



Programa de detecció precoç del càncer de mama

Barcelona ciutat

Coneixements, actituds i percepcions sobre el càncer de mama i la detecció precoç en dones de diferent origen cultural: Barreres percebudes i elements facilitadors

El càncer de mama: L'estat de la qüestió

El càncer de mama segueix sent una de les principals causes de mort entre les dones dels països desenvolupats i la primera causa de mort per càncer.¹ A Europa, durant l'any 2004 va representar el 27,4% de tots els càncers femenins i va ser el responsable del 17,4% de les defuncions per càncer.²

A Catalunya, el càncer de mama representa gairebé el 30% de tots els càncers en dones,³ percentatge que duplica el de colon i recte i que les previsions indiquen que continuarà augmentant.⁴ A la ciutat de Barcelona, les estimacions fetes a partir del registre poblacional de Tarragona, preveuen un augment constant de la incidència. D'altra banda, tot i que la mortalitat ha disminuït de manera global a partir de la dècada dels no-

ranta,⁵ aquest càncer continua sent la primera causa de mort entre les dones de 45 a 74 anys,⁶ i en el conjunt de la població femenina és la segona causa de mort després de les malalties cardiovasculars.

Són diversos els factors de risc relacionats amb el càncer de mama, però en pocs d'aquests, a més de l'edat, s'ha pogut demostrar una relació clara i determinant amb l'aparició de la malaltia. En tot cas, són factors difícilment modificables, i, per tant, no és possible fer prevenció primària. Malgrat el debat generat que hi ha en relació amb l'efectivitat dels programes de cribratge en termes de reducció de la mortalitat,⁷ finalment sembla demostrada la contribució d'aquests programes a la disminució, juntament amb altres factors com ara els avenços tecnològics i terapèutics dels darrers anys.⁸



La immigració

Si bé els fluxos migratoris s'han donat en més o menys freqüència al llarg de tota la història, el cert és que darrerament el continent europeu s'ha convertit en un important receptor de població immigrant. A l'Estat espanyol, a més, aquests fluxos migratoris s'han donat de manera molt accentuada en els últims anys. Segons comunitats autònomes, Catalunya, Madrid, el País Valencià, Andalusia i les Canàries reuneixen el 72% dels estrangers de l'Estat espanyol,⁹ que es concentren sobretot als grans centres urbans com ara Barcelona, on el juny del 2007 es comptabilitzaven 1.600.000 habitants, dels quals el 16,2% són estrangers.

La majoria dels immigrants són joves, però amb el temps va augmentant també el nombre de persones d'origen immigrant d'edat més avançada. En concret, i centrant-nos en les dones de 50 a 69 anys, que constitueixen la població diana del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama, segons dades del Padró municipal d'habitants de Barcelona de l'abril del 2008, més del 12% de les dones d'aquest grup d'edat són nascudes a l'estranger. Principalment, són de Perú, Equador, Argentina, Colòmbia, Bolívia, Marroc, Filipines, República Dominicana, Xina i països de l'est d'Europa.

A més de la diferent realitat cultural, el fet migratori per si mateix determina que en molts casos la necessitat

d'adaptar-se a la nova realitat i de fer-se un lloc a la nova societat, faci passar la cura de la salut a un segon terme.^{10,11,12} Les pràctiques preventives solen presentar desigualtats segons classe social fins i tot, encara que sigui en menor mesura, en països com ara el nostre, on l'existència d'un sistema sanitari universal garanteix l'accés a tots els ciutadans i ciutadanes.^{13,14}

De la mateixa manera, l'experiència de països amb una més llarga tradició en matèria d'immigració,¹⁵ així com el que s'observa fins ara al nostre entorn,^{16,17} ens mostra que els serveis preventius són els menys utilitzats per la població immigrant en general i les dones en concret, bé per factors i creences culturals, bé per fets relacionats amb el procés de la immigració per si mateix.

Coneixements, actituds, percepcions i pràctiques sobre la detecció precoç del càncer de mama

Els coneixements, actituds i percepcions que es tenen de la malaltia són determinants de les conductes que manifesten les persones, tot i que cal dir que no sempre un coneixement adequat genera una conducta conseqüent amb aquest coneixement.¹⁸

Diferents estudis mostren que la participació dels col·lectius de dones immigrades en els programes de detecció precoç de càncer de mama sol

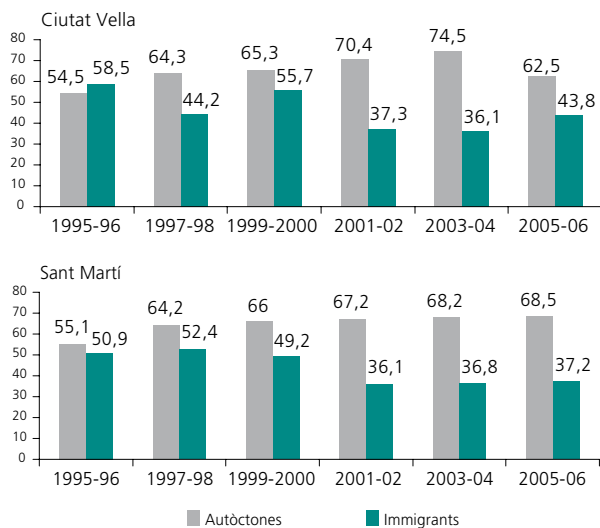


ser baixa per motius diversos: l'edat (les dones grans hi participen menys),^{11,19} problemes de comunicació deguts al desconeixement de l'idioma del país d'acollida i a la difícil comprensió intercultural vinculada a creences i a nivells d'instrucció baixos. Altres barreres són la por al diagnòstic, el desconeixement davant de les possibilitats de tractament i possible curació del càncer de mama, sovint considerada com una qüestió de predestinació contra la qual no es pot lluitar i davant la qual no hi poden fer res el control ni l'actitud personal.^{20,21} De vegades es pot generar

la situació inversa, és a dir, unes expectatives excessives²² o unes falses sensacions de seguretat vinculades a pràctiques com ara l'autoexploració mamària, molt utilitzada als països de l'est d'Europa i que està negativament correlacionada amb la participació en programes de cribratge en què la mamografia és el mètode d'elecció per a la detecció precoç d'aquest tipus de càncer.²³

A Barcelona, segons dades dels hospitals de l'IMAS, també es posa de manifest aquesta més baixa tendència a participar en el Programa. Com es pot veure a la figura 1, als distric-

Figura 1. Participació a Ciutat Vella i Sant Martí en dones autòctones i immigrants.



Font: IMAS, Hospital del Mar.



tes de Ciutat Vella i Sant Martí, que són aquells on es va iniciar el programa, la participació per part de les dones immigrades, si bé en un primer moment va ser similar a la de les autòctones, ha anat disminuint amb el pas del temps, i també a mesura que el nombre d'immigrants ha anat augmentant.

En aquests districtes, les dones immigrades principalment són del Marroc, Filipines, Argentina, Xile i Perú. Les dades del Hospital de Sant Pau, el qual té una zona d'influència en què l'origen de les dones immigrants és de Llatinoamèrica, però també un important contingent de persones de la Xina, mostren la mateixa tendència, amb una participació del 47,7% en les immigrades, enfront del 54,3% en les autòctones durant l'any 2007.

Amb el propòsit d'estudiar els coneixements, actituds, beneficis i barreres percebudes per les dones de diferent origen cultural, i també de les autòctones de diferent nivell social, s'està duent a terme un estudi específic a la ciutat de Barcelona que comprèn una investigació qualitativa amb una segona part quantitativa. Tot plegat ha de contribuir a cercar les accions específiques encaminades a eliminar les barreres que les dones puguin percebre per accedir a les mamografies de control, deixant de banda, naturalment, la decisió última individual de cada dona.

En el treball qualitatiu, s'han dut a terme vint grups focals i entrevistes amb dones de l'est d'Europa, el Magrib, l'Índia, el Pakistan, les Filipines, Llatinoamèrica i la Xina, i amb autòctones de diferent nivell socioeconòmic. Es presenten els principals resultats obtinguts en alguns dels grups de dones esmentats.

Principals resultats

El comportament de les persones és el resultat de la interacció entre diversos elements que conformen la personalitat dels individus d'una societat, així com el tipus d'interacció entre ells. L'entorn sociocultural en el qual s'ha nascut i crescut i, per tant, l'imaginari cultural de cada societat, el nivell d'instrucció, la classe social i les vivències de cada individu acaben configurant uns coneixements, percepcions i creences que defineixen unes actituds i uns comportaments determinats.

Els comportaments en salut, en general, i en matèria de prevenció en concret, estan molt relacionats, doncs, amb tot aquest bagatge cultural i social que envolta i acompanya cada individu al llarg de la vida.

Els conceptes de salut, malaltia i prevenció tenen una construcció cultural. Les percepcions i creences que les dones immigrades tenen respecte a les pràctiques preventives en general



i a la del càncer de mama en particular en les cultures d'origen, intervenen com a facilitadors o com a barres en la prevenció del càncer de mama al país d'acollida. Però aquestes creences i valors també es modifiquen quan entren en contacte amb la cultura del país d'acollida.

Les dones autòctones

Tant les dones de nivell educatiu alt com les de nivell d'estudis més baixos, coneixen el càncer de mama, són capaces de distingir entre prevenció primària (fer coses per evitar l'aparició de la malaltia) i la secundària (detectar a temps per poder curar). Coneixen els tractaments que es fan, i fins i tot parlen del tractament coadjuvant i, de manera errònia o no, parlen de diversos elements que en algun moment han estat mencionats en la nostra societat com a possibles factors de risc vinculats al càncer de mama.

"Prevención, entonces, lo que sería más prevención entre comillas, no sería hacer algo para no tener la enfermedad, sino más bien detectarlo a tiempo, ¿no?"

Quant a la prevenció, és una pràctica que tenen adquirida, si bé diuen que és una qüestió vinculada a la nostra història recent, referint-se a la diferència amb les seves pròpies mares.

"No, a vegades és també perquè... Per exemple, la meva mare no hi havia anat mai i nosaltres li insistíem que hi havia d'anar. I la primera vegada que li van fer una mamografia li van trobar una calcifi-

cació i li van haver de treure el pit. I no és tant per desconeixement... Allò que comentàvem abans: «No. Si jo he tingut quatre fills, jo per què he d'anar al metge?» I et trobes bé i «per què hi he d'anar?». Aquelles coses que suposo que és més un tema de mentalitat, que no de necessitat..."

"No sé, porque es lo que decimos: mi madre tampoco fue nunca a un ginecólogo. Tuvo cuatro hijos, y mi padre era médico. No sé exactamente... A ver, también mi padre podría haberle dicho: «Vamos al ginecólogo», y no."

En general, són dones que es controlen, però tot i això diuen que a vegades no es controlen tant com consideren que caldria fer-ho, a causa de la pressió del dia a dia.

"Yo recuerdo por mí que lo hacía. Pero, realmente, a veces me costaba. Pero era por el estrés que llevas del trabajo. Entonces no encontraba nunca el momento de... por falta de tiempo... Pero de verdad que porque me lo proponía, porque, por mí, me lo habría saltado un montón de veces. Pero no por pudor ni por miedo, sino sencillamente por quitarme una cosa de en medio."

Parlen dels hàbits saludables com d'una manera de tenir una millor qualitat de vida en general, però no els vinculen al càncer de mama, que és una malaltia imprevisible que pot afectar qualsevol persona en qualsevol moment sense que es pugui fer res per evitar-ho.

"Yo lo que pienso es que está un poco en la composición física de nuestro organismo y hay a quien se le desarrolla y a quien no. M... No sé si luego preguntaréis los



motivos, pero yo creo que se desarrolla aleatoriamente, no tiene una regla fija para que uno la padezca y otro no, lleve una vida sana, fume o no fume, viva así, viva asá. Creo que es algo que se lleva, surge, te sale o no te sale. Entonces yo, cuando oigo eso, lo único que pienso es cincuenta y siete años que tengo y me he librado; pues estoy contenta, ¿no? Si ha de haber... No sé, a lo mejor las ciencias con tantos adelantos lo solucionan mejor, pero pienso que, si te toca, es porque lo llevaba tu cuerpo y te ha tocado, y no tienes que vivir asustada, pues ya se buscará una solución. Eso es lo que yo pienso cuando oigo «cáncer de mama».

“Si te sale un bulto, ¿anteriormente qué prevención vas a hacer? Es que [...]”

Afortunadament, els avenços de la medicina i la detecció precoç fan que es pugui curar en moltes ocasions.

“No es lo mismo que te cojan un bulto a tiempo, a que te cojan el bulto cuando, cuando a lo mejor ha, haya pasado... yo qué sé.”

“Hay muchos tumores y tipos. Pienso que en general, si se coge a tiempo, hay muchas más posibilidades.”

Per regla general, valoren positivament el sistema sanitari, tot i que també són força crítiques sobretot pel que fa als diferents discursos i aparents contradiccions existents entre professionals quant a aspectes diversos, entre els quals hi ha la periodicitat dels controls mamogràfics, així com amb la lentitud del sistema.

“Si més no, jo sé que a la mútua tinc sempre el mateix metge i que s'intenta... Tinc la coherència, per dir-ho d'alguna manera, que em fan mamografia, ecografia i

revisió, i tot això m'ho dona el metge. I tot això, més o menys, si no és el mateix dia, si no és que fan dues proves el mateix dia, i les altres dues en dos dies i tot el paquet jo el puc tenir, com a molt, més o menys, eh, en quinze dies... El problema que em trobo amb la Seguretat Social és de... O sigui, em puc passar tot l'any amb temes ginecològics. ¿Què vol dir? Que em vaig a fer la mamografia... Perquè, a més a més, jo no sé la resta, però cada vegada que vaig a la Seguretat Social tot és d'un any per l'altre. Amb la qual cosa, haig d'anar, com sempre, amb l'agenda apuntant. ¿Val? I pot ser una crítica, com pot ser una realitat, que em puc trobar amb metges de mútua, eh. Les mamografies per a no sé quin dia; l'ecografia, no, perquè no me la demanen; després em faran la bronca per l'altre costat i es demanarà, però bueno. Llavors, al ginecòleg al cap de sis mesos, i vés a buscar els resultats quan ho tinguis tot. Però després resulta que em truquen i em diuen que com és que no vaig a fer-me l'ecografia. Bueno, tota aquesta pel·lícula. Amb la qual cosa, el meu any ginecològic és d'un any ginecòleg (rialles). El problema... Sí. Més o menys és això, potser ho exagero, però... Ho dic per...”

Atribueixen a l'estalvi econòmic el fet que les directrius marcades per les autoritats sanitàries recomanin controls més espaiats que els serveis privats. El fet que els mateixos metges del sistema públic a la seva consulta recomanin coses diferents a les dones, ajuda a alimentar aquest imaginari col·lectiu de l'estalvi.

“Pero es a partir de los cincuenta años y, normalmente, si vas a los ginecólogos privados, te dicen que a partir de los cuarenta te hagas...”



Les dones de l'est d'Europa

En general, les dones de l'est d'Europa estan ben informades sobre el càncer de mama, si bé no en la mateixa mesura que les autòctones. Tenen el concepte de la prevenció molt integrat, a causa, bàsicament, del fet que els antics règims comunistes duïen a terme revisions laborals obligatòries a les persones que treballaven en fàbriques i en general en feines que implicaven el tracte i/o manipulació amb persones. Això fa que tinguin molt integrada la idea que cal estar sana per poder treballar.

"Y los médicos de nuestros países a primeras horas siempre, por ejemplo, atienden a gente que va a hacer revisiones de empresas. No sé cómo en Moldavia o en Rusia, pero yo vengo de Ucrania. Por ejemplo, si vas a..., si quieres, por ejemplo, pedir una hora para especialista, tienes que saber, por ejemplo, de ocho a diez es horas para pasar gente que hace revisiones de las empresas. Entonces dan horas más tarde, o por la tarde."

L'autopalpació mamària està fortament implementada, però consideren que és una tècnica poc eficaç, ja que quan es detecta un càncer de mama, normalment ja és massa tard. Per tant, valoren molt positivament el fet que al país d'acollida la mamografia estigui a l'abast de tothom, ja que és considerada una bona tècnica per a la detecció precoç i, per tant, per augmentar les possibilitats de curació de la malaltia.

"Mira tanto como aquí no se hace, porque no hay aparatos tan avanzados. Sí que hay, pero para poca gente. Para la mayoría de la gente no hay. Los aparatos para hacer mamografía están en los privados que tienen..., para los que tienen dinero para acceso. Pero médicos aconsejan siempre tocarnos pecho, siempre, para buscar algún bulto o alguna cosa sospechosa."

"Claro, según mi opinión, la mamografía es el método más avanzado, más moderno para detectar el cáncer de mama... Y por eso en nuestro país hay una manera antigua, palpando los pechos... Y todas las mujeres lo conocen bien, lo saben bien que de vez en cuando hace falta."

Al seu país d'origen, malgrat la "cultura preventiva", les pràctiques preventives no eren ni són uniformes a tot el territori, així com l'accés en general als serveis sanitaris. Les diferències venien marcades pel fet de viure en un medi rural o urbà i, en els darrers anys, per importants desigualtats socioeconòmiques i, en definitiva, per qui té la capacitat de pagar els serveis. Per regla general, les dones de l'antiga Unió Soviètica tendeixen més a controlar-se que les de Romania.

"[...] porque no hay aparatos tan avanzados [...] Los aparatos para hacer mamografía están en los privados que tienen..., para los que tienen dinero para acceso. Pero médicos aconsejan siempre tocarnos pecho, siempre, para buscar algún bulto o alguna cosa sospechosa."

"Mujeres que crecieron en pueblo, claro, no tienen tanto acceso."

"Cuando vienen aquí, también mujer que han crecido en pueblo; aquí se nota, aquí."



Se notan diferencias. Como no están acostumbradas a buscar noticias de medicina.”

La conducta al país d'acollida està molt determinada pel procés migratori i tot el que aquest implica, si bé amb el temps va canviant. Les dones de l'antiga Unió Soviètica tendeixen més a controlar-se que les romaneses per cultura, i per un cert pudor a anar al ginecòleg, sobretot en el cas de les dones romaneses de més edat.

Ens parlen des d'una posició de dona treballadora i mare de família que ha emigrat per treballar i tirar els fills endavant. El sentiment de responsabilitat cap als fills es veu fortament incrementat pel fet migratori.

“Las mujeres que vienen aquí para trabajar, que la mayoría vienen para trabajar, no para divertirse, vienen... son mujeres sanas. Porque antes de marcharse del país siempre se hacen una revisión.”

“Más creo responsables madres que tienen niños menor edad. Porque saben, sobre todo si es madre soltera, sabe que tiene que cuidarse porque, si le pasa algo, el niño se queda solo. Y aquí en este país es más complicado, porque tienes doble responsabilidad [...]”

Valoren positivament el sistema sanitari quant a l'accés, la gratuïtat i la disponibilitat de serveis, tot i que comenten com a aspecte negatiu les llistes d'espera, les quals a vegades es confonen amb la planificació.

Les dones xineses

Les dones xineses coneixen la malaltia i les mesures de detecció precoç,

tot i que en menor mesura en el cas de les dones d'àmbit rural i/o d'estudis baixos. Creuen que és una malaltia greu però que, si es detecta a temps, es pot curar. Tot i això, els costa parlar-ne, ja que els fa por i sobretot els provoca tristesa; la comunitat xinesa diuen ser una comunitat molt alegre, en la qual l'alegria, la convivència i la relació amb la comunitat són molt importants.

“Dicen que hay gente que no le gusta escuchar sobre este tipo de enfermedad, que hay gente, en China, que no quiere escuchar de este tipo de enfermedad. Porque esta enfermedad es muy triste [...] No tocamos, ¿sabes? Si tocamos este tipo de tema, esa persona se queda vacía. En los españoles, no como los chinos.”

Xina, igual que els països de l'antiga Unió Soviètica, ha viscut durant molts anys sota un règim comunista, el qual ha promogut les activitats preventives vinculades a l'àmbit laboral, tot i que hi ha també força desigualtats segons àmbit rural o urbà i nivell cultural quant a accés a coneixements i a serveis en general.

“Hace cuatro años, cuando estaba en China, en campo la gente no puede pagar la... Allí hay que ir pagando, no hay seguro social. Si está vivir en ciudad, trabajando, trabajador pagando seguridad social o tiene un médico en ciudad. Normalmente, campo para visitar médico cae muy lejos.”

“[...] yo creo que cuando nací en ciudad, cualquier cosa es más fácil, ¿no? Hospital o cualquiera tiene más cerca. Sí, y además más libre, más tiempo, diferente de campo. Cuando una persona crece en el cam-



po, está trabajando diferente que una ciudad grande, que una ciudad, ¿no?”

Donen importància a la salut i a cuidar-se per si mateixes, valorant sobretot els hàbits de vida saludables: la dieta, l'actitud positiva davant la vida i l'alegria.

“Nosotros, chinos de mujeres no costumbre, no fumar, seguro, y comer también poco, no es mucho. Es las dos cosas aparte. Comer frutas, pescado...”

“No estar tanto tristes, más alegría, eso es muy importante, ¿no? ¿Sí o no? Hay que sacar las cosas tristes que tengas dentro, debe sacarse, ¿no?”

“Si cada día estás pensando: «Mira, estoy muy malo, muy malo», al final, triste. Y esta persona entonces se cae enferma.”

Donen més importància al fet de tenir hàbits saludables que a fer-se controls regulars. Insisteixen molt en el tipus de dieta, lligant-la fins i tot a la més gran o més petita presència de càncer; així, tenen la sensació que a Espanya i en determinades zones de Xina on la dieta és més rica en greixos, hi ha més gran presència de la malaltia.

“Hay zona, por ejemplo, del norte, sur, mucha diferencia. Eh, se dice, ¿no? Dice del norte toma muchos ajos; sur, menos. Dice: entonces norte cáncer menor que sur. Se dice, he oído, en el periódico he leído sí. Se dice eso. Porque norte todo mundo comen muchos ajos tiernos, pero en sur menos. Entonces, por eso depende de comida. En general, comida china es muy sana. Aquí, más grasas, mancha, usa muchos aceites. En China ahora, por ejemplo, carne de cerdo, la grasa la gente ya no quiere.”

“Grasa es muy mala para la salud, se dice. Pero nosotros nos hemos acostumbrado a no comer tan grasas, ¡eh!”

“Depende de... si cuando tú tomas muchos fritos; las cosas fritas no se deben servir. Todo el día, todo el día, todo el día comidas fritas, es muy malo.”

“Más lechugas, más tomate, más esto, ¿no? Según, según, aquí toma todos los días cosas fritas... Esto, médicos es otra cosa que vigilan, también que cuidas. Depende de comida. Cada día, yo pienso eso, yo creo que sí.”

El fet migratori, naturalment, influeix en la conducta de les persones; però, així com en les dones d'altres cultures amb el temps es van produint canvis, en el cas de la comunitat xinesa sembla una qüestió més complexa. La barrera idiomàtica és molt gran, i a més, les persones xineses emigren per treballar, però no vénen a buscar feina al país d'acollida, sinó que hi instal·len el seu propi negoci. La barrera idiomàtica és tan gran, que les persones que vénen a buscar feina ho fan en els negocis de la comunitat xinesa. Això, juntament amb el pes i la importància que es dóna a la comunitat i amb l'estreta convivència que s'estableix entre els seus membres, genera el fet que la integració en la societat d'acollida sigui complexa i difícil, de manera que s'estableixen clares zones d'influència i predomini de la societat xinesa a les ciutats en què viuen.

“[...] tú lo sabes, ¿no? Aquí, por ejemplo, uno no necesita estar muy enfermo, con enfermedad, anuncio de, entre nosotros



tenemos mucho tipo de periódico, ¿no? Sale al periódico anuncio muy grande [...] pasa mucho, ¡eh!, pasa mucho, ¡eh!, mucho, mucho, ¡eh! [PREGUNTA: O sea, que los de la misma comunidad se reúnen y...] No, no, no. No comunidad o no personal, persona o asociación. [PREGUNTA: Vale, diferentes chinos, pues, le ayudan económicamente a esa persona.] Sí, sí, si la persona enferma, entonces todo el mundo sacamos poco a poco juntos la ayuda."

"Como comunidad, China es muy muy... junto. Tú ya sabes, ¿no? Sí, por ejemplo, una persona pasa problemas, [...] ayudas. Yo creo que un poco diferente que aquí, ¿no? Todos los chinos nos ayudamos. Es un costumbre de [...]"

Les dones de nivell social més alt i que fa més temps que són al país d'acollida tenen una major tendència a controlar-se, tot i que no queda clar per quina via ni quin tipus de seguiment fan exactament.

"[...] yo creo en Barcelona, ahora, la comunidad china también, las mujeres, también vigilan mucho, se cuidan mucho."

"Yo creo que [...] sí, generalmente, yo creo las mujeres mayores esto saben menos, pero... la comunidad china se cuida mucho, vigila mucho."

En tot cas, manifesten una gran desconfiança pel sistema sanitari del país d'acollida, la qual cosa fa que recorrin o bé a la seva medicina tradicional, o fins i tot a la medicina privada, abans d'acudir al sistema sanitari públic, pel fet de considerar que pagar implica més qualitat. En moltes ocasions, aprofiten els viatges que fan a la Xina per fer-se una revisió general.

"[...] Y digo otra cosa: Si, por ejemplo, entre nosotros muchísimo trabajar, estás muy cansado de trabajar aquí, ¿no?, también no mucho tiempo. Por ejemplo, si una persona enferma grave, directo a China."

"Sí, hay muchos médicos son practicantes, lo que yo sepa, eh. Porque yo he visto amigo, amiga, hicieron operación mal, hay que operar otra vez. Más grave, muy mal, eh. Por ejemplo, yo tengo una señora que trabajaba en una compañía de seguros. Ella tenía un hongo aquí, un hongo aquí detrás de la [...] entonces hizo operación, torcida la boca, torcido ojo, ahora todo torcido, ahora todo torcido, toda la cara torcida. Eso es normal. Y ahora muy mal, muy triste ella. Y torcida la boca, torcidos los ojos, ¿cómo va a trabajar? No puede trabajar, ahora. Por la operación esta. Porque cuando una operación mal, hay que primero explicar todo cómo pasa. Puede ser que tiene operación mal o que se torcido la cara, hay que explicar. Ella no sabe qué tipo de operación sale tan mal. Un hongo aquí, un hongo. Primero ella no oído bien, entonces va a médico. Y médico le encuentra hongo, operar hongo este."

Creuen que pel fet que estan aquí treballant i pagant impostos, tenen dret a tenir serveis especials per a ells, la qual cosa fa pensar també en el desconeixement de la societat en què viuen immersos.

"Sí, está bien. Pero nosotras, yo pienso que trabaja y pagar Seguridad Social cada mes para nosotros, hay preferencia para nosotros por pagar cada mes. ¿Vale? Y también necesito como es ambulatorio m... Hospital, más fácil para nosotros, para mirar más rápido. Por eso nosotros pedimos estas cosas. Porque cuando nosotros enfermamos, no vamos a médico, médico chino queda cerca de casa ambulatorio [...] otro



día, más días. Dentro de dos días, tres días, tomar porque medicamento...”

“Yo tengo una idea. Cada ambulatorio tiene una planta especial para nosotros (rialles). Solo para chinos... para extranjeros. Y ahora aquí, España, tú sabes, tiene muchos extranjeros y necesita ayuda mucho. Y también nosotros somos muy buenos trabajadores. Entonces...”

“Importante que de vosotros ambulatorio o hospital más cuida nosotros. Esto es importante porque nosotros aquí ya, pobre, está lejos de familia y mi país, viene aquí a trabajar y es mejor estar contenta. Pero cuando está mal, molesta a todos. Eso, mala cosa, mejor una idea como yo antes dicho, hacer un servicio para nosotros, algo especial... Eso, nosotros estar contenta. Y ya está.”

Les dones filipines

Les dones filipines no semblen tenir una idea gaire clara sobre el càncer de mama, a part del fet que és una malaltia greu i incurable, sobretot per als pobres que no en poden pagar el tractament. Per als rics, hi ha tal vegada alguna possibilitat de curació; de fet en diuen “la malaltia dels rics”.

“No se cura. Una enfermedad sin curar [...] ¿En Filipinas? En Filipinas... si tienes dinero, sí.”

... Mi madre murió por cáncer. Mi hermana mayor, también: murió por cáncer de mama.

Dicen que es la enfermedad de los ricos porque hay que tener mucho dinero para superarla.”

Hi ha importants desigualtats segons medi urbà i rural, però sobretot soci-

oeconòmiques, tot i que últimament es promouen iniciatives.

“[...] En Filipinas ahora se especialmente los pobres depende de ellos. Todo depende de ellos... Porque no tienen dinero para pagar un hospital. Solamente tienen... Tienen a Dios. Sí. Y también las misioneras rurales, ¿no? Sí que les ayuda mucho también para prevenir o curar. Pues tiene cáncer, pues toma esto. Este té. El té, toma el té.”

Amb el temps, al país d’acollida va canviant la visió tan negativa que es té de la malaltia pel fet de saber que hi ha mitjans i que estan a l’abast de tothom.

“[...] Con la medicina moderna de aquí se que se puede curar. Solo hay que... que creer. [...] O sea, aquí hay medicina moderna... O sea, cambia, ¿no? Al estar aquí, el hecho de pensar que hay medicina moderna... Hay cura para el cáncer.”

El càncer de mama no sembla ser considerat una prioritat sanitària; els rics ja tenen mitjans per tractar-lo, i els pobres tenen altres prioritats més urgents. Quant a la prevenció, no és un concepte arrelat, a causa, bàsicament, dels recursos escassos i pels quals cal pagar, cosa que fa que no es promoguin conductes preventives. Algunes dones parlen de l’autopalpació mamària com a mètode fomentat a les Filipines, però no sembla que sigui d’una manera generalitzada, ja que hi ha dones que el desconeixen.

“Y allí en Filipinas no es una cosa tan común. Las revisiones no es norma allí. Solamente si tienes algo malo, allí se lo encuenan. Pero prevenir allí no hay. No hay



prevención porque los médicos de allí son, no son gratuitos; hay que pagar y pagar.”

Consideren que cal mantenir uns hàbits saludables, una bona dieta i una actitud positiva davant la vida, donant molta importància a l'actitud i a l'estat d'ànim com a factors influents en la salut. Sobretot destaquen l'estrès com a molt perjudicial, el qual diuen sentir-lo molt en la societat d'acollida, i a més en el seu cas incrementat pel fet migratori.

“Por ejemplo, como inmigrantes, el estrés, los problemas, las tensiones, el trabajo... Así, ¿no? El problema de aquí y allí, el problema familiar, personal, el trabajo laboral, todo esto contribuye también [...] la... ¿cómo se llama? La soledad, ¿no?”

Són dones que han emigrat per treballar, i aquesta és la seva prioritat, la qual cosa fa que el cuidar-se a vegades quedi en un segon terme. En ocasions han emigrat elles soles, i han de continuar pensant en la família que ha quedat al país d'origen, formant part del col·lectiu de dones que constitueixen les ja anomenades “famílies transoceàniques”.¹

“[...] es porque la prioridad de los filipinos es ganar dinero. Están aquí para ganar dinero y para poder ayudar a los... los niños de la familia que han quedado en Filipinas. Y también para sus hijos que están aquí en, en España, ¿no? Si no trabajan, no pueden vivir aquí. Y también, tampoco sus familias en Filipinas.”

¹ El País, 8 de novembre del 2008.

Un altre impediment és la desconfiança que tenen vers el sistema sanitari i els seus professionals.

[...] por miedo a los médicos, porque, claro, lo que oyen... Tienen miedo a que... Claro, a veces dicen que experimentan cosas... los médicos... No quiero decir todo esto, pero lo que he oído, lo que he oído que dicen que a veces hacen experimentos, ¿no? Como, como estudios, especialmente a los que están... están aprendiendo.”

Tot i això, amb els anys va canviant la mentalitat, van coneixent el país d'acollida, i també hi influeix l'edat. Comenten que és a partir dels cinquanta anys, coincidint amb la menopausa, que comencen a aparèixer la majoria de problemes de salut i poden emmalaltir més fàcilment.

“[...] bueno, la mujer, cuando ya tiene menopausia, menopausia... ya ha tenido. Entonces hay tantas cositas que le molestan.”

Les dones pakistaneses i hindús

Les dones pakistaneses i hindús, sigui quin sigui el seu nivell social, en general no saben què és la malaltia o si es pot prevenir o no; no coneixen les mesures de detecció precoç i, per tant, no les practiquen. La majoria de casos de càncer de mama que han conegut, s'han detectat en estats avançats; en ocasions la mateixa dona no n'era ni conscient, a causa de la manca de recursos.

“Dice que hay gente que tiene cáncer de mama, pero ella no lo sabe. No lo hacen



allí [...] dice que antes las mujeres no saben qué les está pasando, hasta que les sale un bulto o algo y van al médico, hacen las pruebas y saben que es un cáncer de mama. Pero antes no."

El càncer de mama apareix com una malaltia tabú, d'una banda, perquè en la seva societat les qüestions íntimes del cos es veuen amb pudor, tot i que impliqui perill per a la salut de la dona; i, d'altra banda, també es una malaltia amb un fort estigma.

"[...] esta enfermedad, pues no lo hablamos sobre esto... Al escuchar la palabra cáncer [...] y las mujeres no se hacen pruebas, y cáncer es una palabra muy fuerte y la gente no hablan mucho de esto."

No tenen inculcat el concepte de prevenció, entre altres coses perquè al seu país els recursos sanitaris són escassos i molts d'aquests s'han de pagar. Això, a més, marca importants desigualtats de classe, i també entre medi rural i medi urbà.

"[...] la gente que viven en las ciudades sí lo saben. Pero lo que es la gente que vive en pueblo y no tienen estudios no saben nada de la enfermedad... No hay ambulatorio, solamente hay enfermería. Y en algunos no, ni enfermería ni ambulatorio."

Un cop al país d'acollida, són conscients que tenen accés al sistema sanitari, tot i que amb força barreres percebudes idiomàtiques, de descoïneixement, etc.

"Lo que pasa que las mujeres pakistanies no sabemos que es cáncer de mama y cómo podemos prevenir... Es que no hace revisiones. Si tiene fiebre o alguna cosa, sí que voy al médico; pero normalmente

no, no lo hace. Nunca he hecho una revisión a la ginecóloga."

En el millor dels casos, algunes d'elles entenen per prevenció fer-se de tant en tant una analítica de sang i orina, considerant que qualsevol problema que hi pugui haver, hi apareixerà reflectit.

"[...] Porque ella cada tiempo se hace prueba de sangre, y en la sangre sale todo. Por eso está más tranquila y no hace nada; el médico lo sabe."

La cultura patriarcal en què viuen, no veu bé que la dona tingui coneixements sobre certs temes, com ara els relacionats amb el seu cos.

"[...] los hombres pakistanies no ven bien que las mujeres sepan de esto... No ven bien. Porque son tan encerrados... No saben destacar democracia y información, ¿sabes?"

Són dones que generalment no han pres la iniciativa d'emigrar, ho han fet com a reagrupació familiar, i un cop al país d'acollida continuen mantenint el seu rol en la família i en la societat, la qual cosa dificulta el canvi de mentalitat i la integració. Continuen mantenint el paper de cuidadora de la família, tant la que té al voltant com la que ha quedat al país d'origen. En certa manera, igual que les dones filipines, això fa pensar en el concepte esmentat de família transoceànica, si bé en aquest cas no exerceixen tant el paper de caps de família i persones que envien diners per a la manutenció dels fills que han quedat al país.



“Cultura, muchas responsabilidades. Antes no hay tiempo porque mucha política de familia. Suegra, cuñada... mucha responsabilidad. Tienen que ocuparse de la integración porque se casan por boda pactada. Entonces muchos nervios para integración. A partir de los cuarenta y cinco años, ya están más estables. Hasta los cuarenta y cinco años, mucha vergüenza. Luego sí que se preocupan más.”

Conclusions preliminars

Aquests resultats són encara incomplets, ja que encara falten alguns grups per analitzar, en concret les dones llatinoamericanes i les magribines; tot i això, ja indiquen quines són les prioritats de les dones en funció del motiu pel que han emigrat, del nivell d'integració amb la cultura d'acollida que han assolit, del nivell de coneixement i comprensió de les pautes de conducta del país d'acollida, etc. Tot plegat permet identificar quines bar-

res i quins facilitadors són comuns a totes elles vinguin d'on vinguin i quines estan clarament diferenciades en funció del lloc d'origen.

Els resultats que s'obtinguin, han de permetre establir estratègies de comunicació i sensibilització específiques per a cada grup de població, així com estratègies comunes fins i tot amb les dones autòctones. Algunes de les vivències i concepcions que ens descriuen les dones de determinades cultures, no són tan diferents de les que ens descriuen les autòctones en el cas de les seves mares.

Tot plegat, no deixa de ser un repte, ja que, d'una banda, hem de ser capaços d'acollir, respectar i entendre la diversitat cultural i aprendre-hi a viure, però sense oblidar la pròpia identitat i les pautes de conducta pròpies de la nostra societat.

PROJECTE FINANÇAT PEL FISS PI061130



Bibliografia

- 1 Huisman, M.; Kunst, A.E.; Bopp, M.; Borgans, J.K.; Borrell, C.; Deboosere, P. et al. "Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations". *Lancet* (2005), 365: 493-500.
- 2 Boyle, P.; Ferlay, J. "Cancer incidence and mortality in Europe, 2004". *Ann Oncol.* (març del 2005), 16 (3): 481-488.
- 3 Izquierdo, A.; Gispert, R.; Saladié, F.; Espinàs, J.A. "Análisis de la incidencia, la supervivencia y la mortalidad según las principales localizaciones tumorales, 1985-2019: Cáncer de mama". *Med. Clin. (Barcelona)* (2008), 131 (supl. 1): 50-52.
- 4 Ribes, J.; Clèries, R.; Buxó, M.; Ameijide, A.; Valls, J.; Gispert, R. "Proyección de la incidencia y la mortalidad del cáncer en Catalunya hasta el año 2015 mediante un modelo bayesiano". *Med. Clin. (Barcelona)* (2008), 131 (supl. 1): 32-41.
- 5 Institut Municipal de Salut Pública. *El càncer a Barcelona 2007*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona, novembre del 2001.
- 6 Agència de Salut Pública de Barcelona. *La salut a Barcelona 2007*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2007.
- 7 Gotzsche, P.C.; Olsen, O. "Is screening for breast cancer with mammography justifiable?". *Lancet* (2000), 355: 129-134.
- 8 Elmore, J.G.; Armstrong, K.; Lehman, C.D.; Fletcher, S.W. "Screening for Breast Cancer". *JAMA* (2005), 293: 1245-1256.
- 9 *Anuario estadístico de inmigración 2006*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración, 2007.
- 10 Andrés de J.; Barruti, M.; Borrell, C.; Calafell, J.; Pasarín, M.I.; Puigpinós, R.; Jansà, J.M. "Salud y marginación social". *Documentación Social* (2002), 127: 97-123.
- 11 Remenick, L. "I have no time for potential troubles: Russian immigrant women and breast cancer screening in Israel". *J. Immigrant Health* (2003), 5 (4): 153-163.
- 12 Kliever, E.V.; Smith, K.R. "Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada". *J. Natl. Cancer Inst.* (1995), 87 (15): 1154-1161.
- 13 Borrell, C.; Benach, J. "CAPS-FJ Bofill Working Group. [Evolution of health inequalities in Catalonia [Spain]]". *Gac. Sanit.* (2006), 20: 396-406.
- 14 Borrell, C.; Fernández, E.; Schiaffino, A.; Benach, J.; Rajmil, L.; Villalbí, J.R.; Segura, A. "Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplement private health insurance?". *Int. J. Qual. Health Care* (2001), 13: 117-125.
- 15 Abraído-Lanza, A.F.; Chao, M.T.; Gammon, M.D. "Breast and cervical cancer screening among Latinas and non-Latina whites". *Am. J. Public Health* (2004), 94 (8): 1393-1398.
- 16 *La salut de la població immigrant de Barcelona*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.
- 17 Puigpinós, R.; Villegas, R.; Rodríguez-Sanz, M.; Borrell, C. "La salut de la població a Catalunya: El paper de la immigració". A: *L'estat de la immigració a Catalunya. Anuari 2007*. Barcelona: Ed. Mediterrània. Fundació Jaume Bofill, 2008.
- 18 Andre, Y.; Galdón, M.J.; Durà, E.; Carretero, S.; Tuells, J. "Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la Comunidad Valenciana". *Rev. Esp. Salud Pública* (2004), 78: 65-82.
- 19 Mayo, R.M.; Erwin, D.O.; Spitler, H.D. "Implications for breast and cervical cancer control for Latinas in the rural south: A review of the literature". *Cancer Control* (2003), 10 (5): 60-68.
- 20 Ahmad, F.; Stewart, D.E. "Predictors of clinical breast examination among South Asian immigrant women". *J. Immigrant Health* (2004), 6 (3): 119-126.
- 21 Chamot, E.; Perneger, T.V. "Misconception about efficacy of mammography screening: A public health dilemma". *J. Epidemiol. Comm. Health* (2001), 55: 799-803.
- 22 Jelinski, S.E.; Maxwell, C.J.; Onysko, J.; Bancej, C. "The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation". *Am. J. Public Health* (2005), 95 (3): 506-511.
- 23 Bartholomew, L.K.; Parcel, G.S.; Kok, G.; Gottlieb, N.H. *Intervention mapping. Designing theory and evidence-based Health Promotion Programs*. Mc Graw-Hill Higher Educations, 2000.



Resultats de l'activitat realitzada pel Programa durant l'any 2007

Durant el 2007 es va cribrar la població de dones corresponents a 33 de les 66 àrees bàsiques de salut (ABS) de Barcelona i en diferents rondes de cribratge (taula 1). El mapa amb la distribució del territori per hospitals, així com les definicions operatives dels diferents indicadors, es poden consultar en el primer número d'aquest *Butlletí* o consultant a www.aspb.cat.

Tal com es mostra a la taula 2, durant el 2007 a Barcelona la població diana del Programa va ser de 91.679 dones, de les quals finalment se'n van convidar a participar 87.830 pel fet que les restants (3.849) van ser excloses pels motius que marca el programa,

és a dir: per error de padró (el 77,2% de les excloses), per diagnòstic previ de càncer de mama (el 12,3%) i, en molt més baixa proporció, per malaltia terminal.

Finalment hi van participar 44.866 dones, és a dir, el 51,1% de les convidades, i s'observa una participació més alta a mesura que augmenta l'edat de les dones. D'altra banda, les dones que a Barcelona es controlen, sigui a través del Programa o per altres vies, principalment la d'àmbit privat, són el 76,1%, percentatge que augmenta també amb l'edat.

Per a estudis addicionals van ser reconvocades el 6,4% de les dones,

Taula 1. Àrees bàsiques de salut cribrades durant l'any 2007 i ronda en què es trobaven.

| Districte | Àrea bàsica | Ronda |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------|
| Ciutat Vella | 1B, 1C, 1D, 1E | 6a ronda |
| Eixample | 2A, 2B, 2C, 2D, 2G, 2H 2K, 2L | 3a ronda 4a ronda |
| Sants-Montjuïc | 3A, 3C, 3D | 3a ronda |
| Sarrià - Sant Gervasi | 5A, 5B, 5C | 4a ronda |
| Gràcia | 6A, 6B | 5a ronda |
| Nou Barris | 8A, 8C 8B, 8D, 8E | 4a ronda 3a ronda |
| Sant Andreu | 9C 9E, 9F, 9G | 4a ronda 3a ronda |
| Sant Martí | 10F, 10H, 10I, 10J | 6a ronda |



però només a l'1,4% va caldre fer-los algun tipus de proves invasives: punció amb agulla fina (PAAF), biòpsia amb agulla gruixuda (BAG) i/o biòpsia quirúrgica.

Al final de tot el procés, el 95,6% de les dones participants van passar a cribratge rutinari, és a dir, a control als dos anys, i al 3,5% va caldre fer-

los una mamografia de control avançat a l'any. Es van diagnosticar 192 càncers, la qual cosa representa una taxa de detecció de 4,3 dones diagnosticades per cada 1.000 participants (taula 2).

A més d'aquests 192 càncers diagnosticats en el procés del cribratge, durant l'any 2007 el Programa va

Taula 2. Principals indicadors de procés segons grups d'edat de les dones cribrades de Barcelona durant l'any 2007.

| | 50-54 anys | 55-59 anys | 60-64 anys | > 64 anys | TOTAL |
|-------------------------------|------------|------------|------------|-----------|--------|
| Població diana | 28.169 | 24.130 | 23.085 | 16.295 | 91.679 |
| Població invitada | 26.617 | 23.221 | 22.264 | 15.728 | 87.830 |
| Participants | 12.428 | 11.920 | 11.932 | 8.586 | 44.866 |
| % participació | 46,7 | 51,3 | 53,6 | 54,6 | 51,1 |
| Dones que es controlen | 18.420 | 17.766 | 17.327 | 12.118 | 66.817 |
| Cobertura (%) | 69,2 | 76,5 | 77,8 | 77,1 | 76,1 |
| Indicació estudis addicionals | 1.272 | 661 | 549 | 377 | 2.859 |
| Taxa de reconvocatòria (%) | 10,2 | 5,5 | 4,6 | 4,4 | 6,4 |
| Proves invasives practicades | 241 | 145 | 144 | 94 | 624 |
| % proves invasives | 1,9 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 1,4 |
| PAAF - BAG | 237 | 144 | 142 | 94 | 617 |
| • % PAAF - BAG | 1,9 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 1,4 |
| Biòpsies quirúrgiques | 9 | 17 | 13 | 7 | 46 |
| • % biòpsies quirúrgiques | 0,07 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Cribratge rutinari | 11.587 | 11.495 | 11.500 | 8.310 | 42.892 |
| % cribratge rutinari | 93,2 | 96,4 | 96,4 | 96,8 | 95,6 |
| Control avançat global | 721 | 330 | 344 | 199 | 1594 |
| % control avançat global | 5,8 | 2,7 | 2,9 | 2,3 | 3,5 |
| Càncer | 45 | 53 | 52 | 42 | 192 |
| Taxa x 1.000 dones | 3,6 | 4,4 | 4,3 | 4,9 | 4,3 |

Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.

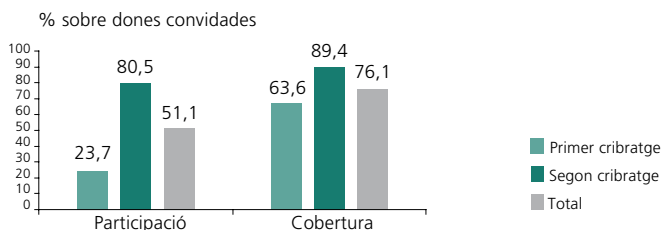


diagnosticar també 8 casos de càncer en les dones a les quals se'ls va fer un control avançat a l'any provinent de la ronda anterior.

A la figura 2 es presenten les dades de participació i cobertura globals i separades en les dones de primer cribratge i en les de cribratges succes-

sius. Com es pot observar, el resultat canvia molt, ja que en les dones de primer cribratge la participació va ser del 23,7%, mentre que en les de cribratges successius va ser del 80,5%. Quant a la cobertura, també s'aprecien diferències segons siguin dones de primer cribratge o de cribratges successius.

Figura 2. Participació i cobertura obtingudes en el programa durant el 2007 en les dones dels cribratges primer, segon i successius, i total.



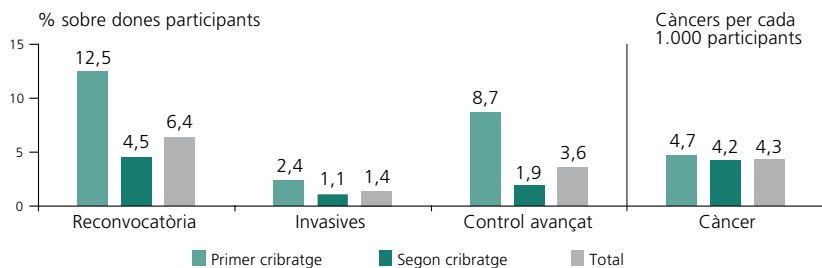
Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.

Quant a la reconvocatòria, proves invasives, controls avançats i detecció de càncer, també s'observen diferències segons siguin dones de primer cribratge o segon i successius, tal com es pot observar a la figura 3. Així, la reconvocatòria oscil·la entre el 12,5% en el primer cribratge i el 4,5% en el successiu;

les proves invasives, entre el 2,4% i l'1,1%, respectivament, i els controls avançats, entre el 8,7% i l'1,9%. Quant a la taxa de detecció de càncers, en les dones de primer cribratge va ser de 4,7 càncers detectats per cada 1.000 dones participants, i en les de cribratges successius, de 4,2 (figura 3).



Figura 3. Reconvocatòria, proves invasives realitzades, controls avançats i detecció de càncer durant el 2007 en dones de primer cribratge, cribratges successius i total.

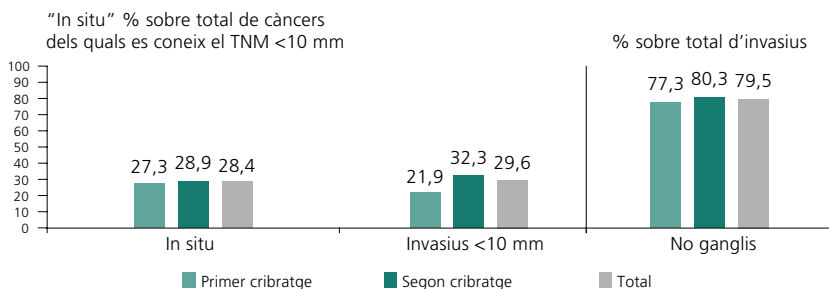


Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.

Tal com s'ha dit anteriorment, dels 192 càncers diagnosticats en les dones convocades, el 28,4% van ser in situ, oscil·lant entre 27,3% en els diagnosticats en les dones de primer cribratge i el 28,9% en els diagnosticats en les dones de cribratges suc-

cessius. Quant als càncers invasius, entre el 21,9% i el 32,3% van ser de mida igual o inferior a 10 mm i entre el 77,3% i el 80,3%, segons fossin de primer cribratge o de successius, no van presentar afectació ganglionar (figura 4).

Figura 4. Descripció dels càncers diagnosticats pel programa durant el 2007 a Barcelona.



Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.

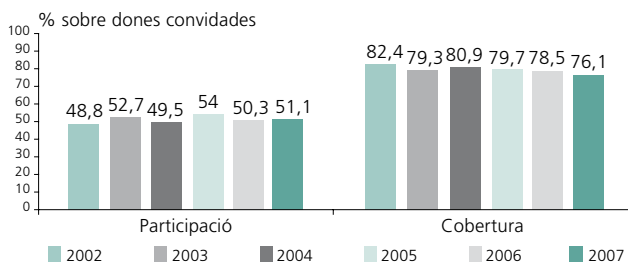


Evolució dels principals indicadors de rendiment del Programa

Entre els anys 2002 i 2007, els indicadors de rendiment s'han mantingut bastant estables. Tal com es pot apreciar a la figura 5, la participació global ha estat de prop del 50%, sent l'any 2002, amb una participació del 48,8%, el nivell més baix de participació, i el 2005, amb un 54,0%, l'any en què es va assolir la participació global més alta. S'ha de tenir present, però, el pes important que, en aquest indicador de participació global, té l'específica de les

dones de primer cribratge; en aquestes, els valors de participació són molt baixos, ja que al denominador s'hi inclouen les no-participants convocades per primera vegada, però també les dones que han estat convocades en diferents rondes però no hi han participat mai, és a dir, les no-participants cròniques, que cada any suposen un nombre més gran. Quant a la cobertura, també s'hi observa estabilitat amb tendència a la disminució.

Figura 5. Tendència en la participació i la cobertura observades en el programa entre els anys 2002 i 2007.



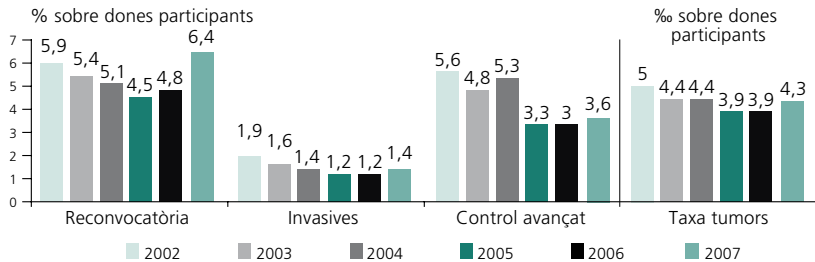
Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.



Pel que fa a la reconvoatòria i les proves invasives que durant els darrers anys havien anat disminuint, durant el 2007 hi ha hagut un lleuger augment, i de manera més marcada en la recon-

vocatòria, la qual ha passat al 6,4% (figura 6). Pel que fa a la taxa de detecció de càncer, s'ha mantingut estable durant aquests anys, si bé el darrer any també ha augmentat lleugerament.

Figura 6. Evolució de la reconvoatòria, les proves invasives, els controls avançats i la detecció de càncer detectats en el programa entre els anys 2002 i 2007.



Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.



Resultats obtinguts en els districtes en què durant el 2007 es va acabar una ronda de cribratge

Anualment es convida a participar en el Programa aproximadament la meitat de la població diana de la ciutat, la qual cosa vol dir que calen uns dos anys per tal de completar una ronda de cribratge en un territori determinat. Així, durant el 2007 es va completar la ronda als territoris en què s'havia començat a citar les dones durant el 2005 o el 2006.

Com es pot observar a la taula 3, aquests districtes van ser: Ciutat Vella, l'Eixample, Sant Andreu i Sant Martí.

A les taules annexes es poden veure els resultats dels principals indicadors de seguiment en els diferents distric-

tes i especificats per a cada àrea bàsica de salut.

Globalment, com es pot observar a la taula 4, la participació canvia molt en funció del territori i del fet que el Programa estigui en rondes més avançades i que, per tant, ja tingui un temps mínim de presència entre la població. També cal tenir en compte la presència més o menys important de la doble cobertura sanitària i que fa que les dones participin en major o menor mesura. Així, podem observar que les participacions oscil·len entre el 43,2% a l'Eixample i el 65,8% a Sant Martí.

Taula 3. Districtes que han acabat una ronda de cribratge durant l'any 2007.

| Districte | Àrea bàsica | Anys cribratge |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Ciutat Vella 6a ronda | 1A | 2006 |
| | 1B, 1C, 1D, 1E | 2007 |
| Eixample 3a ronda | Esquerra 2A, 2B, 2C, 2D | 2007 |
| | Dreta 2I, 2K 2E, 2J 2G, 2H | 2005 2006 2007 |
| Sant Andreu 3a ronda | 9C | 2005 |
| | 9A, 9D | 2006 |
| | 9E, 9F, 9G | 2007 |
| Sant Martí 6a ronda | 10A, 10B, 10C, 10D, 10E, 10G | 2006 |
| | 10F, 10H, 10I, 10J | 2007 |



Taula 4. Principals indicadors de rendiment obtinguts als districtes de la ciutat en què durant l'any 2007 es va completar una ronda de cribratge.

| | Ciutat Vella 6a ronda | Eixample 3a ronda | | Sant Andreu 3a ronda | Sant Martí 6a ronda |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------|--------|-------------------------|------------------------|
| | | Esquerra | Dreta | | |
| Població diana | 8.860 | 13.719 | 18.875 | 18.232 | 26.506 |
| Població invitada | 7.614 | 13.574 | 18.155 | 17.723 | 24.832 |
| Participants | 4.835 | 5.693 | 8.015 | 10.825 | 16.332 |
| % participació | 63,5 | 41,9 | 44,1 | 61,1 | 65,8 |
| Dones amb mamografia | 5.971 | 8.533 | 14.228 | 15.286 | 22.305 |
| Cobertura (%) | 78,4 | 62,9 | 78,4 | 86,2 | 89,8 |
| Indicació estudis addicionals | 234 | 358 | 598 | 729 | 722 |
| Taxa de reconvocatòria (%) | 4,8 | 6,3 | 7,5 | 6,7 | 4,4 |
| Proves invasives practicades | 61 | 88 | 123 | 141 | 218 |
| % proves invasives | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,3 | 1,3 |
| PAAF - BAG | 60 | 87 | 121 | 141 | 215 |
| % PAAF - BAG | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,3 | 1,3 |
| Biòpsies quirúrgiques | 2 | 5 | 8 | 3 | 9 |
| % biòpsies quirúrgiques | 0,04 | 0,09 | 0,10 | 0,03 | 0,06 |
| Cribratge rutinari | 4.775 | 5.325 | 7.439 | 10.252 | 16.213 |
| % cribratge rutinari | 98,7 | 93,5 | 92,8 | 94,7 | 99,3 |
| Control avançat global | 11 | 331 | 529 | 519 | 24 |
| % control avançat global | 0,2 | 5,8 | 6,6 | 4,8 | 0,1 |
| Càncers detectats (n) | 16 | 29 | 32 | 45 | 75 |
| Taxa x 1.000 dones | 3,3 | 5,1 | 4,0 | 4,1 | 4,6 |

Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.

Al final del procés, passen a cribratge rutinari als dos anys més del 90% de dones en tots els districtes, arribant al 99% a Sant Martí, i el 93,1% de les dones a l'Eixample. De manera proporcional es distribueixen els controls avançats a l'any, que oscil·len entre més del 6% a l'Eixample i només el 0,1% a Sant Martí.

Quant a la taxa de detecció de tumors, si bé per al global de Barcelona es manté força estable tal com s'ha descrit anteriorment, en separar-la per territoris s'observa menys uniformitat, destacant una taxa del 4,6 per 1.000 a Sant Martí, i del 3,3 per 1.000 a Ciutat Vella.



Conclusions

Els nivells de participació i cobertura es van mantenint estables al llarg del temps, la qual cosa té dues lectures completament oposades. Des d'un punt de vista de la participació global, és baixa, prop del 50%; però, si tenim en compte que el global de població diana ha augmentat molt, fins a arribar a les 200.000 dones, en termes absoluts el nombre de dones que cada any es controlen pel Programa és molt elevat.

Si s'observen els resultats de la participació separant primer cribratge del cribratge successiu, s'aprecia que són els resultats en primer cribratge els que més contribueixen a aquests valors baixos de participació, ja que els de participació en els cribratges successius es mantenen per damunt del 80%.

Per contra, en el cas de la participació en primer cribratge, va disminuint lleugerament i de manera més marcada en funció del territori. Això és degut al fet que en el primer cribratge s'inclouen al denominador les dones no participants que han estat convocades per primera vegada, però també les dones que han estat convocades en diverses ocasions però no hi han participat mai; aquestes són una cohort que any rere any va augmentant a mesura que a les no-participants de rondes anteriors s'hi van sumant les no-participants de nova incorporació.

En tot cas, això fa pensar en termes d'estratègies d'informació i comunicació. Aquestes fins ara han estat i segueixen estant adreçades a les dones a partir dels cinquanta anys; a partir de les dades de l'enquesta de satisfacció feta a les dones durant el 2007,¹ podem afirmar que s'ha assolit un dels objectius operacionals del document marc inicial del programa,² que era assegurar que el 90% de les dones objecte d'intervenció conegué el Programa. Ara cal encarar els nous objectius plantejats pel Programa al document marc del 2004,³ un dels quals és: "Definir noves estratègies de difusió del Programa per tal d'augmentar la participació global de les dones en un 20% la mitjana de Barcelona i en un 15% en aquells districtes on la participació és més baixa". A aquest fi, cal plantejar-se noves estratègies de comunicació i informació que tal vegada haurien d'adreçar-se a les dones abans dels cinquanta anys, per tal que, quan arribin a població diana, coneguin ja els recursos de què disposen.

Tanmateix, la cobertura, és a dir, les dones que manifesten fer controls regulars, es continua mantenint alta, i així ho confirmen els resultats de la recent Enquesta de salut de Barcelona del 2006.⁴

És, doncs, un repte buscar les eines per augmentar la participació de les



dones en el Programa, i això cal fer-ho per diferents fronts. D'una banda, les dones joves, que, com ja s'ha mencionat, tal vegada calgui informar-les abans dels cinquanta anys.

D'altra banda, cal treballar amb les dones de població diana que es controlen dins de la mateixa xarxa sanitària pública però fora del Programa. A aquest fi, es va dur a terme el treball de consens entre professionals del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR), els equips d'atenció primària (EAP) i professionals del Programa tant de l'àmbit hospitalari com de l'administració, com a resultat del qual es va elaborar un protocol d'actuació. A través del treball fet dia a dia pels professionals dels EAP i PASSIR en aconsellar i derivar a les dones cap al Programa aplicant aquest protocol establert per a la ciutat de Barcelona,⁵ sens dubte se'n derivaran resultats positius.

Un altre repte plantejat era impulsar la participació en el Programa de les dones de diferents cultures, que cada cop són un nombre més important. Per tal de determinar quines són les millors estratègies a seguir, cal parlar abans amb les dones immigrades de diferents parts del món per tal de saber què les ha impulsades a emigrar, quines vivències han tingut i tenen degudes al fet migratori i al fet, en moltes ocasions, d'haver deixat enre-re familiars i fills que depenen d'elles. Cal conèixer també el context cultural del qual provenen i que marca i

determina les actituds i els comportaments de les persones.

En aquest *Butlletí* s'avancen alguns resultats de la fase qualitativa de l'estudi finançat pel Fons d'Investigació Sanitària (FIS) i dut a terme des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona sobre coneixements, actituds i percepcions de les dones immigrades a Barcelona. L'estudi va mostrant la diversitat de vivències davant un factor comú, la immigració, així com les diferents maneres d'afrontar-la. En tot cas, hi ha sempre uns denominadors comuns que en el cas de les barreres serien: la manca de temps o el fet de tenir altres prioritats abans que la pròpia cura, l'idioma, el desconeixement del sistema sanitari, els tràmits burocràtics feixucs, la lentitud i manca d'agilitat del sistema sanitari, tenir un nivell educatiu baix, i ser dones provinents de zones rurals. En el cas de les dones de l'Índia i el Pakistan, la cultura patriarcal i el desconeixement de les possibilitats de curació si el càncer de mama es detecta a temps són unes barreres afegides; en les xineses i filipines, la desconfiança que mostren davant el sistema sanitari del país d'acollida i la por que els provoca la malaltia; i en les de l'est d'Europa, la prioritat que tenen d'integrar-se i també la por.

Com a elements facilitadors per treballar i desenvolupar en estratègies adequades, de moment s'identifiquen els següents: l'edat, ja que les dones a partir d'una certa edat (elles



mateixes estableixen la barrera dels cinquanta) han de començar a cuidar-se; l'accessibilitat als serveis, a la tecnologia i als coneixements que els ofereix la societat d'acollida; la gratuïtat dels serveis; la forta xarxa comunitària en què estan immerses; el sentiment que van adquirint que han de cuidar-se ni que sigui per la necessitat que els altres tenen d'elles; la vulnerabilitat que senten; el fet de tenir un nivell educatiu més alt, i el de ser originàries d'una zona urbana.

Bibliografia

- ¹ Agència de Salut Pública de Barcelona. *Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Barcelona* (Barcelona), 3. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.
- ² *Programa de detecció precoç del càncer de mama*. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Regió Sanitària Barcelona Ciutat, 1996.
- ³ *Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona*. Document marc 2004. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona, 2005.
- ⁴ M. Rodríguez-Sanz, E. Morales, M.I. Pasarín i C. Borrell. *Enquesta de salut de Barcelona 2006*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.
- ⁵ Agència de Salut Pública de Barcelona. *Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Barcelona* (Barcelona), 2. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006.

Annex de taules per districtes i ABS

Taula 5. Resultats de final de procés: diagnòstic final de les dones de Ciutat Vella durant la sisena ronda de cribratge. Barcelona 2006-2007.

| RESULTATS QUE ES DESPRENEN DE LA MAMOGRAFIA | | | | | | | RESULTATS QUE S'OBTENEN AL FINAL DEL PROCÉS | | | | |
|---|--------------|------------|--------------|------|----------------|------|---|------|-----------------|-----|--------|
| ABS | | Convidades | Participants | | Reconvocatòria | | Control rutinari | | Control avançat | | Càncer |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n |
| 1A Barceloneta | 1r cribratge | 431 | 169 | 39,2 | 10 | 5,9 | 168 | 99,4 | 1 | 0,6 | 0 |
| | Successius | 1.044 | 923 | 88,4 | 27 | 2,9 | 915 | 99,1 | 0 | 0 | 6 |
| | TOTAL | 1.475 | 1.092 | 74,0 | 37 | 3,4 | 1.083 | 99,2 | 1 | 0,1 | 6 |
| 1B Casc Antic | 1r cribratge | 698 | 205 | 29,4 | 27 | 13,2 | 200 | 97,6 | 2 | 0,9 | 1 |
| | Successius | 1.068 | 904 | 84,6 | 33 | 3,7 | 895 | 99,0 | 3 | 0,3 | 5 |
| | TOTAL | 1.766 | 1.109 | 62,8 | 60 | 5,4 | 1.095 | 98,7 | 5 | 0,5 | 6 |
| 1C Gòtic | 1r cribratge | 482 | 119 | 24,7 | 20 | 16,8 | 119 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | Successius | 710 | 585 | 82,4 | 23 | 3,9 | 582 | 99,5 | 0 | 0 | 1 |
| | TOTAL | 1.192 | 704 | 59,1 | 43 | 6,1 | 701 | 99,6 | 0 | 0 | 1 |
| 1D Raval Sud | 1r cribratge | 635 | 184 | 29,0 | 23 | 12,5 | 181 | 98,4 | 1 | 0,5 | 0 |
| | Successius | 974 | 816 | 83,8 | 23 | 2,8 | 808 | 99,0 | 2 | 0,2 | 2 |
| | TOTAL | 1.609 | 1.000 | 62,2 | 46 | 4,6 | 989 | 98,9 | 3 | 0,3 | 2 |
| 1E Raval Nord | 1r cribratge | 677 | 200 | 29,5 | 26 | 13,0 | 193 | 96,5 | 0 | 0 | 1 |
| | Successius | 895 | 730 | 81,6 | 22 | 3,0 | 714 | 97,8 | 2 | 0,3 | 0 |
| | TOTAL | 1.572 | 930 | 59,2 | 48 | 5,2 | 907 | 97,5 | 2 | 0,2 | 1 |
| D1 CIUTAT VELLA | 1r cribratge | 2.923 | 877 | 30,0 | 106 | 12,1 | 861 | 98,2 | 4 | 0,5 | 2 |
| | Successius | 4.691 | 3.958 | 84,4 | 128 | 3,2 | 3.914 | 98,9 | 7 | 0,2 | 14 |
| | TOTAL | 7.614 | 4.835 | 63,5 | 234 | 4,8 | 4.775 | 98,8 | 11 | 0,2 | 16 |

Taxa de detecció de càncer a Ciutat Vella: 3,3 per 1.000.

Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.



Taula 6. Resultats de final de procés: diagnòstic final de les dones de l'Eixample durant la tercera ronda de cribratge. Barcelona 2005-2007.

| RESULTATS QUE ES DESPRENEN DE LA MAMOGRAFIA | | | | | | | RESULTATS QUE S'OBTENEN AL FINAL DEL PROCÉS | | | | |
|---|--------------|------------|--------------|------|----------------|------|---|------|-----------------|------|--------|
| ABS | | Convidades | Participants | | Reconvocatòria | | Control rutinari | | Control avançat | | Càncer |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n |
| 2A Sant Antoni | 1r cribratge | 2.359 | 451 | 19,1 | 50 | 11,1 | 387 | 85,8 | 59 | 13,1 | 5 |
| | Successius | 1.468 | 1.075 | 73,2 | 44 | 4,1 | 1.049 | 97,6 | 19 | 1,8 | 6 |
| | TOTAL | 3.827 | 1.526 | 39,9 | 94 | 6,2 | 1.436 | 94,1 | 78 | 5,1 | 11 |
| 2B Via Roma | 1r cribratge | 2.252 | 463 | 20,6 | 61 | 13,2 | 392 | 84,7 | 69 | 14,9 | 2 |
| | Successius | 1.472 | 1.117 | 75,9 | 53 | 4,7 | 1.083 | 97 | 26 | 2,3 | 5 |
| | TOTAL | 3.724 | 1.580 | 42,4 | 114 | 7,2 | 1.475 | 93,4 | 95 | 6,0 | 7 |
| 2C Rosselló | 1r cribratge | 2.282 | 431 | 18,9 | 40 | 9,3 | 358 | 83,1 | 71 | 16,5 | 2 |
| | Successius | 1.621 | 1.212 | 74,8 | 54 | 4,5 | 1.180 | 97,4 | 25 | 2,1 | 4 |
| | TOTAL | 3.903 | 1.643 | 42,1 | 94 | 5,7 | 1.538 | 93,6 | 96 | 5,8 | 6 |
| 2D Universitat | 1r cribratge | 1.206 | 260 | 21,6 | 25 | 9,6 | 214 | 82,3 | 45 | 17,3 | 0 |
| | Successius | 914 | 684 | 74,8 | 31 | 4,5 | 662 | 96,8 | 17 | 2,5 | 5 |
| | TOTAL | 2.120 | 944 | 44,5 | 56 | 5,9 | 876 | 92,8 | 62 | 6,6 | 5 |
| 2E Casanova | 1r cribratge | 2.183 | 442 | 20,2 | 49 | 11,1 | 363 | 82,1 | 77 | 17,4 | 2 |
| | Successius | 1.584 | 1.178 | 74,4 | 64 | 5,4 | 1.148 | 97,5 | 24 | 2,0 | 6 |
| | TOTAL | 3.767 | 1.620 | 43,0 | 113 | 7,0 | 1.511 | 93,3 | 101 | 6,2 | 8 |
| 2G Dreta Eixample | 1r cribratge | 1.716 | 338 | 19,7 | 63 | 18,6 | 296 | 87,6 | 37 | 10,9 | 3 |
| | Successius | 887 | 711 | 80,2 | 48 | 6,8 | 672 | 94,5 | 32 | 4,5 | 6 |
| | TOTAL | 2.603 | 1.049 | 40,3 | 111 | 10,6 | 968 | 92,3 | 69 | 6,6 | 9 |
| 2H Sant Joan | 1r cribratge | 1.861 | 445 | 23,9 | 66 | 14,8 | 396 | 89,0 | 48 | 10,8 | 0 |
| | Successius | 1.144 | 920 | 80,4 | 49 | 5,3 | 880 | 95,7 | 38 | 4,1 | 2 |
| | TOTAL | 3.005 | 1.365 | 45,4 | 115 | 8,4 | 1.276 | 93,5 | 86 | 6,3 | 2 |
| 2I Sagrada Familia | 1r cribratge | 1.452 | 409 | 28,2 | 45 | 11,0 | 353 | 86,3 | 53 | 13,0 | 1 |
| | Successius | 1.051 | 800 | 76,1 | 34 | 4,3 | 758 | 94,8 | 41 | 5,1 | 1 |
| | TOTAL | 2.503 | 1.209 | 48,3 | 79 | 6,5 | 1.111 | 91,9 | 94 | 7,8 | 2 |
| 2J Carles I | 1r cribratge | 1.988 | 426 | 21,4 | 45 | 10,6 | 368 | 86,4 | 54 | 12,7 | 1 |
| | Successius | 1.229 | 958 | 77,9 | 42 | 4,4 | 908 | 94,8 | 46 | 4,8 | 3 |
| | TOTAL | 3.217 | 1.384 | 43,0 | 87 | 6,3 | 1.276 | 92,2 | 100 | 7,2 | 4 |
| 2K Gaudí | 1r cribratge | 1.795 | 395 | 22,0 | 48 | 12,2 | 359 | 90,9 | 29 | 7,3 | 4 |
| | Successius | 1.265 | 993 | 78,5 | 45 | 4,5 | 938 | 94,5 | 50 | 5,0 | 3 |
| | TOTAL | 3.060 | 1.388 | 45,4 | 93 | 6,7 | 1.297 | 93,4 | 79 | 5,7 | 7 |
| D2 EIXAMPLE | 1r cribratge | 19.094 | 4.060 | 21,3 | 492 | 12,1 | 3.486 | 85,9 | 542 | 5,4 | 20 |
| | Successius | 12.635 | 9.648 | 76,4 | 464 | 4,8 | 9.278 | 96,2 | 318 | 3,3 | 41 |
| | TOTAL | 31.729 | 13.708 | 43,2 | 956 | 7,0 | 12.764 | 93,1 | 860 | 6,3 | 61 |

Taxa de detecció de càncer a l'Eixample: 4,4 per 1.000.

Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.



Taula 7. Resultats de final de procés: diagnòstic final de les dones de Sant Andreu durant la tercera ronda de cribratge. Barcelona 2005-2007.

| RESULTATS QUE ES DESPRENEN DE LA MAMOGRAFIA | | | | | | | RESULTATS QUE S'OBTENEN AL FINAL DEL PROCÉS | | | | |
|---|--------------|------------|--------------|------|----------------|------|---|------|-----------------|------|--------|
| ABS | | Convidades | Participants | | Reconvocatòria | | Control rutinari | | Control avançat | | Càncer |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n |
| 9A Sagrera | 1r cribratge | 2.281 | 714 | 31,3 | 63 | 8,8 | 640 | 89,6 | 72 | 10,1 | 2 |
| | Successius | 2.201 | 1.878 | 85,3 | 79 | 4,2 | 1.815 | 96,6 | 53 | 2,8 | 8 |
| | TOTAL | 4.482 | 2.592 | 57,8 | 142 | 5,5 | 2.455 | 94,7 | 125 | 4,8 | 10 |
| 9C Congrés | 1r cribratge | 2.287 | 717 | 31,4 | 74 | 10,3 | 634 | 88,4 | 80 | 11,2 | 2 |
| | Successius | 1.918 | 1.593 | 83,1 | 62 | 3,9 | 1.537 | 96,5 | 49 | 3,1 | 5 |
| | TOTAL | 4.205 | 2.310 | 54,9 | 136 | 5,9 | 2.171 | 94,0 | 129 | 5,6 | 7 |
| 9D Sant Andreu | 1r cribratge | 1.574 | 537 | 34,1 | 73 | 13,6 | 492 | 91,6 | 37 | 6,9 | 7 |
| | Successius | 2.000 | 1.746 | 87,3 | 78 | 4,5 | 1.691 | 96,8 | 48 | 2,7 | 5 |
| | TOTAL | 3.574 | 2.283 | 63,9 | 151 | 6,6 | 2.183 | 95,6 | 85 | 3,7 | 12 |
| 9E Bon Pastor | 1r cribratge | 534 | 224 | 41,9 | 42 | 18,8 | 186 | 83 | 36 | 16,1 | 1 |
| | Successius | 867 | 798 | 92,0 | 41 | 5,1 | 774 | 97 | 21 | 2,6 | 3 |
| | TOTAL | 1.401 | 1.022 | 72,9 | 83 | 8,1 | 960 | 93,9 | 57 | 5,6 | 4 |
| 9F Via Bàrcino | 1r cribratge | 371 | 156 | 42,0 | 31 | 19,9 | 135 | 86,5 | 18 | 11,5 | 3 |
| | Successius | 551 | 497 | 90,2 | 35 | 7,0 | 480 | 96,6 | 13 | 2,6 | 4 |
| | TOTAL | 922 | 653 | 70,8 | 66 | 10,1 | 615 | 94,2 | 31 | 4,7 | 7 |
| 9G Sant Andreu | 1r cribratge | 1.437 | 472 | 32,8 | 73 | 15,5 | 420 | 89 | 51 | 10,8 | 1 |
| | Successius | 1.702 | 1.493 | 87,7 | 78 | 5,2 | 1.448 | 97 | 41 | 2,7 | 4 |
| | TOTAL | 3.139 | 1.965 | 62,6 | 151 | 7,7 | 1.868 | 95,1 | 92 | 4,7 | 5 |
| D9 SANT ANDREU | 1r cribratge | 8.484 | 2.820 | 33,2 | 356 | 12,6 | 2.507 | 89 | 294 | 10,4 | 16 |
| | Successius | 9.239 | 8.005 | 86,6 | 373 | 4,7 | 7.745 | 96,8 | 225 | 2,8 | 29 |
| | TOTAL | 17.723 | 10.825 | 61,1 | 729 | 6,7 | 10.252 | 94,7 | 519 | 4,8 | 45 |

Taxa de detecció de càncer a Sant Andreu: 4,1 per 1.000.

Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.

Taula 8. Resultats de final de procés: diagnòstic final de les dones de Sant Martí durant la sisena ronda de cribratge. Barcelona 2006-2007.

| RESULTATS QUE ES DESPRENEN DE LA MAMOGRAFIA | | | | | | RESULTATS QUE S'OBTENEN AL FINAL DEL PROCÉS | | | | | |
|---|--------------|------------|--------------|------|--------------|---|------------------|------|-----------------|-----|--------|
| ABS | | Convidades | Participants | | Reconvocària | | Control rutinari | | Control avançat | | Càncer |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n |
| 10A Vila Olímpica | 1r cribratge | 1.338 | 396 | 29,6 | 38 | 9,6 | 393 | 99,2 | 0 | 0 | 1 |
| | Successius | 1.922 | 1.619 | 84,2 | 48 | 3,0 | 1.617 | 99,9 | 0 | 0 | 2 |
| | TOTAL | 3.260 | 2.015 | 61,8 | 86 | 4,3 | 2.010 | 99,8 | 0 | 0 | 3 |
| 10B Ramon Turó | 1r cribratge | 837 | 282 | 33,7 | 25 | 8,9 | 282 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | Successius | 1.419 | 1.198 | 84,4 | 23 | 1,9 | 1.193 | 99,6 | 1 | 0,1 | 3 |
| | TOTAL | 2.256 | 1.480 | 65,6 | 48 | 3,2 | 1.475 | 99,7 | 1 | 0,1 | 3 |
| 10C Poblenou | 1r cribratge | 608 | 233 | 38,3 | 32 | 13,7 | 227 | 97,4 | 1 | 0,4 | 3 |
| | Successius | 1.286 | 1.131 | 87,9 | 23 | 2,0 | 1.125 | 99,5 | 2 | 0,2 | 4 |
| | TOTAL | 1.894 | 1.364 | 72,0 | 55 | 4,0 | 1.352 | 99,1 | 3 | 0,2 | 7 |
| 10D Besòs | 1r cribratge | 822 | 361 | 43,9 | 45 | 12,5 | 356 | 98,6 | 0 | 0 | 3 |
| | Successius | 1.758 | 1.582 | 90,0 | 48 | 3,0 | 1.571 | 99,3 | 1 | 0,1 | 10 |
| | TOTAL | 2.580 | 1.943 | 75,3 | 93 | 4,8 | 1.927 | 99,2 | 1 | 0,1 | 13 |
| 10E Encants | 1r cribratge | 916 | 198 | 21,6 | 23 | 11,6 | 195 | 98,5 | 1 | 0,5 | 0 |
| | Successius | 1.208 | 984 | 81,5 | 38 | 3,9 | 973 | 98,9 | 3 | 0,3 | 8 |
| | TOTAL | 2.124 | 1.182 | 55,6 | 61 | 5,2 | 1.168 | 98,8 | 4 | 0,3 | 8 |
| 10F Camp de l'Arpa | 1r cribratge | 1.273 | 216 | 17,0 | 27 | 12,5 | 208 | 96,3 | 1 | 0,5 | 5 |
| | Successius | 1.549 | 1.269 | 81,9 | 37 | 2,9 | 1.263 | 99,5 | 1 | 0,1 | 3 |
| | TOTAL | 2.822 | 1.485 | 52,6 | 64 | 4,3 | 1.471 | 99,1 | 2 | 0,1 | 8 |
| 10G El Clot | 1r cribratge | 1.082 | 333 | 30,8 | 49 | 14,7 | 328 | 98,5 | 0 | 0 | 3 |
| | Successius | 1.566 | 1.341 | 85,6 | 40 | 3,0 | 1.333 | 99,4 | 1 | 0,1 | 6 |
| | TOTAL | 2.648 | 1.674 | 63,2 | 89 | 5,3 | 1.661 | 99,2 | 1 | 0,1 | 9 |
| 10H Sant Martí | 1r cribratge | 851 | 245 | 28,8 | 25 | 10,2 | 242 | 98,8 | 1 | 0,4 | 1 |
| | Successius | 1.923 | 1.693 | 88,0 | 45 | 2,7 | 1.682 | 99,4 | 2 | 0,1 | 8 |
| | TOTAL | 2.774 | 1.938 | 69,9 | 70 | 3,6 | 1.924 | 99,3 | 3 | 0,2 | 9 |
| 10I La Pau | 1r cribratge | 370 | 144 | 38,9 | 16 | 11,1 | 142 | 98,6 | 0 | 0 | 2 |
| | Successius | 1.102 | 1.012 | 91,8 | 40 | 4,0 | 1.003 | 99,1 | 2 | 0,2 | 6 |
| | TOTAL | 1.472 | 1.156 | 78,5 | 56 | 4,8 | 1.145 | 99,0 | 2 | 0,2 | 8 |
| 10J Sant Martí | 1r cribratge | 983 | 330 | 33,6 | 41 | 12,4 | 326 | 98,8 | 3 | 0,9 | 1 |
| | Successius | 2.019 | 1.765 | 87,4 | 59 | 3,3 | 1.754 | 99,4 | 4 | 0,2 | 6 |
| | TOTAL | 3.002 | 2.095 | 69,8 | 100 | 4,8 | 2.080 | 99,3 | 7 | 0,3 | 7 |
| D10 SANT MARTÍ | 1r cribratge | 9.080 | 2.738 | 30,2 | 321 | 11,7 | 2.699 | 98,6 | 7 | 0,3 | 19 |
| | Successius | 15.752 | 13.594 | 86,3 | 401 | 2,9 | 13.514 | 99,4 | 17 | 0,1 | 56 |
| | TOTAL | 24.832 | 16.332 | 65,8 | 722 | 4,4 | 16.213 | 99,3 | 24 | 0,1 | 75 |

Taxa de detecció de càncer a Sant Martí: 4,6 per 1.000.

Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona i hospitals proveïdors del Programa.



Hospitals proveïdors:

- IMAS Hospital del Mar
932 483 078
- IMAS Hospital de l'Esperança
933 674 314
- Hospital de la Vall d'Hebron
932 800 204
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
935 565 501/502
- Hospital Clínic
932 279 302

Les persones interessades a rebre el *Butlletí informatiu* podeu adreçar-vos a:

Agència de Salut Pública de Barcelona
Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama
Pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona
Telf: 93 202 77 79 / Fax: 93 217 31 97
rpuigpi@aspb.cat

Aquest *Butlletí* també es pot descarregar de la pàgina web de l'ASPB: www.aspb.cat

Redacció:

Rosa Puigpinós, Gemma Serral, Patricia Altimira, Dolores Martos, Rocío Barbero, Mariona Pons-Vigués i Carme Borrell a partir de les dades subministrades per:

Francesc Macià, Montserrat Casamitjana (hospitals del Mar i l'Esperança, IMAS);

Xavier Martínez (Hospital de la Vall d'Hebron);

Maria Teresa Puig, Maria Jesús Quintana, Judith Solà, Xavier Bonfill (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau);

Xavier Bargalló i Imma Gotsens (Hospital Clínic).

Si voleu citar dades d'aquest *Butlletí*, us preguem el citeu de la manera següent:

Agència de Salut Pública de Barcelona. *Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Barcelona* (Barcelona), 4. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2009.



Programa de detecció precoç del càncer de mama