

Pla operatiu d'atenció al càncer a Barcelona 2002-2005

Document per difusió
(Incorpora les esmenes de les institucions i experts)

21/11/2003

Direcció de Planificació i Avaluació
Novembre 2003
Ref/POcancer

Coordinació del document:

Àlex Guarga. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)
Alfonso Pozuelo. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)

Equip redactor del document:

Àlex Guarga. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)
Alfonso Pozuelo. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)
Aina Plaza. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)
Carmen Medina. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)
Jaume Estany Corporació Sanitària de Barcelona (CSB)
Josep Farrès. Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)

Antoni Plasència. Agència de Salut Pública de Barcelona (AGSP)
Carme Borrell. Agència de Salut Pública de Barcelona (AGSP)
Manel Nebot. Agència de Salut Pública de Barcelona (AGSP)
Lucía Artazcoz. Agència de Salut Pública de Barcelona (AGSP)
Joan R. Villalbí. Agència de Salut Pública de Barcelona (AGSP)

Josep Maria Borràs Pla Director d'Oncologia a Catalunya. (PDOC)
Roger Plà Pla Director d'Oncologia a Catalunya. (PDOC)

Comitè de Coordinació Oncològica:

Agència de Salut Pública de Barcelona

Borrell, Carme

Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona de l'ICS

Costa, Josep

Clínica Plató Fundació Privada

Trias, Isabel

Corporació Sanitària Clínic

Montserrat, Emili

Fundació Puigvert

Isàbal, Helena

Consorti Sanitari de Barcelona

Estany, Jaume Secretari de Comitè de Coordinació Oncològica

Guarga, Àlex

Farrès, Josep

Pozuelo, Alfonso

Consorti Sanitari Integral

Ibáñez, José Luis

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Bonfill Xavier

Hospital Dos de Maig

Pueyo, Josep

Hospital San Rafael

Vilurbina, Francesc

Hospital Universitari Sagrat Cor

Segura, Agustí

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Riba, Jordi

Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica a Empleats Municipals (PAMEM)

Picas, Josep M.

Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)

Serrano, Sergi

Pla Director d'Oncologia a Catalunya. (PDOC)

Borràs, Josep Maria

Plà, Roger

Institucions i professionals participants:

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM)

Espallargues, Mireia

Agència de Salut Pública de Barcelona

Borrell, Carme (Coordinadora)

Artazcoz, Lucía

Manel Nebot

Pérez, Glòria

Plasència, Antoni

Villalbí, Joan R.

Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona de l'ICS

Costa, Josep (Coordinador)

Romea, Soledad

Atenció Primària:

EAP 10E Encants

Segura, Josep M.

EAP 7B Sardenya

Sallares, Jaume

Consorci Sanitari Integral

Ibáñez, José Luis

Clínica Plató Fundació Privada

Trias, Isabel (Coordinadora)

Alonso, Tomas

Martrat, Antoni

Obiols, Joan

Pedro, Agustí

Raventos, Carles

Consorci Sanitari de Barcelona

Estany, Jaume (Coordinador)

Farrés, Josep

Guarga, Àlex

Medina, Carme

Plaza, Aina

Pozuelo, Alfonso

Corporació Sanitària Clínic

Montserrat, Emili (Coordinador)

Conesa, Artur

García-Valdecasas, Juan Carlos

Gascon, Pere

Pastor, Xavier

Sanz, Ginès

Solans, Pilar

Trilla, Antoni

Fundació Puigvert IUNA

Isàbal, Helena (Coordinadora)

López, Lluïsa

Palou, Joan

Salvador, Josep

Villavicencio, Humberto

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Bonfill, Xavier (Coordinador)

Bolívar, Ignasi

Craven-Bartle, Jordi

López, Juan José

Ginesta, Isabel

Quintana, Maria Jesús

Sierra, Jordi

Trias, Manel

Hospital Dos de Maig

Pueyo, Josep (Coordinador)

Bonet, Isidre

Camacho, Lluís

Riba, Antoni

Ros, Teresa

Rotllan, Maria

Hospital San Rafael

Vilurbina, Francesc (Coordinador)

Josa, Mercè

Lahuera, Marta

Lorenzo, Juan Carlos

Hospital Universitari Sagrat Cor

Vernet, M. Teresa (Coordinadora)

Bermejo, Juan Carlos

Fernandez, Patrícia

Foncillas, Javier

Herrera, Guillem

Machengs, Ignasi

Palacín, Antonio

Segura, Agustí

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Riba, Jordi (Coordinador)

Armengol, Manel

Baselga, Josep Manuel

Casasampera, Gemma

Ramón i Cajal, Santiago

Sánchez de Toledo, Josep

Serra, Núria

Institut Català d'Oncologia

Ribes, Josefa

Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM)

Picas, Josep M.

Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)

Serrano, Sergi (Coordinador)

Algara, Manel

Andreu, Montserrat

Besses, Carles

Casamitjana, Montserrat

Castells, Xavier

Conill, Carles

Fabregat, Xavier

Ferrer, Francesc

Grande, Lluís

Macià, Francesc

Manzanera, Rafael

Pla Director d'Oncologia a Catalunya. (PDOC)

Pla, Roger (Coordinador)

Borràs, Josep Maria

Índex

1.	Justificació	6
2.	Definició dels àmbits de responsabilitat.....	7
3.	Anàlisi de la situació	8
3.1.	Mortalitat per càncer	8
3.2.	La incidència del càncer.....	10
3.3.	L'atenció al càncer a Barcelona	12
3.4.	Determinants del càncer	24
4.	Objectius 2002-2005.....	29
4.1.	Protecció de la salut.....	29
4.2.	Prevenició primària i la cessació de hàbits de risc.....	30
4.2.1.	Condicionats genètics.....	30
4.2.2.	Estils de vida: estratègies de promoció de la salut	30
4.2.3.	La cessació de hàbits de risc.....	34
4.3.	Efectivitat i qualitat dels serveis sanitaris assistencials.....	39
4.3.1.	Atenció especialitzada en el àmbit de la XHUP	39
4.3.2.	Atenció primària de salut	42
4.3.3.	Centres i unitats sociosanitàries	43
4.3.4.	Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona.....	44
4.4.	Informació i sistemes d'informació	45
4.4.1.	Registres hospitalaris de tumors amb estadiatge i supervivència.....	45
4.4.2.	Registre poblacional de tumors de Barcelona (RPCB)	46
4.5.	Coordinació i cooperació en l'atenció al càncer	47
4.5.1.	Comitè de coordinació oncològica	47
4.5.2.	Unitats de referència oncològica (URO)	48
4.5.3.	Cooperació i aliances interhospitalàries.....	48
4.5.4.	Acords d'especialització quirúrgica	49
4.5.5.	Coordinació de circuits entre nivells assistencials. El suport al pacient amb càncer. Les cures pal·liatives	50
5.	Recerca i formació.....	51
6.	Recursos i infraestructures	53

1. Justificació

El càncer, els seus factors de risc i determinants es un àmbit d'intervenció prioritari del Pla de salut de Catalunya i del Pla de salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat.

En aquesta línia, cal planificar l'atenció oncològica a la ciutat, en el marc de referència del Pla Director d'Oncologia a Catalunya (2001-2004) i dotar-nos d'un instrument execució de les accions proposades com es un pla operatiu. Per tant, el Pla operatiu d'atenció al càncer a Barcelona, seguirà les directrius marcades per el Pla director d'oncologia a Catalunya 2001-2004 i representa la concreció territorial a la ciutat que proposa el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) i tindrà en compte les recomanacions sobre el càncer de les II Jornades de la Corporació Sanitària de Barcelona.

A continuació, reproduïm els objectius generals en oncologia establerts per Pla director d'oncologia a Catalunya 2001-2004, objectius a desenvolupar pel Pla operatiu de Barcelona en el àmbit de la ciutat:

- Reduir la incidència i la mortalitat del càncer a Catalunya.
- Millorar la supervivència i la qualitat de vida dels pacients amb càncer.
- Millorar l'accessibilitat de la població a la xarxa sanitària, i garantir un diagnòstic precoç i un tractament apropiat i de qualitat.
- Augmentar el grau de coneixement de la població sobre les causes del càncer i la seva prevenció.
- Adequar l'oferta assistencial a les necessitats de la població de manera efectiva i eficient.

2. Definició dels àmbits de responsabilitat

La Gerència i el Comitè de Direcció del CSB, per indicació de la Comissió Permanent del d'aquest i, d'acord amb la direcció del Pla Director d'Oncologia de Catalunya (PDOC), gestionarà l'execució del Pla operatiu i la seva avaluació. Es proposa el seguiment dels treballs en aquest àmbit com un dels temes ordinaris de l'ordre del dia de la Comissió Permanent.

S'ha de constituir el Comitè de coordinació oncològica (CCO) que vetllarà i assessorarà sobre el bon funcionament i adequació del Pla operatiu i participarà activament en els processos de coordinació dels proveïdors en l'àmbit d'actuació de la Corporació Sanitària de Barcelona. La seva composició ve definida en el Pla director d'oncologia i ha d'incloure els coordinadors de cada entitat proveïdora hospitalària en qualitat de vocals, un vocal en representació de l'atenció primària, un altre de la sociosanitària i un de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (AGSPB), així com tècnics del CSB. El seu president és el director del Pla director d'oncologia i s'ha de nomenar un director operatiu entre els seus membres amb una durada biennal, com a mínim amb la funció de coordinar la tasca del comitè i portar a terme els seus acords.

Així doncs, cal definir dos àmbits de treball diferenciats. Per una banda els propis de planificació i execució de les directrius com a autoritat sanitària del CSB i per altra els que s'acordin per consens entre els proveïdors, en el benentès que representin aportacions en la millora de l'atenció oncològica.

També, s'ha de considerar l'espai específic de treball que l'ASPB pot representar com organisme, que té com a àmbit de treball i responsabilitats definides en els seus estatuts, en el camp de la salut pública, amb realitzacions concretes en el terreny de l'anàlisi de situació, actuacions concretes i amb tradició en el camp de les mesures preventives i en el disseny i manteniment de sistemes d'informació.

3. Anàlisi de la situació

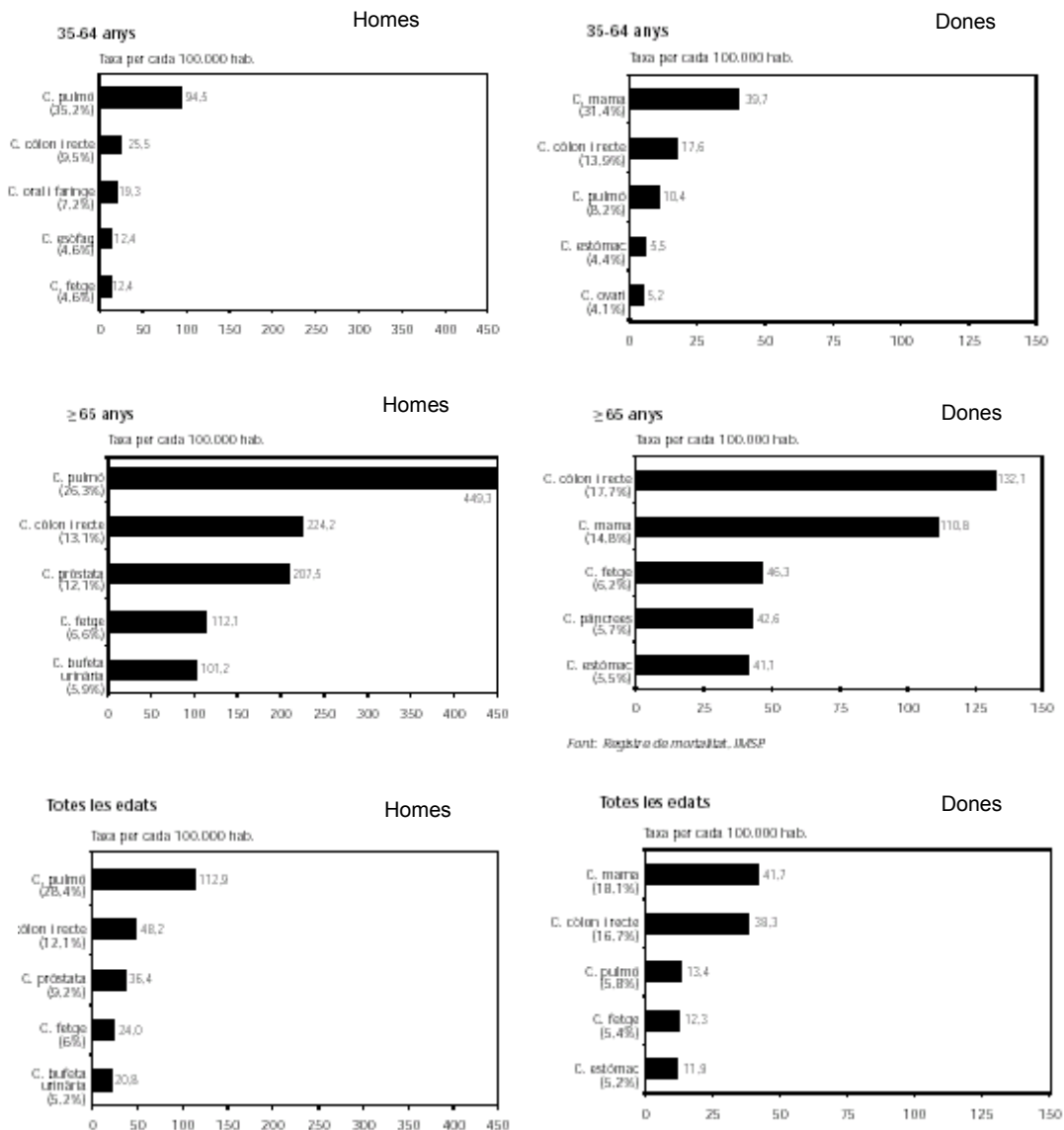
3.1. Mortalitat per càncer

L'any 1999, es van produir a la ciutat de Barcelona 4.649 morts per càncer (2.803 homes i 1.846 dones). Com a gran grup de causes de defunció de la Classificació Internacional de Malalties, 9a. revisió, el càncer constitueix la primera causa de mort en els homes (el 32,6% de les defuncions) i la segona en les dones (el 21,3% de les defuncions).

Cal dir, però, que si es tenen en compte la mortalitat prematura o els anys potencials de vida perduts entre l'any i els setanta anys, els càncers constitueixen la primera causa en ambdós sexes, ja que aquestes morts es produeixen en edats més joves que les originades per malalties cardiovasculars. En la mortalitat dels homes, els principals càncers causants són: els de pulmó, de còlon i recte, de pròstata, de fetge i de bufeta urinària; i en les dones: de mama, de còlon i recte, de pulmó, de fetge i d'estómac.

En els homes, la taxa de mortalitat per tots els càncers ha augmentat a Barcelona de 182,8 per cada 100.000 habitants l'any 1983 (taxa estandarditzada per edat segons la població mundial) a 203,7 l'any 1992, per després tornar a disminuir fins a 190,9 l'any 1999. En les dones, la taxa es manté més o menys constant fins al 1991, per disminuir fins a 81,1 l'any 1999. La mortalitat per càncer de pulmó ha augmentat en els homes fins el 1993, per després disminuir. En les dones, la mortalitat per càncer de mama ha presentat taxes estables fins el 1995, per després disminuir lleugerament. La mortalitat per càncer de còlon i recte ha augmentat i pel d'estómac ha disminuït en tots dos sexes.

Figura 1 Principals causes de mortalitat per càncer segons grup d'edat i sexe. Barcelona, 1999



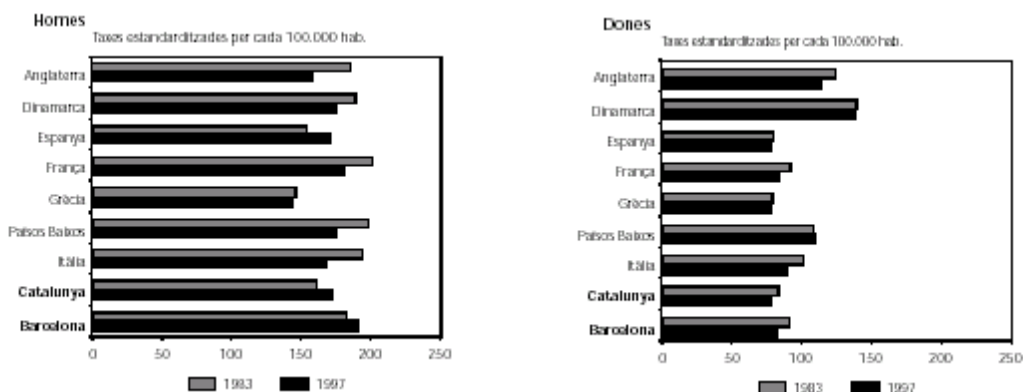
Font: Registre de mortalitat, IMSP

Font: Registre de mortalitat, IMSP

En els homes, en la majoria de països de la Unió Europea la mortalitat ha disminuït. Només s'observa un augment a Espanya, Catalunya i Barcelona, tot i que, com s'ha assenyalat anteriorment, tant a Catalunya com a Barcelona s'observa una estabilització de la mortalitat en els darrers anys. Al final dels anys noranta, les taxes en els homes de Barcelona són més altes que als altres països. En les dones, hi ha una disminució d'aquestes taxes a tots els països i també a Barcelona; les nostres taxes són equivalents a les del països del sud d'Europa i més baixes que les del nord del continent. El càncer de pulmó en els homes ha disminuït als països del nord

i ha augmentat als des sud i Barcelona. Les taxes de mortalitat per càncer de mama en les dones són inferiors a les dels països del nord i similars a les del sud.

Figura 2 Mortalitat per càncer en alguns països de la Unió Europea, Catalunya i Barcelona segons sexe. Anys 1983 i 1997



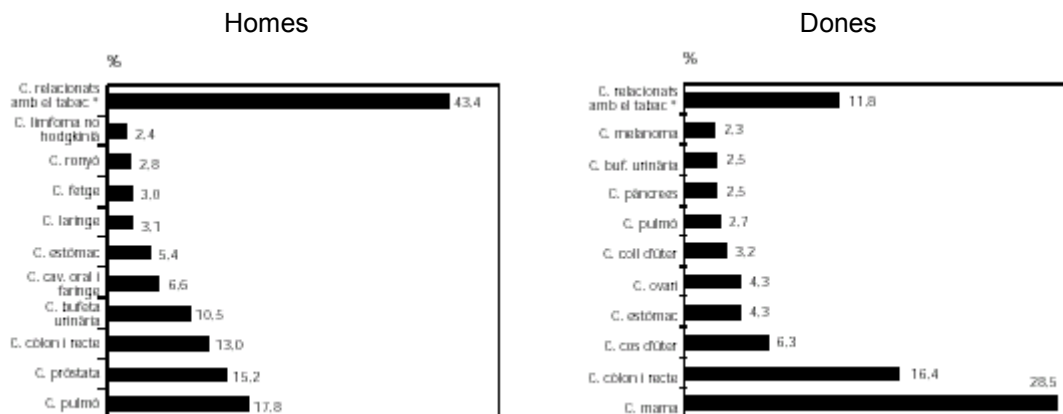
Font: Organització Mundial de la Salut, Fernández et al., 2001, i Registre de mortalitat, IMSP.

3.2. La incidència del càncer

L'absència a Barcelona d'un registre poblacional fa necessari emprar les dades d'altres registres. Segons les dades dels registres de càncer de Girona i Tarragona corresponents als períodes 1994-1998 i 1996-1997, respectivament, el tumor més freqüent entre els homes és el de pulmó, amb un 17,8% sobre el total, seguit pel de pròstata, amb un 15,2%, i el de còlon i recte, amb un 13,0%. El tumors més freqüents en les dones són el de mama, que representa el 28,5% de tots els tumors, seguit a una certa distància pel de còlon i recte, amb un 16,4%. Es pot afirmar que un de cada tres homes i una de cada cinc dones desenvoluparan càncer abans dels 74 anys.

Globalment, durant l'any 2000 s'ha estimat que van ser diagnosticats a Barcelona 5.736 homes i 4.528 dones malalts de càncer. Aquesta més gran incidència en la població masculina es pot explicar en part per l'acció dels càncers de pròstata i de còlon i recte, dos tumors en què l'estructura d'edats envellida de la ciutat de Barcelona hi té un impacte notable.

Figura 3 Els deu tumors més freqüents

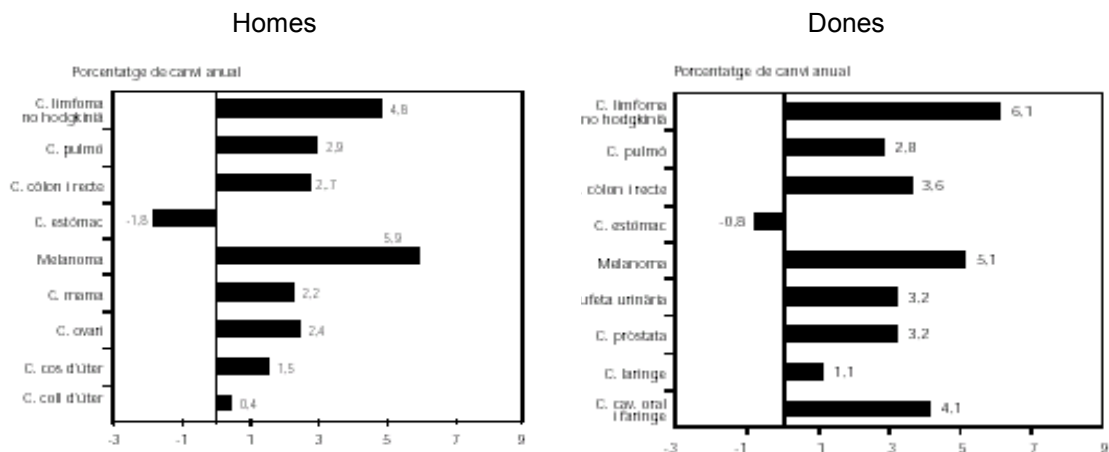


Font: Registres de càncer de Tarragona (1996-1997) i Girona (1994-1998)

Les tendències observades a Tarragona en el període 1980-1997 mostren un increment significatiu d'un 2,5% anual en els homes per a totes les edats, mentre que per al grup de 35 a 64 anys és lleugerament superior, un 2,9% anual. Els tumors relacionats amb el tabac creixen més que el conjunt de tumors, amb un 3,1% anual; també en aquest cas l'augment és superior en els homes d'entre 35 i 64 anys d'edat, amb un percentatge d'un 3,2%. En el cas de les dones, la tendència també és d'un augment significatiu d'un 2,0% per a tots els grups d'edat, i també amb un creixement relatiu superior en el grup d'edat de 35 a 64 anys, d'un 2,4%. Una dada indicativa del que podran representar els tumors relacionats amb el tabac en les dones en els propers anys és el fet que en el període analitzat augmenten un 4,0% per a totes les edats, mentre que en el grup de 35 a 64 anys el creixement és d'un 6,3%.

Pel que fa a les tendències dels diferents tumors, destaca en els homes el creixement constant, amb l'excepció notable del càncer d'estómac, en el qual, com a tots els països desenvolupats, s'observa un descens de la seva incidència. En el cas de les tendències corresponents a les dones, es pot observar el creixement del càncer de mama i de còlon i recte, mentre que el càncer de coll d'úter no creix de manera significativa i el de cos uterí creix de manera molt limitada. En tots dos sexes, el tumor amb un creixement percentual més gran és el melanoma.

Figura 4. Evolució de la incidència del càncer segons sexe



Pulmó, laringe, cav. oral i faringe, esòfag, pàncreas, ronyó i bufeta urinària.
Font: Registres de càncer de Tarragona (1996-1997) i Girona (1994-1998)

La tendència projectada cap a l'any 2005 permet estimar que el nombre de casos serà de 12.013 aquell any, 5.333 dels quals (el 44,4%) seran dones.

Pel que fa a les comparacions de la incidència a Girona i Tarragona amb altres països europeus, cal dir que en els homes s'està per sota del que s'observa a països com ara Bèlgica, França o els Països Baixos, però lleugerament per sobre de la mitjana europea. En les dones, amb l'excepció del càncer de còlon i recte, les taxes corresponents a Tarragona i Girona estan per sota de la mitjana de la Unió Europea.

3.3. L'atenció al càncer a Barcelona

- ✓ **Intervencions comunitàries sobre el càncer: atenció primària de salut, atenció sociosanitària i atenció a la salut sexual i reproductiva**

Les actuacions de l'atenció primària de salut van orientades a la prevenció, la detecció, el seguiment i la coordinació dels casos diagnosticats i en tractament, i l'atenció paliativa a persones amb malaltia terminal per càncer.

- ✓ **Activitats preventives**

Entre les mesures d'actuació, destaquen les intervencions de l'atenció primària orientades tant a la prevenció del consum de tabac i del consum excessiu d'alcohol, com al control del consum i dels problemes de salut que hi estan associats.

Segons dades obtingudes dels contractes de l'atenció primària en relació amb les intervencions sobre el consum de tabac del període 1995-2001, sabem que:

- El cribratge del tabaquisme s'ha incrementat en un 16,4%.
- En el període 1995-1998, el percentatge d'històries clíniques de fumadors en què consta el consell mínim en relació amb el consum de tabac s'ha duplicat.
- La prevalença de consum de tabac (fumadors regulars més ocasionals) en la població atesa a l'atenció primària de salut l'any 2001 va ser del 43,0%.

Taula 1 Intervencions sobre el consum de tabac en l'atenció primària de salut. Percentatge d'històries clíniques de més de 14 anys. Anys 1995 i 2001

	1995	2001
Cribratge	42,8%	49,8%
Consell mínim	34,4%	64,8%*
Prevalença	22,4%	43,0%

*Dades any 1998

Font: Contractes d'atenció primària període 1995-2001. Consorci Sanitari de Barcelona

A través del contractes d'atenció primària del període 1995- 1998, coneixem que els resultats de les intervencions que es presenten a la taula 2 en relació amb el consum excessiu d'alcohol són els següents:

- Les xifres mostren que el percentatge del cribratge del consum excessiu d'alcohol, com les del consell mínim als consumidors, ha disminuït durant el període 1995-2001.
- En canvi, observen un increment del 58,7% del consell mínim als bevedors excessius en aquest mateix període.
- La prevalença de consum d'alcohol, l'any 2001, va ser del 9,6% en la població atesa a l'atenció primària de salut.

Taula 2 Intervencions sobre el consum d'alcohol en l'atenció primària de salut. Percentatge d'històries clíniques de més de 14 anys. Anys 1995 i 2001

	1995	2001
Cribratge	38,9 %	33,7%
Consell mínim	29,3%	46,5%*
Prevalença	5,4%	9,6%

*Dades any 1998

Font: Contractes d'atenció primària període 1995-2001. Consorci Sanitari de Barcelona

Tot i que s'observa un increment de les xifres de cribratge i de consell mínim en el consum de tabac i el consum excessiu d'alcohol, cal dir que encara presenten uns valors baixos, per bé que cal tenir en compte que es tracta d'una activitat associada a l'infraregistre .

✓ **Atenció pal·liativa**

L'atenció a domicili és un servei amb un pes molt important en l'atenció a les persones amb malaltia terminal, sobretot si tenim en compte que entre un 40 i un 60% dels diagnòstics de càncer moren a la pròpia llar i que cada vegada més la gent prefereix morir a casa.

L'atenció a les persones amb malaltia terminal per càncer es pot donar des de diferents serveis i nivells assistencials: atenció primària, hospitalització d'aguts i unitats d'internament de cures pal·liatives. La meitat de les persones amb malaltia terminal són ateses a la seva llar; el 29,8% de les persones amb malaltia terminal per càncer mor en un hospital d'aguts, i el 24% ingressa en una unitat de cures pal·liatives. (Data de dades).

Els equips d'atenció primària (EAP) i els programes d'atenció domiciliària equips de suport (PADES) són els recursos que presten atenció domiciliària des dels àmbits de l'atenció primària i de l'atenció especialitzada, respectivament. Els PADES actualment a la ciutat de Barcelona atenen més casos de persones terminals a domicili (1.485 l'any 2000), que els equips d'atenció primària (812 casos l'any 2000). Observem una tendència ascendent en el nombre de casos que al llarg del període atenen els EAP. Aquest increment està motivat, sobretot, per l'augment del nombre d'EAP que incorporen l'atenció domiciliària a la seva cartera de serveis, i també per la consolidació de l'activitat d'aquests.

✓ **Atenció a la salut sexual i reproductiva**

El procés de desplegament dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva es va iniciar de manera general a Barcelona el juliol del 1999 i va acabar el gener del 2000. Aquest desplegament substitueix el model tradicional d'atenció especialitzada tocoginecològica i el de planificació familiar que han coexistit a la ciutat.

Els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva dins de l'àmbit de l'oncologia, tenen un paper fonamental en la detecció precoç del càncer ginecològic.

Les seves intervencions es podrien concretar en les línies d'actuació següents:

- Informació, educació i prevenció del càncer ginecològic i de mama.
- Diagnòstic precoç a la població diana del càncer de cèrvix i del càncer de mama.
- Detecció del càncer d'endometri davant de símptomatologia.

- Coordinació i col·laboració activa amb el Programa de cribatge poblacional de càncer de mama del CSB.
- Coordinació amb l'atenció primària de salut i el nivells d'atenció hospitalària d'aguts.
- Prevenció del consum de tabac i consells a les dones fumadores.

La tècnica de detecció precoç del càncer de coll d'úter és la citologia de Papanicolau. Es recomana fer dues citologies seguides amb un interval d'un any entre les dues. A partir d'aquí, la periodicitat de la mesura es recomana que sigui de cada tres anys per a les dones d'entre 20 i 34 anys, i de cada cinc anys per a les dones que d'entre 35 i 64 anys. En dones de 65 anys o més que han estat sotmeses a cribatges anteriorment, no es imprescindible continuar fent les citologies.

Durant l'any 2001, els ASSIR van atendre a 175.394 dones. Segons les seves pròpies dades, corresponents a 8 àmbits territorials, on van atendre un total de 144.861 dones d'entre 20 i 64 anys, es van fer 62.172 citologies (0,43 citologies per dona atesa d'aquest grups d'edat). El 64,1% de las citologies realitzades va tenir un resultat normal, detectant-se 15 càncers de cèrvix, 252 (0,4%) SIL de baix grau i 132 (0,2%) SIL de baix grau.

✓ El programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona

El Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona es constitueix com una peça molt important en el conjunt de l'atenció oncològica a la ciutat.

En aquest sentit, l'any 1995 i en el marc del Pla de salut, el CSB va implantar amb caràcter pilot en dos districtes de la ciutat aquest Programa. Això representa un gir en l'abordatge de la prevenció diferent de qualsevol altra intervenció que s'hagués fet fins aleshores. Es constituïa com un Programa de caràcter integral en què cavalquen tant la prevenció secundària i la promoció de la salut, com l'assistència als casos detectats en el cribratge. El test de cribratge és la mamografia amb doble projecció i doble lectura de les plaques.

La població diana a la qual s'adreça el programa són les dones de 50 a 64 anys residents als Districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, amb una població de 30.843 dones.

Actualment, el grup diana s'ha ampliat fins els 69 anys que s'incorporen al Programa en la mida que es succeeixen rondes de cribratge, la qual cosa es farà efectiva per tot Barcelona en el període 2007-2008.

L'extensió territorial del Programa:

L'any 1998, el Programa es va implantar als Districtes de Gràcia i Horta-Guinardó. L'any 2000, s'estengué al Districte de Nou Barris. Al 2001, al Districte de Sarrià-Sant Gervasi i a la Dreta de l'Eixample, i al 2002 s'ha estès a Sant Andreu, Les Corts, Sants-Montjuïc i Esquerra de l'Eixample, cobrint així tota la ciutat de Barcelona.

Des de que, al 1995 s'inicià el programa s'han citat fins el 31 de desembre del 2001 79.803 dones, 43.054 de les quals hi ha participat almenys una vegada. D'altra banda, el total de dones convocades en primera ronda per el conjunt de territoris analitzats ha estat de 70.540 i 74.052 en segona i successives rondes.

Les dones de Ciutat Vella i Sant Martí de 50-69 anys seran convocades en quarta ronda durant el bienni 2002-2003.

Del total de dones que des de l'inici han estat convocades i no hi han participat, 9.874 han manifestat fer-se mamografies a banda del programa i 33.337 haver-se fet una mamografia durant els sis mesos anteriors a la convocatòria.

En primera ronda, el total de dones que han estat reconvocades per estudis addicionals per el conjunt de territoris analitzats han estat 2.767, la qual cosa representa el 7,5% del total de dones cribrades, mentre que en la segona i successives rondes aquesta xifra ha baixat fins el 5,4%.

Al 3,6% del total de dones cribrades se'ls ha practicat una prova invasiva, mentre que en la segona i successives rondes aquesta xifra ha estat del 2,5%. Fins a 31 de

desembre de 2001 s'han detectat 381 càncers, que representa una taxa de detecció del 5,61 per cada 1.000 dones cribrades en la primera ronda i del 3,8/1.000 en la segona i successives. El percentatge de carcinoma *in situ* oscil·la entre l'11,5% a la primera ronda i el 13,9% a la segona i successives.

Del total de càncers invasius diagnosticats a la primera ronda, el 70,2% no tenien afectació ganglionar, mentre que aquest percentatge puja fins el 78,5% per a les segones i successives rondes. Veure taules 3 i 4.

Taula 3 Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona. Dades sobre la població i la participació. Acumulades a desembre de 2001

	Primera ronda*	Segona ronda i successives
Dones convocades	70.540	74.052
Dones participants	37.052	45.941
Taxa de participació	52,5%	62,04%
Dones amb MX prèvia	20.188	13.149
Cribratge extern	5.279	4.595
Taxa de cobertura**	88,6%	86%
Dones reconvocades	2.878	2499
Taxa de reconvoatòria	7,4%	5,4%

*Inclou Ciutat Vella, Sant Martí, Gràcia, Horta-Guinardó, Nou Barris, Sarrià-Sant Gervasi i Dreta Eixample.

**Inclou les dones participants més les dones amb MX prèvia durant els 6 mesos anteriors, més les dones que declaren cribratge extern.

Font: CSB a partir de la informació facilitada per l'IMAS, Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron i Hospital de Sant Pau.

Taula 4 Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona. Dades sobre l'activitat i resultats. Acumulades a desembre de 2001

	Primera ronda*	Segona ronda i successives
Proves invasives practicades	1.316	967
Taxa de proves invasives	3,6%	2,5%
Nombre de càncers detectats	208	173
Taxa de detecció /1000 crib.	5,61	3,8
VPP de la reconvocatòria	7,2%	6,9%
Carcinoma in situ	11,5%	13,9%
Absència d'afectació ganglionar	70,2%	78,5%

*Inclou Ciutat Vella, Sant Martí, Gràcia, Horta-Guinardó, Nou Barris, Sarrià-Sant Gervasi i Dreta Eixample.
Font: CSB a partir de la informació facilitada per l'IMAS, Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron i Hospital de Sant Pau.

✓ Els càncers diagnosticats als hospitals de Barcelona

La manca de registres de tumors en la majoria d'hospitals universitaris de la ciutat fa que l'única font d'informació existent per analitzar globalment l'atenció al càncer a la ciutat sigui el Conjunt Mínim de Dades al Alta hospitalària (CMBD-AH). Aquesta font d'informació té la limitació que només recull els casos de càncer que ingressen per a tractament. L'atenció que es realitza de forma ambulatoria no es recollida, i per tant aquesta font d'informació és parcial. Malgrat aquesta limitació, oferim les dades procedents del CMBD-AH.

A) Hospitalització de pacients amb diagnòstic de càncer als hospitals de Barcelona

S'han seleccionat els pacients ingressats segons les altes del CMBDAH dels hospitals públics i privats de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat de l'any 2000, com també les altes dels pacients residents a Barcelona atesos a hospitals d'altres regions sanitàries.

La identificació dels diagnòstics de càncer s'ha fet seguint les categories diagnòstiques de les *Classifications for Health Policy Research (CCHPR)* escollint el primer diagnòstic com a principal.

S'han calculat les taxes d'hospitalització a la XHUP agregant els anys 1999 i 2000 per a la població de Barcelona, com a indicador de l'ús de recursos hospitalaris públics.

Pel que fa als pacients atesos durant l'any 2000, van ingressar 17.888 persones amb diagnòstic de càncer als hospitals de Barcelona, xifra que representa un 7,3% del total de pacients ingressats a l'RSBC per totes les causes, segons dades del CMBDAH 2000. La majoria de pacients procedeixen dels hospitals de la xarxa pública: 14.081 (78,8%), i més de la meitat d'ells són pacients residents a Barcelona: 9.334 (66,3%).

Taula 5 Nombre de pacients ingressats amb diagnòstic de càncer. Any 2000

	Total		Residents a Barcelona	
	Nre. de pacients	Percentatge	Pacients	%
C. bufeta	1.475	10,1	993	69,7
C. secundaris	1.286	9,1	833	64,8
C. mama	1.213	8,6	930	76,7
C. bronquiopulmó	1.163	8,2	856	74,2
C. de natura inespecífica/incerta	963	6,8	627	65,1
C. colòn	834	5,9	694	83,2
C. cap/coll	817	5,8	419	51,3
C. pròstata	661	4,7	452	68,4
C. fetge / c. biliar	491	3,5	291	59,3
C. recte/anus	428	3,0	338	79,0
Quimioteràpia/radioteràpia	427	3,0	225	52,7
Altres càncers pell	418	3,0	295	70,6
Linfomes no hodgkinians	387	2,7	242	62,5
C. estómac	361	2,6	277	76,7
Leucèmia	326	2,3	151	46,3
C. òter	280	2,0	188	67,1
C. ronyó / pelvis renal	249	1,8	155	62,2
C. pàncrees	243	1,7	174	71,6
C. cervell / sistema nerviós	242	1,7	128	52,9
Altres càncers primaris	242	1,7	109	45,0
C. coll uterí	232	1,6	145	62,5
Melanoma	213	1,5	98	46,0
C. os / teixit connectiu	176	1,2	67	38,1
Altres càncers gastrointestinals/peritoneu	175	1,2	118	67,4
C. ovari	135	1,0	95	70,4
Mieloma múltiple	132	0,9	82	62,1
C. esòfag	125	0,9	82	65,6
C. tiroide	120	0,9	76	63,3
Altres càncers genitals femenins	85	0,6	55	64,7
Linfoma de Hodgkin	69	0,5	37	53,6
C. testicle	46	0,3	21	45,7
Altres càncers respiratori/intratoràc.	43	0,3	25	58,1
Càncers no especificats	30	0,2	26	86,7
Altres càncers urinaris	29	0,2	15	51,7
Altres càncers genitals masculins	25	0,2	15	60,0
Total	14.081	100,0	9.334	66,3

A.1) Pacients atesos als hospitals de la XHUP de Barcelona

El nombre de pacients atesos amb diagnòstic de càncer als hospitals de la XHUP de Barcelona va ser de 14.081 durant l'any 2000. Destaquen per la seva freqüència el de bufeta (10,1%) i els càncers malignes secundaris (9,1%), seguits del de mama (8,6%) i el de pulmó (8,2%).

La majoria de pacients (74%) van ingressar als Hospitals del Mar, Clínic, Vall d'Hebron i Santa Creu i Sant Pau. Hi ha hospitals que pel seu caràcter monogràfic tracten prioritàriament determinats tipus de càncer com són els casos de la Fundació Puigvert IUNA i l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.

Les característiques demogràfiques:

Un 57,7% de les persones ingressades són homes i la resta dones, essent aquesta situació molt similar en els diferents grups d'edat, excepte en el grup de 15 a 34 anys, en què s'atenen més dones, sobretot amb motiu de la patologia mamària i de cèrvix

Procedència dels pacients atesos:

Una tercera part dels pacients ingressats als hospitals de la XHUP tenen la seva residència fora de Barcelona. Majoritàriament provenen de les Regions Sanitàries de Centre (31,5%), Costa de Ponent (21,3%) i Barcelonès Nord i Maresme (17,1%). Per a determinats tipus de càncer, com el d'os i teixit connectiu, el melanoma o les leucèmies, els percentatges són més alts en els pacients residents fora de Barcelona.

A.2) Pacients atesos als hospitals privats de Barcelona

Un baix percentatge de pacients (3.804 pacients i 21,2%) ingressen en hospitals privats de Barcelona. La major part de pacients ingressen a l'Hospital de Barcelona i a les Clínicas Corachán, Teknon i Sagrada Família. Cal tenir en compte que l'any 2000 es va produir un incrementat important pel que fa al nombre de centres privats que declaren el CMBDAH i, això es tradueix en un augment en la xifra absoluta de pacients ingressats als hospitals privats.

A.3) Pacients residents a Barcelona atesos a hospitals públics de fora de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat

Una petita proporció de pacients residents a Barcelona (gairebé 650 pacients, menys del 4%) són atesos a hospitals de fora de la ciutat, un 73% dels quals ingressen als Hospitals de Bellvitge, Can Ruti i a l'Institut Català d'Oncologia (ICO). Els tipus de càncer més freqüents que presenten els malalts ingressats a hospitals d'altres regions sanitàries són els de mama, de pulmó i de bufeta.

A.4) Taxes d'hospitalització per càncer

S'observen taxes globals superiors en els homes ($t= 7,96$) que en les dones ($t= 5,42$), i destaquen per ordre de freqüència les hospitalitzacions per càncers de bufeta ($t= 1,26$) i de bronquis i pulmó ($t= 1,08$) en el sexe masculí, mentre que en el sexe femení les taxes més altes es localitzen en els càncers de mama ($t= 1,18$).

El grup de població més jove gairebé no presenta hospitalitzacions per càncer, i mostra unes taxes realment baixes. En la població de 35 a 64 anys ja comencen a augmentar les hospitalitzacions, amb taxes d'1,03 per càncer de bronquis i pulmó en els homes, i d'1,65 per càncer de mama en les dones.

L'increment més important es produeix en el grup de majors de 65 anys, on la variació de taxes globals per sexe és considerable: $t= 28,98$ en els homes, vs $t= 12,95$ en les dones. Cal destacar les elevades xifres d'hospitalització per càncer de bufeta ($t= 5,4$), de bronquis i pulmó ($t= 4$), de pròstata ($t= 2,7$), secundaris ($t= 2,4$) i de còlon ($t= 2,3$) en els homes, mentre que en les dones els valors més alts

pertanyen als càncers de mama ($t= 2,2$), els secundaris ($t= 1,3$) i els de còlon ($t= 1,4$), sense arribar a valors tan elevats com els que es donen en el sexe masculí.

B) Pacients en edat pediàtrica

El càncer en els nens és una patologia relativament poc freqüent, però es la segona causa de mortalitat infantil els països desenvolupats, indicativament es pot dir que a Catalunya apareixen entre 160 i 190 casos nous cada any (A Espanya 850 cada any). Els tipus de tumors que són més freqüents en els nens són força diferents dels adults. Les leucèmies seguides pels limfomes i pels tumors del sistema nerviós central ocupen els primers llocs en ordre de freqüència. S'ha incrementat la supervivència en els darrers anys, passant del 56,0% de supervivència als cinc anys en els nens diagnosticats entre els anys 1983-85 al 70% actual. Actualment un de cada 900 nois o noies que compleixen als vint anys de edat, es un supervivent de càncer infantil.

Aquest guany, observat a tot l'estat espanyol, es producte de l'aplicació conjunta de protocols sistemàtics consensuats en el si de la Societat Espanyola d'Oncologia Pediàtrica i la participació en els grups cooperatius europeus que han estat molt efectius en sistematitzar l'evidència científica sobre el millor tractament disponible. De fet, les xifres de supervivència observades a Espanya són comparables a les observades a d'altres països europeus o americans.

Un aspecte a considerar es que la dinàmica assistencial en els nens és força diferent dels adults amb un paper molt important dels grups cooperatius, i dels corresponents protocols terapèutics i estudis clínics; així com del fet que la major part dels tractaments s'efectuen en pocs centres hospitalaris. Un exemple d'això es que a Catalunya el 83% de tots els tractaments de càncer pediàtric s'efectuen en dos centres hospitalaris, o que a Catalunya es tracta el 27% de tots els casos de l'estat, per sobre del que correspondria segons la població. El 79% dels casos de càncer infantil diagnosticats a Catalunya corresponen a nens que viuen a Barcelona (32,5%) o a la seva província (67,5%). Més de la meitat dels casos es tracten a l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, aquest hospital segon dades del Registro Nacional de Tumores Infantiles, es l'hospital de l'estat que major nombre de nens afectes de càncer diagnostica i tracta .

Taula 6 Distribució dels casos registrats en l'RNTI de residents a Catalunya segons províncies de residència. Període 1980-2001

Província de residència	Núm. casos	Percentatge	% acumulat
Barcelona	2.076	79,1	79,1
Girona	239	9,1	88,2
Lleida	116	4,4	92,6
Tarragona	193	7,4	100,0
Total	2.624	100,0	

Font: Registro Nacional de tumores infantiles (RNTI)

Taula 7 Centres informats, total de casos període 1980-1999*

Barcelona	Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron	1647	14'3
Barcelona	Hospital Sant Joan de Déu	922	7'9
Barcelona	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	292	2'5
Sabadell	Hospital de Sabadell (Parc Taulí)	149	1'3
Badalona	Hospital Germans Trias i Pujol**	64	0'6

** L'Hospital Germans Trias i Pujol registra casos des de 1988
Font: Informe del RNTI-SEOP, Bilbao, Maig de 2000

Pel que fa als pacients atesos durant l'any 2000, durant l'any 2000, es van atendre 269 pacients menors de quinze anys als hospitals de la XHUP de Barcelona amb diagnòstic de càncer. La majoria van ingressar a l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, i tant sols un 23% dels pacients pediàtrics residien a la mateixa regió sanitària. Considerant el conjunt de pacients residents a Barcelona, dues terceres parts són atesos en hospitals de la XHUP de la mateixa regió sanitària, Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron i Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; quasi una tercera part són atesos en hospitals de la Regió Sanitària Costa de Ponent, Hospital de Sant Joan de Déu, i un baix percentatge a hospitals privats.

Taula 8 Distribució dels pacients en edat pediàtrica atesos als hospitals de la XHUP de Barcelona segons tipus de càncer i zona de residència. Any 2000

	Residents fora de Barcelona		Residents a Barcelona		Total	
	Pacients	%	Pacients	%	Pacients	%
Leucèmia	51	82,3	11	17,7	62	100,0
C. de natura inesp/incerta	34	63,0	20	37,0	54	100,0
Altres càncers primaris	35	89,7	4	10,3	39	100,0
Quimioteràpia/radioteràpia	22	71,0	9	29,0	31	100,0
C. cervell / sistema nerviós	22	88,0	3	12,0	25	100,0
C. os / teixit connectiu	10	66,7	5	33,3	15	100,0
Linfomes no hodgkinians	7	63,6	4	36,4	11	100,0
C. ronyó / pelvis renal	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Linfoma de Hodgkin	3	50,0	3	50,0	6	100,0
C. tiroide	4	100,0			4	100,0
Altres càncers gastroint./periton.	3	100,0			3	100,0
C. capcoll	2	100,0			2	100,0
C. fetge / c. biliars	2	100,0			2	100,0
C. coll uteri	2	100,0			2	100,0
C. testicle	2	100,0			2	100,0
C. bufeta	1	50,0	1	50,0	2	100,0
C. bronquis/pulmó	1	100,0			1	100,0
Altres càncers pell	1	100,0			1	100,0
Altres càncers genitals femenins			1	100,0	1	100,0
Total	207	77,0	62	23,0	269	100,0

C) Altes amb diagnòstic principal de quimioteràpia o radioteràpia

En els casos en què apareix com a diagnòstic principal al CMBDAH altes per quimioteràpia-radioteràpia, s'ha recuperat més informació a partir del segon diagnòstic. En el 95% dels casos s'ha identificat el tipus de càncer pel fet que reben tractament quimioteràpic-radioteràpic. Els mes freqüents són: teixit limfàtic i hematopoètic 21,5%, altres llocs i de llocs no especificats 16,6% os, teixit connectiu, pell i mama 16,5%

D) Radioteràpia als hospitals de la XHUP de Barcelona

Els tractaments radioteràpics provinents dels hospitals de la XHUP de l'RSBC, tant pel que fa a pacients residents a la ciutat, com als que provenen de fora. Cal tenir en compte que els hospitals on es desenvolupa tota l'activitat radioteràpica d'aquesta regió són l'Hospital de l'Esperança-IMAS, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, l'Hospital Clínic, els Hospitals Vall d'Hebron i l'Institut Policlínic Plató.

D.1) Descripció general

Un 53,2% dels pacients sotmesos a tractament radioteràpic són homes, i la resta dones. L'edat mitjana dels pacients atesos és de 62 anys (DE= 15,3), amb una mediana de 65 anys. Tan sols tenim un 1,7% de pacients menors de 15 anys.

La majoria de tractaments són aplicats a pacients amb tumors primaris (78,9%), mentre que un 20,6% es deuen a tumors metastàsics.

Els pacients sotmesos a tractament, provenen en la majoria dels casos (92,7%) de la província de Barcelona.

La distribució per tipus de càncers amb tractament radioteràpic es la següent els càncers de mama (26,4%), de tràquea, de bronquis i pulmó (13,8%), i de pròstata (11,2%).

D.2) Característiques del tractament

En el 97,6% dels casos, no s'ha aplicat cap tècnica especial de tractament en els pacients atesos. Els aparells utilitzats més sovint són els acceleradors de fotons i els aparells de cobaltoteràpia: en un 47,6% i 37,2% dels casos, respectivament. La majoria de pacients tractats presenten un alt nivell de complexitat (grau 3).

Els càncers de mama, de bronquis i de pulmó, i de pròstata són els tipus en què s'aplica més sovint el tractament radioteràpic. En un 80% dels casos l'aplicació del tractament és per finalitats curatives, i en la resta l'aplicació és pal·liativa.

3.4. Determinants del càncer

El càncer és, en part, una malaltia evitable i així s'ha posat de manifest, després de les modificacions observades en els factors de risc de molts tipus de càncer, que han anat acompanyades de variacions en la seva incidència.

Alguns dels factors de risc no són modificables, però s'estima que el 50% de la mortalitat per càncer podria ser evitada si es posés en pràctica el ja conegut sobre les causes del càncer (taula 9) . Per a això cal engegar accions tant directament des del sector salut, com des d'altres sectors, fonamentalment des dels sectors educatiu, laboral i mediambiental. Això requereix una col·laboració entre les diferents administracions públiques, sectors productius, comercials, laborals i moviments ciutadans amb un lideratge des del sector sanitari (taula 10).

Taula 9 Percentatge de defuncions per càncer atribuïbles a factors de risc coneguts

	Doll & Peto ¹	Miller ²	Harvard Report ³
Tabac	30	29	30
Dieta adult/obesitat	35	20	30
Sedentarisme			5
Ocupacional	4	9	5
Història familiar		8	5
Infeccions	10		5
Factors perinatals i creixement			5
Factors reproductius	7	7	3
Alcohol	3	6	3
Nivell socioeconòmic			3
Contaminació ambiental	2		2
Radiacions ionitzants/ultraviolades			2
Medicaments i procediments mèdics	1	2	1
Sal/additiu i contaminants alimentaris			1
Factors geofísics	3	1	
Productes industrials i de consum	<1		

¹ Doll R, Peto R. The causes of Cancer. Quantitative estimates of voidable risk of Cancer in the United States today. New York, NY;Oxford University Press, 1981

² Miller AB. Planning cancer control strategiees. In: Chronic Diseases in Canada. Vol 13, n°1. Toronto, Ontario:Health ans Welfare;1992

³ Harvard Report on cancer Preevention. Volume 1:Summary. Cancer causes and Control 1997, 7, pp.S5

Taula 10 Perspectives de prevenció i control del càncer segons l'impacte de les intervencions preventives

Intervenció preventiva	Efectivitat de la intervenció ¹	Tipus de càncer	Impacte potencial s/ que se'n podrien beneficiar la població catalana ²
Cessació tabàquica	+++	Pulmó, cavitat oral i faringe laringe, bufeta urinària, pàncreas, ronyó	+++
Cessació tabàquica, efecte en fumadors passius	+++	pulmó	+
Disminució consum excessiu d'alcohol	++	Fetge, cavitat oral i faringe, laringe, esòfag	++
Vacunació hepatitis B	+++	fetge	+
Canvis en la dieta	+	Còlon, recte, pròstata?	+/-
Control exposició excessiva al sol	++	Melanoma, càncer de pell no melanoma	++
Control exposició als carcinògens laborals	++	Pulmó, mesotelioma, altres tumors específics	+
Augment exercici físic	+	Còlon, mama?, pròstata?	+/-
Reducció de la contaminació de l'aire	+	Pulmó?	+/-
Cribratge càncer de mama mitjançant mamografia	+++	mama	++
Cribratge càncer de coll uterí mitjançant citologia	+++	Coll d'úter	++

¹ Grau d'efectivitat: +++ alta, ++ mitjana, + baixa

² Reducció potencial de la incidència i de la mortalitat per l'aplicació generalitzada d'aquestes intervencions preventives
Font: Pla director d'oncologia a Catalunya 2001-2004

En aquest apartat es descriuen alguns determinats del càncer com el consum de tabac i d'alcohol a la ciutat de Barcelona, tant per a l'any 2000 com per a anys anteriors quan es disposa de dades. A més, es comparen les nostres dades amb les d'altres països de la Unió Europea. Així mateix, es descriu la realització de pràctiques preventives en ginecologia destinades a la detecció precoç del càncer (citologia i mamografia). Les dades que es descriuen per a la ciutat de Barcelona s'han obtingut de les enquestes de salut de Barcelona (anys 1983, 1986, 1992 i 2000) i també de l'Enquesta de salut de Catalunya del 1994.

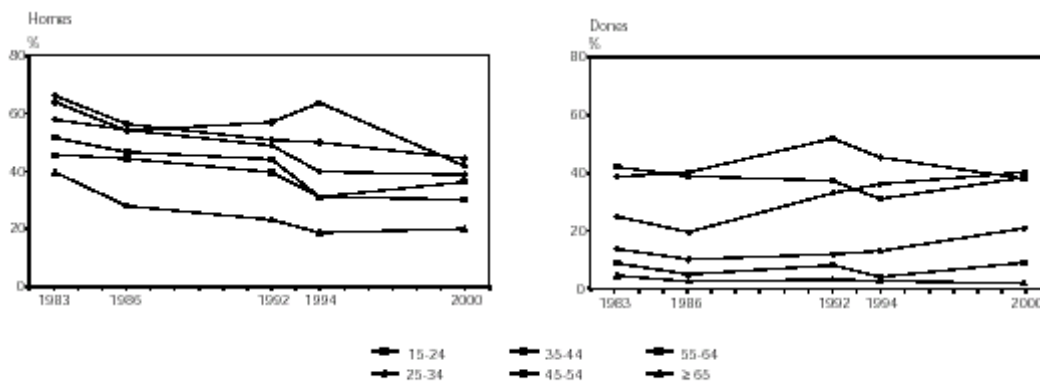
✓ **El consum de tabac**

Es calcula que el tabac és el causant d'un terç de tots els càncers, la majoria són càncer de pulmó, dels quals més del 90% dels casos són a causa del consum de tabac.

L'any 2000, un 35,3% dels homes i un 23% de les dones de 15 anys i més es declararen consumidors habituals de tabac. En el grup de 15 a 24 anys fumaven un 36,7% dels nois i un 38,9% de les noies, essent aquest l'únic grup d'edat en què les dones fumen més que els homes. El grup d'edat on hi ha més fumadors és el de 35 a 44 anys. En les dones, el consum disminueix a partir dels 45 anys. Sobretot en el cas dels homes, el percentatge d'exfumadors augmenta en augmentar l'edat.

Pel que fa a l'evolució del consum de tabac, quan tenim en compte els percentatges estandarditzats per edat, en els homes el consum disminueix d'un 54 a un 36%, i augmenta tant el percentatge de no fumadors com el d'exfumadors. En les dones, el consum augmenta del 21,4 al 24,2%, i disminueixen les no fumadores i augmenten les exfumadores. Pel que fa a la distribució segons la classe social, s'observa un canvi respecte a l'any 1983, en el sentit que els homes de classe treballadora ara declaren fumar més que els de classes benestants (l'any 1983 no hi havia diferències entre classes). Les dones de classes privilegiades fumaven més l'any 1983, diferències que ja no s'observen l'any 2000.

Figura 5 Evolució 1997 del consum de tabac segons edat. Homes i dones de 15 anys i més. Barcelona, 1983-2000



Font: ESB 1983, 1986, 1992 i 2000 i ESCA 1994.

Els homes de Barcelona presenten una prevalença de consum de tabac alta respecte a la dels països del nord d'Europa, igual que la resta de països del sud. Les dones encara presenten consums inferiors al que presenten a la resta de països.

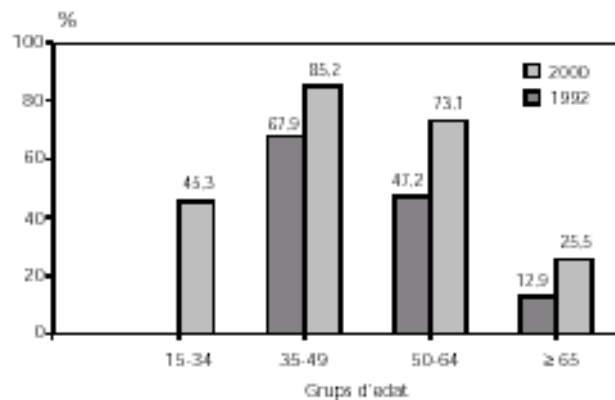
✓ El consum d'alcohol

L'any 2000, un 23% dels homes i un 44,2% de les dones de quinze anys i més declaren no haver begut durant l'últim mes, i un 4% dels homes i un 3,3% de les dones són bevedores de risc (més de 40 g i 20 gr. al dia, respectivament). La meitat dels homes són bevedors diaris moderats (menys de 40 gr. al dia), percentatge que en les dones és d'un 25% (menys de 20 gr. al dia). hi ha més no bevedors a les classes I i II. No hi ha diferències importants entre classes socials en els percentatges de bevedors i bevedores de risc.

✓ Les pràctiques preventives en ginecologia

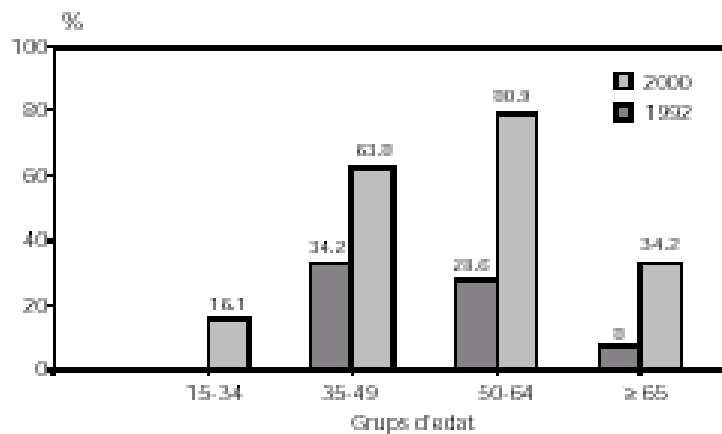
L'any 2000, un 55,6% de les dones de 15 anys i més declaren que se'ls fa una citologia periòdica, essent aquest percentatge més alt en els grups d'edat de 35 a 64 anys. L'any 1992, els percentatges eren força més baixos.

Cal assenyalar que hi ha un 21% de les dones més grans de 14 anys que no s'han fet mai una citologia. En el grup de 15 a 34 anys, aquestes són una de cada tres dones (i en el de 20 a 34, representen un 22,4%).

Figura 6 Realització de citologia periòdica segons edat. Dones de 15 anys i més

Font: ESB 1992 i ESB 2000.

La realització de mamografia periòdica per part de dones de 50 a 64 anys ha passat del 28,6% l'any 1992 al 81% l'any 2000. Els dos districtes on es va començar el Programa de cribratge de càncer de mama (Ciutat Vella i Sant Martí), són els que tenen els percentatges més alts.

Figura 7 Realització de mamografia periòdica segons edat. Dones de 20 anys i més. Barcelona, 1992 i 2000 (l'any 1992 només es va obtenir per a dones de 30 anys i més)

Font: ESB 1992 i ESB 2000.

4. Objectius 2002-2005

4.1. Protecció de la salut

Intervencions:

- Vigilància i control sanitari de mercats centrals, escorxador, indústries i establiments alimentaris i l'aigua de la xarxa pública domiciliària en relació a la presència de substàncies que puguin augmentar el risc de patir càncer.

Objectius operacionals:

1. Revisar dels mètodes analítics del laboratori pel que fa a contaminants orgànics persistents i trihalometans i integració als PNTs acreditats pel *Ministerio de Indústria*. (2004-2005)
2. Definir d'un sistema d'informació pel control alimentari integrat (SICAL) a la ciutat. (2004-2005)
3. Posar en marxa del control sistemàtic de trihalometans en l'aigua de la xarxa pública. (2004-2005)
4. Realitzar el control de residus de PCBs i altres cancerígens demostrats o potencials en productes càrnics (participació en Pla d'Investigació de Residus en Aliments d'Origen Animal). (2004-2005)
5. Realitzar el control de contaminants orgànics persistents clorats en productes alimentaris integrat al projecte IQSA. (2004-2005)
6. Realitzar una determinació pilot de dioxines en productes alimentaris. (2004-2005)
7. Fer l'integració dels productes dels sistemes d'informació anteriors en l'informe de salut de la ciutat, de forma que permeti monitoritzar tendències. (2004-2005)

4.2. Prevenició primària i la cessació de hàbits de risc

4.2.1. Condicionats genètics

Intervencions:

- Desenvolupar recerca. (veure Apartat específic 7)
- Promoure el consell genètic segons l'evidència científica

Objectius operacionals:

8. Acordar un protocol d'antecedents familiars con suficient evidència com per recollir sistemàticament en la història clínica d'atenció primària en relació amb augment de risc de patir càncer, identificació de d'antecedents familiars per a la derivació per estudi en les unitats de consell genètic i realització de proves de screening dirigit. (2005)
9. Disposar de consell genètic en 2 centres hospitalaris per aquells casos que determini el Pla Director d'Oncologia a Catalunya o el protocol de derivació. (2004)

4.2.2. Estils de vida: estratègies de promoció de la salut

L'evidència establerta i consensuada sobre els factors de risc efectivament prevenibles ha quedat recollida en el *Codi Europeu contra el Càncer* (taula 14). Aquests factors són: el tabac, la dieta, el consum excessiu d'alcohol, l'obesitat, l'hepatitis B ha estat també una mesura d'impacte notable en la lluita contra el càncer en els països amb elevada incidència

✓ Codi europeu contra el càncer

Es poden evitar alguns tipus de càncer i es pot millorar, en general, l'estat de salut mitjançant l'adopció d'un estil de vida més sa:

- No fumi. Si és fumador, deixi de fumar al més aviat possible i no fumi en presència d'altres persones. Si no fuma, no provi el tabac.
- Si beu alcohol, sigui cervesa, vi o licors, moderi'n el consum.
- Augmenti el consum diari de verdures i fruites fresques. Mengi sovint cereals amb un alt contingut en fibra.

- Eviti l'excés de pes, faci més exercici físic i limiti el consum d'aliments rics en greixos.
- Eviti les exposicions perllongades al sol i les cremades, especialment durant la infància.
- Respecti estrictament les normes destinades a evitar qualsevol tipus d'exposició a substàncies considerades cancerígenes. Compleixi totes les instruccions de salut i seguretat en relació amb les substàncies que poden provocar càncer.

Amb la detecció precoç és possible guarir més casos de càncer:

- Consulti el seu metge si nota algun bony, una ferida que no cicatritza (incloses les situades a la boca), una piga que canvia de forma, mida o color, o qualsevol pèrdua anormal de sang.
- Consulti un metge en casos de problemes persistents, com ara tos o ronquera permanents, alteracions intestinals o urinàries, o pèrdua anormal de pes.

Per a les dones:

- Faci's un frotis de coll d'úter regularment. Participi en els programes organitzats de detecció del càncer d'úter.
- Examinei periòdicament els seus pits. Si ha fet els 50 anys d'edat, participi en els programes de detecció mitjançant mamografia.

✓ **Tabac**

Intervencions:

Àmbit escolar:

- Manteniment i reforçament del programes de prevenció primària a àmbit escolar: PASE, DECIDEIX.
- Estendre el programa ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach) a tots els districtes de la ciutat.
- Donar informació sobre la normativa vigent relativa al tabac als centres de primària

Àmbit laboral:

- Assessorament i suport a les empreses que volen iniciar accions de control de tabaquisme

Àmbit població general:

- Organització de campanyes anuals de sensibilització a la població general amb motiu del Dia Mundial Sense Fum

Objectius operacionals:

10. Augmentar la cobertura dels Programes PASE i DECIDEIX en un 10%. (2004).
11. Estendre el programa ESFA a tots els districtes de la ciutat. (2004).
12. S'ha de trametre informació sobre la normativa vigent en relació con el consum de tabac a tots els centres d' ensenyament de primària i secundaria com també a les escoles bressol i parvularis. (2003-2004)
13. Realitzar programes integrals de prevenció dels efectes del tabac sobre la salut, amb mesures ambientals i individuals, a les empreses que ho sol·licitin. (2003-2005)

✓ **Consum excessiu d' alcohol**

Intervencions:

- Informació i educació sanitària adreçades a la població general, i en grups d'especial interès: adolescents.

Objectius operacionals:

14. Actualització del material de educació sanitària. (2004)
15. Mantenir la cobertura en la distribució de material a: (2003-2005)
 - CAP
 - Oficines de farmàcia.
 - Punts d'informació ciutadana.
 - Centres escolars de secundaria.

✓ **L'alimentació**

Intervencions:

- Assessorament i suport a las escoles en aspectes de l'alimentació i la nutrició, incloent-hi la revisió dels menús escolars, per augmentar la aportació de fibra en la dieta a 30g per persona/dia.

Objectius operacionals:

16. Oferir al 90% de les escoles amb servei menjador, la valoració del menú.
(2004)

✓ Agents infecciosos (hepatitis B)

Hi ha evidència de la relació entre determinades infeccions i alguns tipus de càncers. La fracció atribuïble és diferent segons el tipus de càncer (taula 11) i també les mesures per tal de controlar aquestes infeccions.

Taula 11 Percentatge de casos per tipus càncer atribuïbles a infeccions víriques.

	Càncer	Percentatge
HTLV-1	Leucèmia/limfoma	5
VEB	Limfoma no Hodgkin	10-15
VEB	Malaltia de Hodgkin	35-50
VEB	Carcinoma nasofaringe	40-70
VHB	Carcinoma hepatocel·lular	40-60
VHC	Carcinoma hepatocel·lular	20-30
VPH	Càncer cervical	90
H pylorri	Carcinoma gàstric	?
HIV	Sarcoma de Kaposi	?

Font: Harvard Report on Cancer Prevention

La infecció d'hepatitis B i la infecció d'hepatitis C semblen ser les causes més significatives de carcinoma hepatocel·lular, particularment en pacients que pateixen d'antigenèmia contínua i en aquells que tenen hepatitis crònica activa. A més, es disposa de la vacuna, d'eficàcia provada, per a la prevenció de l'Hepatitis B.

Intervencions:

- Reduir la prevalença les infeccions per agents infecciosos carcinogens
- Continuar aplicant l'estratègia de la vacunació contra l'hepatitis B en els grups de mes risc.

Objectius operacionals:

17. Valoració de la cobertura vacunal de l' hepatitis B en els grups de risc de mes de 15 anys (Personal sanitari i estudiants en contacte amb sang i derivats, Deficients mentals internats en institucions tancades, interns en institucions penitenciàries, persones amb contactats sexuals promiscus, convivents de

portadors crònics d'HbsAg...). (2004). En funció de aquesta valoració plantejar estratègies per tal de augmentar la cobertura.

✓ **Exposició solar**

Relació amb el melanoma i altres càncers de pell.

Intervencions:

- Informar a la població sobre el risc associat a la exposició solar excessiva i normes bàsiques de protecció.

Objectius operacionals:

18. Edició - Actualització de material d'educació sanitària en relació al risc associat a la exposició solar excessiva i normes bàsiques de protecció. (2004)

4.2.3. La cessació de hàbits de risc

Per als següents àmbits d'actuació:

✓ **Atenció primària de salut (APS)**

Intervencions:

- Reduir la prevalença de fumadors en la població atesa a l'APS.
- Augmentar el percentatge de cessació tabàquica en la població fumadora atesa a la APS.
- Adoptar de conductes exemplars respecte al consum de tabac.
- Assolir plenament el concepte d'espais sense fum en els CAP.
- Reduir la prevalença de bevedors excessius en la població atesa a l'APS.
- Promoure estils de vida saludables.

Objectius operacionals:

19. Realitzar cribatge i registrar l'hàbit tabàquic en més del 70% la població demandant d'assistència a l'APS, (2005)

20. Donar consell antitabac, amb suport o no, a més del 75% dels fumadors detectats a APS (2005). En funció el perfil de consum els abordatges poden ser diferents:
 - Intervenció mínima de tabaquisme: consell breu, documentació de suport, suport psicològic i seguiment,
 - Tractament farmacològic, xiclets o pagats de nicotina
21. Incorporar els objectius del Pla de salut de tots els EAP. El compliment de la normativa vigent respecte al tabac en els centres sanitaris. (2003)
22. L'ASPB donarà suport tècnic (disseny i avaluació) a un programa de cessació tabàquica en pares fumadors de nens controlats pels pediatres per problemes cardiorespiratoris, especialment nens i nenes amb asma en col·laboració amb els professionals de 4 ABS (2004). Els EAP implantaran els programa.
23. L'ASPB donarà suport tècnic (disseny, implantació i avaluació) un programa de cessació tabàquica entre professionals de l'APS en 4 ABS (2004)
24. Realitzar cribratge i registrar el consum d'alcohol en més del 60% la població demandant d' assistència a l'APS (2005)
25. Donar consell a més del 55% als bevedors excessius d'alcohol detectats a l'APS (2005)
26. Distribuir material d'informació sanitària en relació a la dieta, el benefici de l'exercici físic i l'exposició moderada al sol (2003-2005).

✓ **Atenció a la salut sexual i reproductiva. (ASSIR)**

Intervencions:

- Reduir la prevalença de fumadors en la població atesa al serveis ASSIR.
- Augmentar el percentatge de cessació tabàquica en la població atesa.
- Adoptar de conductes exemplars respecte al consum de tabac.
- Augmentar la pràctica de citologia de cèrvix en població demandant dels serveis ASSIR.

Objectius operacionals:

27. L'ASPB donarà suport tècnic (disseny i avaluació) a un programa de cessació tabàquica en dones embarassades en col·laboració amb els professionals de 2 ASSIR (2004). Els professionals dels Equips ASSIR implantaran el programa.
28. L'ASPB donarà suport tècnic (disseny, implantació i avaluació) a un programa de cessació tabàquica entre els professionals d'un ASSIR (2004)
29. Incorporar en els Objectius del pla de salut de tots els ASSIR, el compliment de la normativa vigent respecte al tabac en els centres sanitaris (2003)

30. Incrementar i reorientar les intervencions de detecció precoç de càncer de cèrvix als serveis ASSIR de Barcelona, d'acord amb les recomanacions del Comitè d'experts del Programa Europa contra el càncer de la Unió Europea. (2004)
31. Definir i establir un programa de qualitat del procés de cribratge per tal de per garantir una aplicació estandarditzada de la citologia i les proves de screening que millorin la prova sensibilitat i, i per tant, millorar els valors predictius, fonamentalment el negatiu. Practicar la citologia de cèrvix a més del 80% de les dones ateses (2004-2005)
32. Incorporar en la practica clínica el consell en relació a les pràctiques sexuals de risc en les dones ateses. (2003-2005).

✓ **Atenció especialitzada en l'àmbit de la XHUP**

Intervencions:

- Reduir la prevalença de fumadors en la població atesa a serveis clínics que atenen patologia produïda pel consum de tabac (Pneumologia, Cardiologia, etc...)
- Augmentar el percentatge de cessació tabàquica en la població fumadora
- Adoptar de conductes exemplars respecte al consum de tabac

Objectius operacionals:

33. Dissenyar una estratègia d'espais sense fum en consultes externes dels hospitals (2004).
34. Incorporar en els objectius del Pla de salut dels serveis el compliment de la normativa vigent respecte al tabac en els centres sanitaris (2004).
35. Implantar un programa de cessació tabàquica entre els professionals de 2 centres hospitalaris (2003-2004).

✓ **Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB)**

Intervencions:

- Reduir la prevalença de fumadors entre els joves, personal de les empreses, personal docent i sanitari.
- Augmentar el percentatge de cessació tabàquica entre el personal docent i sanitari

Objectius operacionals:

36. Assessorar en programes de prevenció del tabaquisme a les empreses que ho sol·licitin (Unitat de Salut Laboral de l'ASPB). (2004-2005)
37. Estendre el programa de cessació tabàquica entre mestres i professors de secundària a un districte de la ciutat. (2004)
38. Dissenyar i avaluar, en 3 ABS i en 1 centre ASSIR, un programa de cessació tabàquica adreçat als professionals sanitaris i no sanitaris. (2004)
39. Realitzar mesures ambientals del fum de tabac en almenys 10 centres sanitaris de la ciutat. (2004)
40. Assessorar en el disseny i els continguts de material de suport per facilitar la cessació tabàquica a la població atesa en el àmbit de la APS i ASSIR. (2004)
41. L'ASPB donarà suport tècnic (disseny i avaluació) a un programa de cessació tabàquica en dones embarassades en col·laboració amb els professionals de 1 ASSIR (2004) i a un programa de cessació tabàquica en pares fumadors de nens controlats pels pediatres per problemes cardiorespiratoris, especialment nens i nenes amb asma en col·laboració amb els professionals de 4 ABS (2004)

✓ Programa poblacional de detecció precoç del càncer de mamaA) Oficina Tècnica (OT)Objectius operacionals:

42. L'Oficina Tècnica del Programa desenvoluparà estratègies de col·laboració amb els professionals sanitaris per tal de transmetre a la població un missatge comú en relació a la detecció precoç del càncer de mama. (2003-2004)
43. Desenvolupar estratègies de millora del Pla de Comunicació orientades a incrementar la participació en el programa. (2003-2004)
44. Adequar progressivament els circuits de cribratge per fer-los coincidir amb les àrees de influència dels proveïdors hospitalaris (2004-2005), incloent l'establiment de mecanismes de derivació de dones entre unitats de cribratge.
45. Dissenyar el sistema d'informació sanitària del programa, que permeti la identificació de la població diana i el seguiment i avaluació del programa. (2003)
46. Promoure activitats de treball conjunt, de discussió científico-tècnica i de difusió del programa (ex.: butlletí del programa, jornada, consultoria amb experts, etc.) (2003)
47. Realitzar per compte del CSB, l'avaluació anual del programa a partir de la informació aportada pels quatre proveïdors de la ciutat (IMAS, Hospital

Materno-Infantil Vall d'Hebron, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Corporació Sanitària Clínic) (2003-2005)

48. Elaborar per a cada un dels districtes de la ciutat, els indicadors de seguiment del Programa definits pel Pla Director d'Oncologia de Catalunya i el Consorci Sanitari de Barcelona i establerts en el conveni de col·laboració. (2005)

B) Oficines radiològiques de cribratge

Objectius operacionals

49. Tenir, per a cada una de les oficines de cribratge, una taxa de reconvocatòria que oscil·li entre el 3,5 i el 5%. (2004).
50. Assolir de manera progressiva, a cada una de les Oficines de cribratge del programa, un valor de la raó de proves invasives benignes/proves invasives malignes que oscil·li entre 2 i 4. (2004 - 2005)
51. Adequar l'interval de temps entre la mamografia de cribratge i el diagnòstic de certesa, en cas que sigui positiu per càncer, de tal manera que la mediana sigui de 15 dies o menys (2003). Aquest valor haurà d'estar al percentil 75 a l'any 2004.
52. Adequar, l'interval de temps entre el diagnòstic de certesa i el primer tractament de tal manera que sigui inferior a 20 dies almenys en el 50% dels casos. (2003). Aquest percentatge serà al menys del 60% en el any 2004.

4.3. Efectivitat i qualitat dels serveis sanitaris assistencials

Objectius generals:

- Proporcionar una atenció oncològica de qualitat.
- Basar les intervencions en la millor evidència científica.
- Proporcionar un abordatge multidisciplinar i assumir el caràcter transversal del càncer en tot el sistema sanitari.
- Avaluar els resultats de l'atenció oncològica.

Intervencions:

- Agilitar el procés diagnòstic i terapèutic.
- Promoure l'especialització en la cirurgia del càncer d'alt grau de complexitat
- Assegurar una informació adequada als pacients i la família.
- Avaluar de forma sistemàtica els resultats clínics de l'atenció oncològica.
- Promoure les línies de formació per mantenir el nivell d'expertesa.

4.3.1. Atenció especialitzada en el àmbit de la XHUP

Elements d'estructura

✓ Comitès de tumors o unitats funcionals

Cal apuntar que aquests comitès tenen com funcions principals les que a continuació es detallen i que haurien de ser avaluades de manera sistemàtica i periòdica:

- Coordinar als serveis implicats en el tractament i decidir l'estratègia terapèutica segon la millor evidència científica existent, i per altra banda,
- Avaluar els resultats terapèutics dels malalts tractats

Objectius operacionals:

53. Tots els centres hospitalaris disposaran de comitès de tumors pels tumors més prevalents (2004).

54. Cada centre implantarà un sistema d'avaluació del funcionament dels comitès i del grau de seguiment de les protocols d'actuació o guies consensuats entre el professionals implicats en el diagnòstic i el tractament del càncer (2004).
55. Aquest sistema d'avaluació ha de incloure com mínim un indicador relatiu a la proporció de tumors supervisats pel comitè de tumors tractats al centre. Aquest indicador hauria d'estar per sobre del 90% a l'any 2005. En el centres monogràfics, aquest indicador hauria d'estar per sobre del 90% en almenys els dos tumors més prevalents.
56. Incorporar en el seu funcionament, els criteris desenvolupats per la comissió d'ètica del centre, en relació a la atenció i recerca del càncer al centre.

✓ **Coordinador d'atenció oncològica de l'hospital**

Professional designat pel centre i que hauria de vetllar per:

- Elements de procés: Protocols i guies d'actuació diagnòstica i terapèutica, (circuitos i acords amb altres institucions, dissenyar i organitzar plans de formació, executar el procés d'avaluació de resultats diagnòstic i terapèutic.)
- Actuar d'interlocutor en el Comitè de Coordinació Oncològica del CSB (CCO).
- Coordinar dels acords interinstitucionals per el tractament del càncer.

Objectius operacionals:

57. Cada centre hospitalari designarà un coordinador de l'atenció oncològica que actuarà com a membre del CCO del CSB i assumirà les funcions anteriors i les previstes pel PDOC. (2003)

Per ambdues estructures, un element bàsic per a seu funcionament, és el Registre hospitalari de tumors. Aquest aspecte es desenvolupa de forma més extensa a l'apartat de "INFORMACIÓ I SISTEMES D'INFORMACIÓ"

Elements de procés i resultats

✓ **Anàlisi de situació en relació a l'atenció al càncer en el centre**

- Anàlisi quantitativa en relació al volum de casos, massa crítica i programes de manteniment de l'expertesa.
- Anàlisi de l'organització de l'atenció oncologia en el propi hospital: Situació d'integració dels circuits assistencials seguint els protocols establert .
- Anàlisi dels circuits interhospitalaris: Circuits de derivació de casos per proves diagnòstiques i circuit de derivació de casos per tractament.

- Anàlisi de situació en relació a l'atenció multidisciplinària: implantació i la seva organització.

Objectius operacionals:

58. El CSB, a través de la Corporació, durà a terme un estudi on per els diferents tipus de càncer s'analitzi nombre de casos, complicacions, mortalitat i estada mitjana en base al CMBD-AH (2002-2003).
59. Cada centre haurà d'explicitar, el seu model organitzatiu d'atenció al càncer que inclogui els circuits més rellevants en el diagnòstic i tractament: interns i externs (2003).
60. Disposar de cada centre les tendències en mortalitat, estades i complicacions en els últims 4 anys (2005).
61. Els centres implantaran a nivell organitzatiu un model d'atenció multidisciplinària (2005)
62. El centre ha de adaptar e implantar els protocols i guies d'actuació (proposades per el Pla director i l'AATM) per els tumors més prevalents amb el principi d'utilitzar la millor evidència científica (2005)
63. Els centres hauran de disposar de mecanismes per la adequada participació dels pacients en les decisions terapèutiques (2005)

✓ **Unitats de diagnòstic ràpid intrahospitalari**

- El centres hospitalaris iniciaran la Gestió per processos per tal integrar i agilitar el procés de diagnòstic.

Objectius operacionals:

64. Els centres hospitalaris implantaran sistemes de gestió per processos en l'atenció al càncer (2004-2005).
65. Els centres establiran un calendari per tal de dar compliment al objectiu anterior, a fi d'actuar en els càncers més prevalents o aquells en que es detecti major oportunitat de millora (2004).

✓ **Avaluació de l'atenció oncològica hospitalària**

- Implantar i avaluar els protocols i guies d'actuació diagnòstica i terapèutica
- Avaluar del funcionament dels comitès de tumors
- Desenvolupar àrees o indicadors de seguiment per a avaluar i monitoritzar l'atenció oncològica hospitalària: Temps de demora, supervivència a l'any i als

5 anys, recidives, tractament conservador en el càncer de mama, mortalitat quirúrgica, altres indicadors.

Objectius operacionals:

66. Els centres disposaran d'un sistema d'avaluació del funcionament dels comitès de tumors i del seguiment de les guies (Objectiu 52).
67. L'ASPB, junt amb el PDOC i el CSB, realitzarà un estudi que permeti analitzar els intervals diagnòstic-tractament en els principals tipus de càncer en una mostra representativa de centres hospitalaris de la XHUP de Barcelona. (2003).
68. Els proveïdors desenvoluparan plans de millora per reduir l'interval diagnòstic-terapèutic (2004).
69. Els centres inclouran l'atenció al càncer com a àmbit prioritari de la política de qualitat del centre, establint un pla i els objectius a desenvolupar en el període 2004-2005: supervivència 1 i 5 anys, recidives, tractament conservador mama, mortalitat quirúrgica, llistes d'espera, guies, circuits, etc. (2003-2005)

✓ **Formació i professionals en l'atenció al càncer**

- Per garantir el nivell d'expertesa i per consolidar un model integrat d'atenció, promoure la formació i capacitació del personal que desenvolupa aquesta tasca, amb especial èmfasi en personal d'infermeria.

Objectius operacionals:

70. Els centres asseguraran l'expertesa i formació dels professionals sanitaris implicats en l'atenció al càncer explicitant la metodologia prevista (2003-2005).

4.3.2. Atenció primària de salut

Intervencions:

- Relació amb els centres hospitalaris de la XHUP:
 - Descriure els circuits de derivació i, si es el cas, establir mecanismes de diagnòstic ràpid dels casos amb sospita de càncer (Projecte "Diagnòstic ràpid de càncer")
 - i també, per a les cures pal·liatives i PADES.
- Formació i professionals en l'atenció al càncer: Formació i capacitació del personal que desenvolupa aquesta tasca: Signes i símptomes per un diagnòstic precoç, formació a l'àrea de cures pal·liatives

Objectius operacionals:

71. Tots els EAP hauran de definir i descriure els circuits de derivació de pacients amb sospita de càncer (Projecte de diagnòstic ràpid o similar) amb especial èmfasi al temps de demora, continuïtat i informació (2004).
72. Els EAP han d'assumir el 80% dels pacients oncològics en situació de cures pal·liatives amb o sense suport del PADES (2005).
73. Implantar una estratègia formativa per a la detecció del signes i símptomes de sospita del càncer a la APS. (2004)
74. Avaluar mitjançats el projecte de diagnòstic ràpid y altres estudis, el intervals de resposta de la APS en el procés diagnòstic de càncer. (2003-2005)

4.3.3. Centres i unitats sociosanitàries

Intervencions:

Desenvolupar aspectes en relació a:

- Organització assistencial i activitat
- Relació amb els centres hospitalaris
- Relació amb els centres d'atenció primària

Objectius operacionals:

75. Les unitats de cures pal·liatives sociosanitàries hauran de disposar d'un protocol de l'alta que garanteixi la continuïtat assistencial amb l'APS i els PADES (2003).
76. Les unitats de mitja estada mixtes (convalescència - pal·liatives) hauran de redactar els mecanismes interns necessaris per donar resposta prioritària a les demandes de cures pal·liatives des del domicili (2003-2004).

4.3.4. Consorti Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona

Intervencions:

- L'efectivitat dels serveis sanitaris i la seva avaluació.

Objectius operacionals:

77. El CSB, a través de l'ASPB, avaluarà l'efectivitat de les mesures implantades en base a indicadors de resultats (2004-2005).

4.4. Informació i sistemes d'informació

Intervencions:

- Participar en la posta en marxa del registre poblacional de càncer de Catalunya (RPCC).
- Assessorar els proveïdors hospitalaris per tal d'adequar el seus sistemes d'informació.
- Orientar els sistemes d'informació a conèixer l'atenció clínica al càncer en el centre.
- Articular l'avaluació de l'atenció al càncer al voltant de sistemes d'informació integrats.
- Analitzar i avaluar els resultats de l'atenció al càncer, mitjançant el registre de càncer de la ciutat de Barcelona (RPCB).
- Promoure la tramesa efectiva d'informació entre nivells.

4.4.1. Registres hospitalaris de tumors amb estadiatge i supervivència

Intervencions:

- Descripció de la situació actual per hospitals
- Disposar d'informació sobre estadiatges
- Realitzar un seguiment de la supervivència
- Valorar la implantació d'opcions més complexes con sistemes integrats d'informació clínica que obren noves potencialitats de planificació i avaluació de la qualitat.

Objectius operacionals:

78. Els centres hospitalaris desenvoluparan un registre de tumors integrat del centre, que com a mínim informi dels casos segons els requeriments mínims del RPCC (2003-2005)
79. Amb el suport d'ASPB, els centres hospitalaris de Barcelona hauran d'adaptar el seu sistema d'informació a fi de subministrar dades al Registre de Càncer de Catalunya (2004)

80. Almenys 2 centres de la XHUP hauran de posar en marxa un registre de tumors que permeti conèixer l'estadiatge i la supervivència dels pacients amb càncer, així com d'altres indicadors de qualitat (2003- 2004)
81. Els centres hospitalaris amb més casos dels càncers hauran de desenvolupar el registre del centre per conèixer la supervivència a l'any i 5 anys dels casos atesos (2005) .
82. Els centres desenvoluparan sistemes integrats d'informació que facilitin el coneixement i la gestió clínica dels casos de càncer en el centre (2005)

4.4.2. Registre poblacional de tumors de Barcelona (RPCB)

Objectius operacionals:

83. Establir un conveni entre el PDOC i l'ASPB, seguint les orientacions d'aquest pla operatiu, per al qual l'ASPB donarà suport al desplegament a Barcelona del registre poblacional de càncer de Catalunya (RPCC) (2002)
84. L'ASPB assessorarà i donarà suport als centres hospitalaris de Barcelona per adequar la seva informació als requeriments de RPCC (2004-2005)
85. L'ASPB participarà activament en l'anàlisi dels resultats del registre pel que fa la ciutat de Barcelona amb l'objectiu de donar suport a la planificació del CSB i del CatSalut (2004)
86. L'anàlisi desenvolupat ha de permetre a partir del 2004 i successius monitoritzar l'efectivitat i l'equitat de les intervencions desenvolupades sobre el càncer amb una base poblacional i altres variables d'estudi (grups socials, ABS, etc.)

4.5. Coordinació i cooperació en l'atenció al càncer

Intervencions:

- Establir una estructura de coordinació orientada a facilitar les interaccions de l'oferta assistencial, els circuits, els fluxos de pacients, els protocols assistencials i l'avaluació dels resultats.
- Assegurar un accés equitatiu dels casos de càncer al tractament més adequat
- Promoure acords de cooperació interhospitalària en l'abordatge del càncer, tant en aspectes diagnòstics com terapèutics.
- Promoure l'especialització en la cirurgia del càncer d'alt grau de complexitat
- Definir les unitats de referència oncològica per un abordatge integral del càncer.
- Agilitar la derivació de casos de sospita de càncer des de l'APS a l'AE.

4.5.1. Comitè de coordinació oncològica

El Comitè de Coordinació Oncològica vetllarà per la coordinació de l'oferta assistencial, fluxos i valoració de la qualitat assistencial.

Objectius operacionals:

87. El CSB constituirà el Comitè de Coordinació Oncològica (CCO) amb la participació del PDOC, el CSB, l'ASPB i els proveïdors (2003)
88. Les línies bàsiques e inicials 2002-2003 del CCO seran:
 - Constitució del Comitè de coordinació oncològica
 - Intervencions de cessació tabàquica en:
 - Professionals dels serveis sanitaris
 - Població general
 - Finalització de la 1a ronda de cribratge del càncer de mama a tota la ciutat
 - Implantació de la figura de coordinador oncològic de la XHUP
 - Desplegament del registre de tumors hospitalari Potenciar el paper dels comitès de tumors
 - Propostes d'especialització i concentració quirúrgica
 - Estudi sobre l'interval diagnòstic-terapèutic a Catalunya
 - Avaluació del procediment terapèutic en cirurgia oncològica digestiva
 - Seguiment i avaluació del diagnòstic ràpid de càncer entre l'APS i la XHUP. Es determinaran les línies bàsiques per a l'any 2004 abans de la finalització del 2003.

4.5.2. Unitats de referència oncològica (URO)

Aquestes unitats tenen com objectiu facilitar una oferta multidisciplinària en l'atenció al càncer amb protocols assistencials adaptats a les organitzacions de la ciutat i que han d'estar d'acord amb les guies i recomanacions generals establerts per a tot Catalunya.

Cada una de les URO ha d'incloure els següents serveis: oncologia mèdica, radioteràpia, hematologia clínica, cirurgia amb dedicació oncològica i psicooncologia. Analitzar hospitals que compleixen i valorar necessitats.

Objectius operacionals:

90. El CSB amb la participació de les entitats proveïdores aplicarà els criteris bàsics definits pel PDOC, i identificarà les unitats de referència oncològica a Barcelona (2004)
91. Les URO hauran d'incorporar els protocols i guies de pràctica clínica elaborats pel PDOC. (2004-2005)

4.5.3. Cooperació i aliances interhospitalàries

Intervencions:

- L'objectiu central es el pacient, l'eficiència dels serveis i millores en la proximitat al lloc de residència dels casos.
- Aquesta relació entre hospitals ha d'estar acordada formalment i ha de garantir el bon funcionament dels circuits per la tramesa d'informació clínica i perquè els temps de demora es mantinguin dins dels estàndards.
- Orientat sobre els tumors més freqüents i des de la perspectiva d'una integració funcional i no tan sols un circuit.
- Analitzar hospitals i experiències.

Objectius operacionals:

92. Organitzar unes jornades sobre la gestió de processos en l'atenció al càncer amb participació dels proveïdors, per centrar el debat sobre les oportunitats de millora i les perspectives de cooperació i aliances interhospitalàries. (2004)
93. El CSB amb la participació de les entitats proveïdores aplicarà els criteris, definits pel PDOC, i identificarà els centres o UROs amb massa crítica suficient per mantenir un nivell d'expertesa adequat (2004). Aquest aspecte pot incloure

també, proves diagnòstiques que per el seu poc volum o la seva complexitat s'haurien de concentrar (citogenètica, biologia molecular, proves d'imatge del tipus del PET-SCAN....)

94. Es plantejaran acords de fusió/col·laboració en aquells casos de línies de treball complementàries on es visualitzi un benefici pels pacients i les organitzacions (hematologia) (2004–2005)
95. S'establiran els centres o UROs per a derivació de casos per aquells centres amb massa crítica insuficient.

4.5.4. Acords d'especialització quirúrgica

Intervencions:

- En el cas de certs tumors i procediments quirúrgics, les actuacions necessàriament s'hauran d'efectuar en aquells centres que puguin donar resposta a la complexitat terapèutica, experiència en un nombre de casos suficient i disposar de professionals amb experiència.
- Es basa en la massa crítica recomanada i els resultats.
- Tipologia: càncer d'esòfag i pàncreas quirúrgics, tractament quirúrgic de metàstasis hepàtiques, recte, citogenètica i biologia molecular, etc.
- Cal definir els criteris, circuits, indicadors de seguiment,
- Incorporar conclusions del grup de la Corporació

Objectius operacionals:

96. Es desenvoluparan els treballs previs a la proposta de concentració de cirurgia oncològica en el cas del càncer d'esòfag, pàncreas i recte (4 hospitals) (2003)
97. Fer efectiva la proposta de concentració de cirurgia oncològica en el cas del càncer d'esòfag, pàncreas i recte (2004-2005)
98. Iniciar treballs previs a la proposta de concentració de cirurgia oncològica en el cas d'altres tipus de tumor

4.5.5. Coordinació de circuits entre nivells assistencials. El suport al pacient amb càncer. Les cures pal·liatives

Inclou la tramesa de pacients entre els àmbits, tant en la seva base diagnòstica com terapèutica, així com de cures pal·liatives amb especial èmfasi en pacient amb malaltia oncològica avançada.

Intervencions:

- Impulsar el projecte de “Diagnòstic ràpid de càncer entre l’APS i la XHUP”. Aquest projecte té com objectiu fonamental, establir una coordinació entre l’APS i els hospitals per tal d’habilitar un circuit de accés preferent a la realització de proves complementàries en el cas de pacient amb sospita de càncer, i per tant, reduir el interval primera visita – diagnòstic.
- Afavorir la continuïtat assistencial entre nivells d’assistència.
- L’alta del pacient ha de considerar la tramesa de l’informe a l’EAP amb continguts suficients per assegurar la continuïtat assistencial.
- Aquesta coordinació assistencial ha d’incloure també les unitats de cures pal·liatives, centres sociosanitaris i PADES.

Objectius operacionals:

99. El CSB posarà en marxa una prova pilot del projecte de “Diagnòstic ràpid de càncer entre l’APS i la XHUP”. Amb la participació de 20 ABS i 5 hospitals (2002)
100. Anàlisi dels resultats obtinguts en aquesta prova pilot, valorant la possible extensió i introducció de propostes de millora (2003)
101. Cada centre explicitarà els circuits de derivació dels casos més prevalents en la seqüència diagnòstica i terapèutica del càncer. (2003)
102. Es proposaran millores en els circuits de derivació per assegurar el mínim temps de demora. (2004)
103. Implantació del protocol de preparació de l’alta (PREALT) entre almenys 2 hospitals i l’APS (al 2003)
104. Introducció de la recepta del CatSalut en centres de cures pal·liatives en almenys 4 centres. (2004)
105. Elaborar i acordar protocols de coordinació i derivació entre hospitals d’aguts i CSS per pacients amb càncer (al 2004)

5. Recerca i formació

El desenvolupament de la recerca bàsica i aplicada a la clínica en oncologia durant els darrers anys s'ha centrat en diferents àmbits: Genètica: els avenços en els coneixements genètics han fet possible progressos molt importants en el descobriment de gens que indiquen la susceptibilitat augmentada i el risc elevat dels pacients. Aquestes investigacions eventualment podrien tenir implicacions diagnòstiques i terapèutiques; immunologia; mecanismes d'inducció i progressió tumoral; virus i càncer; estudi de la regulació de la mort programada i apoptosi cel·lular, estudi del cicle i de la regulació cel·lular; detecció precoç i diagnòstic del càncer, tant pel que fa a la imatge radiològica com als marcadors tumorals; quimioprevenció; tractament del càncer: conservació d'òrgans, radioteràpia (canvis en fraccionament, teràpia conformada, etc.), teràpies adjuvants i neoadjuvants, desenvolupament de nous fàrmacs, trasplantament de moll d'os, quimio-resistència i millores en la qualitat de vida i cribratge del càncer.

El gran desafiament consisteix a establir mecanismes d'aplicació dels desenvolupaments de la recerca en la clínica i, per tant, establir vincles entre la recerca en el laboratori i la clínica és probablement l'assignatura pendent més important a l'atenció oncològica.

Una recerca de qualitat i uns sistemes específics d'informació son la base de l'ús apropiat i eficient del coneixement, a més de permetre l'avaluació de les accions i la millora del resultats que se'n deriven. La recerca, per tant, es pot dividir en el diferents àmbits:

- Recerca oncològica bàsica i aplicada.
- Sistemes d'informació clínica, epidemiològica i de serveis sanitaris.
- Ús apropiat dels coneixements, de les tecnologies i dels recursos.
- Avaluació de les accions i dels resultats clínics i de salut.

Les prioritats establertes al Pla Director d'Oncologia a Catalunya són:

- Consolidar el centre de referència d'epidemiologia i prevenció del càncer, que hi ha actualment al Pla Director d'Oncologia de Catalunya, a això es podria afegir el paper de l'ASPB en aquest camp.
- Desenvolupar la recerca bàsica en oncologia, d'acord amb el III Pla de recerca, amb criteris d'excel·lència investigadora.
- Promoure la recerca clínica de qualitat amb especial èmfasi en la recerca multicèntrica, que abasti els diferents àmbits de l'atenció oncològica. Acreditar unitats d'assaigs clínics de la fase I per tal de poder oferir als pacients catalans l'accés als nous fàrmacs en fase d'avaluació clínica de l'eficàcia.

- Establir programes de recerca translacional en els principals hospitals que permetin introduir la medicina molecular en el tractament del càncer.

Pot ser que l'àmbit de la ciutat, no sigui el més adequat per desenvolupar aquests aspectes, perquè moltes d'aquestes qüestions tenen un àmbit molt més ampli, supranacional moltes vegades. A banda d'això, aquest Pla Operatiu sí pot jugar un paper molt facilitador dins d'aquesta dinàmica. Per tant, la proposta se centraria en estudiar com es pot jugar aquest paper, amb el desenvolupament d'un document monogràfic que fixi els objectius més immediats en aquest àmbit.

Pel que fa a la formació, reproduïm els objectius ja especificats en altres apartats:

- Els centres hospitalaris asseguraran l'expertesa i formació dels professionals sanitaris implicats en l'atenció al càncer explicitant la metodologia prevista (2003-2005). (Objectiu 67)
- Implantar una estratègia formativa per a la detecció del signes i símptomes de sospita del càncer a la atenció primària de salut. (2004) (Objectiu 70)

6. Recursos i infraestructures

Concretar escenaris possibles:

- Suport de psicologia a hospitals de Barcelona
- Acords en inversions en radioteràpia
- Suport al pacient amb càncer. Les cures pal·liatives:
 - Atenció domiciliària de l'atenció primària de salut
 - PADES