas relevantes, posibilitando su resolución y tendiendo a disminuir inequidades existentes en salud.

Dado que el cáncer representa un problema relevante de salud pública, se torna imprescindible conocer el perfil y la dinámica de la situación de salud en relación a este conjunto de patologías y sus determinantes para poder implementar acciones oportunas y eficaces, no solo en la dimensión asistencial, sino en la preventiva, en la asignación de recursos y también en áreas político-legislativas.

Uno de los pilares en los que se sustenta el ASIS, es la vigilancia epidemiológica del cáncer, actividad que tiene como propósito relevar información de manera periódica y sistemática relativa a la morbimortalidad por este grupo de enfermedades y al amplio espectro de determinantes de índole social, económico y ambiental, analizando además prácticas de prevención y funcionamiento de los sistemas de salud.

Se torna un importante desafío poder generar información a la menor escala poblacional posible, que permita tomar decisiones oportunas y acordes a las necesidades de las diferentes realidades poblacionales locales.

En este caso se presenta información generada con los datos más actualizados disponibles relativa a la región Noroeste de nuestro país.

En Argentina el cáncer constituye la segunda causa de muerte. En 2015 ocurrieron 62.635 muertes por tumores malignos (códigos CIE 10: C00 a C99) que representaron el 18,8% del total de las defunciones para dicho año. El NOA contribuyó con el 7,8 % de todas las muertes debidas a cáncer (4885), las cuales representan, a su vez, el 15,8% del total de defunciones por todas las causas acaecidas de la región.

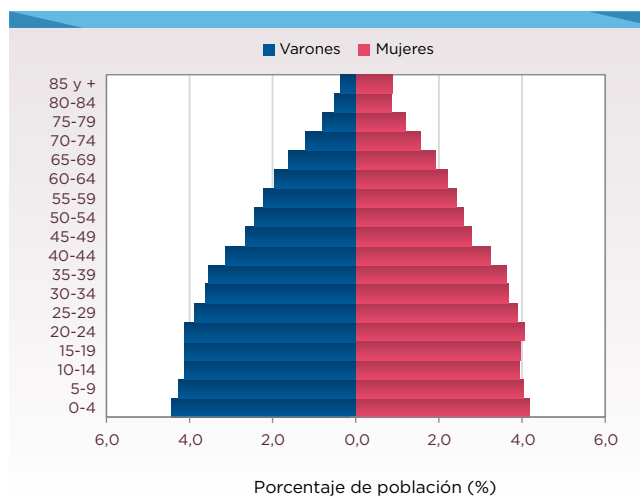
Situación sociodemográfica de la región NOA

• Estructura poblacional

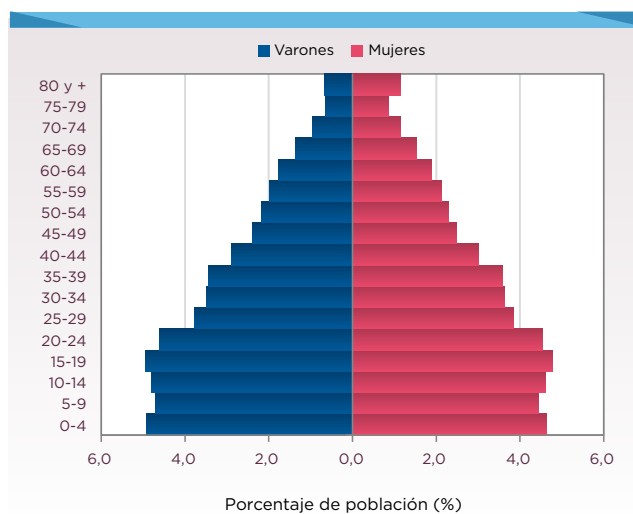
La región NOA está conformada por cinco provincias: Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán. Se estima -según proyecciones poblacionales realizadas a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010- que el NOA presentó en el año 2015 una población de 4.979.015 habitantes, que representa el 11,5% de la población de Argentina para el mismo año (43.131.966 de habitantes). A diferencia de la estructura poblacional del país, caracterizada como intermedia o estacionaria considerando el índice de Sündborg¹, el NOA presenta una estructura progresiva, o sea, joven (Gráficos 1.a y 1.b).

¹ El índice de Sündborg toma como base la población de 15 a 49 años y compara los porcentajes de menores de 15 y mayores de 50 en relación a la misma. Si el porcentaje de <15 supera el de > 50 años la población se considera de carácter progresivo (joven); si se igualan se considera estacionaria y si los >de 50 superan a los <de 15 es regresiva (vieja).

» Gráfico1.a: Pirámide poblacional de Argentina 2015



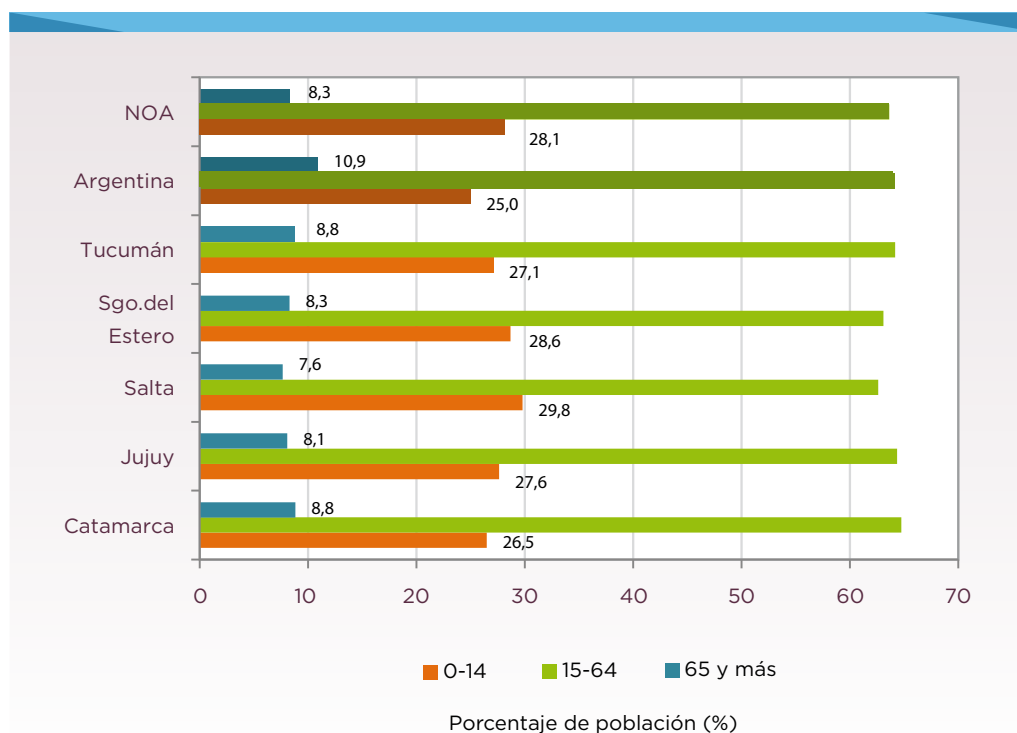
» Gráfico 1.b: Pirámide poblacional de la región NOA, 2015



Fuente: SIVER-Ca a partir de estimaciones y proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Considerando que el cáncer ocurre con mayor frecuencia en adultos mayores, resulta de interés analizar el peso que la franja de mayores de 65 años tiene en las diferentes jurisdicciones. El Gráfico 2 permite observar de manera comparativa que la región NOA presenta mayor porcentaje de menores de 15 años (28,1%) y menor porcentaje de adultos mayores de 65 años (8,3%) en relación a Argentina (25,0% y 10,9% respectivamente). Todas las provincias de la región mantienen esta característica, siendo Salta la jurisdicción que registra la población más joven.

» Gráfico 2: Distribución porcentual de la población según grandes grupos de edad. Región Noroeste, 2015



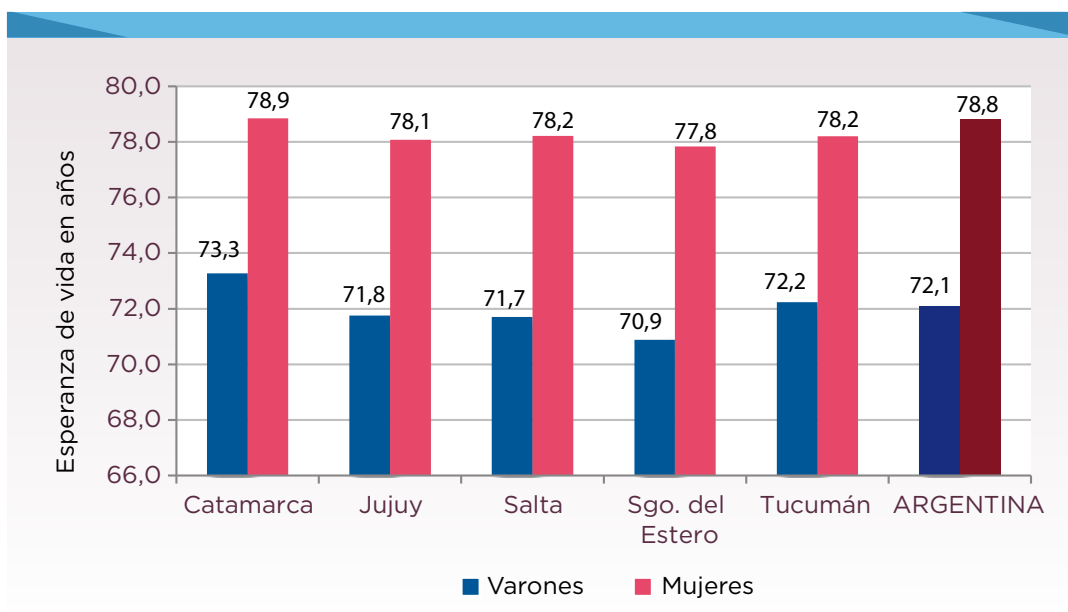
Fuente: SIVER-Ca a partir de estimaciones y proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Esperanza de vida

Durante el periodo 2008-2010 la diferencia de esperanza de vida al nacer entre mujeres y varones fue de 6,7 años en Argentina, pudiéndose observar en el Gráfico 3 que en el NOA el menor valor se presenta en Catamarca (5,6) y la mayor diferencia en Santiago del Estero (7,0).

A excepción de Catamarca, las mujeres del NOA, de igual manera que los varones residentes en Jujuy, Salta y Santiago del Estero, presentaron menor esperanza de vida en comparación con Argentina. Por el contrario, Catamarca presentó mayor esperanza de vida que el indicador para el país tanto en hombres como en mujeres.

» Gráfico 3: Esperanza de vida al nacer en varones y mujeres según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2008-2010

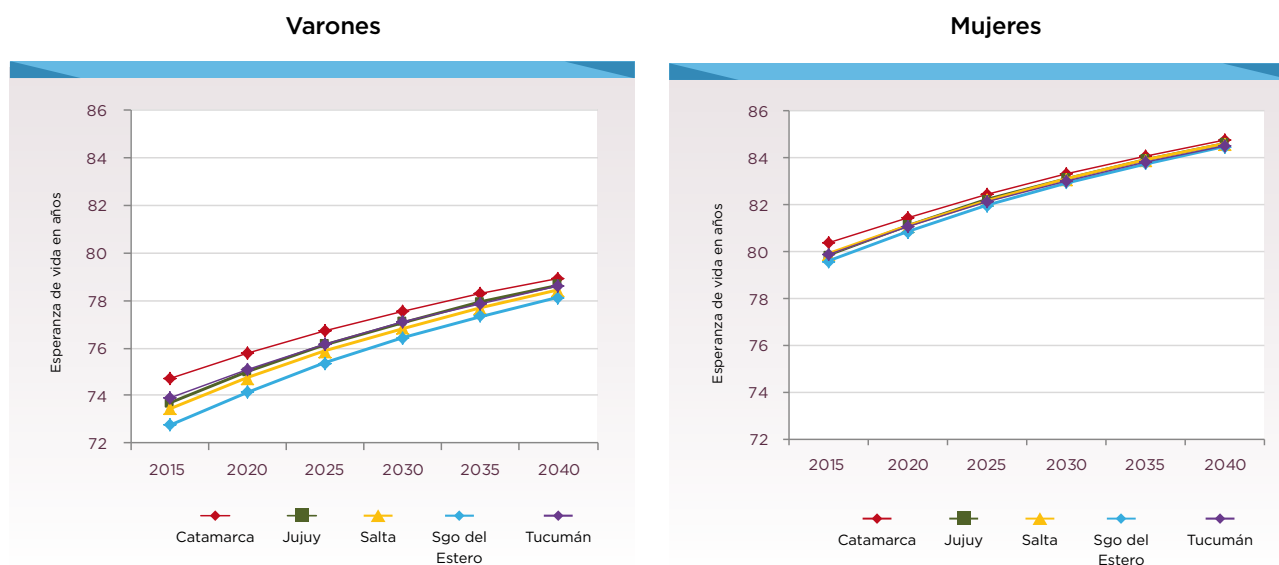


Fuente: SIVER-Ca en base a INDEC: Tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010. Total del país y provincias. Serie Análisis demográfico n° 37. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Al realizar la proyección de este indicador para el año 2040, se puede calcular que los hombres del NOA habrán ganado en promedio 4,8 años y las mujeres 4,7 a lo largo de este período.

Las mujeres alcanzarán valores aproximados a 84 años en todas las provincias de la región (Gráfico 4).

» Gráfico 4: Esperanza de vida al nacer en varones y mujeres según provincias de la región NOA. Proyecciones 2015-2040



Fuente: SIVER-Ca a partir de estimaciones y proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

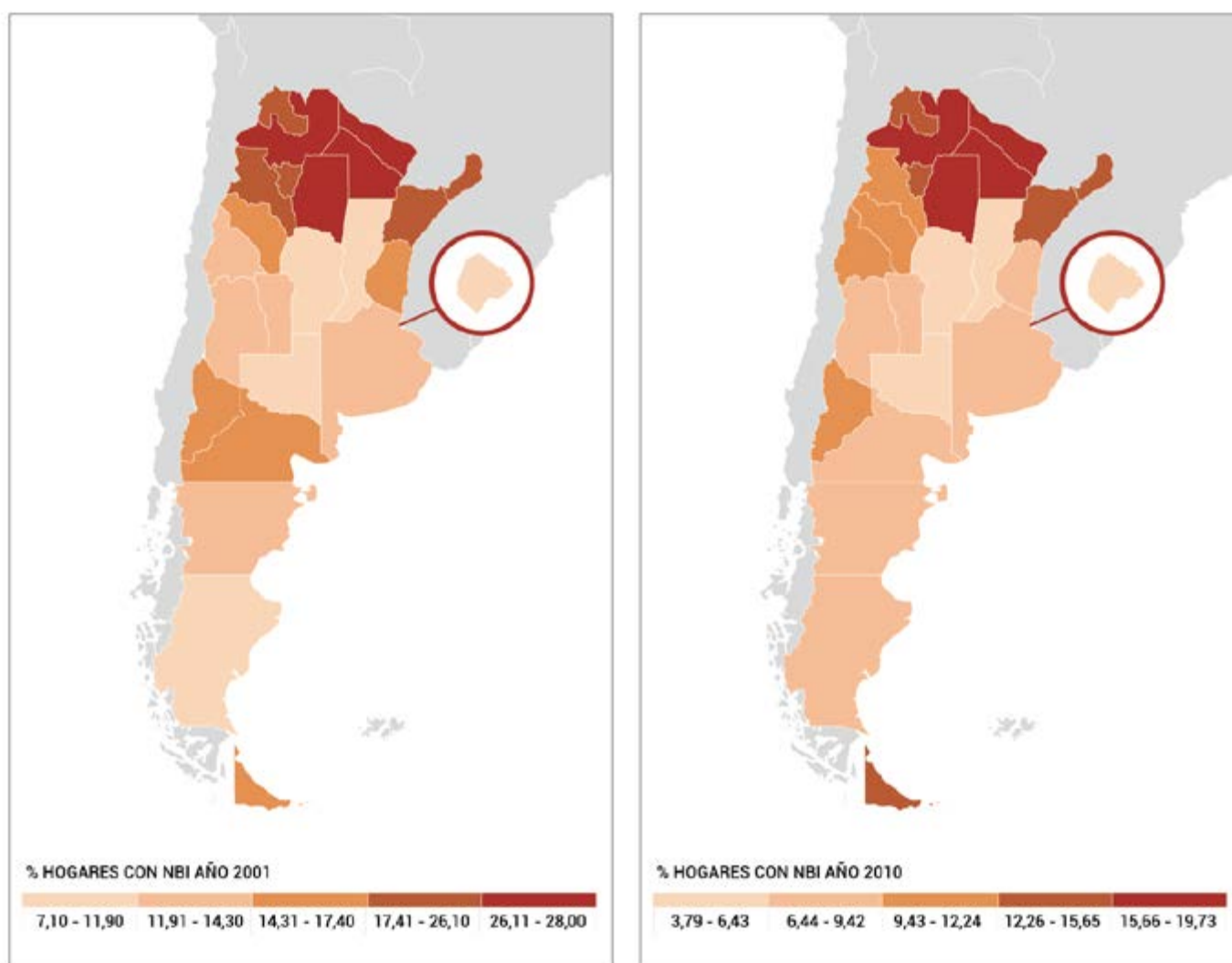
Situación socioeconómica de la región NOA

- Necesidades básicas insatisfechas

La Figura 1 muestra el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que presenta Argentina según quintiles de distribución, de manera comparativa entre los censos nacionales 2001 y 2010.

Si bien los intervalos de estos quintiles están definidos con diferentes valores (rangos) en ambos períodos, dada la variación porcentual del NBI tanto a nivel país como entre las jurisdicciones, puede observarse que la mayoría de las provincias mantuvieron su posición relativa con respecto a las demás en el ordenamiento por quintiles de este indicador.

» Figura 1: Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Argentina, 2001 y 2010

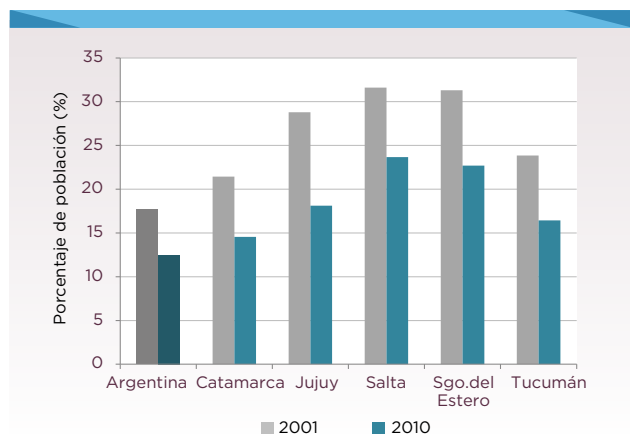


Fuente: SIVER-Ca en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

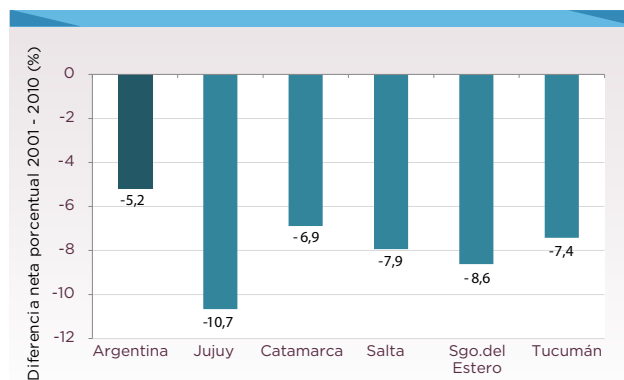
En la región NOA todas las provincias presentaron en 2010 porcentajes de NBI que superan al promedio nacional, particularmente Salta y Santiago del Estero (Gráfico 5.a).

Al comparar los censos 2001 y 2010, se observa que las cinco jurisdicciones presentaron mejora en las condiciones de NBI de sus poblaciones, siendo Jujuy la provincia que experimentó la mayor recuperación. La diferencia neta porcentual entre ambos censos permite visualizar más apreciablemente esta evolución (Gráfico 5.b).

» Gráfico 5.a: Porcentaje de población con NBI según provincias. NOA y Argentina. Censos 2001 y 2010



» Gráfico 5.b: Diferencia neta porcentual NBI según provincias. NOA y Argentina, 2010

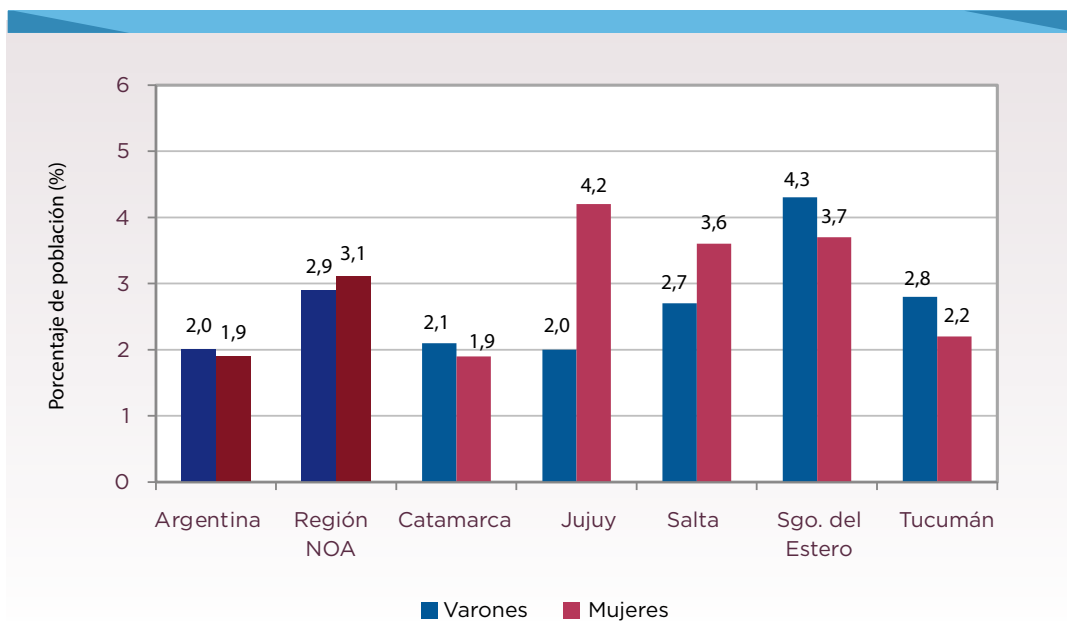


Fuente: SIVER-Ca en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Condición de analfabetismo

El porcentaje de población analfabeta en la región NOA es mayor con respecto a los valores correspondientes al país, superando el analfabetismo femenino al masculino. Esta diferencia se muestra más ostensible en Jujuy, provincia en la que el valor de este indicador en mujeres duplica al correspondiente a los hombres. En cambio, en el caso de Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán, el analfabetismo en mujeres se muestra menor que en varones.

» Gráfico 6: Porcentaje de población analfabeta en varones y mujeres según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2010

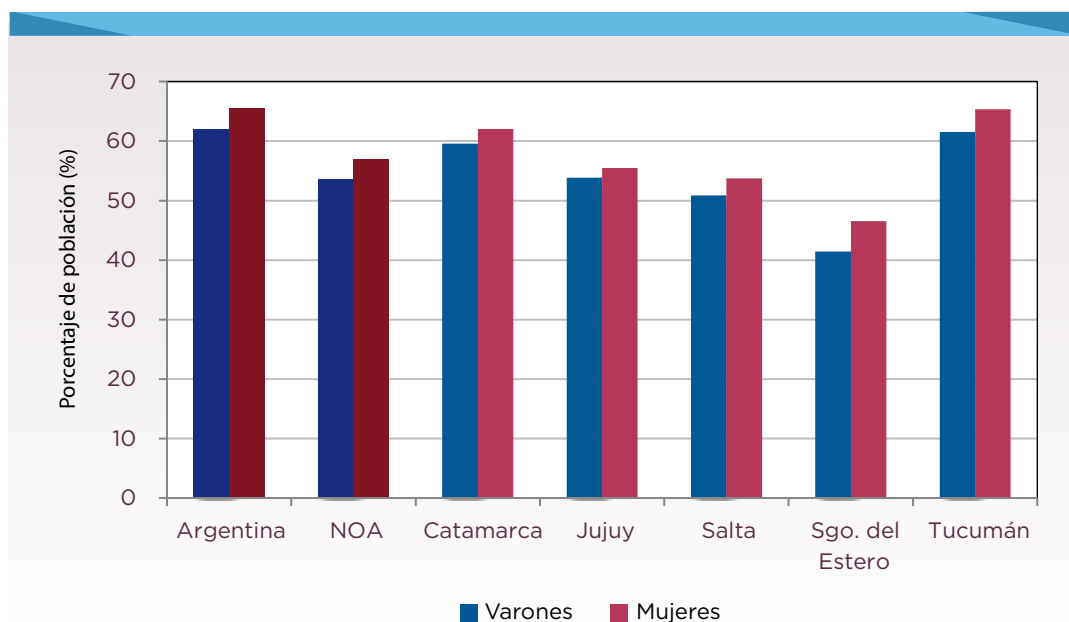


Fuente: SIVER-Ca en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Cobertura en salud

Según datos del censo nacional 2010, en Argentina el 62,2% de los varones y el 65,5% de las mujeres presenta cobertura de salud ya sea por obra social, prepaga o plan estatal. En la región NOA esta cobertura es inferior, del orden del 53,6% en los hombres y 57,1% en las mujeres, situación que se repite en todas las provincias. No obstante, las mujeres registraron mayor cobertura en todas las jurisdicciones. El Gráfico 7 muestra que Tucumán es la provincia con mayor cobertura y Santiago del Estero la que presenta el mayor porcentaje de población con cobertura de salud exclusivamente pública.

» **Gráfico 7: Porcentaje de población de varones y mujeres en viviendas particulares con cobertura de salud por obra social, prepaga o plan estatal según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2010**



Fuente: SIVER-Ca en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Factores de riesgo

El cáncer presenta una compleja trama de determinantes relativos al orden genético, ambiental y a los diferentes estilos de vida tanto individuales como colectivos.

Comparte con las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) algunos factores de riesgo relacionados con el comportamiento: bajo consumo de frutas y hortalizas; actividad física baja, alto índice de masa corporal; consumo de tabaco e ingesta excesiva de alcohol.

Se estima que si se pudieran eliminar los principales factores de riesgo de las ECNT, podría evitarse un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2, como así también el 40% de los cánceres, hecho del que se deriva la necesidad de realizar intervenciones costoefectivas tanto a nivel poblacional como individual.

Dada la relevancia que las ECNT tienen como problema de salud pública, en nuestro país se realiza la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (ENFR) cada cuatro años a partir de 2005, con el objetivo de relevar los principales factores de exposición para este grupo de enfermedades.

El único factor de riesgo de los considerados que mostró una clara tendencia descendente en los últimos ocho años a nivel país fue el tabaquismo.

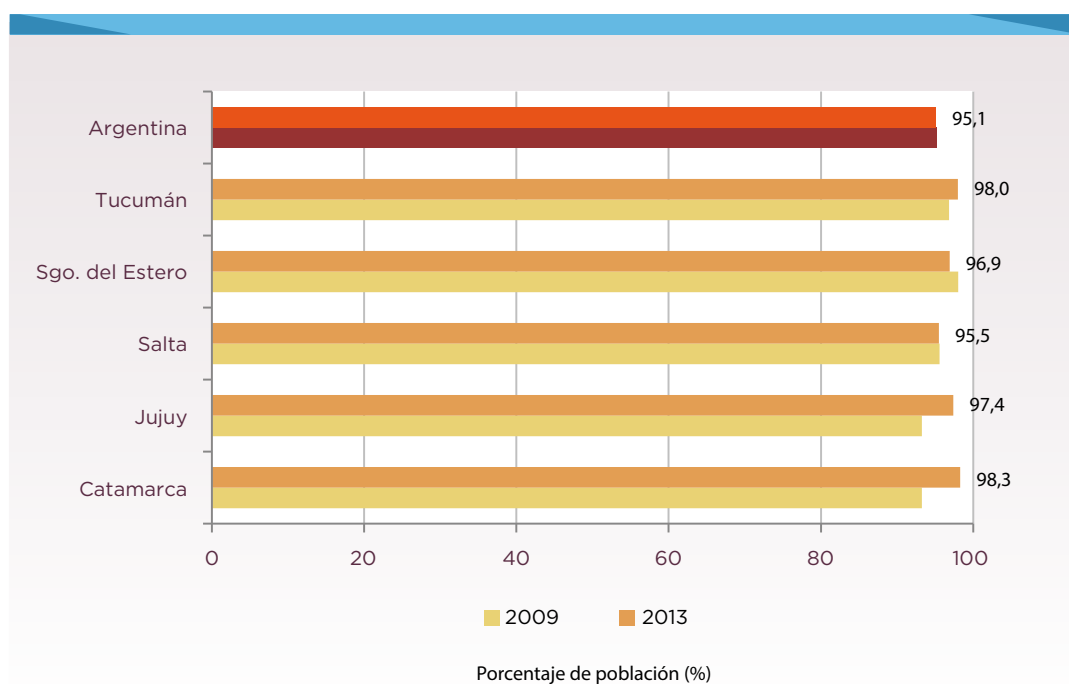
• Bajo consumo de frutas y verduras

Se calcula que el aumento del consumo de frutas y verduras podría reducir la carga mundial de morbilidad por cáncer de esófago, estómago, pulmón y colorrectal en un 20%, 19%, 12% y 2%, respectivamente.

A nivel nacional, la ENFR² reveló que el promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas por persona fue de 1,9 en 2013, sin evidenciarse cambios respecto de la información relevada en la 2°ENFR y ubicándose muy por debajo de la cantidad recomendada por la OMS (5 porciones diarias de frutas y/o verduras). Solo el 5% de la población de Argentina cumple con esta recomendación.

En el año 2013, en la región NOA, todas las provincias mostraron mayor consumo deficitario que el de Argentina. Santiago del Estero fue la única jurisdicción que mejoró la ingesta de frutas y verduras; Salta mantuvo la misma en niveles aproximadamente estables, mientras que las demás jurisdicciones mostraron reducción del consumo (Gráfico 8).

» Gráfico 8: Porcentaje de población que refiere una ingesta de frutas y verduras menor a 5 porciones/día según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2009-2013

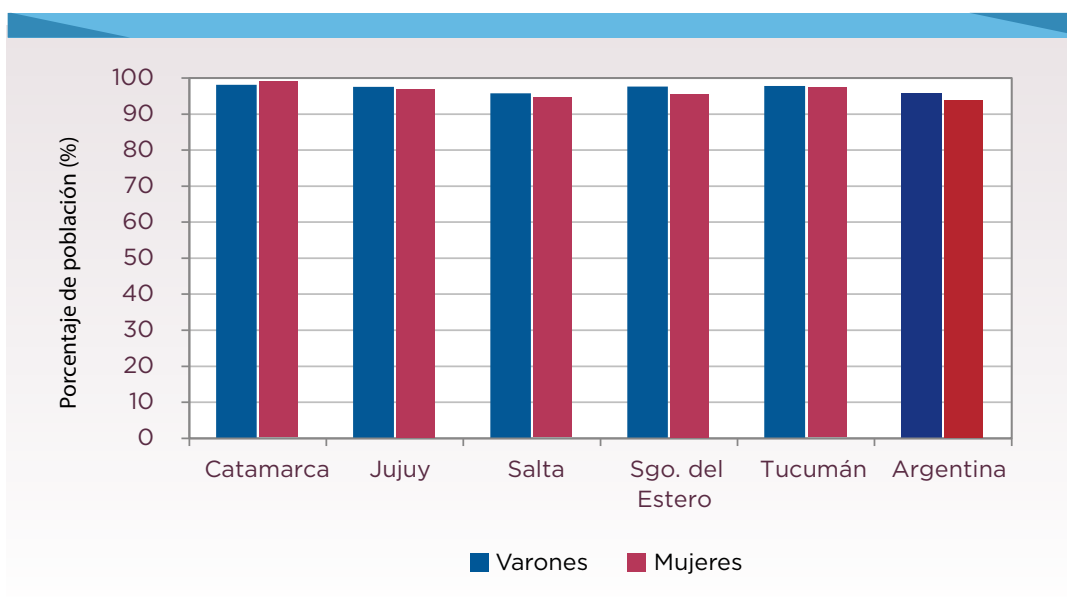


Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Al igual que lo que ocurre con Argentina, en las provincias de la región los varones presentaron menor porcentaje de consumo de frutas y verduras en comparación con las mujeres (Gráfico 9).

² ENFR: Lock K. y col. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. World Health Organ. Feb 2005; 83(2): 100-108. Published online Feb 24.

» Gráfico 9: Prevalencia de consumo deficitario de frutas y verduras en varones y mujeres según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017

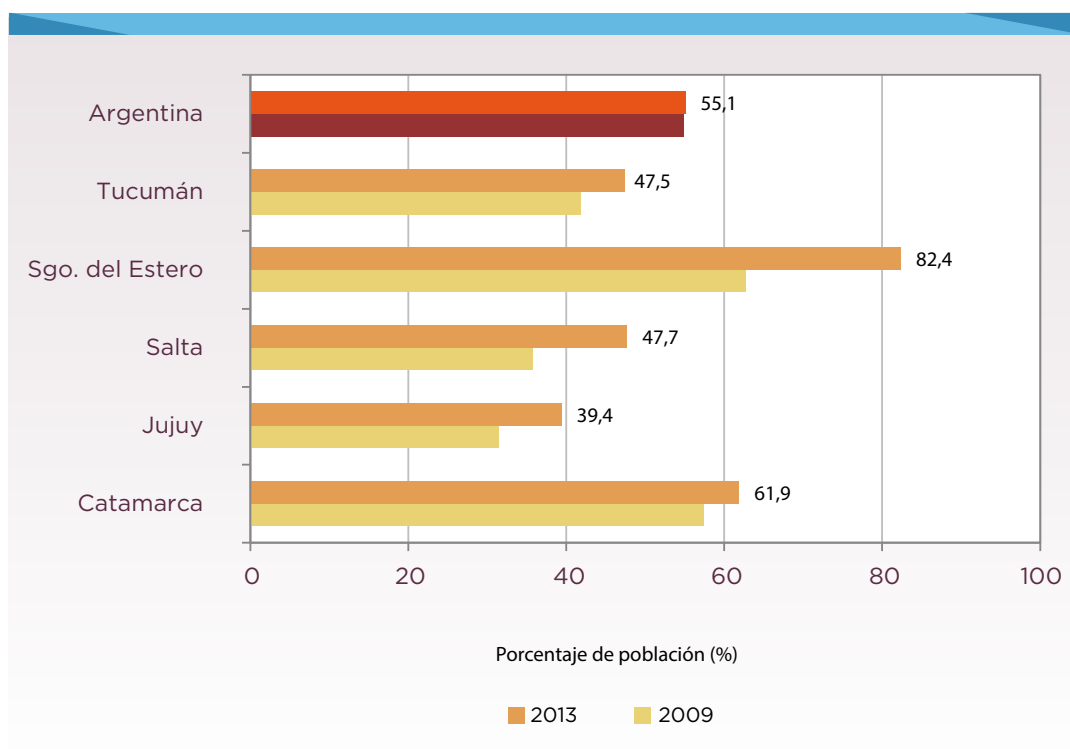
• **Actividad física baja**

La práctica regular de actividad física disminuye la incidencia de enfermedades cardiovasculares, metabólicas - tales como diabetes, sobrepeso y obesidad -; locomotoras - como osteoporosis, y cáncer colorrectal y mama³.

Según datos de la ENFR, en 2013 la prevalencia de actividad física baja en Argentina (54,7% de la población encuestada) se mantuvo estable respecto de la relevada en 2009 (54,9%). En cambio, en el NOA, todas las provincias, destacándose particularmente Santiago del Estero, disminuyeron la actividad física en el relevamiento realizado en 2013 (Gráfico 10).

³ World Health Organization: Data Global status report on noncommunicable diseases 2014

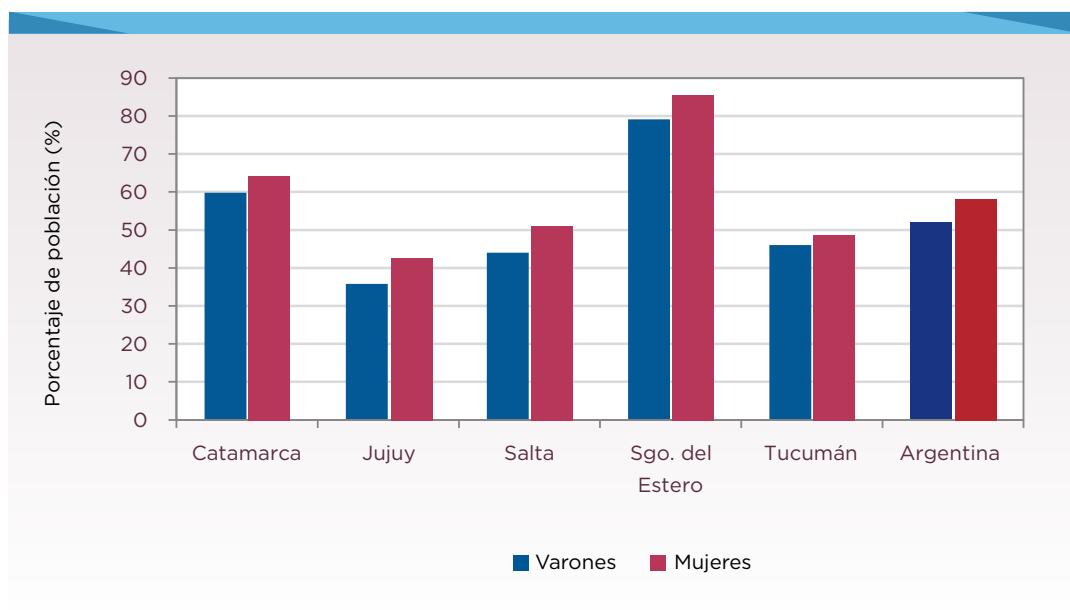
» Gráfico 10: Prevalencia de actividad física baja según jurisdicciones.
Región NOA y Argentina, 2009 y 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017

Al considerar esta práctica en relación al sexo, el Gráfico 11 permite observar que en todas las provincias de la región, y de la misma manera como ocurre a nivel país, las mujeres manifestaron menor actividad física en relación a los varones.

» Gráfico 11: Prevalencia de actividad física baja en varones y mujeres según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Exceso de peso

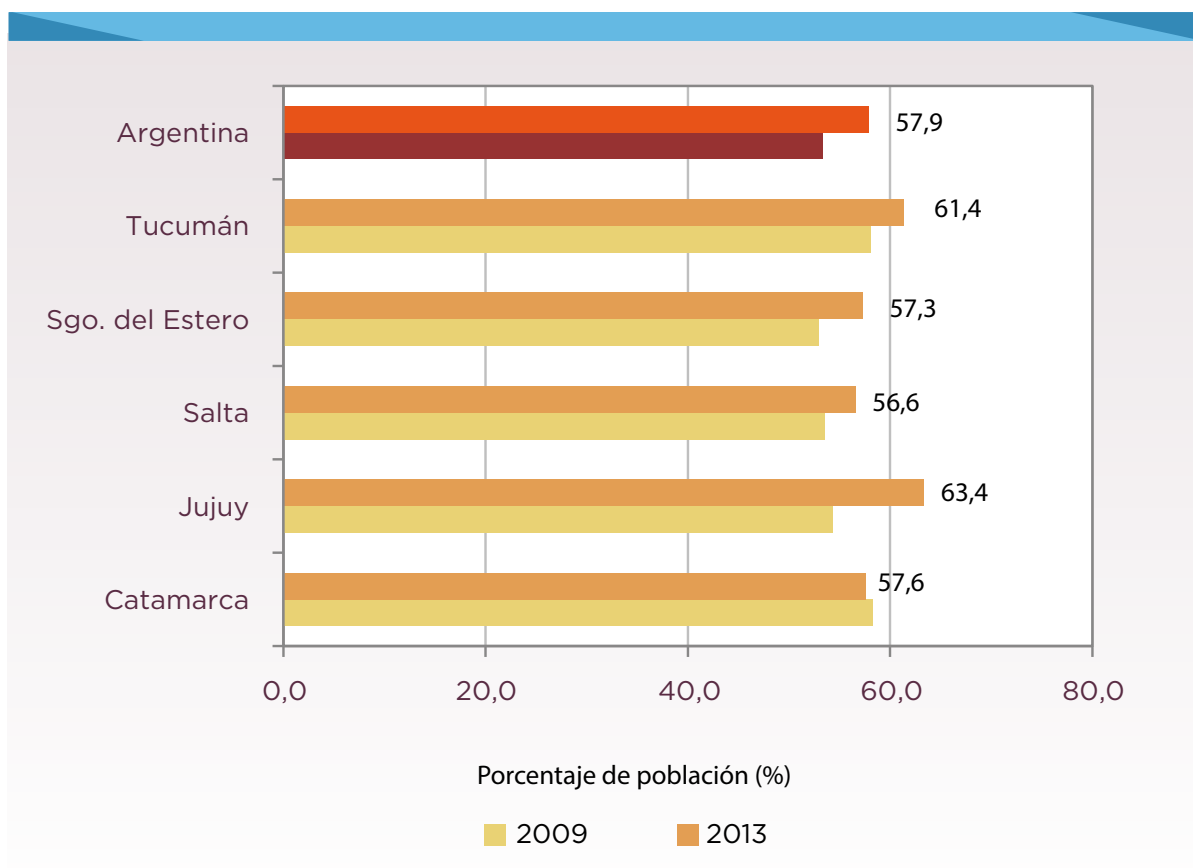
Puede atribuirse al exceso de peso⁴ entre el 7% y el 41% de la carga de enfermedad por ciertos tipos de cáncer. Los tumores de endometrio, mama en etapa posmenopáusica y colorrectal dieron cuenta del 64% de los cánceres relacionados con alto IMC, si bien también se asocia este factor de riesgo a los tumores de esófago, riñón, páncreas, vesícula (en mujeres) y ovario⁵.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando de manera significativa en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en las regiones urbanas. En nuestro país el exceso de peso se ha mantenido en aumento según lo evidenciado en las tres ENFR, habiendo demostrado un incremento significativo en la última versión.

En el mismo sentido que Argentina, las provincias que conforman la región NOA, con excepción de Catamarca, registraron aumento del porcentaje de población con exceso de peso en 2013 (Gráfico 12).

⁵ Arnold, M. et al: Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. LancetOncol 2015;16: 36-46

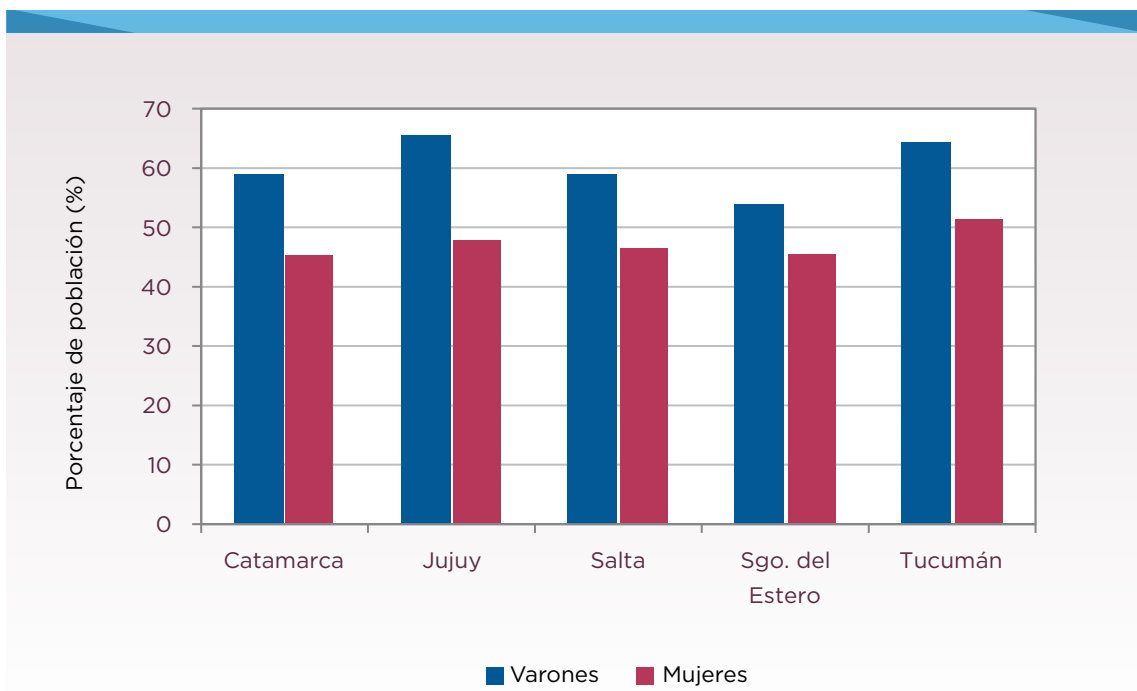
» Gráfico 12: Prevalencia de exceso de peso según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2009 y 2013.



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

En las provincias del Noroeste argentino, al igual que lo manifestado en todas las jurisdicciones del país, los varones presentan mayor prevalencia de exceso de peso que las mujeres. La mayor diferencia se observa en Catamarca (58,9% en hombres y 45,1% en mujeres). Jujuy presentó el mayor porcentaje de exceso de peso de la región en varones (65,6%), en tanto que Tucumán mostró el mayor valor en las mujeres (51,3%) (Gráfico 13).

» Gráfico 13: Prevalencia de exceso de peso en varones y mujeres según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Consumo regular de riesgo de alcohol

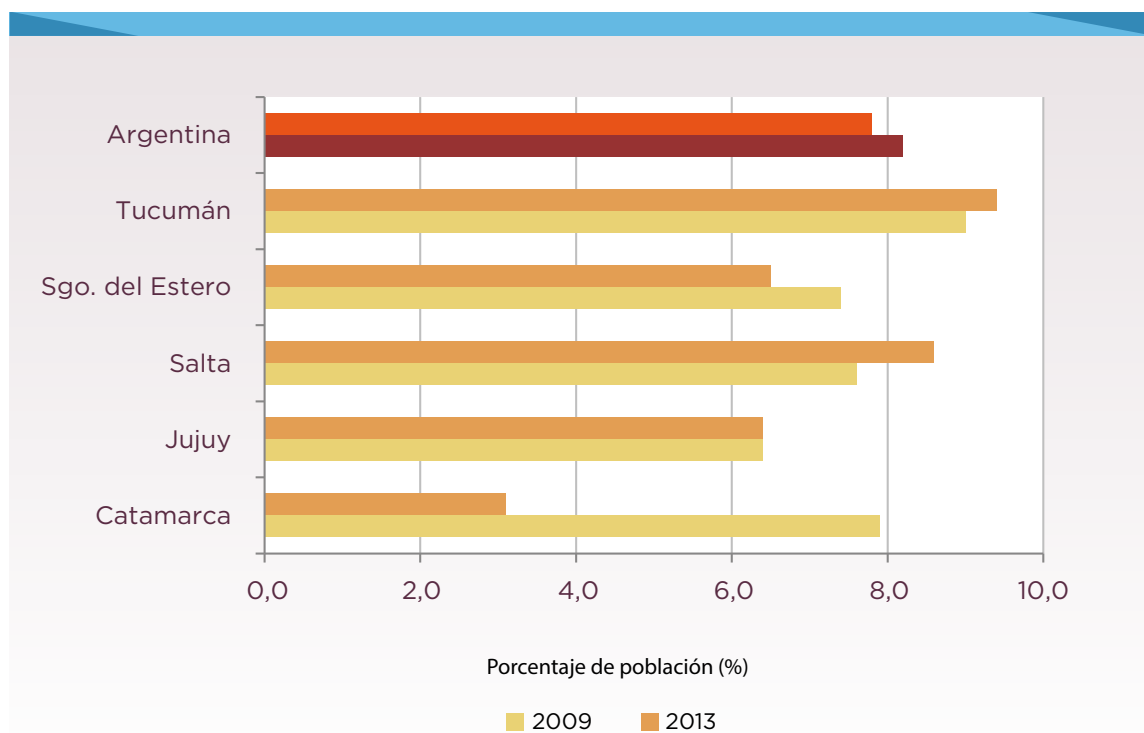
Se ha establecido una asociación entre el consumo de alcohol y cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto y, en mujeres, mama. A su vez se sospecha asociación entre consumo de alcohol y cáncer de páncreas y pulmón⁶.

Salta y Tucumán aumentaron la prevalencia de consumo de alcohol de riesgo⁷ en 2013; mientras que se observó una disminución en el consumo en Santiago del Estero y Catamarca (Gráfico 14).

⁶ Boffetta P.; Hashibe M.: Alcohol and Cancer. LancetOncol2006; 7: 149-56.

⁷ Consumo de alcohol de riesgo: más de 1 trago promedio por día en mujeres o más de 2 tragos promedio por día en hombres

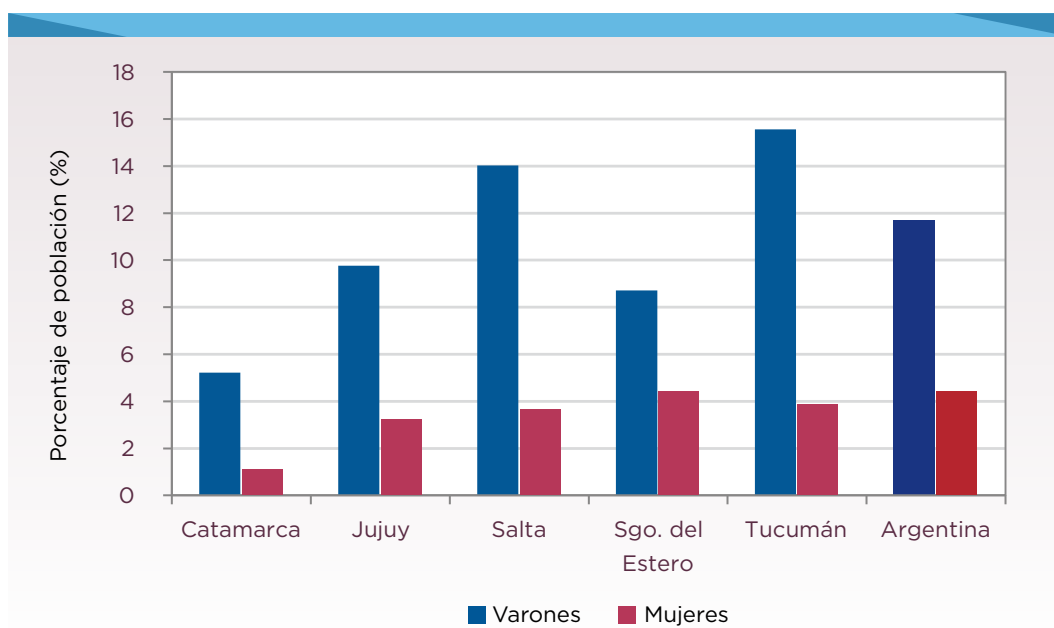
» Gráfico 14: Prevalencia de consumo regular de riesgo de alcohol según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2009 y 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017

En la ENFR realizada en Argentina en 2013 se observó un mayor consumo regular de riesgo de alcohol en varones (11,7%) comparado con las mujeres (4,4%), situación que se reproduce en todas las provincias de la Región NOA (Gráfico 15).

» Gráfico 15: Prevalencia de consumo regular de riesgo de alcohol en varones y mujeres según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

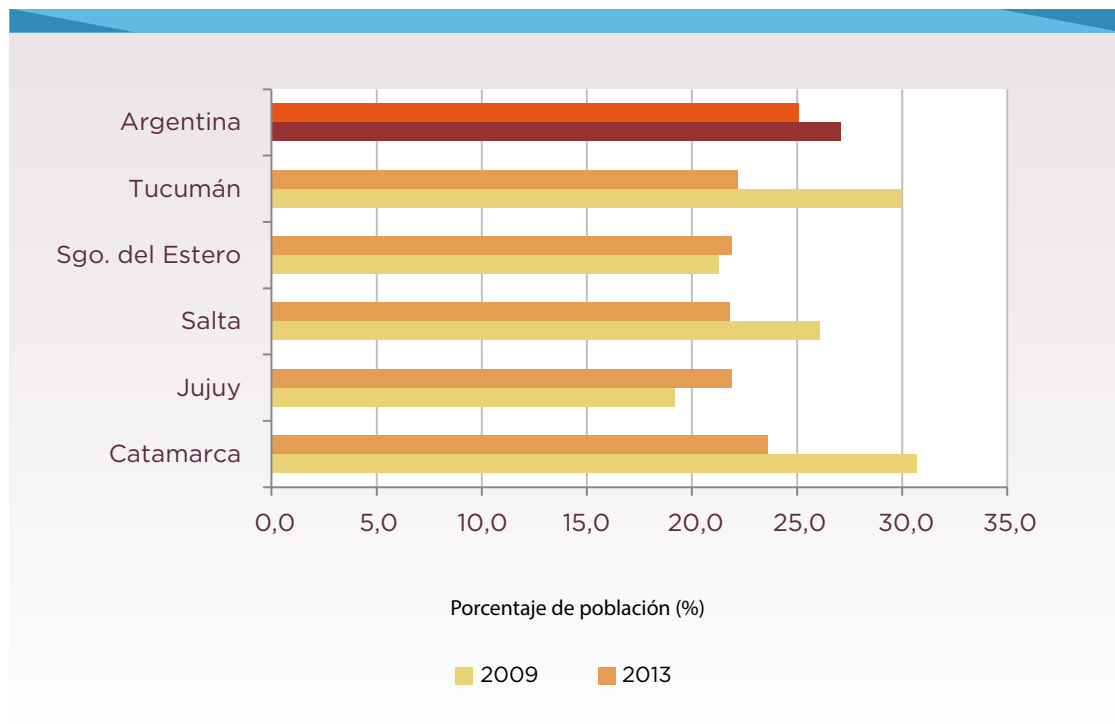
• **Tabaquismo**

Más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios son atribuibles al consumo de tabaco.

El tabaquismo⁸ en la Argentina ha disminuido en los últimos 8 años, tanto en jóvenes como en adultos. Si bien solo Jujuy y, en menor medida, Santiago del Estero, aumentaron el porcentaje de consumo en 2013, todas las provincias del NOA presentan menor hábito tabáquico que Argentina (Gráfico 16).

⁸ Se consideran fumadores actuales aquellas personas que fuman todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida han fumado al menos 100 cigarrillos.

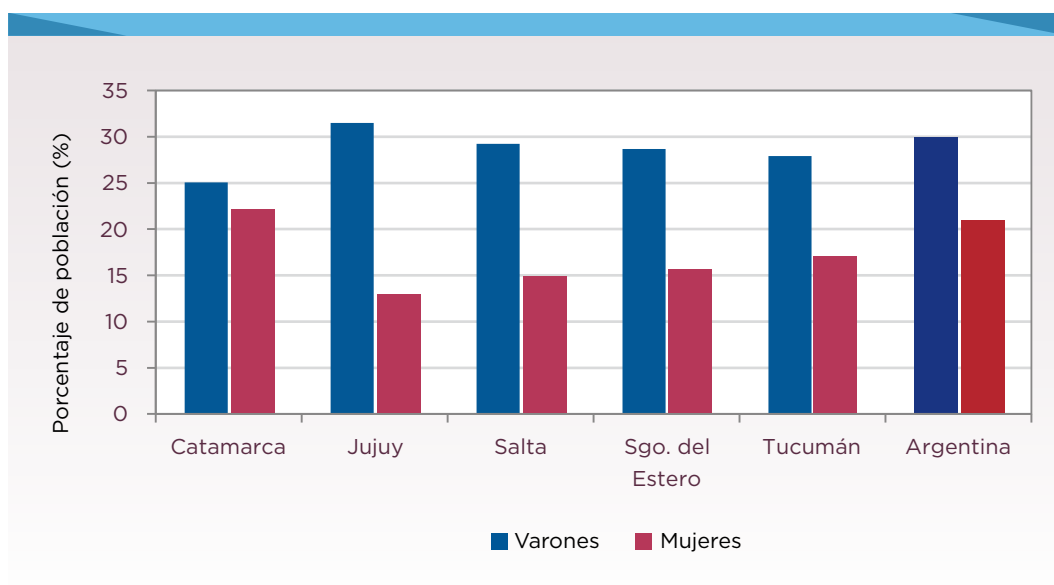
» Gráfico 16: Prevalencia de tabaquismo según jurisdicciones.
Región NOA y Argentina, 2009 y 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

La prevalencia del hábito tabáquico según la ENFR 2013 a nivel país resultó mayor en los varones (29,9%) que en las mujeres (20,9%), situación que repiten las diferentes provincias del NOA (Gráfico 17). Los varones de Jujuy (31,5%) y las mujeres de Catamarca (22,2%) registraron mayor tabaquismo que el observado para los hombres y mujeres de Argentina (29,9% y 20,9% respectivamente).

» Gráfico 17: Prevalencia de tabaquismo según provincias y sexo. Región NOA y Argentina, 2013



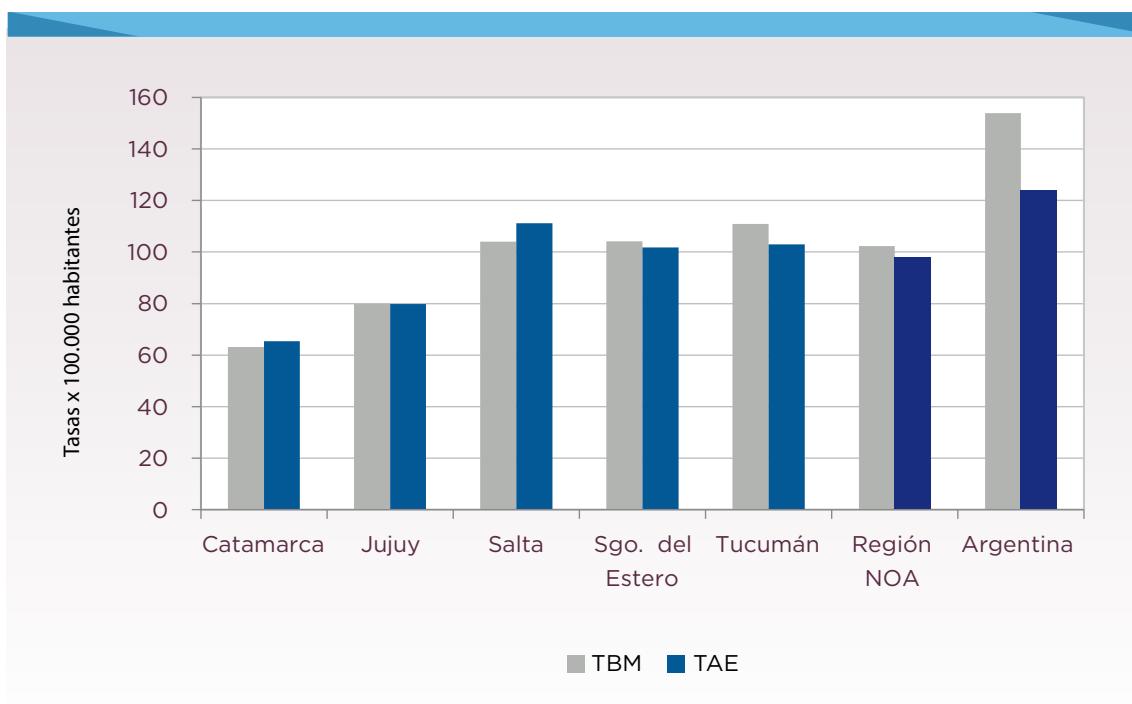
Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Mortalidad por cáncer en la región NOA 2015

El Gráfico 18 permite observar en varones, para cada provincia, las tasas brutas de mortalidad (TBM), que expresan el riesgo real de morir por cáncer, y las tasas estandarizadas de mortalidad según población mundial (TEM), que permiten efectuar comparaciones entre jurisdicciones.

Los varones de la región NOA presentan menor mortalidad por cáncer que los varones de Argentina en su conjunto (98,1 y 123,8 defunciones p/100.000 varones respectivamente), hecho que se repite en cada una de las provincias que conforman la región. El menor valor del indicador se registró en la provincia de Catamarca (65,4 p/100.000 varones); mientras que la mayor mortalidad masculina se registró en Salta (111,2 p/100.000).

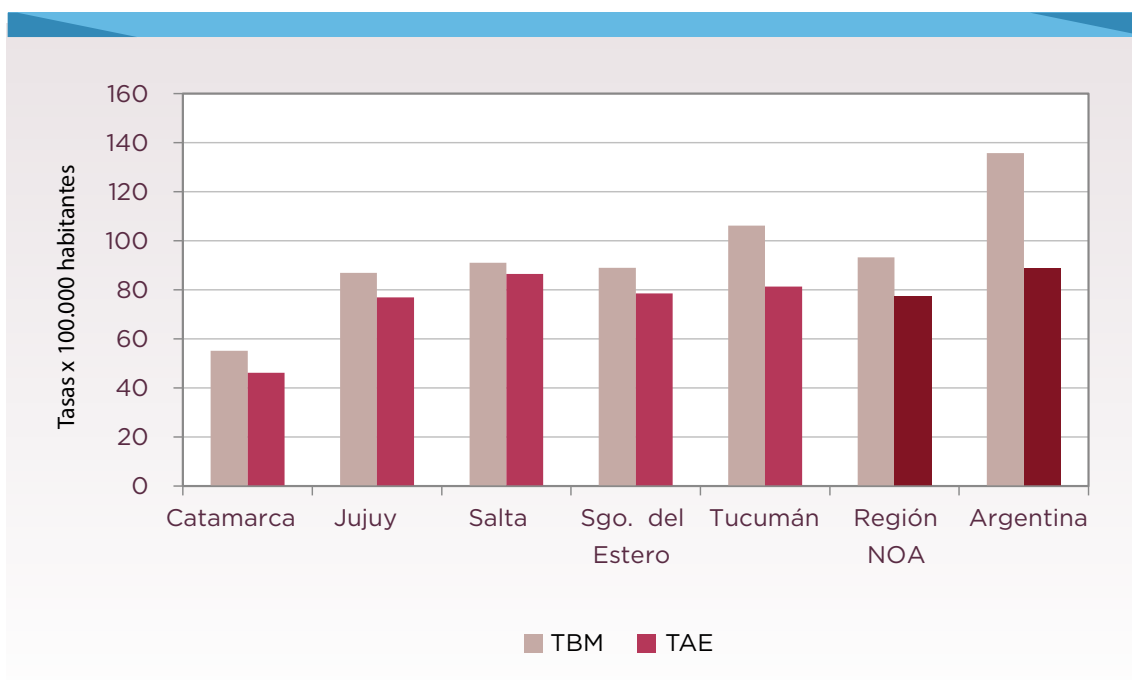
» Gráfico 18: Tasas de mortalidad por cáncer crudas y ajustadas por edad por 100.000 varones según jurisdicciones. Todos los sitios. Región NOA y Argentina, 2015



Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Como se aprecia en el Gráfico 19, las mujeres de la región también presentaron menor mortalidad por cáncer, todos los sitios en conjunto, en comparación con lo ocurrido en Argentina (77,3 y 88,6 defunciones p/100.000 mujeres respectivamente), mostrando este comportamiento todas las provincias. Al igual que lo evidenciado en varones, Catamarca registró en mujeres la menor mortalidad de la región (46,1p/100.000 mujeres) y Salta la mayor (86,4p/ 100.000).

» Gráfico 19: Tasas de mortalidad por cáncer crudas y ajustadas por edad por 100.000 mujeres según jurisdicciones. Todos los sitios. Región NOA y Argentina, 2015



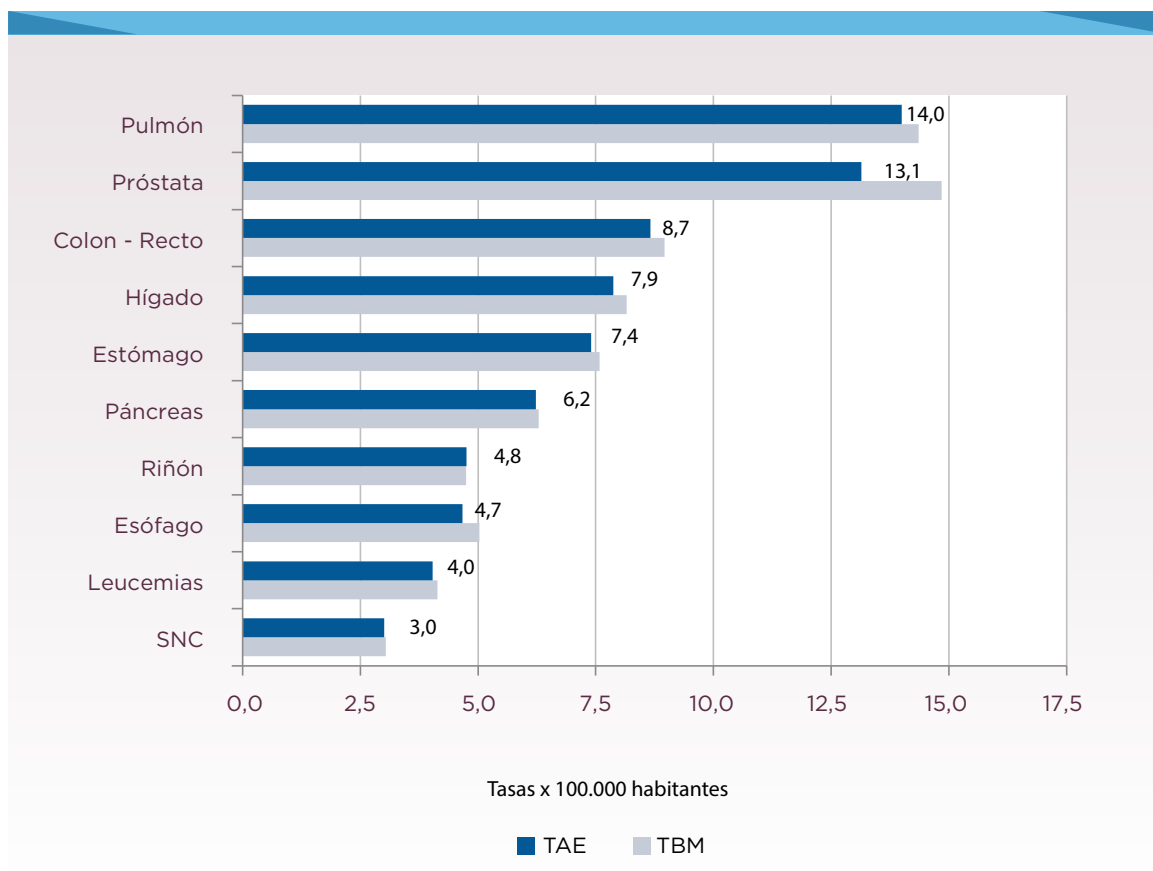
Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Principales sitios tumorales

Los siguientes gráficos muestran los sitios tumorales que, en conjunto, representan el 75% de la mortalidad por cáncer en varones y el 73% en mujeres residentes en la región NOA.

Los principales sitios tumorales responsables de la mortalidad por cáncer en hombres durante 2015 en el Noroeste correspondieron a pulmón, próstata, colon-recto, hígado y estómago (Gráfico 20). De esta manera, el NOA comparte los primeros tres sitios con Argentina, pero no así el cuarto que en el NOA está representado por el cáncer de hígado y a nivel país por páncreas; este sitio en el NOA ocupa el sexto lugar.

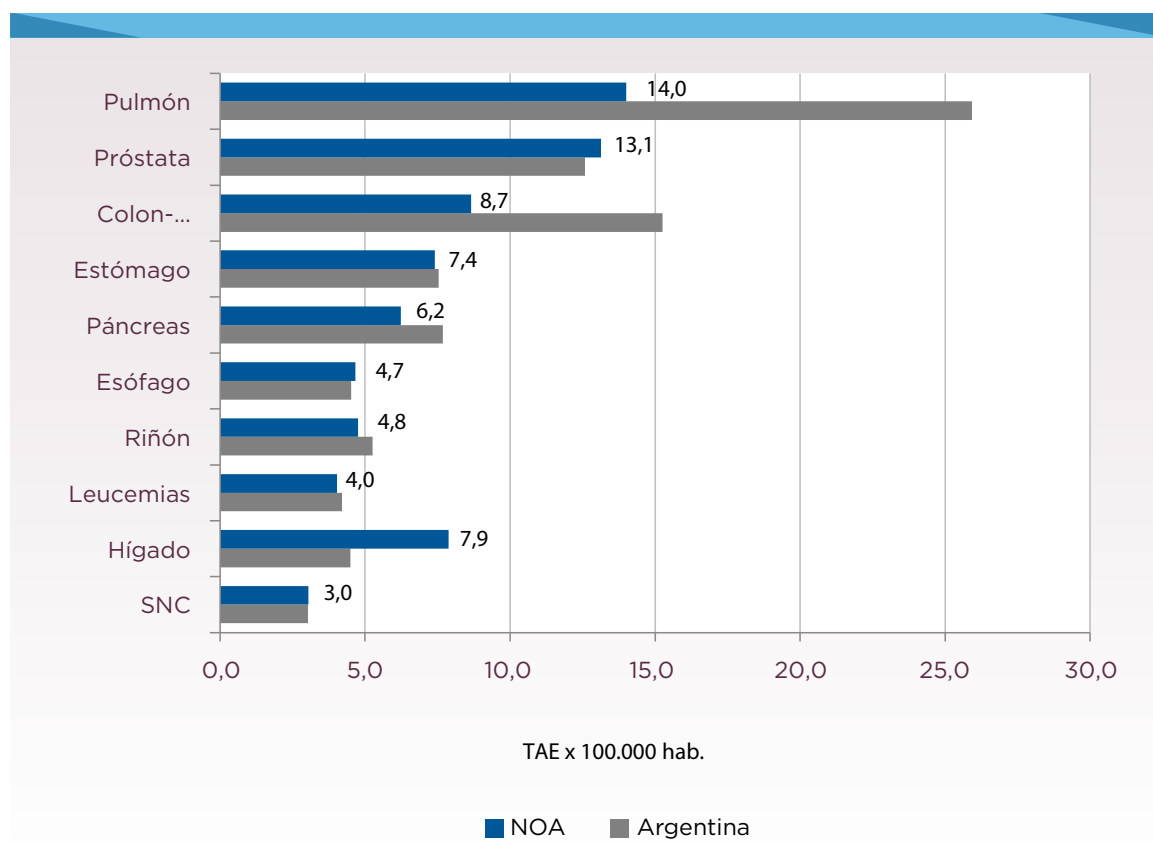
» Gráfico 20: Mortalidad por cáncer en varones según principales localizaciones tumorales. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes. Región NOA, 2015



Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

La región NOA presenta en varones mayor mortalidad que Argentina debida a cáncer de hígado, próstata, y, en menor medida estómago; los demás sitios incluidos en el gráfico por ser los más importantes, contrariamente, presentan menor mortalidad que la registrada en Argentina.

» Gráfico 21: Mortalidad por cáncer en varones según principales localizaciones tumorales. Tasas de mortalidad ajustadas por edad por 100.000 habitantes Región NOA y Argentina, 2015



Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Si bien el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar en la región, con una tasa de 14 defunciones por 100.000 varones, probablemente a expensas de la mortalidad de Tucumán (19,3 defunciones p/100.000), a diferencia de la situación en el país y en otras jurisdicciones, no ocurre lo mismo en las demás provincias: en Jujuy, Santiago del Estero y Salta, la primera causa de mortalidad por cáncer se debe al cáncer de próstata, y en Catamarca al cáncer colorrectal. En segundo lugar se ubican alternativamente el cáncer de próstata y pulmón. La tercera, cuarta y quinta posición están ocupadas fundamentalmente por tumores digestivos (Tabla 1).

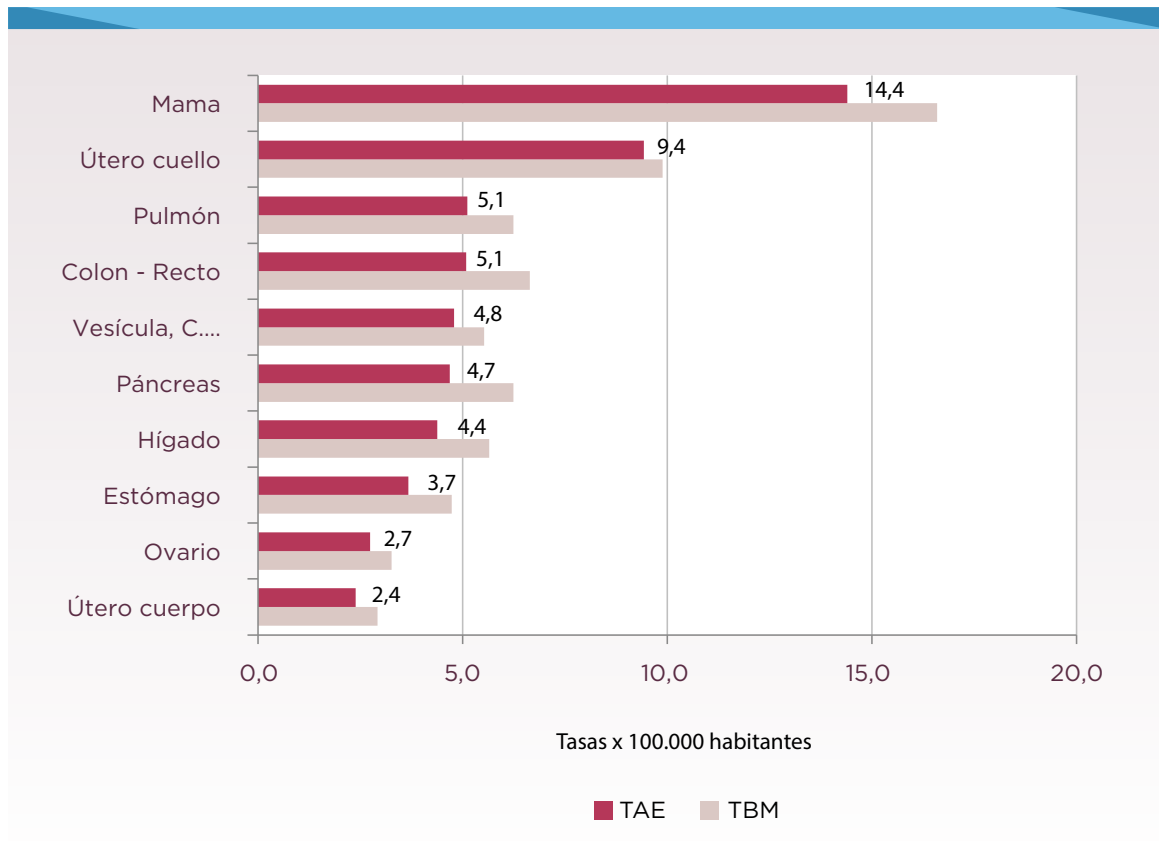
» **Tabla 1: Mortalidad por cáncer según nivel de importancia de los principales sitios tumorales en varones de las jurisdicciones de la región NOA en base a tasas estandarizadas por edad, 2015**

Región NOA	Catamarca	Jujuy	Sgo. del Estero	Salta	Tucumán
Pulmón	Colon-recto	Próstata	Próstata	Próstata	Pulmón
Próstata	Próstata	Pulmón	Pulmón	Pulmón	Próstata
Colon-Recto	Pulmón	Colon-recto	Esófago	Estómago	Colon-recto
Hígado	Hígado	Estómago	Hígado	Colon-recto	Hígado
Estómago	Páncreas	Hígado	Colon-recto	Hígado	Páncreas
Páncreas	SNC	Leucemia	Páncreas	Páncreas	Estómago
Riñón	Leucemia	Riñón	Estómago	Riñón	Esófago
Esófago	Linfoma no Hodgkin	Esófago	Riñón	Esófago	Leucemia
Leucemias	Riñón	Páncreas	Leucemia	Leucemia	Riñón
SNC	Estómago	Vesícula	Laringe	Vesícula	SNC

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017

En mujeres los principales sitios estuvieron representados por mama, cuello de útero, pulmón, colorrectal, vesícula y vía extra hepática (Gráfico 22). Las tasas correspondientes a cuello y cuerpo de útero se calcularon en base a datos corregidos, reasignando las muertes por cáncer de útero de sitio no especificado de manera proporcional, de acuerdo a la edad.

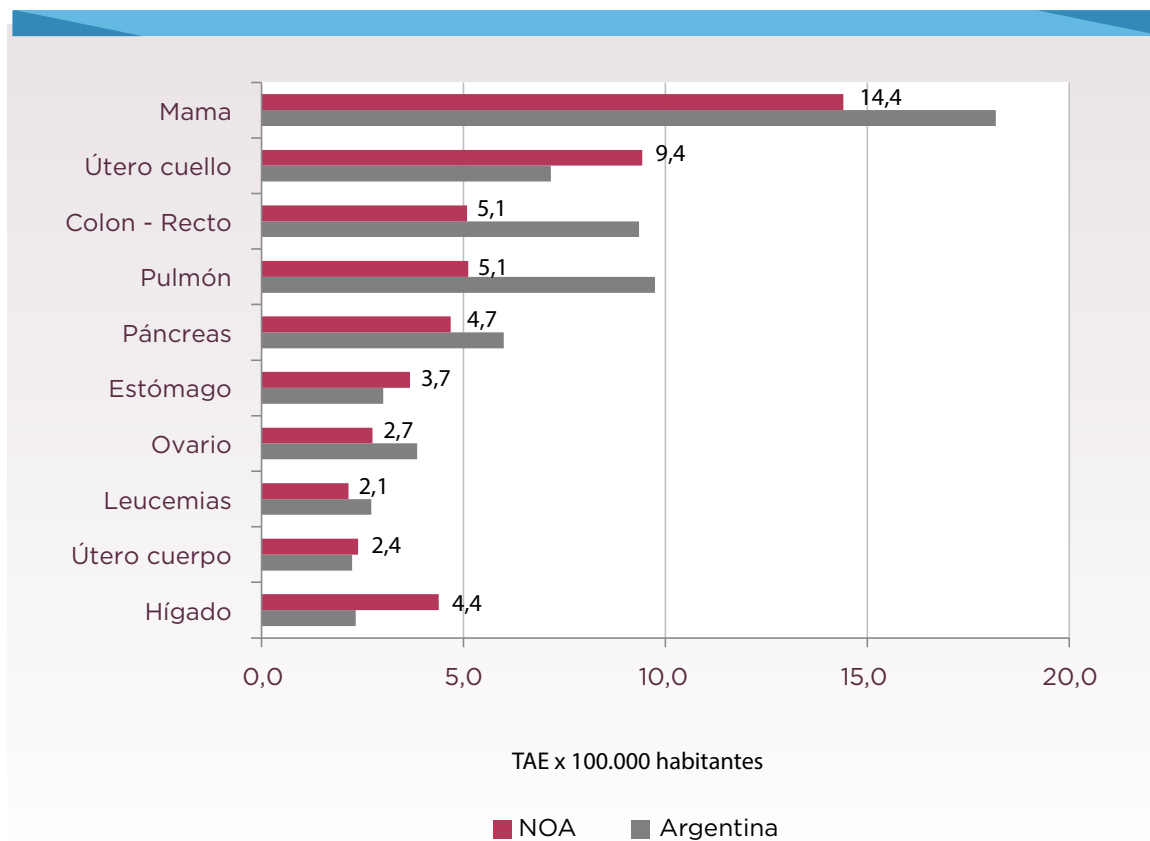
» Gráfico 22: Mortalidad por cáncer en mujeres según principales localizaciones tumorales. Tasas brutas y ajustadas por edad por 100.000 habitantes. Región NOA, 2015



Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

El Gráfico 23 permite observar que en las mujeres la mortalidad por cáncer cervicouterino representó la segunda causa de muerte, habiendo resultado mayor que la ocurrida a nivel país (9,4 y 7,2 p/100.000 mujeres respectivamente). El cáncer de cuerpo de útero también presentó una mortalidad superior en relación a Argentina (2,4 y 2, 2 p/100.000 respectivamente). Asimismo, los tumores malignos de hígado y estómago fueron responsables de mayor mortalidad en el NOA, en relación a lo observado a nivel nacional.

» Gráfico 23: Mortalidad por cáncer en mujeres según principales localizaciones tumorales. Tasas de mortalidad ajustadas por edad por 100.000 habitantes. Región NOA y Argentina, 2015



Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

La Tabla 2 permite observar que el cáncer de mama representó la primera causa de muerte tanto en el NOA como en todas las provincias que la componen, habiendo ocupado el segundo lugar en todas las jurisdicciones el cáncer cervicouterino. Si bien a nivel regional el cáncer de pulmón ocupa el tercer lugar, cuando se realiza el análisis al interior de las jurisdicciones se aprecia que diferentes tumores digestivos ocupan el tercer lugar de importancia en la mortalidad por cáncer.

» Tabla 2: Mortalidad por cáncer según nivel de importancia de los principales sitios tumorales en mujeres de las jurisdicciones de la región NOA en base a tasas estandarizadas por edad, 2015

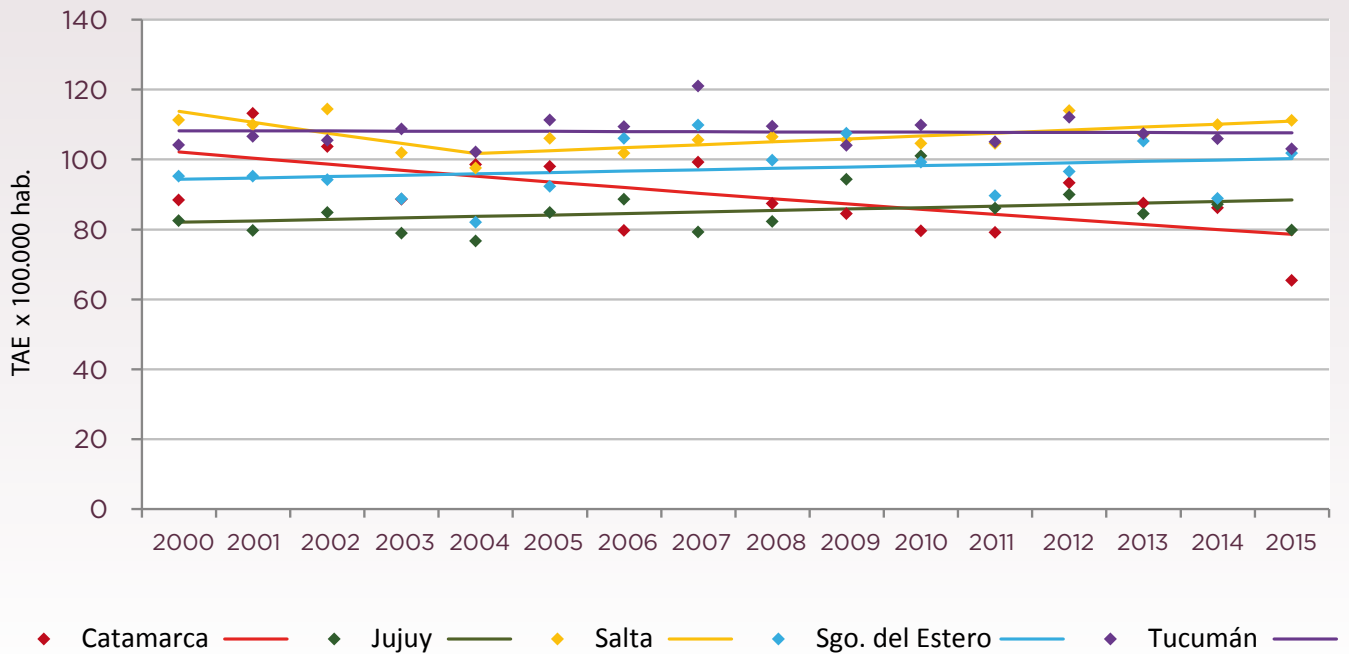
Región NOA	Catamarca	Jujuy	Sgo. del Estero	Salta	Tucumán
Mama	Mama	Mama	Mama	Mama	Mama
Útero cuello	Útero cuello	Útero cuello	Útero cuello	Útero cuello	Útero cuello
Pulmón	colon-recto	Hígado	Páncreas	Vesícula	Páncreas
Colon - Recto	Pulmón	Vesícula	colon-recto	colon-recto	Pulmón
Vesícula	Hígado	Estómago	Pulmón	Pulmón	colon-recto
Páncreas	Vesícula	colon-recto	Estómago	Páncreas	Hígado
Hígado	Ovario	Pulmón	Hígado	Estómago	Vesícula
Estómago	Estómago	Ovario	Esófago	Hígado	Estómago
Ovario	Páncreas	Páncreas	Vesícula	Ovario	Ovario
Útero cuerpo	SNC	Riñon	Leucemia	SNC	Esófago

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Tendencias en la mortalidad por cáncer en la región NOA durante el periodo 2000-2015

Al analizar el comportamiento de la mortalidad por cáncer en los hombres residentes en el NOA se evidencia que el mismo fue diferente entre las provincias que componen la región: descendió de manera significativa en Catamarca (PECA de menos 1,7%) así como en Salta en el primer cuatrimestre del periodo; en oposición, la mortalidad se incrementó en esta provincia a partir de 2005, en Jujuy y en Santiago del Estero. En Tucumán la tendencia mostró comportamiento estable.

» Gráfico 24: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer en varones. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015

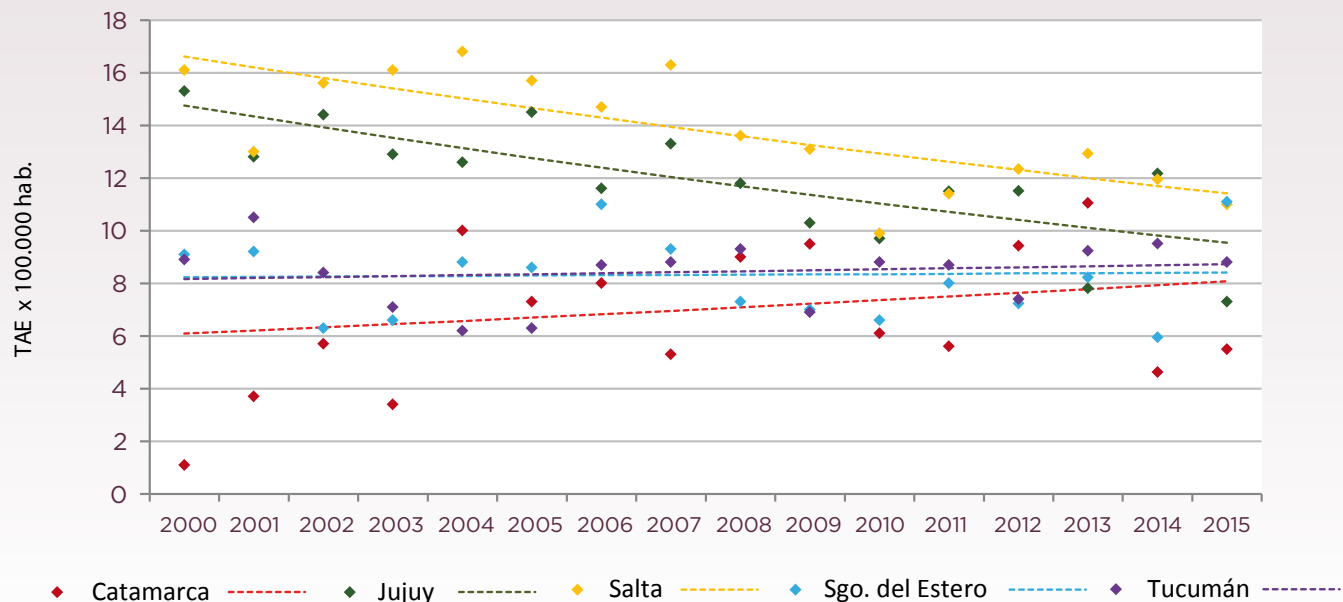


Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	-1,7^	-2,9	-0,6
Jujuy	2000	2015	0,5	-0,4	1,4
Salta	2000	2004	-2,7	-5,9	0,5
	2004	2015	0,8^	0,2	1,4
Sgo. del Estero	2000	2015	0,4	-0,5	1,4
Tucumán	2000	2015	0,0	-0,6	0,5

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

La tendencia en la mortalidad por cáncer en las mujeres, considerando todos los sitios tumorales conjuntamente, evidenció un movimiento descendente en Catamarca, Salta y Jujuy durante el periodo 2000-2015. En cambio, Santiago del Estero y Tucumán mostraron comportamiento estable.

» Gráfico 25: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer por todos los sitios en mujeres. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015



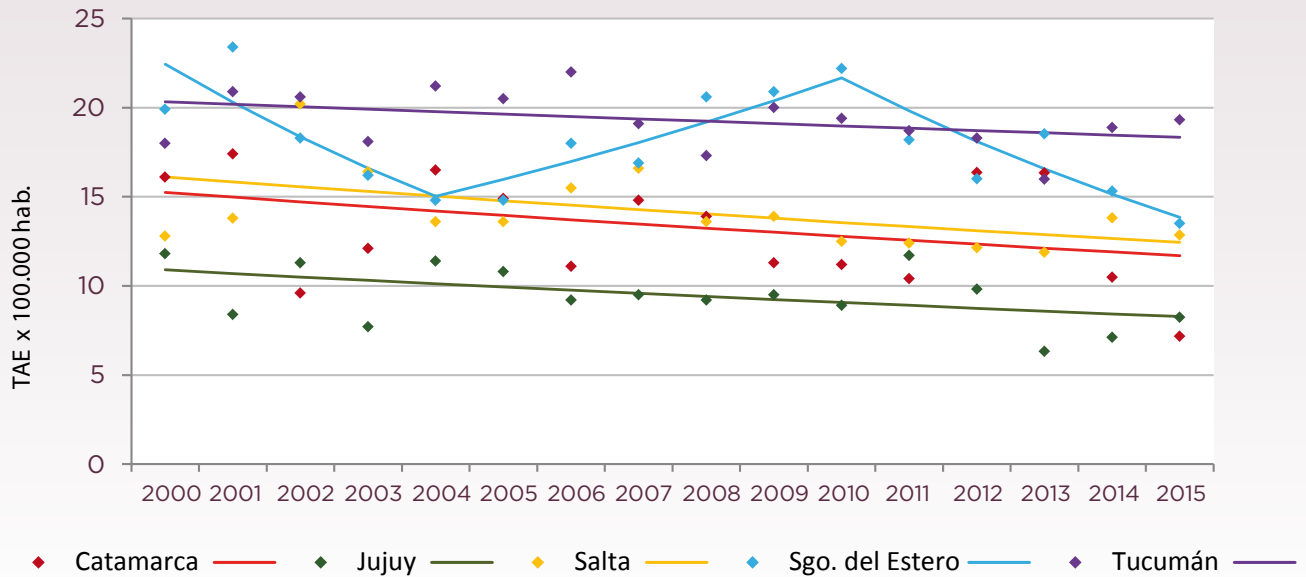
Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	-1,5	-3,0	0,0
Jujuy	2000	2015	-0,6	-1,3	0,1
Salta	2000	2005	-0,7^	-1,2	-0,2
Sgo. del Estero	2000	2015	0,0	0,8	0,8
Tucumán	2000	2015	0,0	-0,4	0,3

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Mortalidad por cáncer de pulmón

Todas las provincias del NOA mostraron disminución en la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres, a excepción de lo ocurrido en Santiago del Estero, jurisdicción en la que, si bien la mortalidad aumentó entre 2005 y 2010, experimentó a partir de 2011 el mayor descenso significativo (PECA -8,6%) (Gráfico 26).

» Gráfico 26: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer de pulmón en varones. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015

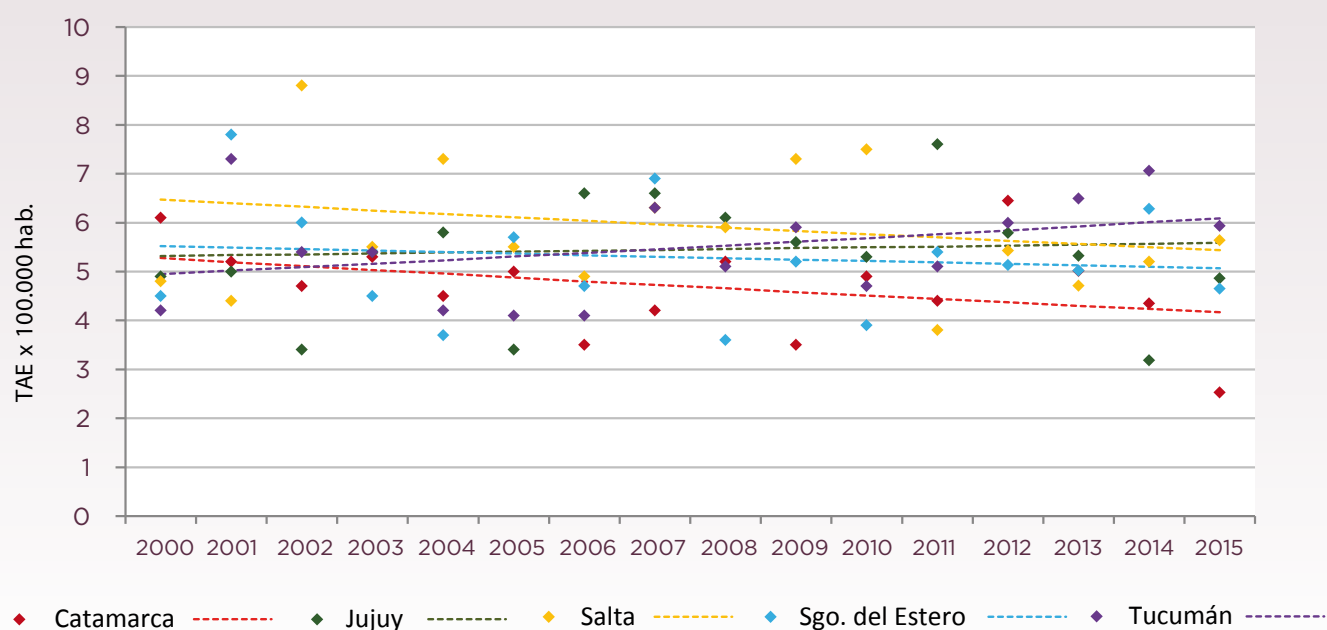


Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	-1,7	-4,4	0,9
Jujuy	2000	2015	-1,8	-3,7	0,1
Salta	2000	2015	-1,7^	-3,1	-0,3
Sgo. del Estero	2000	2004	-9,6	-18,8	0,8
	2004	2010	6,3	-1,2	14,4
	2010	2015	-8,6^	-15,0	-1,7
Tucumán	2000	2015	-0,7	-1,6	0,2

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

En las mujeres, la mortalidad por cáncer de pulmón descendió en Catamarca, Salta y Santiago del Estero, al tiempo que aumentó en Tucumán y, en menor medida, en Jujuy (Gráfico 27).

» Gráfico 27: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015



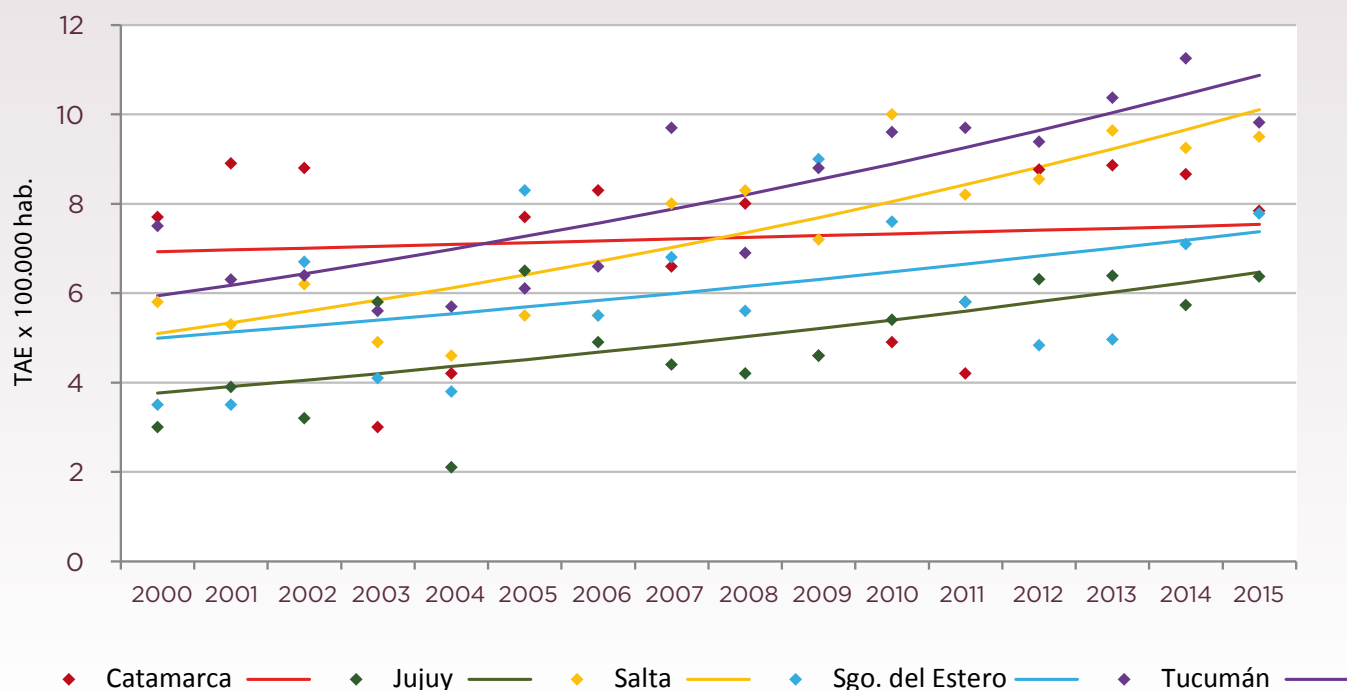
Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	-1,6	-4,0	1,0
Jujuy	2000	2015	0,3	-2,5	3,3
Salta	2000	2015	-1,2	-3,7	1,5
Sgo. del Estero	2000	2005	-0,6	-3,0	1,9
Tucumán	2000	2015	1,4	-0,7	3,5

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Mortalidad por cáncer colorrectal

El Gráfico 28 permite observar que todas las provincias de la región NOA mostraron tendencia ascendente en la mortalidad por cáncer colorrectal en varones a lo largo del período analizado. Se destacan particularmente Salta y Tucumán, con ascensos promedio anuales significativos de 4,7% y 4,1% respectivamente.

» Gráfico 28: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer colorrectal en varones. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015

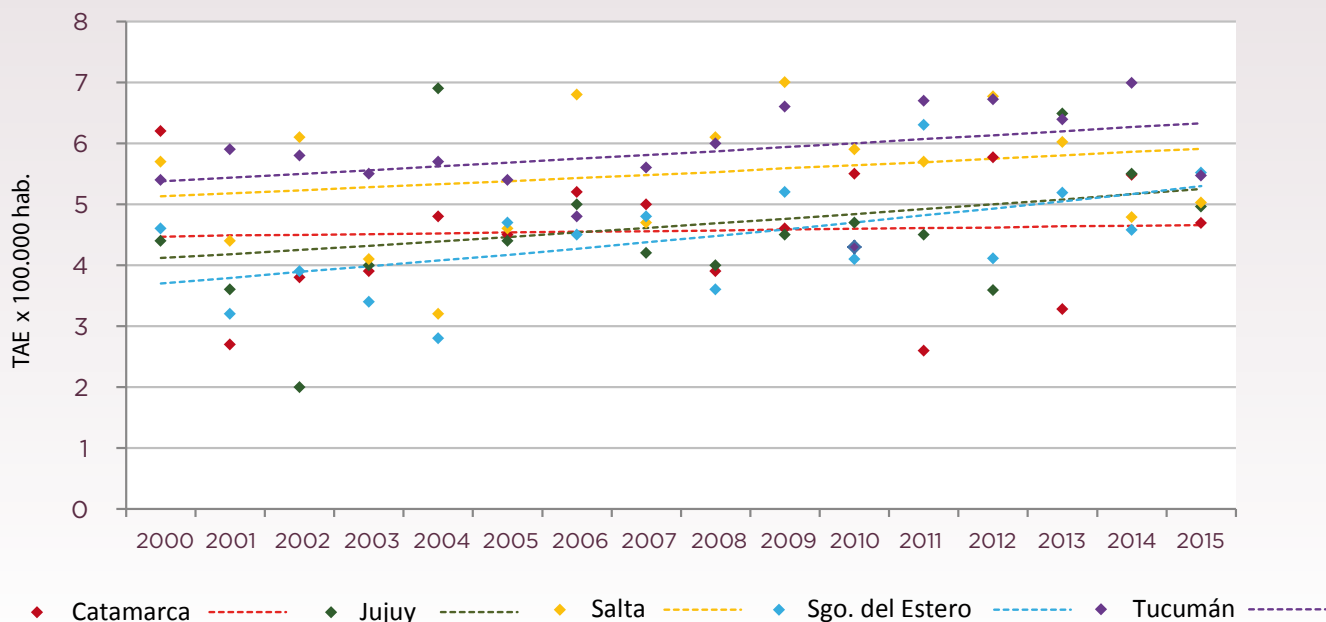


Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	0,6	-2,7	3,9
Jujuy	2000	2015	3,7^	1,1	6,3
Salta	2000	2015	4,7^	3,0	6,3
Sgo. del Estero	2000	2015	2,6	-0,7	6,1
Tucumán	2000	2015	4,1^	2,5	5,7

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

El Gráfico 29 permite observar que la tendencia en la mortalidad por cáncer colorrectal en las mujeres se comportó de manera similar a lo ocurrido en los varones, dado que aumentó en todas las provincias de la región. En este caso fue Santiago del Estero la jurisdicción que presentó el mayor ascenso, registrando un PECA significativo de 2,4% anual, seguido en orden de incremento por Jujuy que se ubicó segundo lugar.

» Gráfico 29: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer colorrectal en mujeres. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015



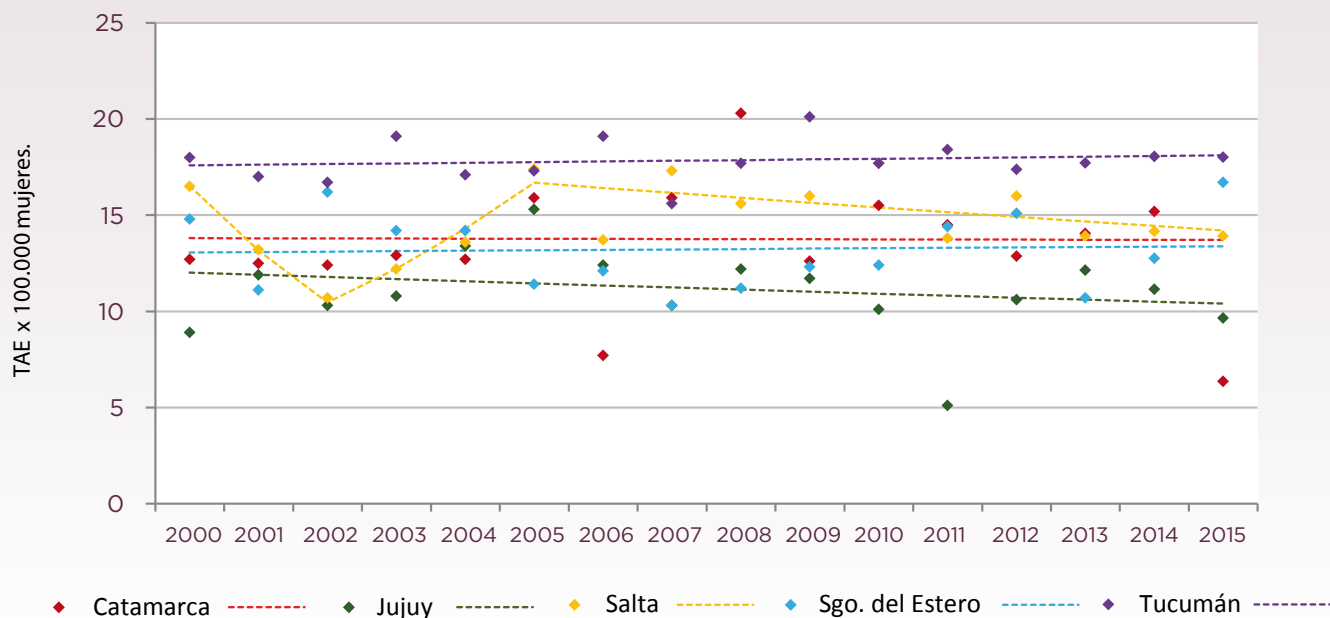
Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	0,3	-2,5	3,2
Jujuy	2000	2015	1,6	-1,1	4,4
Salta	2000	2015	0,9	-1,4	3,3
Sgo. del Estero	2000	2015	2,4^	0,4	4,5
Tucumán	2000	2015	1,1	-0,4	2,6

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino

El cáncer de mama en mujeres mostró comportamiento heterogéneo al interior del NOA. La mortalidad en Santiago del Estero y Tucumán evidenció tendencia ascendente a un ritmo de 0,2% promedio anual en ambas jurisdicciones. Contrariamente, en Jujuy la tendencia fue descendente a una velocidad de menos 0,9% anual. En Catamarca se observó mortalidad estable al tiempo que Salta experimentó tres segmentos con tendencia disímil: intenso descenso en los dos primeros años; ascenso marcado hasta el año 2005, para luego descender nuevamente a un ritmo de 1,6% promedio anual hasta el final del periodo analizado (Gráfico 30).

» Gráfico 30: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer de mama en mujeres. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015

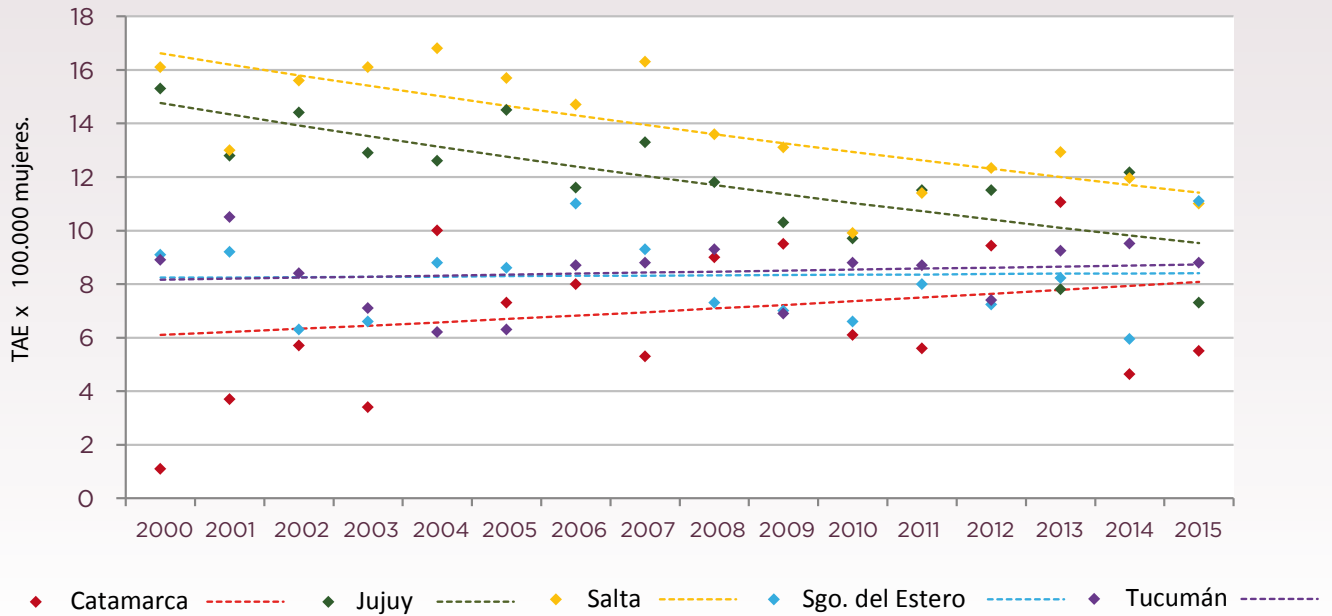


Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	0,0	-3,1	3,1
Jujuy	2000	2015	-0,9	-3,4	1,5
Salta	2000	2012	-20,4	-44,5	14,2
	2002	2005	16,8	-19,3	69,3
	2000	2015	-1,6	-4,0	0,8
Sgo. del Estero	2000	2015	0,2	-1,6	2,0
Tucumán	2000	2015	0,2	-0,5	0,9

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017

La tendencia en la mortalidad por cáncer cervicouterino demostró descenso sostenido a lo largo de los quince años considerados en Jujuy (jurisdicción en donde se produjo el mayor descenso con un PECA significativo de -2,9%), seguido por Salta (PECA significativo de -2,5%). Contrariamente, Catamarca, Tucumán y en menor medida Santiago del Estero, experimentaron ascenso en la mortalidad por este sitio tumoral (Gráfico31).

» Gráfico 31: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer cervicouterino. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015



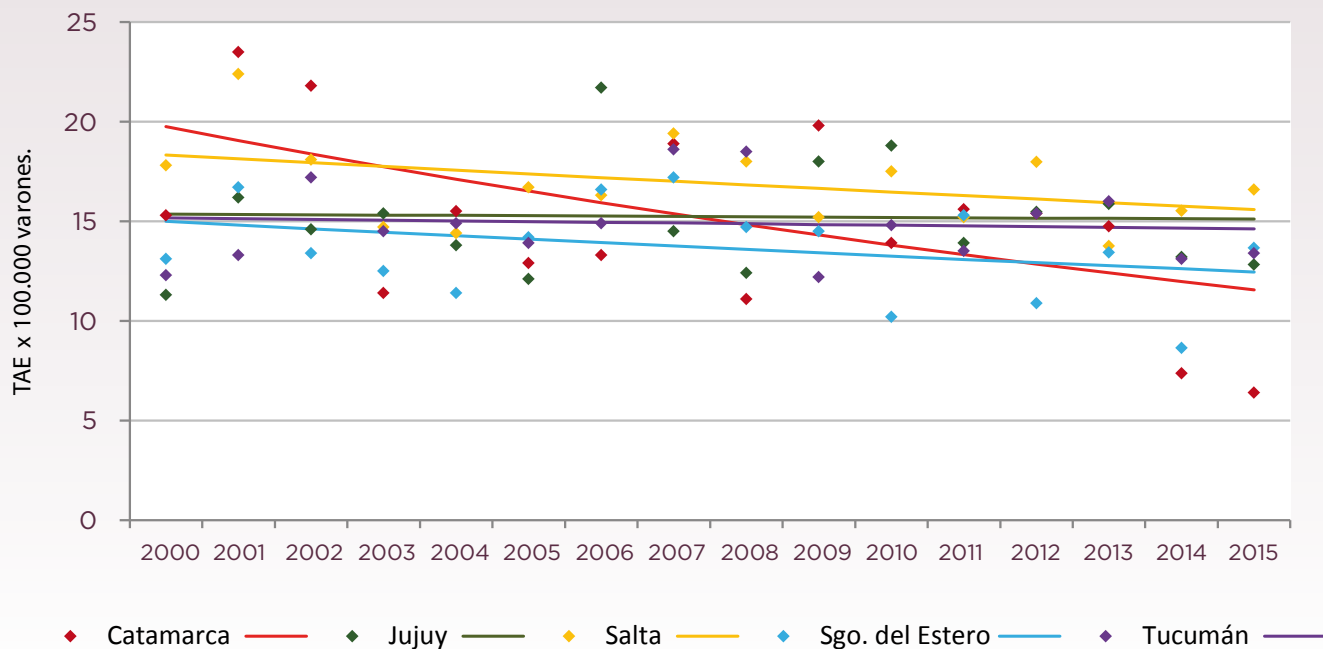
Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	1,9	-3,2	7,3
Jujuy	2000	2015	-2,9^	-4,4	-1,3
Salta	2000	2015	-2,5^	-3,7	-1,3
Sgo. del Estero	2000	2005	0,1	-2,2	2,5
Tucumán	2000	2015	0,4	-1,2	2,1

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Mortalidad por cáncer de próstata

El comportamiento de la mortalidad por cáncer de próstata mostró tendencia descendente a lo largo de todo el periodo en las cinco provincias del NOA, destacándose Catamarca como la jurisdicción que mayor descenso mostró mediante un PECA significativo de menos 3,5% (Gráfico 32).

» Gráfico 32: Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer de próstata. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015



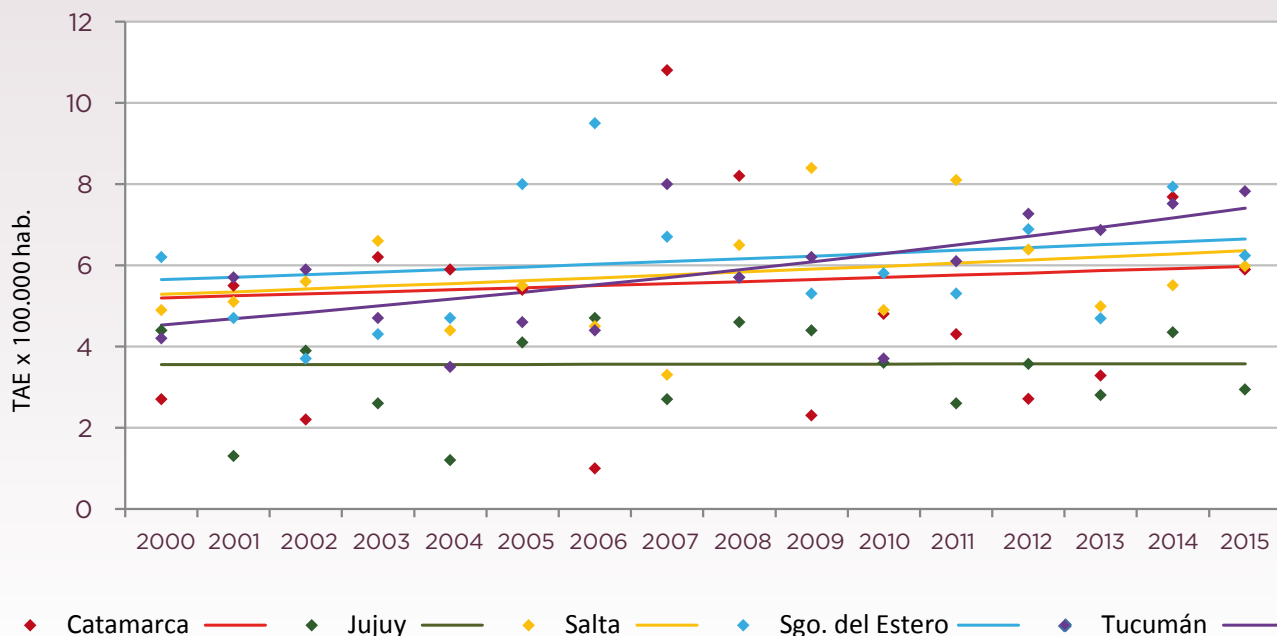
Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	-3,5	-6,7	-0,2
Jujuy	2000	2015	-0,1	-2,3	2,1
Salta	2000	2015	-1,1	-2,4	0,3
Sgo. del Estero	2000	2015	-1,2	-3,3	0,9
Tucumán	2000	2015	-0,2	-1,9	1,4

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

• Mortalidad por cáncer de páncreas

La mortalidad por cáncer de páncreas mostró tendencia ascendente en hombres en casi todas las provincias del NOA a excepción de Jujuy, jurisdicción que experimentó tendencia estable. (Gráfico 33)

» Gráfico 33. Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer de páncreas en varones. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015

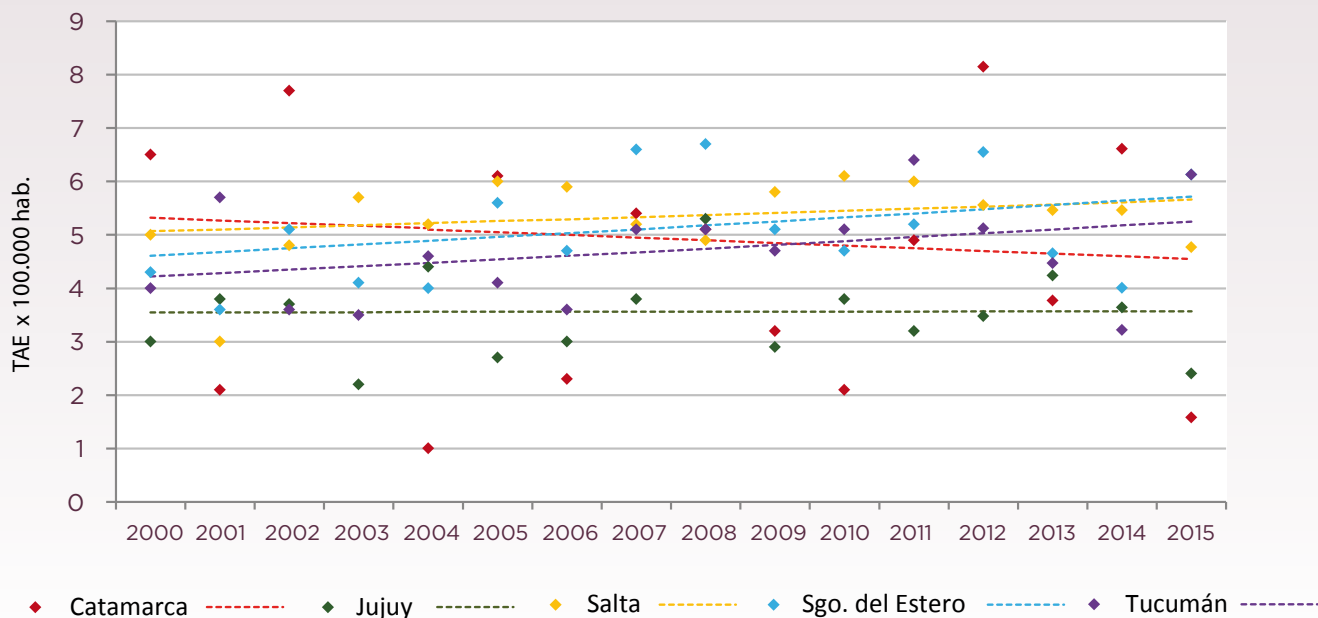


Jurisdicción	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	0,9	-5,0	7,2
Jujuy	2000	2015	0,0	-3,6	3,9
Salta	2000	2015	1,2	-1,5	4,0
Sgo. del Estero	2000	2015	1,1	-1,9	4,2
Tucumán	2000	2015	3,3^	0,9	5,8

Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Tal como se muestra en el Gráfico 34, en las mujeres residentes en el NOA, Tucumán, Santiago del Estero y Salta sufrieron ascenso de la mortalidad a lo largo del periodo. Mientras Jujuy presentó una mortalidad estable, Catamarca experimentó descenso de la misma a un ritmo promedio de menos 1% anual.

» Gráfico 34. Tendencia y porcentaje estimado de cambio anual (PECA) en la mortalidad por cáncer de páncreas en mujeres. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Región NOA, 2000-2015



Provincia	Periodo		PECA	IC	
Catamarca	2000	2015	-1,0	-7,2	5,6
Jujuy	2000	2015	0,0	-2,8	2,9
Salta	2000	2015	0,7	-0,9	2,4
Sgo. del Estero	2000	2015	1,4	-0,8	3,8
Tucumán	2000	2015	1,5	-0,9	3,9

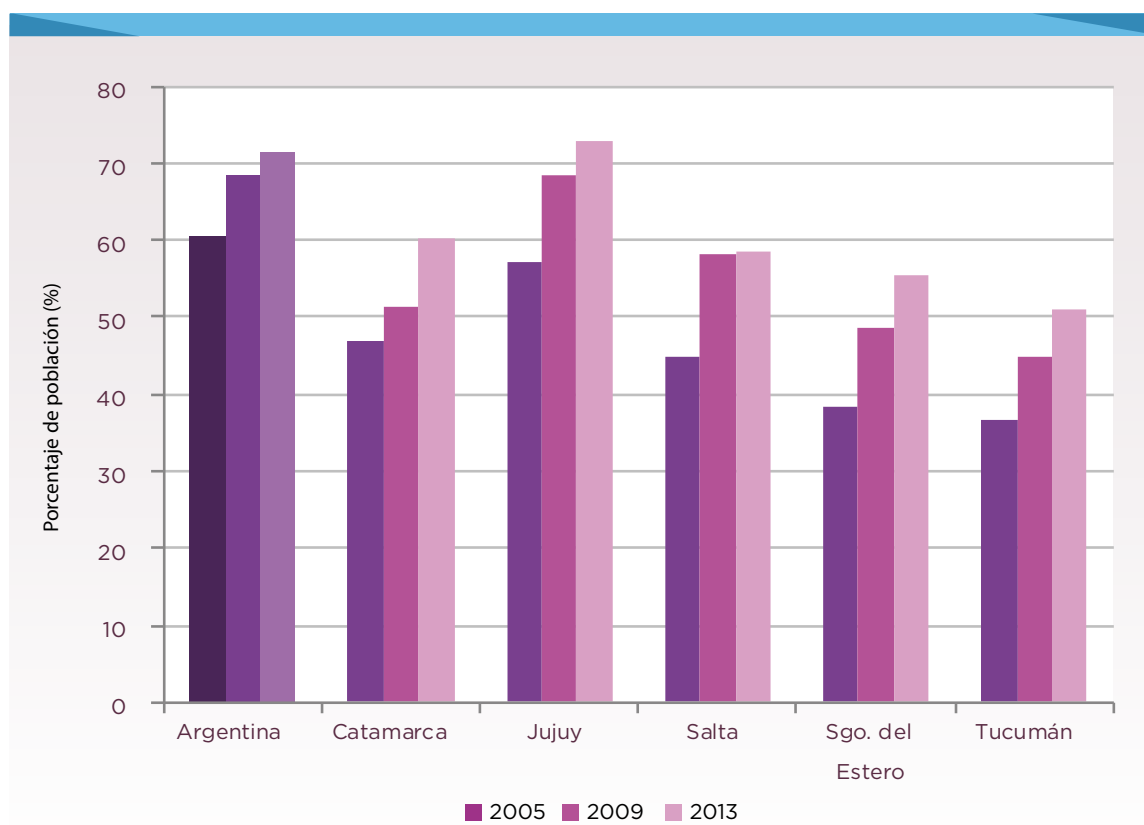
Fuente: SIVER-Ca en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Servicios de salud y respuesta poblacional

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo releva el cumplimiento de prácticas de prevención a nivel poblacional, particularmente en torno al tamizaje del cáncer de cuello uterino (realización de papanicolaou en mujeres entre 25 y 65 años), mama (realización de mamografía en mujeres entre 50 y 70 años), y, a partir del año 2013, realización de alguna práctica de tamizaje para el cáncer colorrectal (en la población de 50 a 75 años).

El Gráfico 35 permite apreciar que, a lo largo de los últimos 8 años, en todas las provincias de la región NOA se incrementó la cobertura de realización de PAP. Solo Jujuy evidenció en 2013 una cobertura poblacional de casi el 73%, superando la correspondiente a Argentina para el mismo año (71,6%).

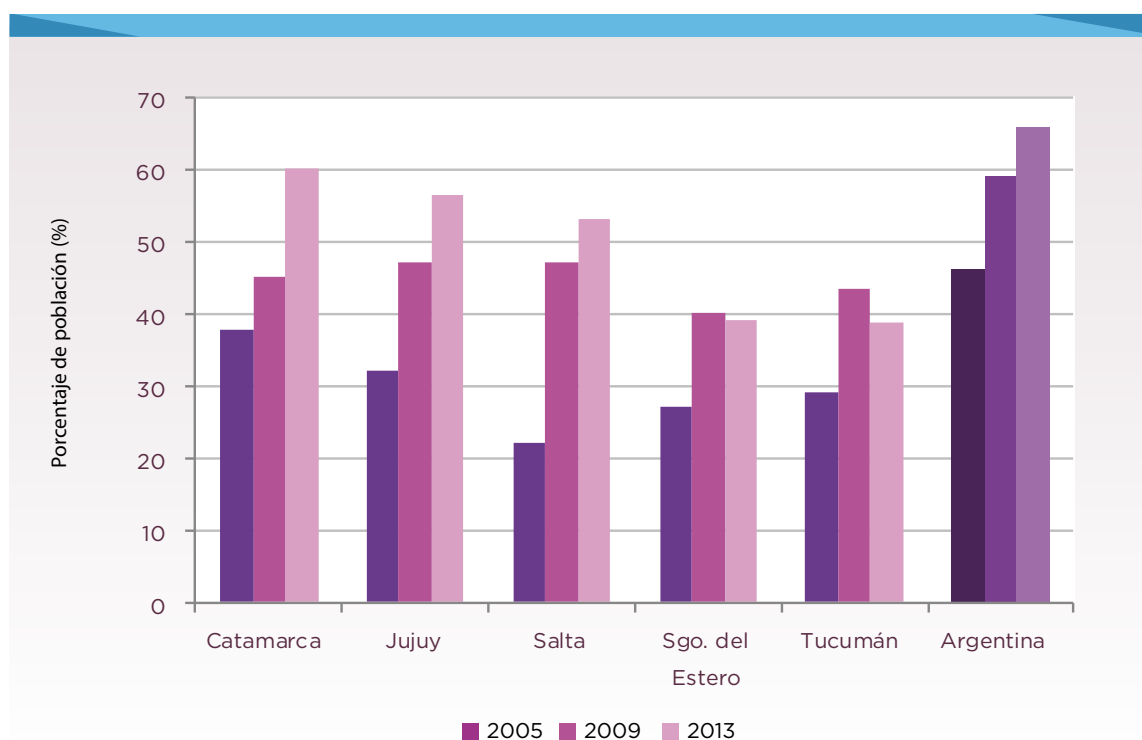
» Gráfico 35: Prevalencia de realización de Papanicolau según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2005, 2009 y 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Si bien Catamarca, Jujuy y Salta fueron incrementado la prevalencia de realización de mamografía a partir de 2005, Santiago del Estero y Tucumán no lograron mejorar la cobertura entre 2009 y 2013.

» Gráfico 36: Prevalencia de realización de mamografía según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2005, 2009 y 2013

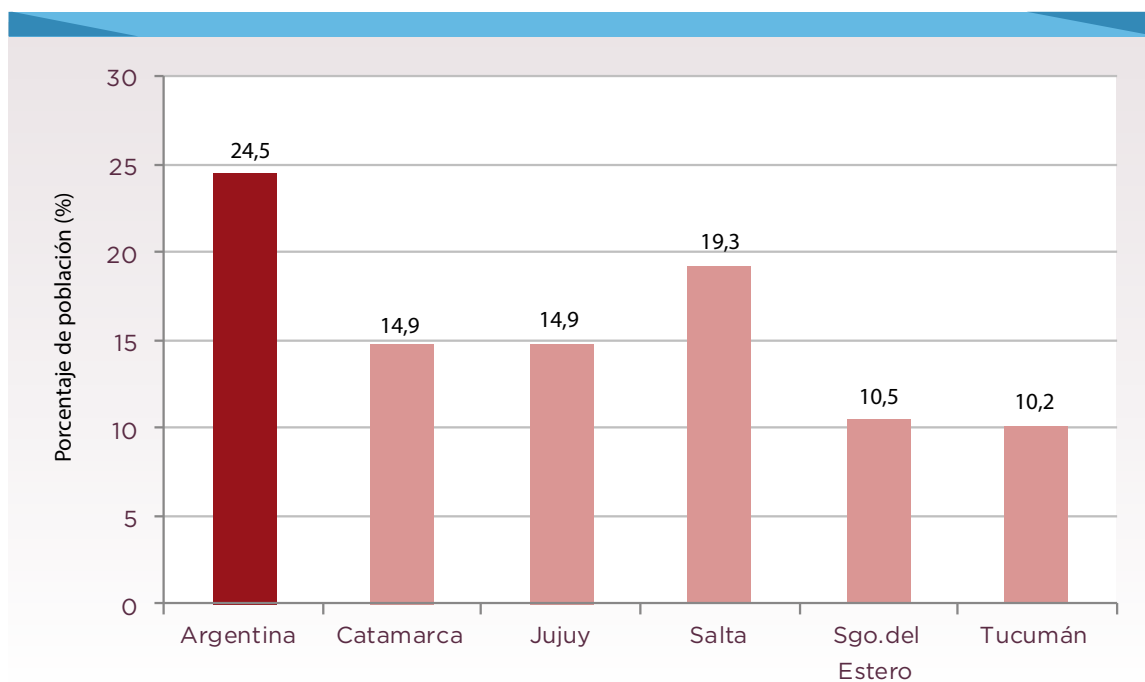


Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

En el año 2013 se relevó por primera vez en la población la realización de estudios de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

La mayor prevalencia de rastreo de cáncer de colon se registró en la población encuestada en Salta, que alcanzó una cobertura del 19%; en cambio, el porcentaje en el resto de las provincias de la región presentó valores reducidos: 15% en Catamarca y Jujuy y 10% en Santiago del Estero y Tucumán.

» Gráfico 37: Prevalencia de realización de algún estudio de rastreo de cáncer colorrectal según jurisdicciones. Región NOA y Argentina, 2013



Fuente: SIVER-Ca en base a la ENFR para Enfermedades No Transmisibles 2013. Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2017.

Conclusiones

La región NOA, conformada por Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán concentra el 11,5% de la población de Argentina en el año 2015 (estimada en 43.131.966 de habitantes). La estructura poblacional es joven, situación que se reproduce en todas las provincias, considerando que los mayores de 65 años representan el 8,3% de la población.

En líneas generales, la esperanza de vida en el NOA no muestra diferencias marcadas con Argentina. En cambio, todas las provincias de la región muestran mayor porcentaje de hogares con NBI en comparación con el valor nacional, a pesar de que el mismo ha disminuido en relación al censo 2001. El porcentaje de analfabetismo también supera al registrado por el censo 2010 en el país y la cobertura de salud por obra social, prepaga o plan estatal, se encuentra en algo más de 8 puntos por debajo de la registrada en Argentina.

En 2013 la prevalencia de los factores de riesgo considerados en este análisis es mayor en los varones. El consumo de frutas y verduras disminuyó, al igual que la prevalencia de actividad física; habiendo aumentado el porcentaje poblacional de exceso de peso. El hábito tabáquico regional es menor que el nacional e incluso disminuyó.

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en Argentina, concentrando el 18,8% de las defunciones ocurridas en 2015, al tiempo que en el NOA, determina el 15,8% del total de muertes. Las 4.885 defunciones por cáncer representaron el 8% de todas las muertes debidas a esta causa ocurridas en el país.

La región NOA presenta menor mortalidad por cáncer que Argentina tanto en hombres como en mujeres (98,1 y 123,8 defunciones p/100.000 varones en NOA y Argentina y 77,3 y 88,6 defunciones p/100.000 mujeres respectivamente). Catamarca fue la provincia que presentó la menor mortalidad tanto en varones como en mujeres (65,4 p/100.000 varones y 46,1p/100.000 mujeres).

Los principales sitios tumorales responsables de la mortalidad por cáncer en varones del NOA correspondieron a pulmón, próstata, colorrectal, hígado y estómago, compartiendo los tres primeros sitios con Argentina. NOA supera la mortalidad nacional por cáncer de hígado, próstata y, en menor medida estómago.

En mujeres los tumores que determinaron la mayor mortalidad por cáncer fueron mama, cuello de útero, pulmón, colorrectal y vesícula biliar. Los cánceres de cuello y cuerpo uterino presentaron en el NOA mayor mortalidad que Argentina, como así también ocurrió con hígado y estómago.

La mortalidad por cáncer registró diferentes tendencias en las provincias de la región NOA durante el período 2000-2015: en Catamarca la mortalidad disminuyó a lo largo de todo el periodo tanto en hombres como en mujeres a un ritmo similar (PECA significativo de menos 1,7% en varones y 1,5% en mujeres). Jujuy mostró un comportamiento opuesto en los varones, en los que la mortalidad ascendió; mientras que en las mujeres descendió a un ritmo similar (PECA 0,6% por año). La mortalidad en Tucumán permaneció estable en hombres y mujeres. En Salta, en cambio, durante el segmento temporal 2000-2004 la misma mostró descenso tanto en varones como en mujeres; a partir de 2005, mientras la mortalidad femenina siguió descendiendo, la masculina aumentó hasta finalizar el periodo. En Santiago del Estero la mortalidad por cáncer se incrementó en varones, manteniéndose estable en las mujeres.

La mortalidad por cáncer de pulmón se mostró predominantemente descendente en las provincias de la región NOA, mientras que en mujeres aumentó en Tucumán y, en menor medida, en Jujuy, a un ritmo de 1,4% y 0,3% anual respectivamente.

La mortalidad por cáncer colorrectal registró aumentos en todas las provincias del NOA a lo largo del periodo 2000-2015.

El cáncer de mama en mujeres de Santiago del Estero y Tucumán presentó tendencias ascendentes a un ritmo de 0,2% promedio anual en ambas jurisdicciones. Contrariamente, en Jujuy la tendencia fue descendente a una velocidad de -0,9% anual; en Catamarca se mantuvo estable; y Salta registró un comportamiento heterogéneo.

La tendencia en la mortalidad por cáncer cervicouterino descendió a lo largo de los quince años considerados en Jujuy (jurisdicción en donde se produjo el mayor descenso con un PECA significativo de -2,9%), seguido por Salta (PECA significativo de -2,5%). Contrariamente, las mujeres de Catamarca, Tucumán y en menor medida Santiago del Estero, experimentaron ascenso en la mortalidad por este cáncer.

En la mortalidad por cáncer de páncreas predominó la tendencia ascendente en la región; solo Jujuy evidenció comportamiento estable; al tiempo que en Catamarca la tendencia fue descendente en las mujeres.

Al momento de interpretar los resultados obtenidos debe considerarse la calidad de los “Informes Estadísticos de Defunción” (IED), reflejado en el porcentaje de muertes por causas mal definidas o desconocidas. La calidad de los IED de las provincias del NOA es heterogénea, habiendo presentado Argentina un porcentaje de causas mal definidas del 6% en 2015, en la región este indicador osciló entre 0,8% en Salta y 19,8% en Santiago del Estero.

La información presentada en este boletín pretende constituir un aporte, fundamentalmente para los actores que deben llevar adelante la gestión de políticas de prevención y control del cáncer, así como aquellos responsables de la asistencia y seguimiento de los pacientes en los servicios de salud. El trabajo interdisciplinario podrá complejizar y profundizar el análisis presentado, facilitando acciones oportunas, eficaces y costoefectivas, adecuadas a las necesidades y prioridades de las poblaciones locales.

Bibliografía

- Arnold, M. et al: Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol* 2015;16: 36-46.
- Boffetta P.; Hashibe M.: Alcohol and Cancer. *Lancet Oncol* 2006; 7: 149-56.
- IARC, GLOBOCAN 2012, Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.
- <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE.
- INDEC; CELADE Proyecciones de la Población según Sexo y Grupos de Edad.1990-2010. 2 Serie Análisis Demográfico. Buenos Aires. 1995.<http://archivo.cepal.org/pdfs/1995/S9500060.pdf>
- Krieger N. (2004) Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. *Cancer Causes Control* 2005; 16(1): 5-14.
- Lock K. y col. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *World Health Organ*. Feb 2005; 83(2): 100-108. Published online Feb 24.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION; DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION EN SALUD. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año .Serie 5 - Número 58.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION; INDEC (2013): Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Argentina 2013.

Instituto Nacional del Cáncer

Ministerio de Salud de la Nación
Av. Julio A. Roca 781. Piso 10
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina
www.salud.gov.ar/inc
inc@inc.gob.ar

INC responde:
0800 333 3586



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación