



Revista Facultad Nacional de Salud Pública  
ISSN: 0120-386X  
revistasaludpublica@udea.edu.co  
Universidad de Antioquia  
Colombia

Buelvas, Anderson R.; Agudelo S., Andrés A.

Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 29, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, pp. 320-328  
Universidad de Antioquia  
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021452012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral

## Social gradient, aging and delayed diagnosis of oral cancer

Anderson R. Buelvas<sup>1</sup>; Andrés A. Agudelo S<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Candidato a Magíster en Salud Pública, Universidad del Valle. Integrante del Grupo de Investigación de Violencia y Salud. Docente Investigador, Maestría en Administración de Salud – Facultad de Posgrados y Relaciones Internacionales de la Universidad Mariana. Correo electrónico: rochabuelvas@gmail.com.

<sup>2</sup> Odontólogo. PhD en Salud Pública, Universidad de Alicante, España. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Profesor Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: oleduga@gmail.com.

Recibido: 10 de Mayo de 2011. Aprobado: 20 de Julio de 2011

---

Buelvas AR, Agudelo AA. Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(3): 320-328

---

## Resumen

Desde la perspectiva de la salud pública se requiere abordar con mayor interés los problemas de salud bucal y la identificación de sus principales determinantes. Una de estas enfermedades, es el cáncer oral. Se realizó una revisión narrativa de literatura incorporando algunos elementos críticos y de opinión. Se destaca cómo las desigualdades en salud oral son aún poco comprendidas, en especial las relacionadas con el cáncer oral. El cáncer oral se caracteriza principalmente por ser acumulativo y más prevalente en adultos mayores.

Esta población en países en vías de desarrollo se encuentra en desventaja social por la futura transición demográfica, el gradiente social y las deficiencias en la detección temprana, temas que son abordados en esta revisión. Es de vital importancia comprender el diagnóstico tardío del cáncer oral desde los determinantes sociales con el objetivo de fortalecer la política pública que se teje alrededor del cáncer.

----- *Palabras clave:* diagnóstico precoz, diagnóstico tardío, neoplasias de la boca, gradiente social, envejecimiento.

---

## Abstract

A public health-based perspective is required to approach, with greater interest, both oral health problems and the identification of their main determinant factors. One of such problems is oral cancer. In this study, a narrative literature review was conducted while including some elements of critique and opinion. We highlight the fact that inequalities in oral health are yet to be completely understood, especially those related to oral cancer. The main characteristics of oral cancer are its accumulative nature and its prevalence in the elderly. In

developing countries, this population is at social disadvantage, mainly because of the future demographic transition, the social gradient and a failure to detect the condition early. This review approaches these topics. Accordingly, it is very important to understand the causes of oral cancer's late diagnosis in terms of its social determinants in order to strengthen the public policies regarding cancer in general.

----- *Key words:* early diagnosis, late diagnosis, oral cancer, social gradient, aging

---

## Introducción

El programa de salud oral global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) está orientado a construir capacidades en prevención del cáncer oral por país, a estimular el intercambio de información entre países y fortalecer las experiencias de enfoques integrados en prevención y promoción de la salud y el desarrollo de sistemas de vigilancia para el cáncer oral y sus factores de riesgo. La resolución WHA60 A16 enfatiza en la necesidad de enmarcar políticas y estrategias para la salud oral en el siglo XXI, también con la intención de controlar y prevenir el cáncer oral. Por otro lado, consistente con dicho programa [1], la Declaración de Creta en 2005 sobre Prevención del Cáncer Oral, dentro de sus postulados expone la necesidad de promover la investigación y las acciones alrededor de los factores biológicos, conductuales y psicosociales, enfatizando en la interrelación entre salud bucal y la salud general, así como también en el fortalecimiento del recurso humano [2].

Recientemente en Latinoamérica se cuenta con la carta de Brasilia sobre la salud bucal de las Américas de Octubre de 2009, la cual reconoce los altos niveles de inequidad social en la distribución de las enfermedades bucales, su impacto en el desarrollo social y económico de nuestros pueblos, y el compromiso de aportar a los objetivos de desarrollo del milenio, para ello se cree necesario disponer de recursos suficientes, respetar su aplicación, y la organización estratégica de los mismos para que los estados garanticen el derecho a la salud bucal con equidad e inclusión social [3], precedente que pone por primera vez sobre el tapete una aproximación entre la salud bucal y la equidad, junto con los determinantes sociales.

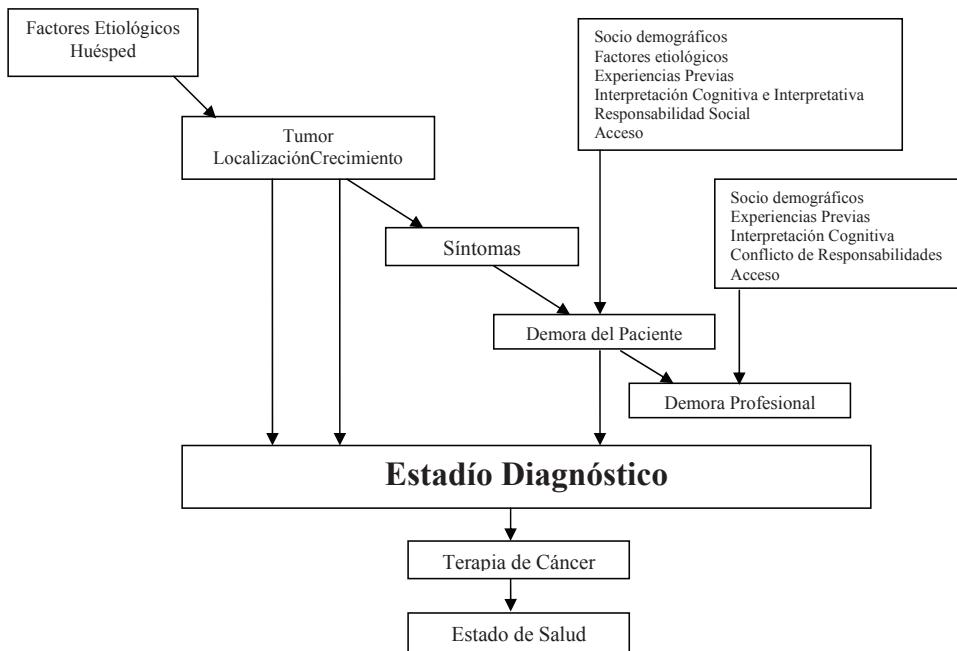
Los programas de detección temprana del cáncer oral y el monitoreo de estándares de cuidado basados en evidencia son igualmente necesarios para la identificación y evaluación de estrategias en aras de la prevención, el tratamiento y el control de esta enfermedad. En consecuencia toma relevancia la prevención primaria y los cuidados paliativos del cáncer oral, pero especialmente la detección temprana, la cual se convierte en un asunto de salud pública en todo el mundo, puesto que las enfermedades bucodentales son prevalentes en grupos poblacionales desprotegidos, en los que el cáncer tiene

efectos tan devastadores como la pérdida de dientes y los traumas causados por accidentes y lesiones no intencionales, los cuales impactan de manera dramática en la calidad de vida de todos, principalmente de los adultos mayores.

El cáncer de cavidad oral junto con el de faringe, en el mundo entero alcanza alrededor de 350.000 y 400.000 nuevos casos por año, de los cuales el 17% aparecen en labio, el 14% en piso de boca y el 30% en lengua. La mayoría de estos cánceres son diagnosticados en etapas tardías [4].

Se sabe que tanto odontólogos como auxiliares de salud oral tienen pocas habilidades para la prevención y control del cáncer oral. Lo anterior aún cuando el examen del cáncer oral es altamente preventivo y efectivo, y aún cuando los odontólogos y auxiliares de salud oral actualmente tienen mayores posibilidades de recibir información y capacitación sobre prevención del cáncer oral por parte de revistas científicas y asociaciones; sin embargo, se ha demostrado que los pacientes tienen más acceso a los médicos que a los mismos odontólogos en cuanto a detección temprana del cáncer oral se refiere; es así como los médicos desempeñan también un rol importante en el diseño e implementación de programas preventivos de cáncer oral. Por tales motivos, la detección del cáncer involucra a todos los profesionales de la salud en la reducción de la morbilidad y de la mortalidad [5-9].

Los diagnósticos tardíos asociados a la demora de los profesionales se relacionan con tumores pequeños, aunque otros autores reportan que no hay una asociación significativa entre el diagnóstico tardío y el tamaño del tumor. Además, la especialidad de los profesionales es un factor importante en el diagnóstico tardío. Hay reportes que indican que la duración entre la visita al odontólogo y la interconsulta con el especialista es mayor que en el caso de la visita al médico y la interconsulta con el especialista, es decir, los odontólogos se demoran más en remitir al especialista y tienen menos capacidades para diferenciar un cáncer oral de lesiones benignas (figura 1) [10-19]. De hecho, en el ámbito mundial se han producido un gran número de guías en los últimos años, las cuales enfatizan en la planificación de la detección temprana por parte del personal médico, grupos de pacientes y miembros de la sociedad [20, 21].



**Figura 1.** Proceso diagnóstico del cáncer oral: un modelo conceptual.

## La edad y el diagnóstico tardío

Recientes avances en Odontología reportan que los aspectos clínicos más importantes en oncología oral y odontogeriatría a tener en cuenta son los de la detección temprana y el control del cáncer oral [22]. Hay dos aspectos importantes que atañen a la efectividad de la detección temprana y el control en adultos mayores, el primero es el retraso diagnóstico, el cual se identifica como un factor asociado al profesional y al paciente; y el segundo es la eficacia con la que se informa al paciente de las consecuencias de un diagnóstico tardío, el cual tiene un efecto primario en el conocimiento general del público y tiene un efecto secundario sobre la enfermedad, por este criterio las características de una prueba *screening* ideal se han basado en preguntas realizadas a clínicos y científicos [23-26].

Debido a que la historia natural del cáncer oral y el precáncer es variable entre países con tipologías distintas de pirámide poblacional, algunos con baja y otros con alta incidencia, los criterios sobre principios y prácticas del *screening* entre países no pueden ser comparables. No obstante, la detección temprana por examinación visual es posible realizarse en cualquier comunidad o región en el marco de la atención primaria en salud [27, 28]. Lo anterior cuando es sabido que existe mayor prevalencia de cáncer oral en adultos mayores. Esta es una razón importante por la que muchos autores afirman

que la edad es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer oral [29], especialmente los hombres, cuyas tasas de incidencia son más altas, con un gradual aumento en el sexo femenino [30, 31].

Es preciso destacar que en las Américas, el rápido crecimiento de los adultos de 60 y más años de edad y los de 80 y más años de edad empeora la situación de salud [31, 32]. En América Latina y el Caribe, el grupo de 60 y más años de edad constitúa el 5,6% de la población en 1950 y aumentó a 9,0% en 2005; se prevé que llegará a 11,3% de la población total en 2015 y a 24,3% en 2050. La porción de la población total representada por el grupo de 80 y más años de edad saltó de 0,4% a 1,2% en América Latina y el Caribe (se prevé que aumentará a 1,7% en 2015). A medida que envejece la población en nuestra región la situación es más preocupante, ya que se reduce la relación entre los adultos en edad productiva y los ancianos, al igual que disminuye la posibilidad de financiar el apoyo para estos últimos [32-36]. Además, en los próximos 10 años, las defunciones por enfermedades crónicas como el cáncer oral aumentarán en 17%. En resumen, el aumento previsto en la carga de enfermedades crónicas como el cáncer oral es atribuible al envejecimiento de la población y a los comportamientos y elecciones poco saludables que hacen los individuos y las comunidades, con una nutrición deficiente, sobre peso y obesidad, así como el consumo de tabaco y alcohol [37-39].

## El gradiente social y el diagnóstico tardío del cáncer oral

El contexto socioeconómico y la posición social ejercen una poderosa influencia en la salud de las sociedades, especialmente en los individuos de mayor edad. La ocupación, los ingresos y la riqueza pueden determinar la posición social de las poblaciones; en esa medida, la educación, la vivienda, el área de residencia y la privatización se han usado como importantes indicadores. Otros ejemplos tácitos de la influencia de las inequidades socioeconómicas en las formas de morir y vivir de las personas son la alta mortalidad y los padecimientos previos a la muerte que anteceden el acceso a un servicio de salud en regiones como África, Asia y Latinoamérica, especialmente por enfermedades crónicas y en población de adultos mayores. Aunado a lo anterior, el impacto económico y social en los supervivientes es sustancial, muchas de las personas afectadas, adultos mayores, sufren de estigma social y de discriminación, siendo este fenómeno el que favorece los perjuicios a la salud general y a la bucal. En resumidas cuentas, mientras los factores genéticos y biológicos desempeñan un rol importante en la vulnerabilidad diferencial de diferentes grupos poblacionales, es muy considerable la influencia de la cultura, el contexto socioambiental y en gran medida el estado socioeconómico [40].

Como se mencionaba anteriormente, la exposición diferencial, la relación entre posición social, la genética, la biología y el ambiente sociocultural es bastante complejo. Las personas en diferentes países y diferentes estratos sociales dentro de los países pueden tener grados variables de exposición a factores de riesgo [41]. Las condiciones de vivienda, de trabajo y los estilos de vida tienen un profundo impacto en la salud y el bienestar. En muchos países desarrollados, el acceso al agua potable, servicios públicos y sanitarios puedan estar limitados [42]. En el caso de la salud bucal, la socioepidemiología ha mostrado que las variables más utilizadas como indicadores del estado socioeconómico son: clase social, educación, empleo, etnia, urbanización y género [43].

La vulnerabilidad diferencial es otro asunto que afecta la salud bucal desde que se reconoce que la distribución desigual de la riqueza, el desempleo y la falta de movilidad social y cohesión pueden incrementar la vulnerabilidad de los individuos. Enfermedades orales como el cáncer se encuentran en circunstancias sociales de marginación [44]. Las prácticas de autocuidado y las visitas odontológicas varían de acuerdo a la edad, género, estado socioeconómico, etnicidad, redes sociales y urbanización. Las mujeres tienden a tener mejor cuidado de su salud oral y a frequentar más al odontólogo que

los hombres, lo cual no significa que la salud oral de las mujeres sea mejor, sino que los hombres son afectados por enfermedades más agresivas como el cáncer oral en comparación con el género femenino, lo cual es atribuible a la alta exposición a factores de riesgo tales como: tabaquismo, alcoholismo y una dieta deficiente. Cabe destacar que la incidencia de cáncer oral variable entre países, refleja perfiles de riesgo, así como la accesibilidad a los servicios de salud [45].

No obstante, la vulnerabilidad aumenta en aquellos adultos mayores medicamente comprometidos, con discapacidad física y los que se encuentran confinados en casa por enfermedades como el cáncer oral. Cabe destacar que la prevención de las enfermedades orales como el cáncer puede dificultarse por la disponibilidad y la asequibilidad de opciones saludables y servicios de salud oral, especialmente en comunidades en desventaja social que habitan las zonas rurales y de bajos recursos, con dificultades de movilidad y falta de transporte. Condiciones que impiden la visita al odontólogo y el acceso a los cuidados preventivos de acuerdo a la encuesta de salud mundial [46].

Desde un análisis de determinantes de salud oral es posible vislumbrar factores diferenciales; el gradiente social en salud oral persiste sobre el tiempo y refleja la fuerte relación entre salud oral y los factores socioeconómicos. En efecto, los cánceres orales son un considerable componente de la carga global de enfermedad a pesar de que son prevenibles a través de la intervención de sus factores de riesgo. Cabe resaltar que la población de bajos ingresos y los grupos en desventaja son generalmente los más expuestos a los factores de riesgo prevenibles del cáncer oral, tales como: carcinógenos ambientales, alcohol, agentes infecciosos y el consumo de tabaco. Aunado a esto, hay que destacar que estos grupos también tienen poco acceso a los servicios de salud y educación, que en caso contrario los empoderarían a tomar decisiones para proteger y mejorar su propia salud [47].

Según la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud, la inequidad en salud implica que las desigualdades sean innecesarias, evitables e injustas. Uno de los determinantes que más impacto tiene sobre las desigualdades en la salud bucal es la inequidad en el acceso a los servicios de salud, destacándose en diferentes estudios las barreras de acceso a salud como las más predominantes [48].

Según el análisis realizado por la *International Agency for Research on Cancer* (IARC), el aumento de la incidencia de cáncer será mayor en las regiones más pobres del mundo: África, sureste asiático, India y Latinoamérica. En revisiones sistemáticas se ha reporta-

do que la incidencia y la mortalidad por localizaciones de cáncer son diferentes entre los distintos niveles socioeconómicos y de género [48]. Por un lado, los hombres de estratos bajos tienen mayor riesgo de enfermar y morir por cáncer del sistema respiratorio (nariz, laringe o pulmón) y cáncer de la cavidad oral (faringe, esófago o estómago), mientras que las mujeres de estos mismos estratos tienen mayor riesgo de cáncer de esófago, estómago y cuello uterino. Por otro lado, en el caso de las clases sociales altas, los hombres tienen mayor riesgo de enfermar y morir por cáncer de colon, cerebro y melanoma; y las mujeres, por cáncer de colon, mama, ovario y piel [49, 50].

Desde la perspectiva del gradiente social, se puede afirmar que las clases sociales bajas tienen mayor incidencia y mortalidad por cáncer bucal y zonas adyacentes que las más altas. Estas diferencias por clase social se explican por exposiciones diferenciales a factores de riesgo como: la educación y las condiciones de trabajo, el nivel educativo, el comportamiento sexual y reproductivo (virus del papiloma humano), los agentes biológicos en general, comportamientos, hábitos y consumos relacionados con la clase social (dieta, tabaco, alcohol, sedentarismo, etc.). Adicionalmente, pueden existir barreras aún desconocidas para acceder a la detección temprana y control de esta enfermedad, es decir, aquellas que impiden realizar el autoexamen bucal, la modificación de hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol, y la accesibilidad a la cavidad bucal por examen clínico, citológico y la biopsia. Sin embargo, en países en vías de desarrollo aún la capacidad local para hacerse la prueba, la disponibilidad de recursos financieros, tecnológicos y humanos y la oferta del servicio pueden depender de un seguro de salud privado [51].

No obstante, se encuentran ejemplos en regiones en subdesarrollo que comprueban que la detección temprana ha sido una de las estrategias más eficaces. Los países del sudeste asiático a pesar de sus limitaciones económicas han recurrido a la prevención primaria y secundaria, produciendo tanto una reducción significativa de la morbilidad y la mortalidad, como del incremento de la curación y la supervivencia [52]. Sin embargo, no es clara aún la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades de las personas que ya padecen la enfermedad con el objeto de poseer información oportuna que pueda contribuir al fortalecimiento de acciones y políticas de salud bucal [53].

En Colombia no hay reportes de asociación alguna de las inequidades y el riesgo de cáncer oral, y mucho menos en adultos mayores; pero, si existen estudios que demuestran que la población más pobre y vulnerable,

tenga o no aseguramiento, cuenta con dificultades para acceder a diagnóstico temprano y tratamiento de cánceres como el de mama y cuello uterino, esto desde luego permite deducir que la cavidad oral no es la excepción. En efecto, hay estudios que permiten deducir que esta asociación en Colombia es existente, ejemplo de ello un estudio nacional de inequidad en salud que demostró que en 2003, el país ocupó la posición 56 frente a 127 países del mundo estudiados con el indicador IHH [0,22π] de inequidad en salud, mientras que países como Chile ocuparon el puesto 1, con 0,00π y Laos ocupó la posición 127 con 0,59π. Es decir, Colombia estuvo en un término medio de inequidad en salud en el mundo. Esta situación, según Eslava, incrementó luego de la implementación de la Ley 100 de 1993 en el sistema de salud; lo cual se hizo evidente en primer lugar porque la inequidad en salud estaba en 0,23π, mientras que dos años después se disparó a 0,28π. Por otro lado, porque en 1993 el gasto público total fue de 12 billones de pesos y se supone había más equidad (IHH = 0,23π); mientras que en 1997 la inversión subió casi el doble, a 20 billones, pero la inequidad aumentó de manera considerable (IHH = 0,28π) [54].

De manera que en materia de oncología oral y salud pública, las experiencias más exitosas en la disminución del cáncer bucal y de las lesiones preneoplásicas como leucoplasia y eritroplasia han sido orientadas por países como Cuba con estrategias de bajo costo que en materia de la equidad en salud, son un éxito. Esto no se puede decir de países como Colombia donde el carcinoma escamocelular es la neoplasia de mayor aparición en cavidad oral y en otras localizaciones de las vías aerodigestivas superiores, la cual se origina como una lesión premaligna que representa el 25,7 % de todos los cánceres de piel según el Instituto Nacional de Cancerología en 1998 [55]. Esta situación ocurre a pesar de que al interior del país se cuenta con información de algunas regiones, por ejemplo el suroccidente, donde de 99 casos de cáncer bucal fueron registrados entre 1998 y 2002 en el municipio de Pasto, con una tasa cruda de 7.82 casos por 100.000 habitantes y una tasa ajustada por edad de 8.51, así como también una incidencia específica o por género de 6.54 por 100.000 habitantes y una tasa ajustada por edad de 8.02. Lo anterior con diferencias destacables en cuanto a género con respecto a los reportes mundiales, dado que se reportó una relación 1:1 entre hombres y mujeres y no de una relación de 2:1, 3:1 o 4:1 [56]. Estos datos reflejan que la historia natural del cáncer oral y el precáncer es variable entre países y subregiones con baja y alta incidencia [57, 58].

Por lo tanto, el diagnóstico precoz del cáncer de cavidad oral es muy eficiente y preventivo porque los

factores de riesgo son fácilmente identificables y porque la fase inicial asintomática es fácilmente detectable; pero, de manera contradictoria, los resultados son muy pobres, en primer lugar, porque se utilizan criterios inadecuados para el reconocimiento clínico de la enfermedad temprana [59] y, en segundo lugar, porque no se enfoca a grupos específicos, es decir, no se tiene un conocimiento plausible de las diferentes regiones, culturas y sus condiciones, modos y estilos de vida; es decir, de sus determinantes sociales de salud.

Cabe resaltar que la equidad y los determinantes sociales de la salud bucal cobran valor si se destacan de los reportes de literatura sobre el cáncer oral, que la población más afectada es la de adultos mayores, la cual no suele ser una población activa económicamente, viven usualmente en condiciones de marginalidad y poseen persistentes comportamientos y elecciones poco saludables como la mala nutrición, la mala higiene, el no acceso a servicios de salud, sobrepeso/obesidad, y antecedentes de consumo de tabaco y alcohol. Es obvio entonces que una enfermedad que es de fácil detección, pero con una alta mortalidad, cuente ya en la epidemiología clásica con la identificación de los factores causales del diagnóstico tardío, los cuales son identificados como a) El ejercicio profesional, b) Las barreras de acceso a los servicios de salud y c) El desconocimiento por parte del paciente por deficiencias en el sistema de salud. No obstante, no está claro aún que dichos fenómenos se produzcan, observen y afronten en la comunidad o sociedad, por tal razón se considera necesaria la relación entre las inequidades socioeconómicas y la detección tardía del cáncer oral [60].

Además, se asume que las inequidades en el acceso a la salud por deficiencias del sistema de salud existentes en la mayoría de los países del mundo están asociadas a la falta de conducción de campañas educativas que garanticen tanto la instrucción de la población como el entrenamiento de los profesionales de la salud bucal en el ámbito local, regional y nacional, por este criterio es usual la atribución que este problema en Colombia se deba a la arquitectura misma del sistema de salud, por la falta de información y de presupuesto, y por desconocimiento en las barreras de acceso [61].

A partir de lo anterior, también es evidente que no se articulan con el sector público colombiano en salud las empresas fabricantes y comercializadoras multinacionales que proveen de herramientas tecnológicas para la detección temprana y el control del cáncer oral y se sabe de antemano que la prevención y el control del cáncer oral no son una prioridad en el ejercicio del profesional de la salud oral por el interés quirúrgico y restaurador con fines estéticos de los odontólogos. Solo hasta el año 2010,

el Estado colombiano instaura una Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer [62], en el momento en el que se viene produciendo un importante cambio en la estructura de las poblaciones, tanto en términos absolutos como relativos. Por ejemplo, en la actualidad, la exposición a factores de riesgo como el tabaquismo se presentan cada vez más en personas jóvenes cuando es evidente que esta población a futuro, como población anciana será superior a la actual.

## Conclusiones

De manera desafortunada hay un incremento dramático del desarrollo del cáncer oral en las últimas décadas en países en subdesarrollo. Esto contrasta con estudios que han demostrado que hay un incremento del conocimiento del cáncer oral en individuos que acceden a folletos informativos. Es así como herramientas tan sencillas como los folletos informativos son un método de divulgación y formación importante. Otras herramientas como el cribaje pueden ofrecer la oportunidad de reducir la incidencia de las lesiones invasoras y también podría ayudar a reducir las tasas de mortalidad asociadas con el cáncer oral. Además, el cribaje podría ayudar a identificar grupos de alto riesgo y brindaría mejores oportunidades para las intervenciones [63].

Aunque el cáncer oral es un problema de salud global con una incidencia y tasas de mortalidad en aumento, no se han implementado programas nacionales de cribaje en población Colombiana, ni siquiera se ha discutido si se deben emplear los métodos de cribaje para el cáncer oral en el trabajo diario de los proveedores de atención sanitaria.

El cáncer de boca y de faringe tiene una tasa de supervivencia baja, principalmente porque en muchos casos la enfermedad no es diagnosticada sino en adultos mayores con un estado avanzado de la enfermedad. Aunado a esto, el tabaquismo además de ser el principal factor etiológico del cáncer de cavidad oral, se encuentra insertado en el ámbito cultural de poblaciones como las afrodescendientes; no suficiente con esto, en Colombia parte del presupuesto destinado a salud es cubierto con las tributaciones de las empresas tabacaleras. En materia de detección temprana y control del cáncer oral no existe intersectorialidad, a pesar de que las autoridades sanitarias requieren ser apoyadas por el sector educativo y el sector empresarial y, por otro lado, en los programas de odontología no se promueven intervenciones de detección temprana y control del cáncer oral [64].

Actualmente, conceptos fundamentales de la salud pública, tales como el bienestar colectivo como una categoría teórica en muchos países son ampliamente acep-

tados porque está relacionado con la organización política y económica global de la sociedad o el Estado como organizador de la acción colectiva; lo anterior como un factor clave en la organización política y económica de cada sociedad para el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud. Es decir, esto es posible siempre que en materia de salud el enfoque sea desde los determinantes sociales de salud que siempre han confrontado a la sociedad con temas como la equidad, la justicia social, los derechos humanos y la ética de las decisiones públicas [65].

De esta manera, la comprensión del proceso salud-enfermedad, de acuerdo a la medicina social latinoamericana, permite entender que las inequidades en salud están asociadas a relaciones sociales de producción, al desgaste y deterioro de salud en razón de la inserción en los procesos productivos, a la comprensión de la desigual distribución de la salud-enfermedad en función de las clases sociales, al análisis de las políticas de salud, que atienden a la estructuración de los régimen políticos y a las decisiones públicas de acuerdo con la correlación de fuerzas de las clases en disputa [66].

En ese sentido, autores contemporáneos como Wilkinson y Marmot a través de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud han manifestado que las condiciones de vida determinadas por la distribución del dinero, de los recursos y del poder, así como la actuación sobre los determinantes de poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, son elementos trazadores de la equidad. Un hecho probado es el gradiente social que tiene que ver con las inequidades socioeconómicas, que es cuando desciende la escala social en un país o región determinados y trae como consecuencia la disminución de la esperanza de vida por circunstancias sociales y económicas (pobreza, exclusión social, vivienda mala condición); esto, a su vez, aumenta los riesgos de muerte prematura y de enfermar de cáncer oral [67].

Es claro que las inequidades que provienen de las desigualdades estructurales y la distribución primaria del ingreso, es decir, las que provienen de la ausencia o la debilidad del gasto público social y las que provienen del tipo de sistema de salud [68] están presentes en nuestro país y, de alguna u otra manera, inciden en la salud; puesto que la salud y la enfermedad no son sólo categorías científicas sino sociales y políticas, es decir, formas de poder.

Importantes estudios como MacIntyre afirman que la expresión de las inequidades en salud deben ser interpretadas de acuerdo a las diferencias, variaciones y disparidades de un país, pero también de zonas dentro del país, ya que lo que se considera injustificado, evitable e

innecesario es que algunas poblaciones se hayan tornado vulnerables a causa de estructuras sociales fundamentales e instituciones políticas, económicas y jurídicas como los adultos mayores; es decir, si bien es aceptable que existan diferencias, no deben encontrarse injusticias. Lo anterior implica que el Estado y la sociedad se autoevalúen y, por tanto, identifiquen la evitabilidad como criterio de justicia, lo cual induce a la sociedad y al Estado a considerar ciertas desigualdades en salud como injustificables, en este caso el hecho de que el cáncer oral sea una enfermedad de los más vulnerables y de los más viejos sugiere que la posición dentro de la estructura social es un fuerte predictor tanto de la morbilidad como de la mortalidad. Además, es claro que existe una asociación entre el estado de salud y el estatus social, es decir, hay sujetos que gozan de mejor nivel socioeconómico y por tanto disfrutan de mejor salud [69, 70].

Con respecto al estudio de las inequidades en salud bucal, se puede decir que se ha incrementado el número de publicaciones, tanto de las desigualdades autopercibidas como de las evaluadas por personal de salud; entre estas, las que se refieren al uso de servicios dentales como la detección temprana del cáncer oral [71].

Igualmente, en Colombia la equidad del sistema de salud ha sido debatida, al evidenciarse que el modelo de salud busca proveer un servicio de consumo individual, que solo puede universalizarse por la vía del mercado, por tanto está ligado a la capacidad de pago de los individuos. Lo anterior contradice el objeto de la detección temprana y el control del cáncer bucal, puesto que debería ser un asunto de política pública que involucrara a todos los sectores, sobre todo a los adultos mayores. Asimismo, la asunción de la salud bucal como un derecho fundamental va más allá de la integrada participación de los servicios de salud bucal como actores del reconocimiento de esta como un componente de la salud general del individuo, ya que su mayor relevancia está en que se trata de un derecho fundamental [72].

## Referencias

- 1 Petersen PE. Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009; 45(4-5): 454-460.
- 2 World Health Organization. The Crete Declaration on Oral Cancer Prevention 2005 - A commitment to action [internet]. WHO; 2005 [acceso: 10 de octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.who.int/oral\\_health/events/crete\\_declaration\\_05/en/](http://www.who.int/oral_health/events/crete_declaration_05/en/).
- 3 Carta de Brasilia sobre Salud Bucal en las Américas. En: II Encuentro Internacional de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal de los Países Latino-Americanos. Brasilia 2009.
- 4 Altekruze SF, Kosary CL, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, Ruhl J, Howlader N, Tatalovich Z, Cho H, Mariotti A, Eisner MP, Lewis DR, Cronin K, Chen HS, Feuer EJ,

- Stinchcomb DG, Edwards BK. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007 [internet]. USA: National Cancer Institute; 2009 [acceso 5 de Octubre de 2008]. Disponible en: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2007/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2007/).
- 5 Warnakulasuriya K, Johnson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis.* 1999; 5: 10-14.
  - 6 Horowitz AM, Drury TF, Canto MT. Practices of Maryland dentists: oral cancer prevention and early detection-baseline data from 1995. *Oral Dis.* 2000; 6: 282-288.
  - 7 Greenwood M, Lowry RJ. Primary care clinicians' knowledge of oral cancer: a study of dentists and doctors in the North East of England. *Br Dent J.* 2001; 191: 510-512.
  - 8 Alonge OK, Narendran S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practising along the Texas-Mexico border. *Oral Dis.* 2003; 9: 41-45.
  - 9 Hertrampf K, Wenzb HJ, Koller M, Springer I, Jargot A, Wiltsang J. Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. *Oral Oncology.* 2009; 45: 877-882.
  - 10 Andersen BL, Cacioppo JT. Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology.* 1995; 34: 33-52.
  - 11 Mackillop WJ, Zhou Y, Quirt CF. A comparison of delays in the treatment of cancer with radiation in Canada and the United States. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics.* 1995; 32(2):531-539.
  - 12 American Joint Committee on Cancer: Manual for Staging of Cancer. 4th Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.
  - 13 Bruun JP. Time lapse by diagnosis of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976; 42: 139-149.
  - 14 Cooke B, Tapper JL. Recognition of oral cancer. Causes of delay. *Br Dent J.* 1977; 142: 96-98.
  - 15 Scully C, Malamos D, Levers BG, Porter SR, Prime SS. Sources and pattern of referrals of oral cancer: role of general practitioners. *Br Med J.* 1986; 293: 599-601.
  - 16 Guggenheim J, Verbin RS, Johnson JT, Horkowitz CA, Myers EN. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. *Cancer.* 1989; 64: 932-935.
  - 17 Dimitroulis G, Reade P, Wiesenfeld D. Referral patterns of patients with oral squamous cell carcinoma, Australia. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1992; 28B: 23-27.
  - 18 Jovanovic A, Kostense PJ, Schulten EA, Snow GB, Van der WI. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma; a report from the Netherlands. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1992; 28B: 37-38.
  - 19 Gorsky M, Dayan D. Referral delay in diagnosis of oro/oropharyngeal cancer in Israel. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1995; 31B: 166-168.
  - 20 Hollows P, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. *Br Dent J.* 2000; 188: 262-265.
  - 21 López J, Camacho A. New barriers in oral cancer. Patient accessibility to dental examination—A pilot study. *Oral Oncology.* 2006; 42: 1022-1025.
  - 22 Humphris GM, Duncalf M, Holt D, Field EA. The experimental evaluation of an oral cancer information leaflet. *Oral Oncol.* 1999; 35; 575-582.
  - 23 Bagan JV, Scully C. Recent advances in Oral Oncology 2007. *Oral Oncol.* 2008; 44; 103-108.
  - 24 Brouha XD, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst JA, Leeuw JR. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol.* 2007; 43(6): 551-556.
  - 25 Rogers SN, Pabla R, McSorley A, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. An assessment of deprivation as a factor in the delays in presentation, diagnosis and treatment in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2007; 43(7): 648-655.
  - 26 Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncol.* 2007; 43(4): 408-415.
  - 27 Patton LL. Adjunctive techniques for oral cancer examination and lesion diagnosis: A systematic review of the literature. *The Journal of the American Dental Association.* 2008; 139: 896.
  - 28 Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK. Incidence of oral cancer and natural history of precancerous lesions in a 10 year follow-up study of Indian villagers. *Comm Dental Oral Epidemiol.* 1980; 8: 287-333.
  - 29 La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Levi F. Trends in oral cancer mortality in Europe. *Oral Oncol.* 2004; 40: 433-439.
  - 30 Rocha A, Obando D, Eraso C. Análisis descriptivo del cáncer oral en el Municipio de Pasto. *Revista Universidad y Salud.* 2010; 10 (12): 20-26.
  - 31 Al- Rajhi N, Khafaga Y, El-Husseiny J, Saleem M, Mourad W, Al-Otieschan A, Al- Amro A. Early stage carcinoma of oral tongue: prognostic factors for local control and survival. *Oral Oncol.* 2000; 36: 508-514.
  - 32 Johnson NW, Ranasinghe AW, Warnakulasuriya KA. Potentially malignant lesions and conditions of the mouth and oropharynx: natural history—cellular and molecular markers of risk. *Eur J Cancer Prev.* 1993; 2: 31-51.
  - 33 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. En: Panorama de la salud en la región. Washington: OPS-OMS; 2007. p. 684-685.
  - 34 Marques LA, Eluf-Neto J, Figueiredo RA, Góis-Filho JF, Kowalski LP, Carvalho MB, Abrahão M, Wünsch-Filho V. Oral health, hygiene practices and oral cancer. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3): 471-479.
  - 35 Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health.* 2005; 17(5/6): 419-428.
  - 36 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050 [internet]. Washington, D.C.; CEPAL: 2003 [Acceso 15 de abril de 2005]; p.137-80. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2004/02/>.
  - 37 Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Growth with stability. Financing for development in the new international context (up-dated version). (Libros de la CEPAL No. 67), Santiago: ECLAC; 2002. 49-50.
  - 38 National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville Pike: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
  - 39 Arias V, Samuel A. Inequality and cancer: A conceptual revision. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27 (3): 341-348.

- 40 Ziglio E. Health systems confront poverty. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa, Public Health Case Study; 2003.
- 41 Kwan S, Petersen PE. Oral Health: equity and social determinants. En: Equity, social determinants and public health programmes. Editado por Erik Blas y Anand Sivasankara. WHO; 2005: 159-176.
- 42 Hobdell M, Peterse PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J.* 2003; 53: 285-288.
- 43 Petersen PE. Inequalities in oral health: the social context for oral health. In: Pine C, Harris R. Community oral health. London, Quintessence Publishing Co; 2007.
- 44 Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan DS, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the WHO.* 2005; 83(3): 661-669.
- 45 Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet.* 2005; 365: 1099-1104.
- 46 Pizarro V, Ferrer M, Domingo A, Benach J, Borrell C, Pont A, Schiaffino A, Almansa J, Tresserras R, Alonso J. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009; 37: 78-84.
- 47 Trans-HHS Cancer Health Disparities Progress Review Group. Making Cancer Health Disparities History [Internet]. IARC: Sci Publ; 1997 [acceso 6 de octubre de 2008]; (138): 25-39. Disponible en: <http://www.hhs.gov/chdprg/>. Tomatis L. Inequalities in cancer risks. *Semin Oncol.* 2001; 28(2): 207-209.
- 48 Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P. Social inequalities and cancer. En: Social inequalities and cancer. Lyon: IARC Scientific Publications No. 138; 1997.
- 49 Kurkure AP, Yeole BB. Social inequalities in cancer with special reference to South Asian countries. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7(1): 36-40.
- 50 De Kok IM, Van Lenthe FJ, Avendano M, Louwman M, Coebergh JW, Mackenbach JP. Childhood social class and cancer incidence: results of the globe study. *Soc Sci Med.* 2008; 66(5): 1131-1139.
- 51 Yen Kao S, Chen YW, Chang KW, Yun Liu T. Detection and Screening of Oral Cancer and Pre-cancerous Lesions. *J Chin Med Assoc.* 2009; 72 (5): 227-233.
- 52 Ferreira JL, Capel P. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(2): 1-6.
- 53 Eslava JV, Gaitán HG, Agudelo CA, Alfonso H. Epidemiologic estimators' Power of measuring health disparities in High Income OECD Countries. 1998-2002. *Rev Salud Pública.* 2008; 10: 3-14.
- 54 Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. ¿Dónde se localiza más frecuentemente el cáncer? Cáncer de piel. En: Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología; 2004. p.34-36.
- 55 Gómez ES, Bologna RE, Nevarez A, Rocha A. Prevalencia del VPH en el proceso de malignización de lesiones de vías aerodigestivas superiores. *Int. J. Odontostomat.* 2011; 5(1): 5-12.
- 56 Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK, Pindborg JJ, Bhonsle RB, Jallanwalla PN, Sinor PN, Pitkar VK, Murti PR, Irani RR, Shah HT, Kadam PM, Iyer HM, Hedge AK, Chandrashekhar GK, Shroff BC, Sahiar BE, Mehta MN. Incidence rates of oral cancer and natural history of precancerous lesions in a 10 year follow-up study of Indian villagers. *Comm Dental Oral Epidemiol.* 1980; 8: 287-333.
- 57 Johnson NW, Ranasinghe AW, Warnakulasuriya S. Potentially malignant lesions and conditions of the mouth and oropharynx: natural history—cellular and molecular markers of risk. *Eur J Cancer Prev.* 1993; 2(Suppl 2): 31-51.
- 58 Rocha A. Cáncer oral: El papel del Odontólogo en la detección temprana y control. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2009; 21 (2): 112-121.
- 59 Smith RA, Cokkinides V, Webb O. Cancer screening in the United States, 2008: A review of current American Cancer Society guidelines and cancer screening issues. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2008; 58: 161-179.
- 60 Donnell A, Jin S, Zavras AI. Delay in the diagnosis of oral cancer. *J Stomatol Invest.* 2008; 2: 15-26.
- 61 República de Colombia, Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado. Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2010-2019. Bogotá: INC, ESE; 2010.
- 62 Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: Primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncol.* 2007; 43: 408-415.
- 63 Coulter A. Evidence based patient information is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. *British Medical Journal.* 1998; 317: 225-226.
- 64 World Health Organization. A conceptual framework for action on social determinants of health [internet]. WHO; 2007 [acceso 8 de octubre de 2008]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf).
- 65 López O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales sobre la salud, ALAMES. *Med Soc.* 2008; 3(4): 323-335.
- 66 Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health: the solid facts. 2<sup>nd</sup> edition. WHO; 2003.
- 67 Kuh D, Power C, Blane D, Bartley M. Socioeconomic pathways between childhood and adult health. In *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: tracing the origins of illhealth from early to adult life* 2003. Oxford: Oxford University Press (Eds. Kuh DL, Shlomo B) 2<sup>nd</sup> edition; 2004.
- 68 McIntyre D, Whitehead M, Gilson L, Dahlgren G, Tang S. Equity impacts of neoliberal reforms: what should the policy responses be?. *International Journal of Health Services.* 2007; 37: 693-709.
- 69 McIntyre D, Thiede M, Birch S. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Economics, Policy and Law.* 2009; 4: 179-193.
- 70 Camargo MB, Dumith SC, Barros AJ. Uso regular de servicios odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Pública.* 2009; 25(9): 1894-1906.
- 71 Céspedes JE, Jaramillo I, Castaño RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Pública Rio de Janeiro.* 2002; 18(4) 1003-1102.
- 72 Rocha A, Patiño A. Salud bucal de las personas privadas de la libertad: Un planteamiento justo. *Rev. Fac. Nac. Salud pública* 2010; 28 (3): 294-300.