

El càncer a Barcelona

2009



**El càncer a Barcelona.
Informe 2009
Indicadors de mortalitat i dels registres hospitalaris**

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Producció gràfica:
Primer Segona serveis de comunicació

Dipòsit Legal: B-28.520-09

Juny 2009



Imprès en paper reciclat

El càncer a Barcelona. Informe 2009
Indicadors de mortalitat i
dels registres hospitalaris

Coordinació i redacció de l'informe
Glòria Pérez, Agència de Salut Pública de Barcelona
Carme Borrell, Agència de Salut Pública de Barcelona

Responsables dels Registres hospitalaris de tumors
i sistemes d'informació hospitalària de càncer:

Albert Anglés, Hospital de Sant Pau
Ignasi Bolibar, Hospital de Sant Pau
Xavier Bonfill, Hospital de Sant Pau
Montse Casamitjana, Hospital del Mar
Antoni Castells, Hospital Clínic
Jesús Estella, Hospital Sant Joan de Deu
Jordi Gálvez, Hospital Universitari de Bellvitge i Institut
Català d'Oncologia
Guillem Herrera, Hospital Sagrat Cor-l'Aliança
Jon Jaureguizar, Hospital Clínic
Mercè Josa, Hospital de Sant Rafael
Lluïsa López, Fundació Puigvert
Francesc Macià, Hospital del Mar
Adriana Procupet, Hospital Universitari Vall d'Hebron
Josepa Ribes, Hospital Universitari de Bellvitge
i Institut Català d'Oncologia
Maria Robira, Hospital de Sant Pau
Teresa Ros, Hospital Dos de Maig –CSI
Josep Sánchez Toledo, Hospital Universitari Vall d'Hebron
Isabel Trias, Clínica Plató Fundació Privada
Ma. Antònia Várez, Clínica Plató Fundació Privada
Enrique Vela, Hospital Sant Joan de Déu

Responsables d'altres sistemes d'informació:

Montse Bustins, CatSalut
Alfonso Pozuelo, Regió Sanitària de Barcelona,
CatSalut
Maica Rodríguez, Agència de Salut Pública
de Barcelona
Teresa Salas, CatSalut

Amb la col·laboració de

Josep M. Borrás, Pla Director d'Oncologia
Alex Guarga, Consorci Sanitari de Barcelona

Índex

Índex de figures, taules i quadres	Índex de figures, taules i quadres.....7
Taules de l'annex	Taules de l'annex.....9
Presentació	Presentació..... 11
Resum executiu	Resum executiu..... 13
Introducció	Introducció..... 17
	La mortalitat per càncer..... 18
	La incidència de càncer..... 18
	Les hospitalitzacions per càncer..... 18
	Els sistemes d'informació del càncer a Catalunya..... 19
	Els registres hospitalaris de tumors i sistemes d'informació hospitalària de la ciutat de Barcelona..... 19
	El registres hospitalaris de tumors infantils..... 20
Objectius de l'informe	Objectius de l'informe..... 21
Breu descripció metodològica	Breu descripció metodològica..... 23
	Disseny i població d'estudi..... 24
	Fonts d'informació i indicadors..... 24
	Mortalitat..... 24
	Indicadors de mortalitat..... 24
	Altes hospitalàries..... 25
	Altres indicadors de mortalitat i hospitalitzacions... 25
	Registres hospitalaris de tumors..... 25
	Càncer relacionat amb el consum de tabac..... 25
Descripció de les dades de càncer	Descripció de les dades de càncer..... 27
	Mortalitat per càncer a Barcelona..... 28
	Evolució de la mortalitat per càncer a la ciutat de Barcelona..... 29
	Evolució de la mortalitat segons les localitzacions tumoral en homes i dones de 35 i més anys..... 31
	Comparació amb les dades de mortalitat de Catalunya, altres regions i països..... 32
	Conclusions..... 33
	Hospitalitzacions per càncer a Barcelona..... 33
	Evolució de les hospitalitzacions per càncer a Barcelona..... 34
	Conclusions..... 35
	Registres hospitalaris de tumors dels hospitals de Barcelona i sistemes d'informació hospitalària..... 36
	Conclusions..... 38
Càncer relacionat amb el consum de tabac	Càncer relacionat amb el consum de tabac..... 39
	Conclusions..... 40

Programes per a la prevenció del càncer i dels seus determinants a Barcelona	Programes per a la prevenció del càncer i dels seus determinants a Barcelona	43
Conclusions sobre el càncer a Barcelona	Conclusions sobre el càncer a Barcelona	47
	Mortalitat	48
	Hospitalitzacions	48
	Registres Hospitalaris de Tumors i sistemes d'informació hospitalària	48
Recomanacions	Recomanacions	49
Referències bibliogràfiques	Referències bibliogràfiques	51
Annex de taules	Annex de taules	55

Índex de figures, taules i quadres

Quadre 1. Causes de mort específiques per tumors malignes segons la CIM revisió 9 i 10	24
Figura 1. Taxes de mortalitat per 100.000 habitants dels principals grans grups de causes de mortalitat segons sexe. Barcelona, 2001-2005	28
Figura 2. Taxes de mortalitat de les principals localitzacions tumorals segons sexe. Barcelona, 2001-2005.....	28
Figura 3. Taxes de mortalitat específiques per 100.000 habitants per tumor malignes per grups d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2005	29
Figura 4. Taxes de mortalitat específiques per 100.000 habitants dels tumor malignes més freqüents per grups d'edat en les dones. Barcelona, 2001-2005	29
Figura 5. Taxes de mortalitat específica per 100.000 habitants dels tumor malignes més freqüents per grups d'edat en les homes. Barcelona, 2001-2005.....	29
Figura 6. Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada de càncer per edat en homes i dones per 100.000 habitants a Barcelona, 1991-2005.....	30
Figura 7. Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per edat per càncer i per grups d'edat, en homes i dones de 35 i més anys per 100.000 habitants a Barcelona, 1991-2005	30
Figura 8. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en dones de 35 i més anys a Barcelona, 1991-2005.....	31
Figura 9. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en homes de 35 i més anys a Barcelona, 1991-2005	31
Figura 10. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en dones a Barcelona, 1991-2005 i Catalunya 1994 i 2002	32
Figura 11. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en homes a Barcelona, 1991-2005 i Catalunya 1994 i 2002	32
Figura 12. Taxa d'hospitalitzacions per 100.000 dels principals tumors malignes més freqüents en dones. Barcelona, 2005	33
Figura 13. Taxa d'hospitalitzacions per 100.000 dels principals tumors malignes més freqüents en homes. Barcelona, 2005.....	34
Figura 14. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions per 100.000 de les localitzacions tumorals més freqüents en dones. Barcelona, 1996-2005.....	34
Figura 15. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions per 100.000 de les localitzacions tumorals més freqüents en homes. Barcelona, 1996-2005.....	35
Taula 1. Raó entre la mortalitat i les hospitalitzacions dels càncers de localitzacions més freqüents per sexe. Barcelona, 2005	35
Figura 16. Taxes de casos nous per 100.000 dels tumors malignes per grups d'edat i sexe. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005.....	36
Figura 17. Taxa de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals en dones. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005.....	36
Figura 18. Taxa de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals en homes. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005	36
Figura 19. Taxes específiques de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals i segons grups d'edat en dones. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005.....	37
Figura 20. Taxes específiques de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals i segons grups d'edat en homes. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005.....	37
Taula 2. Distribució dels indicadors de mortalitat i d'hospitalitzacions per 100.000 de les localitzacions tumorals més freqüents en homes i dones. Barcelona, 2005	37
Figura 21. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat del càncer relacionat amb el consum de tabac per les localitzacions més freqüents del càncer en homes i dones de 35 i més anys a Barcelona, 1991-2005	40
Figura 22. Evolució de la prevalença de fumadores segons l'edat en els dones. Barcelona 1983, 1992, 2000 i 2006	41
Figura 23. Evolució de la prevalença de fumadors segons l'edat en les homes. Barcelona 1983, 1992, 2000 i 2006.	41

Taules de l'annex

- Taula 1.** Evolució de les taxes específiques per totes les localitzacions tumorals per 100.000 en homes i dones. Barcelona, 1991-2005.....56
- Taula 2.** Evolució de les taxes específiques de mortalitat per tumors malignes per edat i per 100.000 en homes i dones. Barcelona, 1991-2005.....57
- Taula 3.** Evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat per edat i per localitzacions tumorals per 100.000 en homes i dones de 35 i més anys. Barcelona, 1991-2005.....58
- Taula 4.** Evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat per edat i per localitzacions tumorals per 100.000 en grups d'edat en homes de 35 i més anys Barcelona, 1991-2005.....59
- Taula 5.** Evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat per edat i per localitzacions tumorals per 100.000 en grups d'edat en homes de 35 i més anys Barcelona, 1991-2005.....60
- Taula 6.** Evolució de les taxes brutes d'hospitalitzacions de pacients per localitzacions tumorals per 100.000 en homes i dones. Barcelona, 1996-2005.....61
- Taula 7.** Evolució de les taxes específiques de mortalitat per tumors malignes relacionats amb el consum de tabac per grups d'edat, en homes i dones de 35 i més anys. Barcelona, 1991-2005.....63

Presentació

El càncer és un dels principals problemes de salut de la nostra societat, alhora que té un important component emocional, físic i psicològic en molts ciutadans i ciutadanes de Barcelona. En el cas del càncer, com en el d'altres malalties, els serveis sanitaris de la ciutat en proporcionen els serveis de diagnòstic i tractament. Per una altra banda, aquests serveis també proporcionen un ampli espectre de programes i activitats dirigides a la prevenció i a les cures pal·liatives.

La vigilància de la salut pública centrada en la vigilància del càncer es defineix com la recollida sistemàtica, anàlisi i interpretació de les dades que són essencials per la planificació, la implementació i l'avaluació de la pràctica de la salut pública, que està íntimament lligada a la disseminació ràpida d'aquestes dades a qui necessiti conèixer-les. La connexió final de la cadena de la vigilància del càncer és la prevenció i el control de la malaltia.

El primer pas en la vigilància del càncer és establir la magnitud i l'evolució de la malaltia a més de publicar i disseminar aquesta informació. L'any 2001 ja es va publicar un primer informe anomenat *El càncer a Barcelona*¹ on es va establir la mortalitat per càncer i es va estimar la seva incidència. També va servir per conèixer quina era la utilització de serveis sanitaris dels pacients diagnosticats de càncer. Des d'aquella primera publicació, no s'havia realitzat cap altra, tot i que des d'aleshores s'han posat en marxa iniciatives als hospitals de la ciutat per poder tenir registres hospitalaris de tumors. En aquest informe es presenta, per primer cop, els resultats dels registres hospitalaris de tumors de la ciutat de Barcelona, que caldrà que formin part del registre de càncer de Catalunya. Per tant, les dades que

es presenten aquí formen part d'aquesta cadena de coneixement necessària per vigilar i actuar sobre el càncer.

En aquest informe es presenta els indicadors de la mortalitat, de les hospitalitzacions i les del registre hospitalaris de tumors per la totalitat dels tumors malignes i per les localitzacions més freqüents separant per sexe i grups d'edat. També es presenta l'evolució tant dels indicadors de la mortalitat com de les hospitalitzacions i es dona una aproximació al pronòstic del les diferents localitzacions tumorals relacionant la mortalitat i les hospitalitzacions. Finalment, l'evolució de la mortalitat per les localitzacions tumorals relacionades amb el consum de tabac.

En el darrer capítol de l'informe s'inclouen una relació dels programes que es realitzen a la ciutat de Barcelona amb l'objectiu de prevenir el càncer.

Finalment, volem expressar el nostre agraïment a totes les institucions i persones que han contribuït a definir i redactar el present document, en especial a les persones que treballen els registres hospitalaris de tumors dels hospitals de la ciutat de Barcelona. La seva contribució representa una nova fita en l'esforç col·lectiu per continuar fent front de manera efectiva al càncer contribuint a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona.

Isabel Ribas i Seix

Delegada de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
Presidenta
ASPB

Resum executiu

Resum executiu

El càncer és un dels principals problemes de salut de la nostra societat degut a la alta incidència i a la mortalitat. A Barcelona, l'envelliment de la població per una banda, l'augment de la prevalença de tabaquisme en les dones, la disminució de la prevalença de tabaquisme en els homes i la detecció precoç del alguns tipus de càncer podrien estar provocant la modificació de les tendències de les localitzacions tumorals més freqüents.

Segons el Pla Director d'Oncologia dels anys 2005-2007, el registres de càncer de base poblacional automatitzats s'haurien d'implementar als territoris on no n'hi ha, com les regions de Barcelona, Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineus. Per tal de facilitar la tasca d'organitzar i implantar al territori el registre poblacional de càncer, l'any 2004 es van començar a organitzar els Registres Hospitalaris de Tumors dels centre hospitalaris de la ciutat de Barcelona que no en tenien com l'Hospital Clínic, l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, l'Hospital de Sant Pau com a centres objectiu de la primera fase d'instauració dels Registres Hospitalaris de Tumors de la ciutat. En una segona caldrà incloure els hospitals de Sagrat Cor, Sant Rafael i CSI- Dos de Maig. Els centres que ja tenien Registres Hospitalaris de Tumors eren l'Hospital del Mar, la Clínica Plató i la Fundació Puigvert.

Objectius

L'objectiu general d'aquest informe és presentar per primera vegada dades dels Registres Hospitalaris de Tumors hospitalaris de tumors de la ciutat de Barcelona alhora que s'actualitzen la resta d'indicadors de mortalitat i altes hospitalàries per càncer de la ciutat de Barcelona.

Els objectius específics són:

1. Descriure la mortalitat per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat dels anys 2000-2005.
2. Descriure l'evolució de la mortalitat per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat dels anys 1991-2005.
3. Descriure les hospitalitzacions per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat de l'any 2005.
4. Descriure l'evolució de les hospitalitzacions per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe dels anys 1996-2005.
5. Descriure els casos per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat dels anys proporcionats per els registres hospitalaris de tumors de l'any 2005.
6. Descriure l'evolució de la mortalitat per càncer relacionats amb el tabac per sexe entre 1991 i 2005.

Mètodes

Es tracta d'un estudi transversal que analitza els indicadors de mortalitat, altes hospitalàries i dels registres hospitalaris de tumors dels hospitals de la ciutat de Barcelona. La població d'estudi és la població resident a la ciutat de Barcelona.

Les fonts d'informació utilitzades són les dades de mortalitat del Registre de Mortalitat de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona; les hospitalitzacions del Conjunt Mínim Bàsic de Dades Hospitalàries del CatSalut; les dades dels registres hospitalaris de tumors provenen de l'Hospital Clínic, de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, de l'Hospital del Mar, de la Clínica Plató i de l'Hospital Universitari de Bellvitge i del sistema d'informació hospitalària de l'Hospital de Sant Pau. En el moment d'elaborar aquest informe, no es disposava de les dades de la resta de centres sanitaris de la ciutat.

Per descriure la mortalitat per càncer per sexe, grups d'edat i any s'ha calculat la taxa bruta de mortalitat, la taxa específica per edat i la taxa estandarditzada per edat. Aquestes taxes s'han calculat per el període de 2000-2005 agrupades i anuals per el període 1991-2005. Com a població de referència per al càlcul de la taxa estandarditzada s'ha utilitzat la població mundial.

Per descriure les hospitalitzacions per càncer per sexe i any s'ha calculat la taxa bruta d'hospitalitzacions. Aquestes taxes s'han calculat per el període de 1996-2005.

Per descriure els casos de càncer registrats per els registres hospitalaris de tumors per sexe, grups d'edat i any s'ha calculat la taxa bruta d'hospitalitzacions i l'especifica per edats de l'any 2005.

Resultats

Mortalitat

A Barcelona l'any 2005 es van produir 4.379 morts per tumors malignes dels quals 2.600 van ser entre els homes

(339,1 per 100.000 homes) i 1.779 entre les dones (210,4 per 100.000 dones).

Els tipus de càncer que van provocar una major mortalitat entre els homes residents a la ciutat van ser el càncer de pulmó (96,6 per 100.000 homes), de còlon i recte (42,8 per 100.000 homes) i de pròstata (26,7 per 100.000 homes). La mortalitat per aquestes tres localitzacions tumorals van representar el 49% de la mortalitat per totes les localitzacions tumorals en homes.

Les localitzacions tumorals que van provocar una major mortalitat entre les dones van ser la de mama (33,6 per 100.000 dones), de còlon i recte (30,0 per 100.000 dones) i de pulmó (18,3 per 100.000 dones). La mortalitat per aquestes tres localitzacions van representar el 39% del total de la mortalitat per càncer a les dones. Per edats van ser els homes i les dones majors de 74 anys els que van presentar les taxes de mortalitat per tumors malignes més altes.

La mortalitat per tumors malignes dels homes va mostrar un lleuger descens des de l'any 1991 mentre que la mortalitat de les dones es manté en una situació més estable. En els homes, la mortalitat per el càncer de pulmó va disminuir mentre que ho va fer de forma més lleugera la mortalitat per càncer de pròstata i de bufeta urinària i va augmentar la colorectal. En les dones la mortalitat per càncer de mama i colorectal va disminuir i en canvi va augmentar la mortalitat per càncer de pulmó.

Per edats, el homes de 65 anys i més són els que van mostrar una mortalitat per càncer més alta, tot i que van ser entre els que més va disminuir més mentre que les dones van tenir tendències estables similars tant en el grup de 35 a 64 anys com en el grup de 65 i més anys.

La mortalitat per càncer relacionat amb el consum de tabac va disminuir en tots el grups d'edat en els homes mentre que en les dones va augmentar fins els 64 anys, no obstant la mortalitat sempre va ser inferior a la dels homes.

Hospitalitzacions

L'any 2005 es van produir 9.530 hospitalitzacions per tumors malignes de les quals 5.526 (720,6 per 100.000 homes) eren en homes i 4.004 (473,6 per 100.000 dones) eren en dones.

Les localitzacions tumorals més freqüents entre les hospitalitzacions d'homes van ser el càncer de pulmó (108,1 per 100.000 homes) de còlon i recte (108,1 per 100.000 homes) i de pròstata 92,9 per 100.000 homes). Aquestes tres localitzacions tumorals van representar el 43% de les hospitalitzacions per tumors malignes d'homes residents a Barcelona.

Entre les dones les localitzacions més freqüents van ser la mama (141,6 per 100.000 dones), el còlon i recte (72,7 per 100.000 dones) i el pulmó (19,5 per 100.000 dones). Aquestes tres localitzacions van representar el 51,5% del total d'hospitalitzacions per tumors malignes de dones residents a Barcelona.

Entre 1996 i 2005, les hospitalitzacions van augmentar en el càncer de bufeta urinària, de còlon i recte i de pròstata en els homes i van disminuir les del càncer de pulmó. En les dones, les hospitalitzacions per càncer de mama, de còlon i recte i de pulmó van augmentar.

Registres Hospitalaris de Tumors

Els registres hospitalaris de tumors van proporcionar dades de 4.723 casos nous de tumors malignes hospitalitzats de residents a la ciutat, que va representar el 49,5% dels casos de tumors malignes de residents hospitalitzats tenint com a referència el Conjunt Mínim Bàsic de Dades Hospitalàries. Aquesta comparació té limitacions, entre les que cal destacar que a les altes hospitalàries s'inclouen els casos incidents i els prevalents. Tot i les importants limitacions d'aquesta comparació es poden extreure altres resultats: com que els registres hospitalaris de tumors van registrar un major nombre de casos depenent de la localització tumoral: 77,7% de tumors de pròstata, 60% de mama i 58% de còlon i recte.

El càncer de pulmó va ser la localització pulmonar amb un pitjor pronòstic seguit del càncer d'estómac, esòfag, i pàncrees tant en homes com en dones. En canvi, la localització tumoral amb millor pronòstic va ser el càncer de bufeta urinària seguit del de mama en les dones i de laringe i pròstata en els homes.

Conclusions

La mortalitat per càncer és la primera causa de mort en els homes i la segona en les dones de la ciutat de Barcelona. Per localització tumoral, el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones són els que provoquen més morts. Pel que fa a les tendències, el descens global de la mortalitat per càncer és degut principalment al descens de la mortalitat per càncer de pulmó i dels altres càncers relacionats amb el tabac en homes, i a la disminució del càncer de mama en dones, i a l'estabilització de la mortalitat per càncer de còlon en ambdós sexes. En les dones aquesta reducció s'ha vist atenuada per el clar increment de la mortalitat per càncer de pulmó i de la resta de tumors relacionats amb el consum de tabac. Entre els homes s'està produint un descens de la mortalitat per les localitzacions tumorals relacionades amb el consum de tabac.

La mortalitat per els càncers més freqüents de Barcelona mostren una magnitud i una evolució similar amb els de

Catalunya. Barcelona es situa entre els països Europeus amb mortalitat més baixa per càncer de mama, de pulmó en les dones i pròstata en els homes. Es situa entre els països amb una mortalitat intermèdia per càncer colorectal i d'estómac tant en homes com en dones i es situa entre els països amb una mortalitat alta per càncer de pulmó en els homes i de fetge tant en homes com en dones.

El tumors malignes que generen més freqüentment hospitalitzacions són el tumors de bufeta en els homes i el de mama en les dones, tot i que disminueixen mentre que augmenta les degudes al càncer de còlon i recte i de pròstata en els homes i càncer de còlon i recte i càncer pulmó en dones.

En relació als registre hospitalaris de tumors i sistemes d'informació hospitalària, s'ha pogut analitzar conjuntament els casos nous de càncer registrats per diversos hospitals de la ciutat tot i que els indicadors estimats mostren una magnitud inferior a l'esperada si tots els centres hospitalaris de la ciutat haguessin contribuït.

Introducció

Introducció

El càncer no és només una malaltia és un gran grup de malalties que poden afectar a qualsevol òrgan o teixit del cos humà. El càncer pot aparèixer a qualsevol edat, tot i que és més freqüent en persones majors de 50 anys. El càncer comença en les cèl·lules del cos ja que estan en continu procés de divisió i multiplicació per a substituir les cèl·lules velles o malmeses. De vegades, les cèl·lules comencen a dividir-se innecessàriament, formant un excés de teixit o tumor. En la majoria dels casos, aquests tumors són benignes però si la cèl·lula que es comença a dividir és anormal, pot arribar a formar un tumor maligne. La majoria de tumors malignes creixen amb força rapidesa, envaint els òrgans i els teixits propers i també poden arribar a altres regions del cos produint metastasi.

El càncer és un dels principals problemes de salut de la nostra societat degut a la alta incidència i mortalitat que provoca.

La mortalitat per càncer

La mortalitat és un bon indicador de la magnitud del càncer tot i que cal tenir en compte que la mortalitat per càncer pot veure's afectada per la prevenció primària, el cribatge i la recerca de nous tractaments. La detecció del càncer en estadis poc avançats millora la possibilitat de tractament i, en conseqüència, millora la supervivència del càncer.

A Espanya, la mortalitat per tumors malignes sembla que es va estabilitzar fins a l'any 1998² a partir d'aquest moment va començar a disminuir³. Tot i això, els tumors malignes són responsables del 27% de la mortalitat a Espanya i és la primera causa de mort entre els homes superant a la mortalitat per malalties cardiovasculars en alguns grups d'edat. Espanya es troba entre els països Europeus que presenten una mortalitat més alta per càncer en els homes, en canvi, la mortalitat per càncer de les dones la situa entre els grups de països amb la mortalitat més baixa⁴.

A Catalunya^{5,6} i fins l'any 2004, la mortalitat per càncer ha mostrat una tendència decreixent tot i que en algunes localitzacions tumorals augmenten. El càncer de pulmó ha estat la primera causa de mortalitat per càncer en els homes mentre que en les dones, el càncer de pulmó va passar a ser la tercera causa de mort per càncer, per davant del càncer d'estómac i úter (cos i coll) i després dels càncers de mama i colorectal. El càncer de mama ha estat la principal causa de mort per càncer en les dones en les últimes dècades tot i veure's una disminució de la mortalitat fins l'any 2004. El càncer colorectal va ser la segona

causa de mortalitat per càncer més important tant en homes com en dones. La mortalitat per aquest càncer sembla que s'està estabilitzant en les dones i va augmentar en els homes fins l'any 2004. En els homes, la mortalitat per càncer de pròstata ha passat a ser la tercera causa de mortalitat per càncer.

La incidència de càncer

Per a poder establir quants casos nous de càncer es produeixen en una població (incidència) es necessari comptar amb un registre de base poblacional on es pugin discriminar els casos nous dels prevalents. A Catalunya encara no existeix un registre de base poblacional de càncer tot i que els de Tarragona i el de Girona proporcionen les dades que permeten estimar la incidència de càncer a Catalunya⁷. A Catalunya, el nombre de casos de càncer va augmentar entre 1985 i 2002 en gran part per l'envelliment de la població, per la major exposició a factors etiològics i per el creixement de la capacitat diagnòstica, la detecció precoç i les millores del registre de la malaltia^{5,8}. Els indicadors de càncer van mostrar un clar increment de la incidència tant en homes com en dones. El càncer de pròstata, el colorectal i el de pulmó en els homes van ser les localitzacions tumorals que va presentar la incidència més alta. Els dos primers (colorectal i pròstata) van mostrar una tendència creixent i que afecta a totes les edats, mentre que el de pulmó sembla haver disminuït els darrers anys. En les dones, la incidència de càncer de pulmó va ser molt baixa però amb una forta tendència creixent, sobretot en les dones més joves. El càncer de mama i el colorectal van ser els tumors malignes més freqüents en les dones i amb tendència a l'increment.

Les hospitalitzacions per càncer

Les hospitalitzacions per càncer proporcionen una forma de mesurar l'impacte del càncer. A Catalunya, l'any 2005⁹ es van produir 72.513 contactes als hospitals per neoplàsies. Tot i ser un important nombre de contactes, no va ser la primera causa d'hospitalització ja que està superada per les malalties cardiovasculars, les respiratòries, digestives, el part i les malalties de l'aparell locomotor. Tampoc el càncer genera les estades més perllongades, ja que aquesta es deu principalment als trastorns mentals.

Tot i que aquesta font d'informació per si mateixa no pot proporcionar els casos incidents de càncer, si que permet saber quin és el grau d'utilització dels serveis sanitaris dels residents a la ciutat de Barcelona.

Els sistemes d'informació del càncer a Catalunya

A Catalunya, l'any 2001 es va posar en marxa el desplegament del Pla Director d'Oncologia 2001-2004¹⁰ que va continuar amb el Pla Director d'Oncologia 2005-2007¹¹. Entre els seus objectius cal destacar la millora dels sistemes d'informació sanitària i la recerca, objectius que es concreten en:

- Avançar en el desenvolupament dels sistemes d'informació sanitària i d'avaluació en atenció oncològica.
- Promoure la recerca aplicada a la clínica, a l'epidemiologia i a la prevenció en l'àmbit de l'oncologia.

Entre les línies d'actuació del darrer Pla Director està la posada en marxa del Registre de Càncer de Catalunya (RCC), registre de base poblacional que té com objectiu recollir de forma sistemàtica la informació de tots els tumors malignes de la població de Catalunya. El RCC es proposa recollir informació sobre el pacient, el tumor, el tractament i la mortalitat per càncer seguint el criteris establerts per institucions internacionals com The International Union Against Cancer (IUAC), the International Agency for Research on Cancer (IARC), the International Association of Cancer Registries (IACR), and the World Health Organization (WHO).

Els registres de càncer de base poblacional aporten dades sobre incidència, prevalença i supervivència del càncer en les àrees geogràfiques on estan establerts. Clàssicament, en els registres poblacionals es realitzava la recollida d'informació de forma manual. Ja fa algun temps que es proposen altres tipus de registres poblacionals de càncer: aquells on la recollida d'informació es realitza a partir de fonts d'informació prèviament informatitzades¹² com mortalitat, admissions hospitalàries, altes hospitalàries, anatomia patològica, farmàcia hospitalària.

A Catalunya hi ha dos registres de càncer de base poblacional, un a la província de Tarragona i l'altre a la de Girona, ambdós són registres de càncer on la recollida de la informació és manual. Per una altra banda, a Catalunya existeixen les fonts d'informació fonamentals per a poder organitzar el Registre de Càncer de Catalunya i els Registres Hospitalaris de Tumors i sistemes d'informació hospitalària ja que les altes hospitalàries es codifiquen amb la Classificació Internacional per Malalties, novena revisió modificació clínica (CIM-9-MC) i la gran majoria dels laboratoris d'anatomia patològica a Catalunya codifiquen amb la classificació SNOMED de l'any 1976. En aquest cas l'OMS recomana la utilització de la classificació SNOMED-CT (revisió de l'any 2002), la qual coincideix amb la normativa internacional de codificació dels registres de càncer (Classificació internacional de malalties oncològiques, tercera revisió (CIM-O-3).

Per una altra banda, les causes de mort es codificaven amb la CIM novena revisió fins l'any 1998 i amb la desena revi-

sió a partir de l'any 1999. L'utilització simultània de les tres fonts d'informació (altes hospitalàries, anatomia patològica i mortalitat) es pot realitzar atenent a les estratègies ja utilitzades i recomanades per institucions internacionals com l'IARC i la Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) dels EUA¹³.

Els registres hospitalaris de tumors i sistemes d'informació hospitalària de la ciutat de Barcelona

Segons el Pla Director d'Oncologia 2005-2007, els registres de càncer de base poblacional automatitzats s'haurien d'implementar als territoris on no n'hi ha, com les regions de Barcelona, Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineus¹⁰.

L'Institut Català d'Oncologia proposa el desenvolupament dels Registres Hospitalaris de Tumors (RHT) en diverses fases¹⁴. La primera consistirà en el desenvolupament del RHT a partir de fonts d'informació bàsiques informatitzades de l'hospital com son les d'Anatomia Patològica, Altes hospitalàries, Hematologia i Admissions. Per tal de poder facilitar l'organització dels RHT de la ciutat de Barcelona segons la proposta del Pla Director es va decidir que es proporcionaria als hospitals que no ho tinguessin organitzat el programari ASEDAT¹⁵. Els RHT que utilitzen l'ASEDAT tenen com a font de dades fonamentals les d'altes hospitalàries, les d'anatomia patològica codificada mitjançant l'SNOMED-CT i les d'admissions hospitalàries.

La segona fase consisteix en poder donar l'estadi de la malaltia que habitualment no consta en les fonts d'informació automatitzades dels hospitals. La tercera fase consisteix en poder incorporar les fonts d'informació relacionades amb el tractament.

Per tal de facilitar la tasca d'organitzar i implantar al territori el RCC, l'any 2004 es van començar a organitzar els RHT dels centre hospitalaris de la ciutat de Barcelona que no en tenien. Els objectius bàsics dels RHT eren poder establir la magnitud del càncer en el centre hospitalari i per aquest fi, calia determinar la freqüència relativa del càncer segons diferents grups d'edat, sexe, localització tumoral atesos en el centre sanitari a més del tipus histològic del tumor, també calia conèixer la supervivència dels pacients oncològics i finalment poder determinar les tendències temporals tant de la mortalitat com de la supervivència del càncer.

L'any 2004, ja existien algun centres hospitalaris que comptaven amb RHT. El primer registre hospitalari de tumors dels hospitals de la ciutat, va ser el de l'Hospital de Sant Pau, que per diverses vicissituds va deixar de funcionar com a registre hospitalari cap el anys noranta. El registre de l'Hospital del Mar es va iniciar a l'any 1978 i és el registre hospitalari que ha mantingut una major continuïtat a la ciutat¹⁶. Altres registres que estan funcionant són el de

la Fundació Puigvert, i el de la Clínica Plató. Per altra banda, els hospitals que havien de començar a organitzar el RHT van ser l'Hospital Clínic, l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron i l'Hospital de Sant Pau, com a centres objectiu de la primera fase d'instauració dels RHT de la ciutat. En una segona fase s'inclouen, l'Hospital del Sagrat Cor, l'Hospital de Sant Rafael i l'Hospital de Dos de Maig-CSI.

El registres hospitalaris de tumors infantils

El càncer en els infants és una patologia relativament poc freqüent però és la primera causa de mort en la infància i adolescència a Catalunya. La taxa de mortalitat infantil es de 35,5 morts per milió d'infants.

Segons el *Registro Nacional de Tumores Infantiles*¹⁷, cada any es diagnostiquen a Catalunya entre 170 i 200 nous casos, d'aquests, el 79% corresponen a infants que viuen a Barcelona (32,5%) o a la seva província.

Catalunya presenta una taxa d'incidència estandarditzada per la població mundial de 144,8 casos per milió

i any de nous casos anuals de càncer infantil en edats compreses entre els 0 i els 14 anys. A Catalunya, els tumors pediàtrics més freqüents són leucèmies (31 %), tumors del sistema nerviós central (20%) i limfomes (14%) segons les dades avançades per Catalunya del període 1980-2007 pel *Registro Nacional de Tumores Infantiles*.

Des de els anys vuitanta fins ara, la supervivència del càncer infantil a Catalunya s'ha incrementat sent superior al 70%. Aquesta supervivència és comparable a la d'altres països europeus¹⁸.

A la ciutat de Barcelona hi ha tres registres hospitalaris de tumors infantils: el de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, de l'Hospital de Sant Joan de Déu i el de l'Hospital de Sant Pau que registren casos nous de càncer infantil des dels anys 80. Des de l'inici, el Registre Hospitalari de Tumors Infantils de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron ha registrat 2.391 casos nous, el Registre Hospitalari de Tumors Infantils de l'Hospital Sant Joan de Déu n'ha registrat 1.541 casos nous i el de l'Hospital de Sant Pau, n'ha registrat 531 casos nous.

Objectius de l'informe

Objectius de l'informe

L'objectiu general d'aquest informe és presentar per primera vegada dades dels RHT de la ciutat de Barcelona alhora que s'actualitzen la resta d'indicadors de mortalitat i altes hospitalàries per càncer de la ciutat de Barcelona.

Els objectius específics són:

- Descriure la mortalitat per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat dels anys 2000-2005.
- Descriure l'evolució de la mortalitat per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat dels anys 1991-2005.
- Descriure les hospitalitzacions per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat de l'any 2005.
- Descriure l'evolució de les hospitalitzacions per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe dels anys 1996-2005.
- Descriure els casos per càncer global i per les principals localitzacions tumorals per sexe i grups d'edat dels anys proporcionats per els RHT de l'any 2005.
- Descriure l'evolució de la mortalitat per càncer relacionats amb el tabac per sexe entre 1996 i 2005.

Breu descripció metodològica

Breu descripció metodològica

Disseny i població d'estudi

Es tracta d'un estudi transversal que analitza els indicadors de mortalitat, de les altes hospitalàries i dels registres hospitalaris de càncer dels hospitals de la ciutat de Barcelona. La població d'estudi és la població de persones residents a la ciutat de Barcelona.

Fonts d'informació i indicadors

Mortalitat

Les dades de mortalitat dels anys 1991 a 2005 procedeixen del Registre de Mortalitat de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Les causes de mort es declaren de forma individual en la butlleta estadística de defunció (BED) i aquestes es codifiquen al Registre de Mortalitat de Catalunya (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya) utilitzant la Classificació Internacional de Malalties (CIM) revisió novena o desena. Les causes de mort seleccionades per aquest informe es presenten en el quadre 1 i corresponen a totes les causes de mort per tumors malignes.

L'any 2000 a Barcelona es produeix el canvi de revisió de la CIM, passant de la novena a la desena revisió. Aquesta canvi no sembla que afecti a les causes de mort originades per tumors malignes^{19,20}.

Indicadors de mortalitat

Per a descriure la mortalitat per càncer s'ha calculat la taxa bruta (TB) de mortalitat, la taxa específica (TE) i la taxa estandarditzada de mortalitat per edat (TEM) per 100.000 per localitzacions tumorals en homes i dones. També s'ha calculat la taxa estandarditzada de mortalitat per edat (TEM) per 100.000 per localitzacions tumorals en homes i dones de 35 i anys i més i agrupant en dos grups d'edat de 35-64 anys i 65 i més anys.

Per el càlcul de les taxes estandarditzades s'utilitza la població mundial de l'any 1960²¹ la mateixa per homes i dones i com a població de referència per a poder calcular els indicadors per l'estudi de les tendències (1991-2005).

Per les dades de població s'utilitza el cens i el padró d'habitants de la ciutat de Barcelona proporcionada per el Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Quadre 1. Causes de mort específiques per tumors malignes segons la CIM revisió 9 i 10.

Causas de mort	Códigos CIE 9	Códigos CIE 10
Tumors malignes (TM)	140-239	C00-D48
TM de cavitat bucal i faringe	140-149	C00-C14
TM d'esòfag	150	C15
TM d'estómac	151	C16
TM de còlon	153	C18
TM de recte	154	C19-C21
TM de fetge	155	C22
TM de pàncrees	157	C25
TM de laringe	161	C32
TM de tràquea, bronquis i pulmó	162	C33, C34
TM d'ossos	170	C40-C41
TM de pell	172-173	C43, C44-C46
TM de mama de la dona	174	C50
TM d'úter	179-182	C53-C55
TM de pròstata	185	C61
TM de bufeta	188	C67
TM de localitzacions no especificades	190-199	C76-C80
TM leucèmia	204-208	C91-C95
TM limfàtic	200-203	C82-C85, C96
TM d'altres localitzacions	Resta de localitzacions entre 140 i 239	Resta de localitzacions entre C00 i D48

Per a les comparacions internacionals de la mortalitat s'ha utilitzat les dades de l'OMS²².

Altes hospitalàries

Les dades s'han obtingut del registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades Hospitalàries (CMBD) del CatSalut. El CMBD utilitza diverses definicions que cal conèixer per entendre els indicadors resultants. La definició d'alta utilitzada més habitualment ("malalts ingressats que siguin donats d'alta i produeixin, almenys, una estada") no s'ajusta als diferents tipus d'activitat que recull el CMBD dels hospitals d'aguts: hospitalització convencional, cirurgia major ambulatoria (CMA), hospital de dia i hospitalització domiciliària. És per això que s'ha cregut oportú canviar el concepte *alta* pel de *contacte* ("cada vegada que un malalt accedeix a un hospital d'aguts per rebre qualsevol tipus d'assistència")⁹. En aquest informe es presenta la informació agregada de tots els contactes que corresponen a una mateixa persona i, en aquest cas, es parla de pacients.

Els indicadors que s'obtidran són la taxa bruta de pacients per homes i dones amb diagnòstic principal de càncer i per tipus de càncer per 100.000 habitants dels residents a la ciutat de Barcelona anual entre els anys 1996 i 2005 i la taxa de pacients amb diagnòstic principal de càncer i per tipus de càncer per 100.000 habitants dels residents a la ciutat de Barcelona i la mateixa taxa agregada pel període 2000-2005 per homes i dones. No es van poder calcular els indicadors per grups d'edat, ja que no vam disposar de les dades de tumors malignes desagregats per grups d'edat.

Altres indicadors de mortalitat i hospitalitzacions

La relació entre els casos de càncer morts en relació als hospitalitzats és una aproximació al pronòstic de la malaltia sempre i que es calculi en els nous casos de càncer diagnosticats o casos incidents. En el nostre cas, el càlcul d'aquesta raó serà una aproximació ja que no poden diferenciar quines hospitalitzacions són prevalents o incidents a partir de les dades obtingudes del CMBD.

En tot cas, i tenint en compte les limitacions indicades, la interpretació de la raó que s'utilitzarà és que quan més s'aproximi a 1 pitjor serà el pronòstic del tipus de càncer.

Registres hospitalaris de tumors

Les dades dels RHT de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, de l'Hospital Clínic i de l'Hospital Universitari de Bellvitge i del sistema d'informació hospitalària de l'Hospital de Sant Pau, se han obtingut mitjançant el programari ASEDAT. Altres RHT com el de l'Hospital del Mar, l'Hospital del Sagrat Cor i la Clínica Plató les dades s'obtenen dels RHT ja organitzats en el seu centre.

Dels RHT i sistemes d'informació hospitalària dels hospitals de la ciutat de Barcelona s'obtenen els casos nous de tumors malignes classificats segons el quadre 1 dels anys 2005 per sexe i grups d'edat dels casos registrats i identificats com a residents a la ciutat.

Els indicadors que s'obtidran són la taxa de càncer per tipus de càncer i per sexe per 100.000 habitants dels residents a la ciutat de Barcelona de l'any 2005. Alguns RHT i sistemes d'informació hospitalària ens han proporcionat dades de l'any 2006, en el moment d'elaborar aquest informe. No tots els RHT els havien elaborat.

Càncer relacionat amb el consum de tabac

Les localitzacions tumorals relacionades amb el consum del tabac varien segons l'agregació de localitzacions tumorals que s'utilitzi^{5,23}. Les localitzacions tumorals que s'han considerat són el càncer de tràquea, bronquis i pulmó, el de la cavitat bucal, el de la laringe i esòfag, el de pàncrees, el de la bufeta urinària, el de fetge i el d'estómac. S'analitzen els indicadors de mortalitat i d'hospitalitzacions anteriorment descrits per aquest conjunt de localitzacions tumorals per sexe i any. També es comparen amb la prevalença de consum de tabac de les dades obtingudes de l'Enquesta de Salut de Barcelona de diversos anys de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Descripció de les dades de càncer

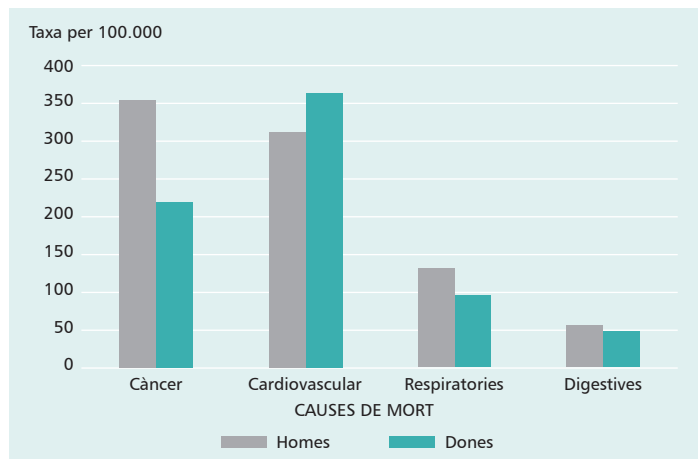
Descripció de les dades de càncer

Mortalitat per càncer a Barcelona

Durant el darrer quinquenni (2001-2005) a Barcelona es van produir 82.561 defuncions (mitjana anual de 16.500 defuncions) de les quals 22.067 van ser per càncer (mitjana anual de 4.400). El càncer constitueix la primera causa de mort en els homes amb una taxa de 352,9 per 100.000 homes, per sobre de les malalties cardiovasculars, de les malalties respiratòries i les digestives (Figura 1). En les dones, el càncer va ser la segona causa de mort per darrera de les cardiovasculars amb una taxa de 217,7 per 100.000 dones.

Els tumors malignes més freqüents van ser el càncer de pulmó en els homes (97,9 morts per 100.000 homes) i el càncer de mama en les dones (38,2 morts per 100.000 dones). Cal destacar la diferència de magnitud de les taxes de mortalitat entre homes i dones, essent molt superior en homes. Només es van igualar en el cas de la mortalitat per càncer de colòn (Figura 2).

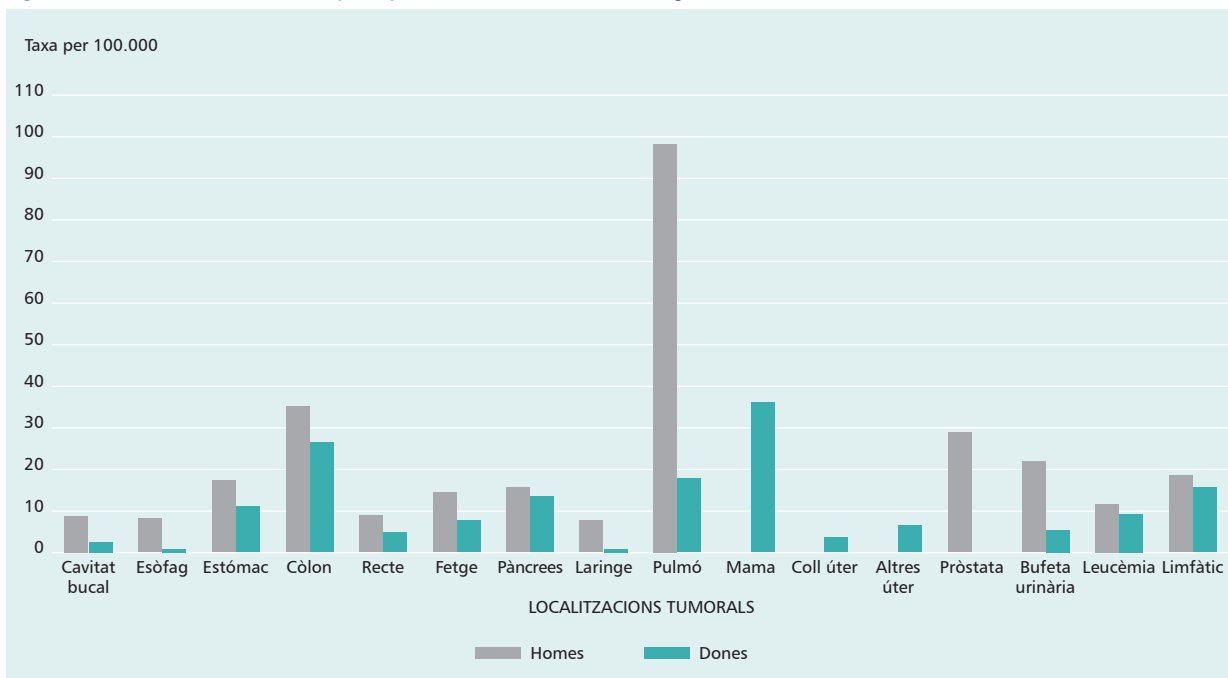
Figura 1. Taxes de mortalitat per 100.000 habitants dels principals grans grups de causes de mortalitat segons sexe. Barcelona, 2001-2005.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

En els homes, el càncer de pròstata i el de bufeta urinària van seguir al de pulmó i colòn i en les dones, al càncer de mama i de colòn els van seguir el de pulmó i el de pàncrees.

Figura 2. Taxes de mortalitat de les principals localitzacions tumorals segons sexe. Barcelona, 2001-2005.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

La mortalitat per tumors malignes va augmentar amb l'edat tant en homes com en dones, tot i que l'augment va ser major entre els homes distanciant-se de la mortalitat de les dones a partir del grup de 65-74 anys (figura 3).

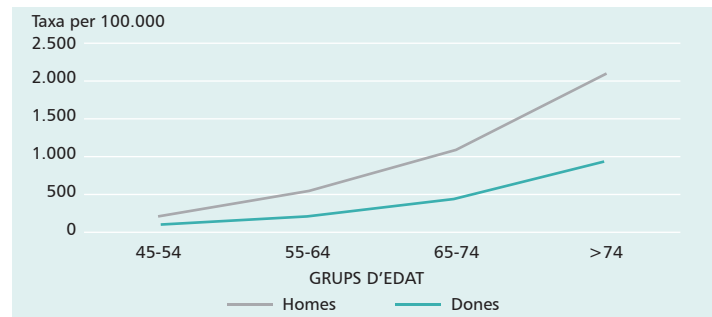
Entre les dones, el tumor maligne més freqüent va ser el de mama en tots els grups d'edat, tot i que en les dones de 74 i més anys, el tumor maligne de mama i el de còlon va presentar taxes similars. La resta de tumors malignes (pulmó, pàncrees i estómac) també van augmentar amb l'edat i van presentar xifres similars en les dones de 74 anys i més (figura 4).

Entre els homes, el càncer de pulmó va ser la primera causa de mort en totes les edats molt per sobre de la resta de tumors malignes (Figura 5). El càncer de pròstata va ser el segon càncer més freqüent entre els homes de 74 anys i més per sobre del càncer de còlon, amb un creixement important dels 65 als 74 anys i als 74 i més anys.

Evolució de la mortalitat per càncer a la ciutat de Barcelona

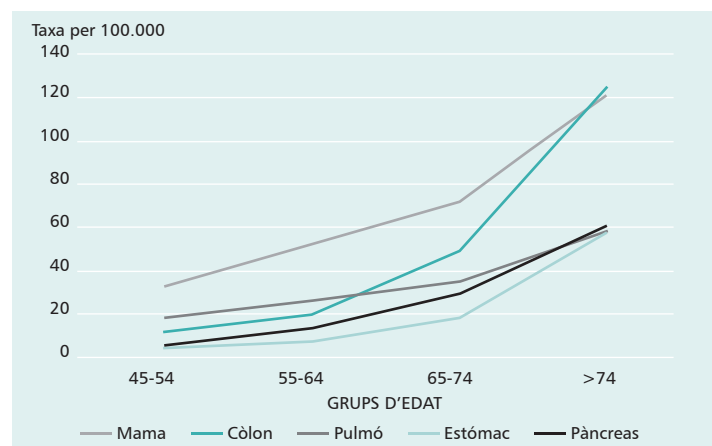
Entre 1991 i el 2005 la mortalitat per càncer a Barcelona va disminuir en els homes mentre que en les dones el descens va ser més lleuger (figura 6).

Figura 3. Taxes de mortalitat específiques per 100.000 habitants per tumors malignes per grups d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2005.



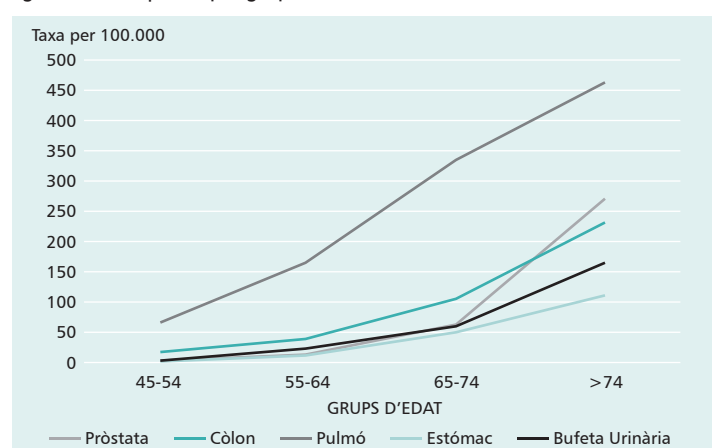
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

Figura 4. Taxes de mortalitat específiques per 100.000 habitants dels tumors malignes més freqüents per grups d'edat en les dones. Barcelona, 2001-2005.



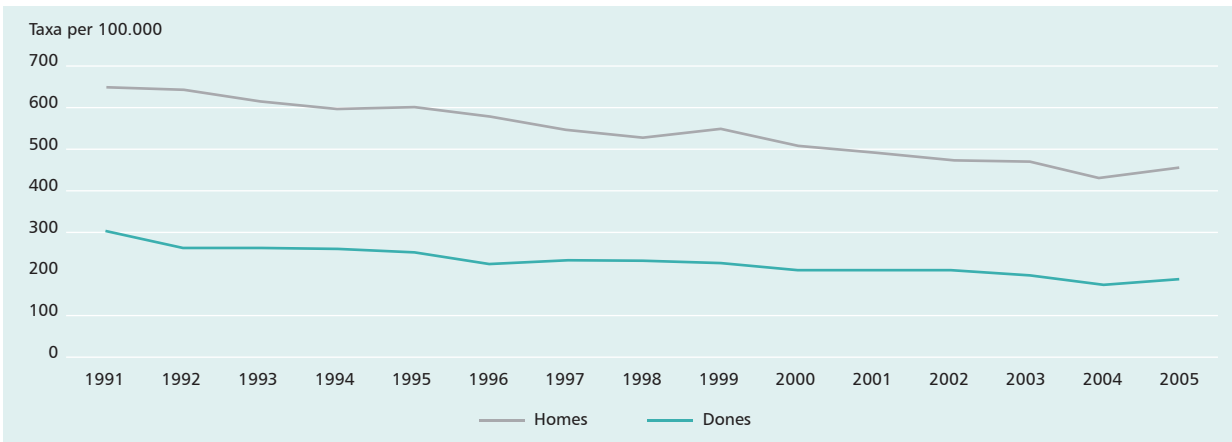
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

Figura 5. Taxes de mortalitat específica per 100.000 habitants dels tumor malignes més freqüents per grups d'edat en les homes. Barcelona, 2001-2005.



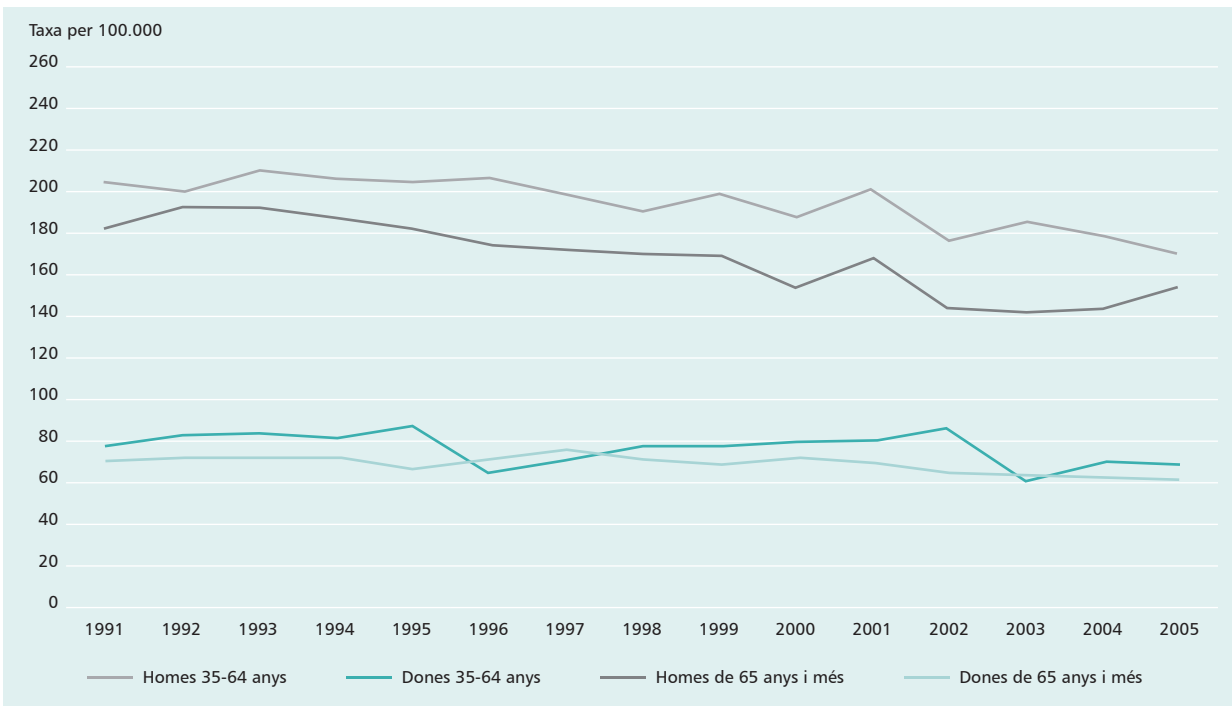
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

Figura 6. Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada de càncer per edat en homes i dones per 100.000 habitants a Barcelona, 1991-2005.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

Figura 7. Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per edat per càncer i per grups d'edat, en homes i dones de 35 i més anys per 100.000 habitants a Barcelona, 1991-2005.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

Per grups d'edat, la mortalitat per càncer va ser major en els homes de 65 anys i més, tot i que és en el grup d'edat on més va baixar la mortalitat. Entre els homes de 35 a 64 anys es va produir una frenada de la davallada i en els darrers dos anys va mostrar una tendència creixent. Si

aquesta tendència es manté en els propers anys, la taxa de mortalitat per càncer dels homes més joves s'acosta a la dels més grans (figura 7). Entre les dones es veu una evolució més estable tot i que la disminució sembla major entre les dones de 35 a 64 anys (figura 7).

Evolució de la mortalitat segons les localitzacions tumorals en homes i dones de 35 i més anys

A la ciutat de Barcelona, la mortalitat per càncer de mama va ser la primera causa de mort d'entre totes les localitzacions tumorals en dones de 35 i més anys. El càncer de mama va disminuir en el període estudiat. Per altra banda, en els tres darrers anys, la mortalitat per càncer de pulmó ha arribat a ser la segona localització amb un major nombre de morts femenines, per sobre de la mortalitat provocada per el càncer de còlon que es desplaça al tercer lloc (figura 8).

La mortalitat per càncer de pulmó en els homes de 35 i més anys, tot i ser la primera causa de mort va mostrar una disminució sostinguda des de 1990. Molt per sota es troba la mortalitat per el càncer de còlon, de pròstata i de bufeta. La mortalitat per càncer de còlon va créixer al llarg del període

estudiat, mentre que les altres dues localitzacions tumorals (pròstata i bufeta) van disminuir lleugerament (figura 9).

A l'annex (taules 4 i 5) es poden veure com les taxes de mortalitat estandarditzada per edat i truncades per edat. S'observa com en els homes la mortalitat per càncer va ser similar i presenta un evolució també similar tant en els homes de 35 a 64 anys com en els de 65 i més. La mortalitat per càncer de còlon va mostrar una tendència creixent en els dos grups d'edat i el de pròstata decreixent també en els dos grups d'edat.

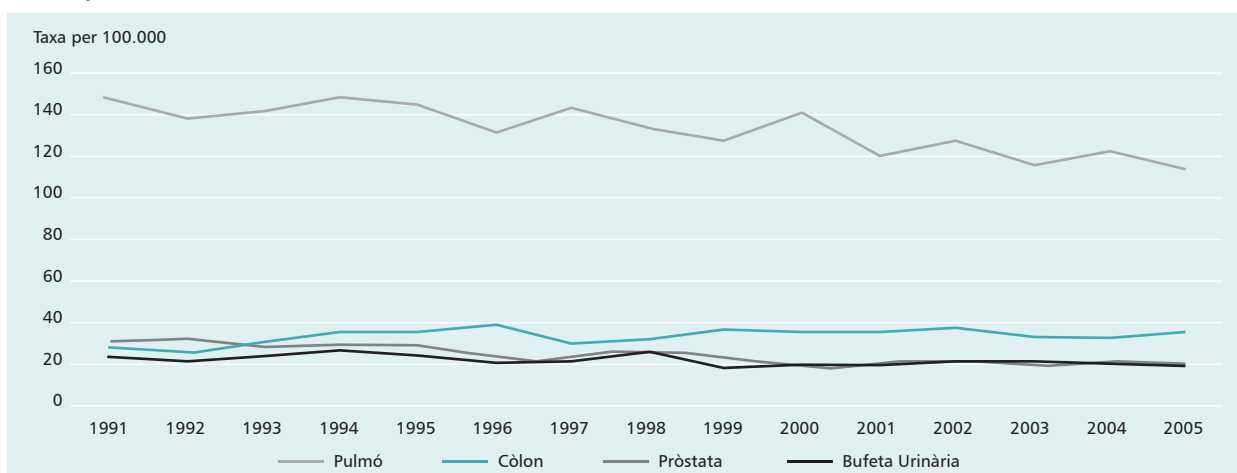
La mortalitat per càncer de mama va disminuir sobretot en el grup de les dones de 35 a 64 anys ja que en l'altre grup va baixar més discretament. També en el grup de les dones de 35 a 64 anys va ser on va augmentar més la taxa

Figura 8. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en dones de 35 i més anys a Barcelona, 1991-2005.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

Figura 9. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en homes de 35 i més anys a Barcelona, 1991-2005.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

de mortalitat per càncer de pulmó, mentre que entre les dones de 65 anys i més va ser el càncer de còlon la segona causa de mortalitat per davant del càncer de pulmó, tot i que les diferències entre les tres localitzacions semblen reduir-se en aquest grup d'edat.

Comparació amb les dades de mortalitat de Catalunya, altres regions i països

L'evolució de la mortalitat per les localitzacions tumorals més freqüents en les dones de Barcelona mostra un patró evolutiu similar al de les dones de Catalunya (figura 10). En el conjunt europeu, la mortalitat per càncer de mama de Barcelona i de Catalunya està entre les més baixes lluny de països com Dinamarca amb una taxa de mortalitat que quasi doble la de Barcelona.

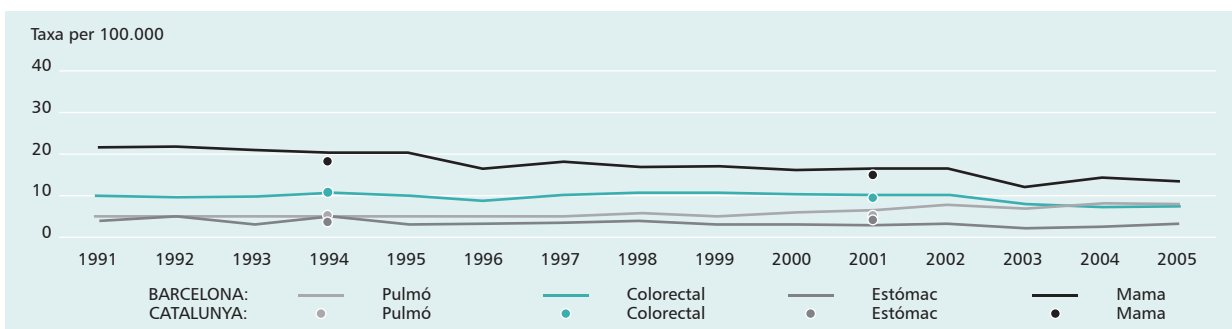
La mortalitat per càncer colorectal s'ha vist superada en els darrers anys per la mortalitat pel càncer de pulmó en les dones. Tot i que no s'ha pogut comparar amb dades més recents de Catalunya, tot sembla indicar que l'evolució a Ca-

talunya serà similar a l'observada a Barcelona. La mortalitat per càncer colorectal situa a Barcelona, i també a Catalunya, en una zona intermèdia d'entre els països europeus. La mortalitat per càncer de pulmó en les dones augmenta a Barcelona i Catalunya, tot i que en el context europeu encara està entre els països amb més baixa mortalitat per aquest càncer. La mortalitat per càncer d'estómac va disminuint progressivament a Barcelona amb taxes de mortalitat similars a les de Catalunya, i en torn a la franja intermèdia dels països europeus.

La mortalitat per càncer de pulmó en els homes va disminuint progressivament i, en aquest cas, la mortalitat de Catalunya està lleugerament per sota de la mortalitat per càncer de pulmó de la ciutat. En el context Europeu, Barcelona es situa entre els que tenen una taxa de mortalitat més alta, junt amb Eslovènia, República Txeca, Països Baixos i Polònia (figura 11).

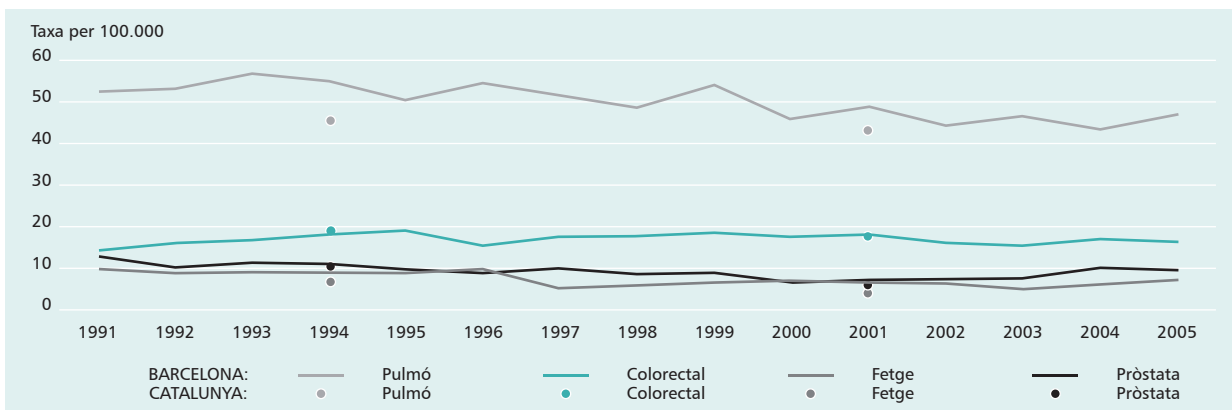
La mortalitat per càncer colorectal mostra una tendència estable tant a Barcelona com a Catalunya. En el context

Figura 10. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en dones a Barcelona, 1991-2005 i Catalunya 1994 i 2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.
Per les dades de Catalunya: Gispert R et al. Med Clin (Barc). 2008; 131 (Suppl):27.

Figura 11. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per edat de les localitzacions més freqüents del càncer en homes a Barcelona, 1991-2005 i Catalunya 1994 i 2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.
Per les dades de Catalunya: Gispert R et al. Med Clin (Barc). 2008; 131 (Suppl):27.

Europeu la taxa de mortalitat de Barcelona, com la de Catalunya es situa en la zona intermèdia. El càncer de pròstata i el de fetge mostren patrons evolutius similars a Barcelona i Catalunya. La mortalitat per càncer de pròstata a Barcelona està entre les més baixes d'Europa i, en canvi, la mortalitat per càncer de fetge entre les més altes dels països Europeus.

Conclusions de la mortalitat per càncer

En els darrers anys la mortalitat per càncer ha passat a ser la primera causa de mort en els homes i la segona en les dones de la ciutat de Barcelona.

Cal destacar l'augment de la mortalitat per càncer de pulmó en les dones i de còlon tant en homes com en dones i el descens de la mortalitat per càncer de pulmó en els homes i de mama en les dones, tot i mantenir-se com les primeres causes de mort per aquest tipus de càncer en els homes i les dones respectivament.

La mortalitat augmenta amb l'edat i a partir dels 45-54 anys de forma en cada increment de 10 anys de l'edat es doble la mortalitat tant en homes com en dones. Com la mortalitat de partida és major en els homes que en les dones, la dels homes sempre es manté per sobre de la de les dones. Per localitzacions tumorals, entre els homes, el càncer de pulmó es manté com a primera causa de mort, i, el càncer de còlon, com a segona localització tumoral fins als 74 anys ja que a partir d'aquesta edat, el segon càncer més freqüent és el de pròstata. Entre les dones, la mortalitat per càncer de mama va ser la més freqüent a totes les edats, només a partir dels 74 anys, la mortalitat per càncer de còlon va presentar taxes de mortalitat similars a les del càncer de mama.

Pel que fa a les tendències, el descens global de la mortalitat per càncer pot ser degut al descens de la mortalitat per càncer de pulmó i dels altres càncers relacionats amb el tabac en els homes, a la disminució del càncer de mama en les dones, i a l'estabilització de la mortalitat per càncer de còlon en ambdós sexes, a més de la reducció sostinguda de la mortalitat per càncer d'estómac. En les dones aquesta reducció s'ha vist atenuada per el clar increment de

la mortalitat per càncer de pulmó. En canvi, la mortalitat per càncer de còlon sembla que s'estabilitza tant en homes com en dones i el càncer de pròstata també sembla que s'hagi estabilitzat en els darrers anys.

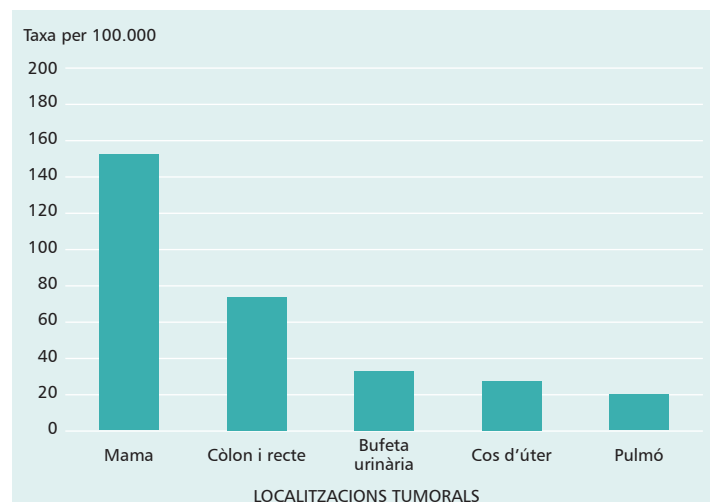
La mortalitat per els càncers més freqüents de Barcelona mostren una magnitud i una evolució similar amb els de Catalunya. Barcelona es situa entre els països Europeus amb mortalitat més baixa per càncer de mama, de pulmó en les dones i pròstata en els homes. Es situa entre els països amb una mortalitat intermèdia per càncer colorectal i d'estómac, tant en homes com en dones. També es situa entre els països amb una mortalitat alta per càncer de pulmó en els homes i de fetge tant en homes com en dones.

Hospitalitzacions per càncer a Barcelona

L'any 2005 es van produir 9.530 hospitalitzacions per càncer de pacients residents a la ciutat de Barcelona i atesos als hospitals de la ciutat (591,2 per 100.000 habitants) dels quals 5.526 eren homes (taxa d'hospitalització 720,7 per 100.000 homes) i 4,004 eren dones (taxa d'hospitalització 473,6 per 100.000 dones).

Entre les dones, les hospitalitzacions més freqüents les van provocar el càncer de mama i el de còlon i recte. El càncer de bufeta urinària, de cos d'úter i de pulmó ja es van situar allunyats dels dos primers tipus de càncer (Figura 12). Entre els homes hospitalitzats per càncer, el tumor maligne més freqüent va ser el de bufeta urinària seguit del càncer de pulmó i del còlon i recte amb taxes similars i seguits per el càncer de pròstata (Figura 13).

Figura 12. Taxa d'hospitalitzacions per 100.000 dels principals tumors malignes més freqüents en dones. Barcelona, 2005.



Font: CMBD. CatSalut.

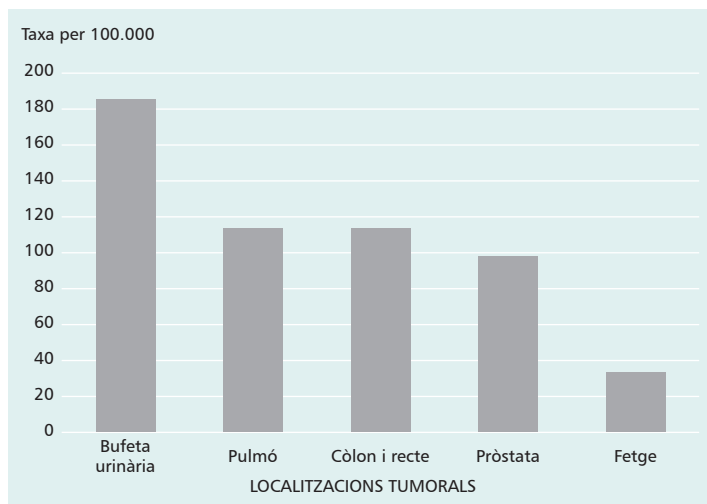
Evolució de les hospitalitzacions per càncer a Barcelona

L'any 1996 es van atendre 7.751 pacients residents a la ciutat de Barcelona i atesos als hospitals de la ciutat per tumors malignes mentre que aquesta xifra va augmentar a 9.532 l'any 2005. Les taxes respectives van ser de 513,7 i 591,2 per 100.000 habitants. Els homes atesos per càncer van ser 4.613 a l'any 1996 i 5.526 l'any 2005 (taxes respectives de 654,3 i 720,7 per 100.000 homes). Les dones ateses als hospitals per càncer van ser 3.132 l'any 1996 i 4.004 l'any 2005 (taxes respectives de 389,6 i 473,6 per 100.000 dones).

En aquest període de temps entre les dones, les hospitalitzacions entre 1996 i 2005 augmenten per totes les localitzacions tumorals més freqüents: mama, colorectal, cos d'úter, bufeta i pulmó (Figura 14). S'ha observat com ha augmentat la taxa dels pacients atesos als hospitals per càncer de bufeta, de còlon i recte i de pròstata i, en canvi, s'ha produït un descens d'hospitalitzacions per càncer de pulmó (Figura 15). A l'annex (taula 6) es pot veure l'evolució de la taxa d'hospitalització per localitzacions tumorals en ambdós sexes.

La raó entre la mortalitat i les hospitalitzacions del CMBD dona una apro-

Figura 13. Taxa d'hospitalitzacions per 100.000 dels principals tumors malignes més freqüents en homes. Barcelona, 2005.

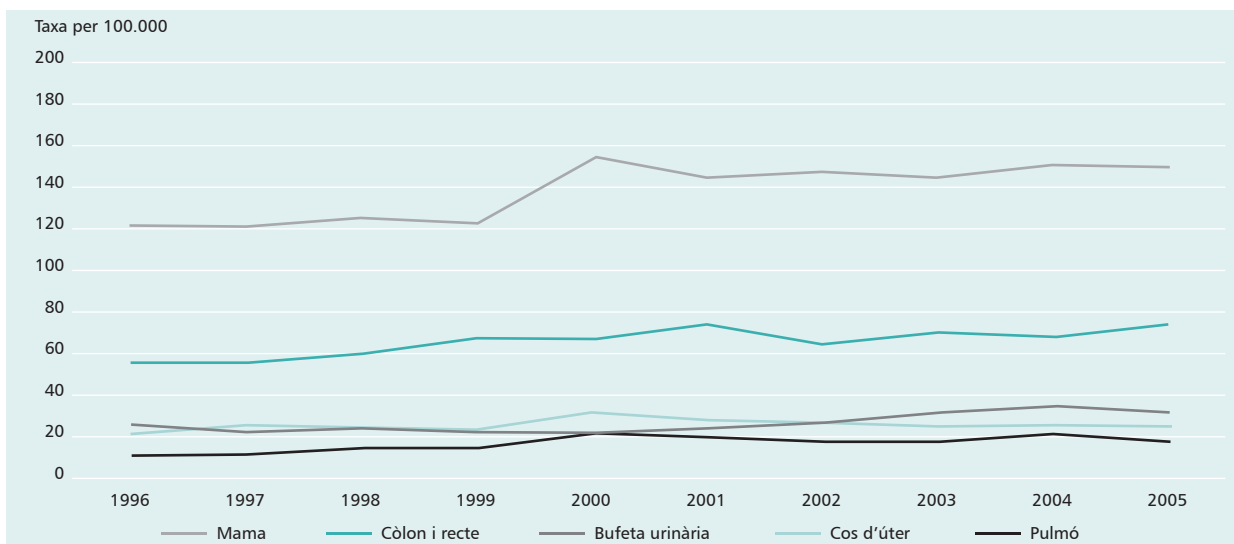


Font: CMBD. CatSalut.

ximació al pronòstic, en aquest cas del càncer segons les localitzacions tumorals més freqüents. El pitjor pronòstic el té el càncer de pulmó a les dones (raó=0,94) i als homes (raó=0,89). Altres localitzacions tumorals amb pitjor pronòstic són: el càncer d'estómac, esòfag i pàncrees tant en homes com en dones (taula 1).

En canvi, la localització tumoral amb millor pronòstic és el càncer de bufeta urinària seguit del de mama a les dones i el de laringe i pròstata en els homes.

Figura 14. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions per 100.000 de les localitzacions tumorals més freqüents en dones. Barcelona, 1996-2005.



Font: CMBD. CatSalut.

Conclusions de les hospitalitzacions

A Barcelona, l'any 2005 els tumors malignes que van generar més freqüentment hospitalitzacions van ser els tumors de bufeta urinària en els homes i el càncer de mama en les dones. En el cas del tumors de bufeta urinària l'increment es produeix a partir de l'any 2003 i es podria deure tant a l'increment real de casos com a un cert grau de sobre representació en les altes hospitalàries²⁴. Aquests resultats contrasten amb la incidència de càncer de bufeta urinària⁷ que situa aquesta localització tumoral en quart lloc en els homes i en sisè lloc en les dones.

En els darrers 10 anys s'ha observat un increment global de les hospitalitzacions per càncer tant en homes com en dones. El càncer de bufeta urinària en els homes i el càncer de mama en les dones van ser els càncers que més van augmentar les hospitalitzacions, i són els que estan fonamentalment contribuint a l'increment global de les hospitalitzacions.

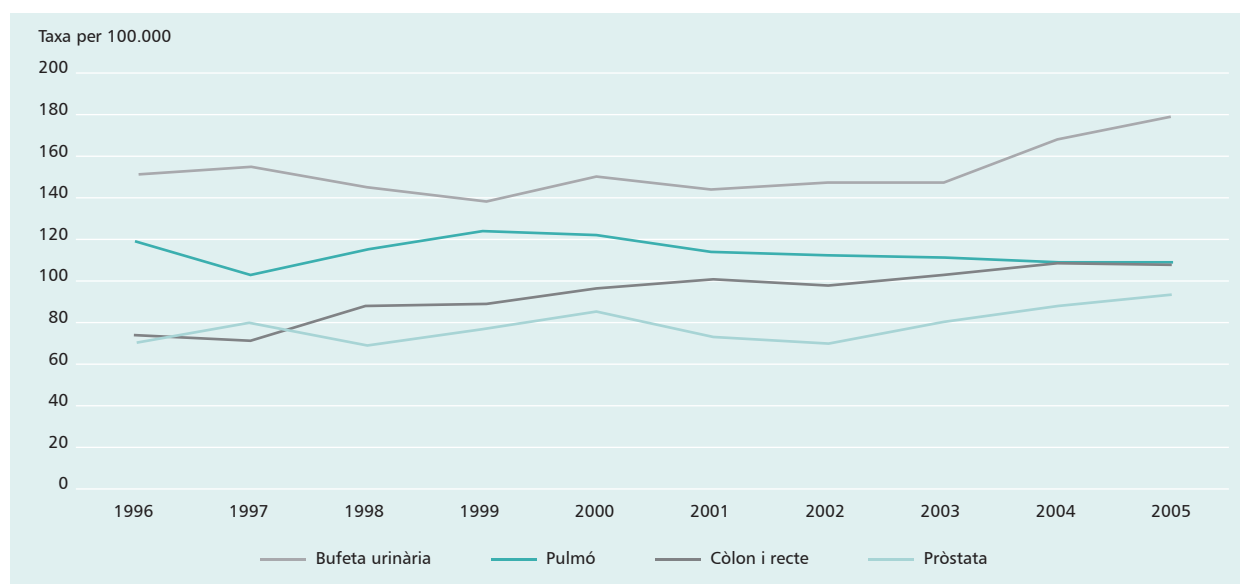
Les hospitalitzacions d'homes per càncer de pulmó va disminuir mentre que van augmentar les hospitalitzacions originades pel càncer de còlon i recte i el de pròstata. En les dones va augmentar les hospitalitzacions per càncer de còlon i recte i per càncer de pulmó, mentre que les originades per el càncer d'úter es van estabilitzar.

Taula 1. Raó entre la mortalitat i les hospitalitzacions dels càncers de localitzacions més freqüents per sexe. Barcelona, 2005.

Localitzacions tumorals	Nombre de morts	Nombre d'hospitalitzacions*	Raó
Dones			
Cavitat oral i faringe	22	62	0,35
Esòfag	16	23	0,70
Estómac	94	127	0,74
Còlon i recte	254	615	0,41
Fetge	66	124	0,53
Pàncrees	111	137	0,81
Laringe	6	12	0,50
Pulmó	155	165	0,94
Mama	284	1.282	0,22
Úter	80	332	0,24
Bufeta urinària	37	272	0,14
Total	1.779	4.004	0,44
Homes			
Cavitat oral i faringe	53	172	0,31
Esòfag	65	96	0,68
Estómac	145	193	0,75
Còlon i recte	328	829	0,40
Fetge	108	235	0,46
Pàncrees	121	156	0,78
Laringe	45	156	0,29
Pulmó	741	829	0,89
Pròstata	205	713	0,29
Bufeta urinària	161	1368	0,12
Total	2.600	5.526	0,47

* Les dades d'hospitalitzacions provenen del CMBD: CatSalut.

Figura 15. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions per 100.000 de les localitzacions tumorals més freqüents en homes. Barcelona, 1996-2005.



Font: CMBD. CatSalut.

Com aproximació a estimar al pronòstic dels tumors malignes es va calcular la raó entre la mortalitat i les hospitalitzacions detectant que el càncer de pulmó tant en homes com en dones és el que va presentar el pitjor pronòstic seguit per el càncer d'estómac, esòfag, i pàncrees tant en homes com en dones.

Una de les limitacions més importants alhora de realitzar aquest informe és la de no disposar de les dades del CMBD per grups d'edat, per la qual cosa no es van poder calcular taxes estandarditzades per edat ni es van poder obtenir les taxes específiques per grups d'edat.

Registres hospitalaris de tumors dels hospitals de Barcelona i sistemes d'informació hospitalària

L'any 2005 els RHT van registrar 2.891 casos nous de càncer en homes i 1.832 en dones residents a Barcelona. La taxa segons els RHT i sistemes d'informació hospitalària en homes va ser de 377 per 100.000 homes i en les dones de 216,7 per 100.000 dones.

Per edats, i a partir dels 45 anys, la taxa de tumors malignes augmenta tant en homes com en dones, tot i que va ser en els homes on les taxes van resultar ser més altes arribant a les majors taxes en el grup d'edat dels 65-74 anys (Figura 16).

L'any 2005, entre les dones, el càncer de mama va ser el més freqüentment declarat en el RHT i sistemes d'informació hospitalària, seguit en segon lloc per el càncer de còlon i recte (Figura 17). El càncer de pròstata, el de pulmó i el de còlon i recte van ser les localitzacions tumorals més freqüents entre els homes residents a Barcelona segons els casos nous registrats per els RHT i sistemes d'informació hospitalària (Figura 18).

Per grups d'edat, entre les dones, el càncer de mama va ser el que va produir més casos nous declarats per els RHT i sistemes d'informació hospitalària entre les dones a totes les edats i de forma uniforme, mentre que el càncer de còlon i recte, va ser la segona localització tumoral més freqüent, augmentant amb l'edat, sobretot a partir dels 65 anys (Figura 19). El càncer de pròstata va ser el més freqüent en els homes a partir dels 55 anys arribant a ser la primera causa dels casos nous registrat en els

Figura 16. Taxes de casos nous per 100.000 dels tumors malignes per grups d'edat i sexe. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005*.

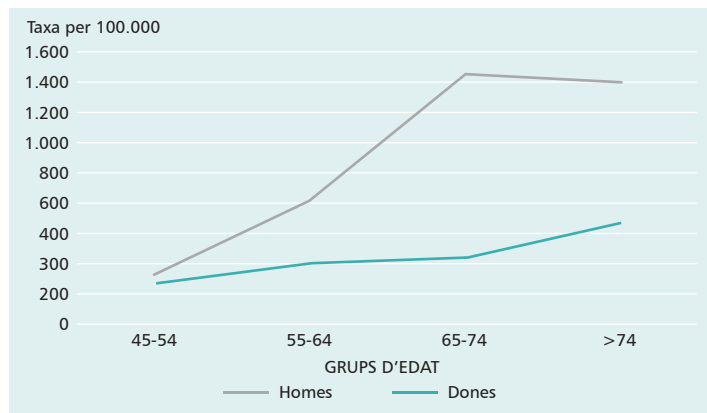


Figura 17. Taxa de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals en dones. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005*.

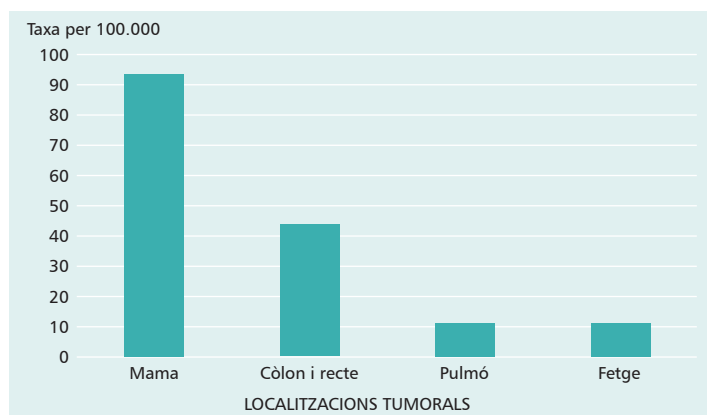
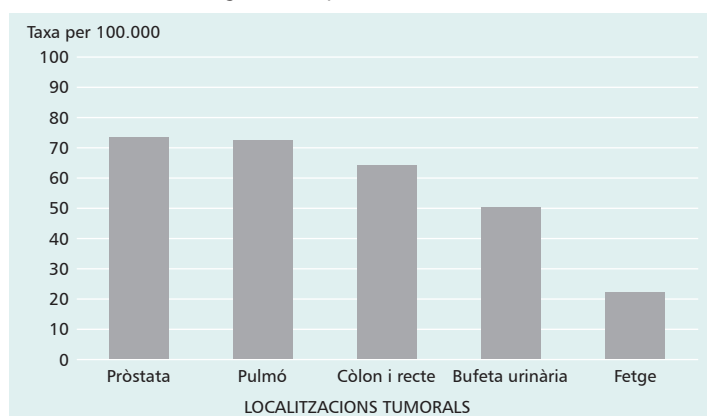


Figura 18. Taxa de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals en homes. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005*.



* Les dades de l'Hospital Clínic corresponen a l'any 2004.
 Font: Registre hospitalari de tumors de l'Hospital Clínic, de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, de l'Hospital del Mar, de la Clínica Plató i de l'Hospital Universitari de Bellvitge i del sistema d'informació hospitalària de l'Hospital de Sant Pau.

RHT i sistemes d'informació hospitalària d'entre tots els tumors malignes (Figura 20).

A la taula 2 es mostra el nombre de casos nous i la taxa de mortalitat i d'hospitalitzacions de les localitzacions tumorals més freqüents de l'any 2005.

Els pacients residents a Barcelona que es van hospitalitzar per tumors malignes van ser 9.530 durant l'any 2005 i els RHT i sistemes d'informació hospitalària van proporcionar 4.723 casos nous que representa 49,5% dels casos de tumors malignes de residents hospitalitzats segons el CMBD. Aquest percentatge varia per localització tumoral: en la pròstata els RHT i sistemes d'informació hospitalària declaren el 77,7% dels casos hospitalitzats segons el CMBD, en mama el 60% i en col·rectal el 58%.

Existeixen limitacions importants en aquesta comparació com que el CMBD inclou casos incidents i prevalents i que el CMBD també recull informació dels pacients residents a Barcelona però que poden haver-se hospitalitzat en qual-sevol altre hospital de Catalunya. En canvi, els RHT i sistemes d'informació hospitalària declaren els pacients residents i hospitalitzats en els centres hospitalaris de la ciutat.

Figura 19. Taxes específiques de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals i segons grups d'edat en dones. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005*.

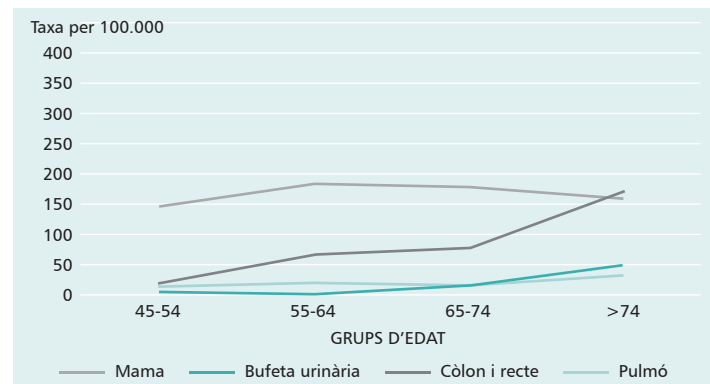
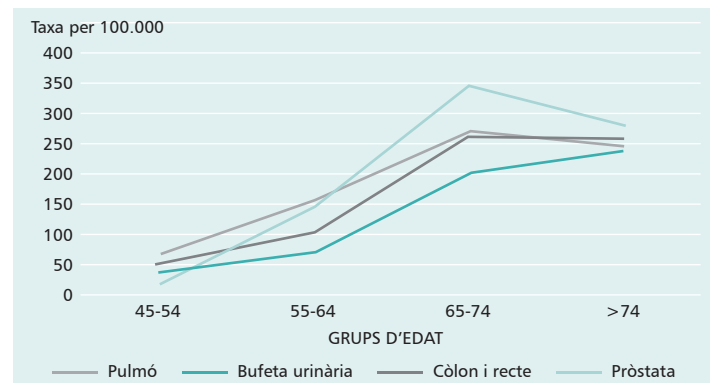


Figura 20. Taxes específiques de casos nous per 100.000 de les principals localitzacions tumorals i segons grups d'edat en homes. Registres Hospitalaris de Tumors de Barcelona, 2005*.



* Les dades de l'Hospital Clínic corresponen a l'any 2004.

Font: Registre hospitalari de tumors de l'Hospital Clínic, de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, de l'Hospital del Mar, de la Clínica Plató i de l'Hospital Universitari de Bellvitge i del sistema d'informació hospitalària de l'Hospital de Sant Pau.

Taula 2. Distribució dels indicadors de mortalitat i d'hospitalitzacions per 100.000 de les localitzacions tumorals més freqüents en homes i dones. Barcelona, 2005

Sexe	Localització tumoral	Mortalitat		CMBD		RHT i sistemes d'informació hospitalària *	
		Nombre	Taxa per 100.000	Nombre	Taxa per 100.000	Nombre	Taxa per 100.000
Homes	Pulmó	741	96,6	829	108,1	545	71,1
	Còlon i recte	328	42,8	829	108,1	484	63,1
	Pròstata	205	26,7	713	92,9	554	72,2
	Total tumors malignes	2.600	339,1	5.526	720,6	2.891	377,0
Dones	Mama	284	33,6	1.282	151,6	772	91,3
	Còlon i recte	254	30,0	615	72,7	354	41,8
	Pulmó	155	18,3	165	19,5	87	10,3
	Total tumors malignes	1.779	210,4	4.004	473,6	1.832	216,7

* Les dades de l'Hospital Clínic corresponen a l'any 2004.

CMBD: Conjunt Mínim Bàsic de Dades Hospitalàries; RHT: registres hospitalaris de tumors.

Fonts d'informació: 1) Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB; 2) CMBD. CatSalut; 3) Registre hospitalari de tumors de l'Hospital Clínic, de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, de l'Hospital del Mar, de la Clínica Plató i de l'Hospital Universitari de Bellvitge i del sistema d'informació hospitalària de l'Hospital de Sant Pau.

Conclusions del Registre Hospitalari de Tumor i sistemes d'informació hospitalària

S'ha pogut analitzar conjuntament els casos nous de càncer registrats per els RHT de l'Hospital Clínic, de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron, de l'Hospital del Mar, de la Clínica Plató i de l'Hospital Universitari de Bellvitge i del sistema d'informació sanitària l'Hospital de Sant Pau. La resta d'hospitals de la ciutat no ha pogut proporcionar les dades necessàries per fer aquest informe.

En primer lloc, cal destacar que els casos nous de tumors malignes registrats pels RHT mostren un patró similar a les localitzacions tumorals més freqüents de Catalunya, sent les localitzacions més freqüents en els homes el càncer de pròstata, de pulmó i colorectal i en les dones el de mama, el colorectal i el d'ovari⁷. Aquesta patró és similar al trobat en RHT i sistemes d'informació hospitalària de la ciutat de

Barcelona per els homes i difereix en al tercera causa, per les dones.

Els casos nous de càncer registrat per els RHT i sistemes d'informació hospitalària van mostrar una tendència a créixer amb l'edat tant en homes com en dones. Només sembla que els casos nous es van estabilitzant a partir dels 74 anys en els homes.

Per localitzacions tumorals, els casos nous de càncer de pulmó, de bufeta urinària, de còlon i recte i de pròstata en els homes van augmentar, essent el càncer de pròstata el que va mostrar un augment més ràpid amb l'increment de l'edat. En les dones, els casos nous registrats van ser menors que en els homes i es van mantenir més estables al llarg del període, excepte en el càncer de còlon i recte on l'increment de casos nous a partir dels 74 anys va fer que la taxa s'igualés a les del càncer de mama.

Càncer relacionat amb el consum de tabac

Càncer relacionat amb el consum de tabac

En aquest capítol es presenten els indicadors de mortalitat de les localitzacions tumorals relacionades amb el consum de tabac: càncer de tràquea, bronquis i pulmó, de cavitat bucal, de laringe, d'esòfag, de pàncrees, de bufeta urinària, de fetge i d'estómac.

L'any 2005 van morir 1.439 homes i 507 dones per càncer relacionats amb el consum de tabac a Barcelona. La taxa de mortalitat va ser de 187,6 per 100.000 homes i de 59,9 per 100.000 dones.

La mortalitat per les diferents localitzacions tumorals relacionades amb el consum de tabac ha anat disminuint progressivament en els homes mentre que en les dones sembla augmentar progressiva i lentament (Figura 21).

La mortalitat per càncer relacionat amb el consum de tabac va disminuir en tots el grups d'edat en els homes (taula 7 de l'annex) mentre que en les dones va augmentar la mortalitat fins els 64 anys, tot i que les taxes van ser més baixes que en els homes.

El grup de dones on va augmentar més la mortalitat per càncer relacionat amb el tabac són els de 35 a 39 anys (taxa de 6,32 per 100.000 dones de 35 a 39 anys) seguides de les dones de 45 a 49 anys i de les de 50 a 55 anys.

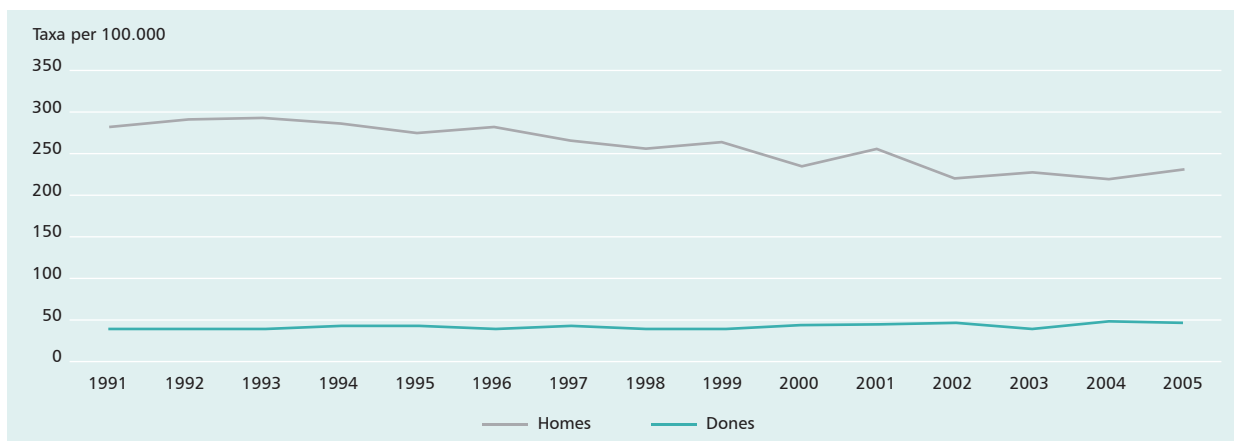
Tot i tractar-se de taxes de mortalitat baixes són els mateixos grups d'edat on augmenta la prevalença de fumadores segons les diverses Enquestes de Salut de Barcelona²⁵. Els grups d'edat on hi ha més fumadors és el de 25 a 34 en els homes i 35 a 44 en les dones. Entre 1983 i 2006, la disminució del tabaquisme va ser molt intensa els dones (Figura 22), i al final del període ha començat a baixar també en els homes (Figura 23).

Conclusions del càncer relacionat amb el consum de tabac

En els darrers anys s'ha produït un descens en la mortalitat dels càncers relacionats amb el tabac en els homes mentre que en les dones s'ha observat un lleuger increment de la mortalitat dels càncers relacionats amb el tabac.

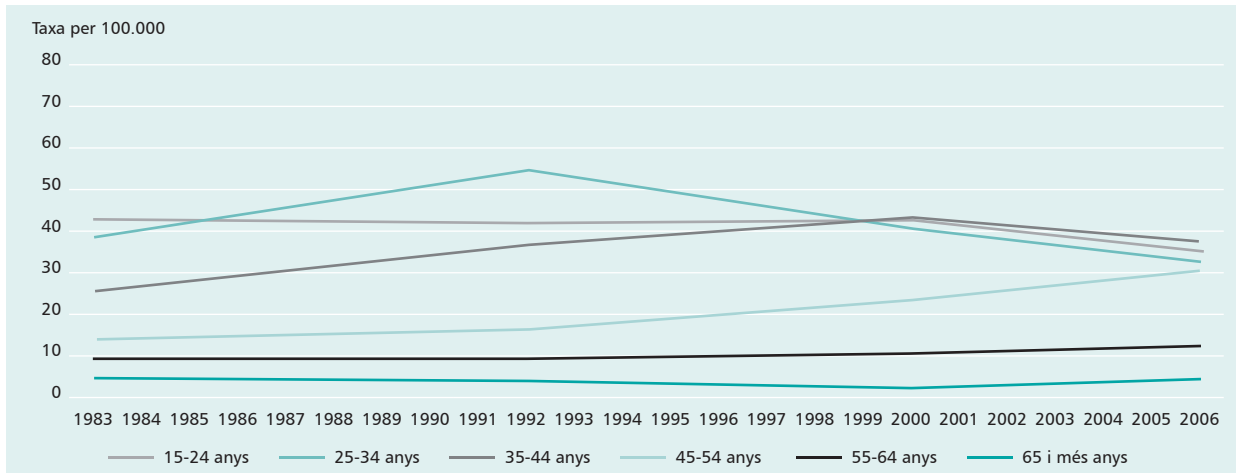
A Barcelona, la incorporació de les dones a l'hàbit tabàquic es va iniciar als anys 70 tot i que les primeres dades que tenim sobre consum de tabac són de l'any 1983. La prevalença de consum de tabac ha anat augmentant progressivament, i són les dones més joves les que tenen una major prevalença de consum de tabac i és en les dones grans en les que augmenta més la prevalença al llarg del temps. Es comencen a veure les conseqüències a llarg termini del consum de tabac.

Figura 21. Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat del càncer relacionat amb el consum de tabac per les localitzacions més freqüents del càncer en homes i dones de 35 i més anys a Barcelona, 1991-2005.



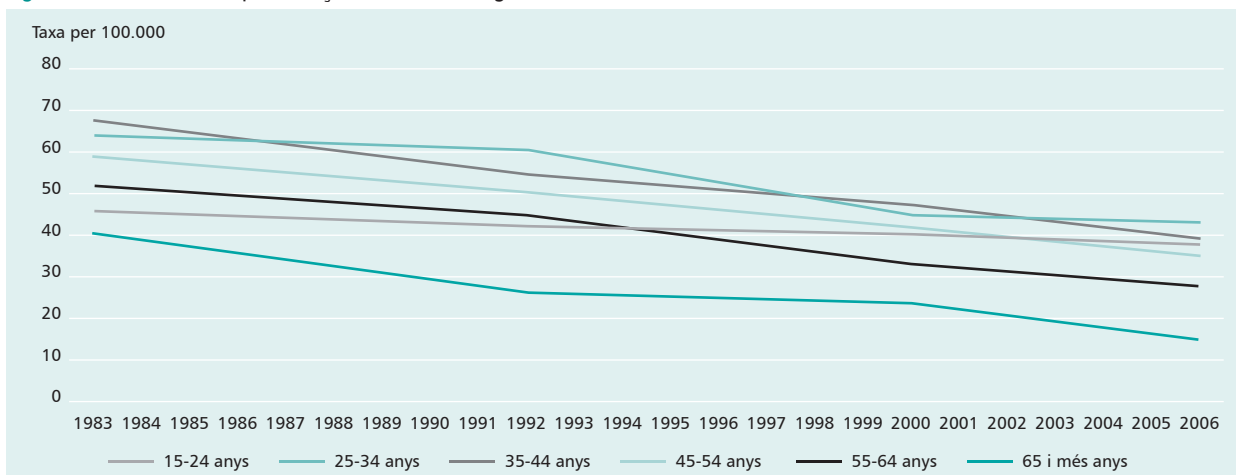
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

Figura 22. Evolució de la prevalença de fumadores segons l'edat en les dones. Barcelona 1983, 1992, 2000 i 2006.



Font: Enquestes de salut de Barcelona, anys 1983, 1992, 2000 i 2006. ASPB.

Figura 23. Evolució de la prevalença de fumadors segons l'edat en els homes. Barcelona 1983, 1992, 2000 i 2006.



Font: Enquestes de salut de Barcelona, anys 1983, 1992, 2000 i 2006. ASPB.

**Programes per a la
prevenció del càncer i
dels seus determinants
a Barcelona**

Programes per a la prevenció del càncer i dels seus determinants a Barcelona

Els canvis de tendència de molts tipus de càncer han estat precedits o acompanyats de canvis importants en la prevalença dels factors de risc associats amb aquests càncers i per tant, susceptibles de ser modificats mitjançant estratègies de prevenció primària i secundària.

L'objectiu de la prevenció primària és la reducció de la incidència d'una malaltia mitjançant canvis en els factors de risc associats al seu desenvolupament. L'evidència establerta sobre els factors de risc efectivament prevenibles ha quedat recollida en el Codi Europeu contra el Càncer en la seva darrera revisió del 2003²⁶ la cita on s'indica que els factors més importants són: el tabac, la dieta, el consum excessiu d'alcohol, l'obesitat, les radiacions ultraviolades, i els carcinògens.

Pel que fa al tabac, l'Agència de Salut Pública de Barcelona realitza programes educatius dirigits a la modificació del consum de tabac. Entre els més joves, els programes que es fan són el programa **PASE.bcn** de prevenció de l'abús de substàncies (escolars de 12 i 13 anys); el programa **Classe Sense Fum** (primer cicle d'ESO); **PESA-Decideix!** de prevenció de consum de tabac, alcohol i drogues (joves escolaritzats de 15 i 16 anys) dins d'aquest programa també es realitza el programa **XKPTS.com** per la prevenció de consum de cannabis també en els joves escolaritzats de 14 a 16 anys.

Durant els anys 80 es van començar les campanyes d'informació sobre els danys que provoca el tabac i la importància de deixar de fumar, informació s'ha vist incrementada a mida que el moviment de prevenció del tabac era cada vegada més protagonista i a l'Administració es discutien propostes de regulació preventives. La implicació activa dels professionals de la salut per tal de promoure l'abandonament del tabac entre els fumadors ha crescut al desenvolupar-se programes estructurals d'ajut, actualment bona part dels fumadors afirma que ha rebut consell d'aquests professionals per deixar de fumar. Per altra banda, el cost del tabac ha crescut com a efecte dels canvis fiscals que ja es van produir als anys 90 i molt més recentment durant els anys 2005 i 2006. Finalment, l'any 2006 va entrar en vigor la Ley 28/2005 que va prohibir la publicitat del tabac i fumar en la majoria dels centres de treball i espais públics tancats. Tot i les mesures exposades, encara queda espai per a la millora del marc legislatiu i de la intensificació de les intervencions²⁵.

Pel que fa a la dieta, partim del fet que l'alimentació adequada durant la infància i l'adolescència promou una salut infantil òptima, el creixement i el desenvolupament intel·

lectual, ajuda a prevenir problemes de salut immediats, com l'anèmia, l'obesitat, els trastorns alimentaris i la càries dental, i ajuda a prevenir problemes de salut a llarg termini com la malaltia coronària, el càncer i els accidents cerebrovasculars. Els programes relacionats amb la dieta els programes són: **Canvis** sobre educació dels canvis corporals, l'alimentació i els trastorns alimentaris. Pel que fa a la l'obesitat es va dissenyar la campanya **Bon dia... esmorzem?** que tractar d'educar sobre la necessitat d'incloure aliments saludables en el esmorzar com que aquest es realitzi.

I en relació amb l'alcohol, el programa **I tu, què en penses**, és un programa transversal de drogodependències, adreçat als escolars més grans (16-18 anys). En el marc d'aquest programa s'han desenvolupat els vídeos "La Festa", "Quina Canya!" i "De Buen Rollo". Anualment, es fan **tallers de formació pels mestres i tècnics de prevenció**, com a preparació de l'aplicació dels programes.

Per el consum excessiu d'alcohol existeixen el programa de **Dispensació Responsable de Begudes Alcohòliques** i la pàgina web **el alcohol i tu** que són instruments elaborats per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, dins el marc del programa **De marxa sense entrebancs** per a facilitar l'autoexploració respecte del propi consum de begudes alcohòliques i la identificació de situacions de risc i problemes.

La prevenció secundària fa referència, la detecció precoç del càncer o dels seus precursors mitjançant el cribratge. Constitueix una important estratègia pel control del càncer i sobretot del càncer de mama, del coll d'úter i colorectal. La pràctica del cribratge del coll d'úter s'ha realitzat de forma oportunista i vinculada a l'atenció primària de salut, als programes d'atenció a la dona així com a la pràctica ginecològica pública o privada, excepte en el cas dels programes desenvolupats d'acord amb les recomanacions del Pla de Salut de Catalunya.

Pel que fa al cribratge del càncer de mama, el Consorci Sanitari de Barcelona va iniciar l'any 1995 el Programa de Detecció Precoç de Càncer de mama²⁷. Es va iniciar als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí i progressivament es va anar implementant a la resta de la ciutat.

L'objectiu general del programa, recollit en el Document Marc del 1996 és: "Estabilitzar la tendència creixent de la mortalitat per càncer de mama en el sexe femení en l'àmbit territorial d'aquest programa". Després de 13 anys de funcionament del programa i un cop implementat a tota la ciutat, aquest objectiu es continua mantenint, ja que cal

continua contribuint a la disminució de la mortalitat per càncer de mama, augmentar la supervivència de les dones afectades essent el repte principal donada la tendència creixent en la incidència de la malaltia.

El Programa convida a totes les dones residents a Barcelona que tinguin entre 50 i 64 anys i amb posterior seguiment fins els 69, a fer-se una mamografia gratuïta cada dos anys en els principals hospitals de la ciutat i amb la garantia de qualitat dels seus serveis tècnics i professionals.

L'any 2004 va ser l'any en que el programa va finalitzar la primera ronda de cribratge en totes les dones de Barcelona. Un cop establerta i aprovada la distribució territorial del programa i els hospitals proveïdors, l'any 2001 l'Agència de Salut Pública de Barcelona passa a assumir les responsabilitats d'Oficina Tècnica. Els seus objectius s'agrupen en 4 àrees de treball: sistemes d'informació (subministrament

de la població diana als proveïdors hospitalaris), comunicació tant a nivell comunitari com de població, coordinació entre els diferents implicats en el programa i seguiment i avaluació anual pels diferents territoris de la ciutat a partir de les dades dels hospitals proveïdors del programa.

S'han desplegat les activitats de comunicació adreçades tant a dones com a mediadors socials i sanitaris, que són: sessions informatives, difusió de material de divulgació, participació als mitjans de comunicació, actes en mercats i reunions diverses amb associacions. Dins de l'àrea de treball de coordinació, des de l'Oficina Tècnica s'han impulsat i coordinat tres grups de treball: el de comunicació, el d'avaluació i el de radiòlegs.

L'any 2006 la cobertura del programa va ser del 78,5%²⁸ i es continua realitzant i oferint a totes les dones resident a la ciutat de Barcelona.

Conclusions sobre el càncer a Barcelona

Conclusions sobre el càncer a Barcelona

Mortalitat

- La mortalitat per càncer és la primera causa de mort en els homes i la segona en les dones de la ciutat de Barcelona.
- La mortalitat augmenta amb l'edat havent un fort increment a partir dels 45-54 anys.
- Per tumors, el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones són els provoquen més morts.
- Pel que fa a les tendències, el descens global de la mortalitat per càncer és degut principalment al descens de la mortalitat per càncer de pulmó i dels altres càncers relacionats amb el tabac en homes, i a la disminució del càncer de mama en dones, i a l'estabilització de la mortalitat per càncer de còlon en ambdós sexes, a més de la reducció sostinguda de la mortalitat per càncer d'estómac.
- A les dones aquesta reducció de la mortalitat per càncer s'ha vist atenuada per el clar increment de la mortalitat per càncer de pulmó. En canvi, la mortalitat per càncer de còlon sembla que s'estabilitza tant en homes com en dones, així com el de pròstata.
- S'observa un increment de la mortalitat per els càncers relacionats amb el consum de tabac a les dones paral·lel a l'augment de la prevalença fumadores des de l'any 1983. Entre els homes s'està produint un descens de la mortalitat per càncer relacionat amb el consum de tabac.
- La mortalitat per els càncers més freqüents de Barcelona mostren una magnitud i una evolució similar a la de Catalunya.
- Barcelona se situa entre els països Europeus amb mortalitat més baixa per càncer de mama, de pulmó en les dones i pròstata en els homes i entre els països amb una mortalitat intermèdia per càncer colorectal i d'estómac tant en homes com en dones i, entre els països amb una mortalitat alta per càncer de pulmó en els homes i de fetge tant en homes com en dones.

Hospitalitzacions

- El tumors malignes més freqüents que generen hospitalitzacions són el tumors de bufeta en els homes i el de mama a les dones.

- El càncer bufeta urinària en els homes i el càncer de mama en dones són en les localitzacions tumorals que més augmenten les hospitalitzacions i són els que estan fonamentalment contribueixen a l'increment global de les hospitalitzacions.
- Les tendències mostren un increment global de les hospitalitzacions dels pacients per càncer tant en homes com en dones.
- Les hospitalitzacions per càncer de pulmó en els homes disminueixen mentre que augmenta les degudes a càncer de còlon i recte i de pròstata. A les dones continuen augmentant les hospitalitzacions per càncer de còlon i recte i per càncer de pulmó, mentre que les originades per el càncer d'úter s'han estabilitzat.
- El càncer de pulmó seguit del d'estómac, d'esòfag, i de pàncrees són els que tenen el pitjor pronòstic, tant en homes com en dones.

Registres Hospitalaris de Tumors i sistemes d'informació hospitalària

- En relació als RHT i sistemes d'informació hospitalària, s'ha pogut analitzar conjuntament els casos nous de càncer registrats en hospitals de la ciutat.
- Els indicadors de casos nous hospitalaris que s'obtenen d'aquests registres mostra similitud amb les dades d'incidència publicades recentment de Catalunya.
- Tot i que els indicadors estimats en comparació amb els obtinguts del CMBD són inferiors, sembla que els indicadors mostren una tendència similars.
- Entre les limitacions que tenen els RHT i sistemes d'informació hospitalària que utilitzen com a font d'informació el CMBD és que en alguns centres hospitalaris es fa molta activitat ambulatoria que no queda registrada en l'alta.
- Una altra limitació del CMBD com a font d'informació dels RHT, és que entre els seus casos hi ha tant casos incidents com prevalents que cal poder identificar.

Recomanacions

Recomanacions

Segons el Pla Director d'Oncologia 2005-2007, els sistemes d'informació del càncer són una prioritat per fer la vigilància del càncer a la població. Els RHT i sistemes d'informació hospitalària formen part dels sistemes d'informació, ja que permeten establir la magnitud del càncer en els centres hospitalaris i la supervivència dels pacients oncològics. Per una altra banda, els RHT i sistemes d'informació hospitalària no són imprescindibles per la posada en marxa del Registre de Càncer de Catalunya, ja que les mateixes fonts d'informació que són necessàries per organitzar els RHT i sistemes d'informació hospitalària, ho són per el Registre de Càncer de Catalunya. Mes enllà dels objectius del Registre de Càncer de Catalunya, els propis centres hospitalaris haurien d'estar interessats en obtenir indicadors vàlids del seu centre com correspon a centres hospitalaris del nivell assistencial, de recerca i de docència dels hospitals de la ciutat de Barcelona.

Fins el moment, els RHT i sistemes d'informació hospitalària dels hospitals de la ciutat de Barcelona no són encara una realitat, ja que no estan ni tan sols consolidats en els hospitals que van formar part de la primera fase de l'establiment dels RHT i sistemes d'informació hospitalària a la ciutat. Es tractaria doncs de consolidar els RHT de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron i de l'Hospital Clínic i el sistema d'informació hospitalària de l'Hospital de Sant Pau i fomentar que es comenci a organitzar els RHT i sistemes d'informació hospitalària a la resta d'hospitals de la ciutat, com són els dels hospitals de Sagrat Cor, Sant Rafael i CSI-Dos de Maig. La resta de centres (l'Hospital del Mar, la Fundació Puigvert, i la Clínica Plató) ja en tenen.

Referències bibliogràfiques

Referències bibliogràfiques

1. El càncer a Barcelona, 2001. Institut Municipal de Salut Pública. Disponible a URL: http://www.aspb.cat/quefem/docs/cancer_bcn_2001.pdf
2. Fernández E, Gonzalez JR, Borrás JM, Sánchez V, Moreno V, Peris M. Evolución de la mortalidad por cáncer en Cataluña, 1975-1998. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:605-9.
3. Gonzalez JR, Moreno V, Fernández E, Izquierdo A, Borrás JM, Gispert R y el grupo de investigación sobre el impacto de cáncer en Cataluña. Probabilidad de desarrollar y morir por cáncer en Cataluña en el período 1998-2001. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(11):411-4.
4. World Health Organization Regional Office for Europe. Mortality indicators by 67 causes of death Updated: Juny 2005. Disponible a URL: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>
5. El càncer a Catalunya 2001. Institut Català d'Oncologia. Disponible a URL: http://www.iconcologia.net/catala/cancer/images/cancer_cat_2001.pdf
6. Gispert R, Clèries R, Puigdefabregas A, Freitas A, este-ban L, Ribes J. Tendencias de la mortalidad por cáncer en Cataluña, 1985-2004. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Suppl):25-31.
7. Marcos-Gragera R, Cardó X, Galcerán J, Ribés J, Izquierdo A, Borrás J. Incidencia del cáncer en Cataluña, 1998-2002. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Suppl):4-10.
8. Borrás J, Amejide A, Vilardell L, Valls J, Marcos-Gragera R, Izquierdo A. Evolució de la incidencia del cáncer en Cataluña, 1998-2002. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Suppl):11-18.
9. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2005. Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). CatSalut. Disponible a URL: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/estad_sanitarias/CMBD_05.pdf
10. Pla Director d'Oncologia a Catalunya 2001-2004. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible a URL: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/plaonco2001-2004.pdf>
11. Pla Director d'Oncologia. Departament de Salut. Disponible a URL: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_onco271006.pdf
12. Cancer Registration: Principles and Methods. IARC Scientific publication No. 95. Disponible a URL: <http://www.iarc.fr/en/Publications/PDFs-online/Cancer-Epidemiology/IARC-Scientific-Publication-No.-95>
13. Surveillance Epidemiology and En Results (SEER). Disponible a URL: <http://seer.cancer.gov/register>
14. Constitución de un Registro Hospitalario de Tumores. Disponible a URL: <http://rht.iconcologia.net/cas/constitucionrht.pdf>
15. Ribes J, Gálvez J, Melià A, Clèries R, Messeguer X, Bosch FJ. Automatization of a hospital-based tumor registry. *Gac Sanit*. 2005; 19(3):221-8.
16. Planas J, Gallén M, Malats N, Porta M, Guasch I, Cardona T, Buera C. Registro de tumores del Hospital del Mar (Barcelona). Análisis descriptivo 1978-1986. *Rev Clin Esp* 1988;183:175-9.
17. El càncer infantil del sistema nervioso central de España. Incidencia y Supervivencia. Datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI SEOP). Disponible a URL: <http://rticc.cicancer.org/i/Monografia.pdf>
18. Automated childhood cancer information system. Disponible a URL: <http://www-dep.iarc.fr/accis/data.htm>
19. Ruiz M, Cirera L, Perez G, Borrell C, Audica C, Moreno C, et al. Comparabilidad entre la novena y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicado a la codificación de las causas de muerte en España. *Gac Sanit*. 2002;16(6):526-32.
20. Cano-Serral G, Pérez G, Borrell C and the COMPARA Group. Comparability between ICD-9 and ICD-10 for the leading causes of death in Spain. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2006;54:355-365.
21. Breslow NE, Day NE. Rates and Rate Standardization. A: Statistical Methods in Cancer Research, Vol. II, The Design and Analysis of Cohort Studies (IARC Scientific Publications No. 82), Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1987.

22. WHO mortality database. Disponible a URL: <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en>
23. Florida Annual Cancer Report 2002 Incidence and Mortality. Disponible a URL: http://www.doh.state.fl.us/Disease_Ctrl/epi/cancer/CancerIndex.htm
24. Galcerán J, Ameijide A, Piñol JL, Gumá J. Cáncer de vejiga urinaria. Med Clin (Barc). 2008; 131(Suppl):67-71.
25. Villalbí JR, Rodríguez-sanza M, Villegas R, Borrell C. Cambios de patrón de tabaquismo de la población: Barcelona 1983-2006. Med Clin (Barc). 2008 (en premsa).
26. Codi Europeu contra el càncer, 2003. Institut Català d'Oncologia. Disponible a URL: http://www.iconcologia.net/castella/cancer/inf_cancer.htm#
27. Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama de Barcelona, 2002-2004. Disponible a URL: http://www.aspb.cat/quefem/docs/cancer_mama_02_04.pdf
28. Butlletí num.3 del Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama. Disponible a URL: http://www.aspb.cat/quefem/docs/butlleti_cancermama_3.pdf.

Annex de taules

Taula 1. Evolució de les taxes específiques per totes les localitzacions tumorals per 100.000 en homes i dones. Barcelona, 1991-2005.

Localitzacions tumorals	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Homes															
Cavitat bucal	11,47	14,34	13,96	13,41	10,87	13,05	13,77	13,34	12,90	10,60	11,71	8,65	8,93	7,86	6,91
Esòfag	10,05	10,66	10,34	9,30	11,57	10,35	9,65	10,22	10,77	8,05	8,92	7,69	8,93	7,73	8,48
Estómac	23,07	22,50	17,05	25,31	20,63	21,56	21,58	19,73	18,00	17,80	18,95	15,93	16,37	17,05	18,91
Còlon	20,88	26,31	29,67	31,20	35,26	31,35	33,51	38,03	36,42	35,89	35,26	32,97	33,56	36,37	34,69
Recte	32,35	35,66	38,52	41,87	44,18	42,13	44,16	49,53	47,33	47,05	45,85	40,52	41,54	45,43	42,77
Colorectal	11,47	9,34	8,86	10,67	8,92	10,78	10,65	11,49	10,91	11,16	10,59	7,56	7,98	9,06	8,09
Fetge	18,17	15,53	16,78	15,60	20,49	19,29	13,77	13,77	16,15	17,94	15,61	13,60	12,58	15,06	14,08
Pàncrees	11,34	13,16	10,47	11,77	14,77	15,04	16,75	16,89	16,15	12,57	20,76	13,05	14,34	15,59	15,78
Laringe	10,57	10,79	11,41	9,30	11,85	11,21	9,65	8,66	8,93	10,31	10,73	8,38	7,58	6,00	5,87
Pulmó	96,91	97,50	107,92	106,87	103,14	114,75	107,34	102,88	112,80	102,72	104,38	97,53	97,97	92,99	96,63
Ossos	1,42	1,58	1,34	0,96	1,25	1,28	1,14	1,42	0,85	1,13	0,42	0,96	0,81	1,33	1,17
Pell	3,22	4,74	2,82	2,87	4,32	4,11	2,56	3,97	2,98	4,24	4,46	3,85	4,33	3,06	2,61
Pròstata	33,76	29,74	33,83	35,30	31,64	36,31	39,61	36,61	36,42	29,95	29,26	28,85	28,55	30,64	26,73
Bufeta	19,07	20,39	25,77	24,36	19,65	21,56	24,70	18,87	20,83	20,77	21,88	23,35	21,65	21,58	21,00
Altres localitzacions	22,42	29,60	25,10	25,86	23,83	26,67	21,44	25,97	28,63	38,85	35,67	32,56	32,21	34,77	35,60
No especificats	27,84	28,81	29,93	25,18	32,75	26,53	32,94	28,81	29,48	20,49	21,46	18,41	15,97	21,18	18,78
Leucèmia	7,99	7,76	11,68	9,30	11,43	9,79	10,65	10,22	9,64	10,31	13,66	9,75	13,40	10,39	9,91
Limfàtic	11,86	12,24	13,29	12,73	14,77	14,33	15,19	14,33	16,44	24,02	23,27	18,54	20,84	18,52	13,43
Dones															
Cavi tat bucal	2,31	2,46	2,14	2,06	2,21	3,36	2,87	3,24	3,49	3,60	3,08	2,81	1,81	2,63	2,60
Esòfag	2,19	1,05	1,55	2,42	2,33	2,24	1,50	1,87	1,50	2,11	1,23	1,34	0,72	1,55	1,89
Estómac	13,95	13,71	14,17	16,33	12,39	14,80	13,35	13,48	11,97	13,66	12,43	12,69	9,91	10,65	11,12
Còlon	22,48	24,73	27,04	26,00	26,50	24,01	29,69	28,32	30,05	31,17	28,68	26,59	25,13	24,28	26,26
Recte	2,81	2,09	1,86	2,70	1,74	2,46	2,15	2,28	2,25	1,76	1,44	2,09	1,31	1,23	1,06
Colorectal	31,01	31,88	33,71	34,23	33,01	32,72	38,30	36,93	38,03	38,50	34,72	32,81	30,33	28,71	30,04
Fetge	16,25	13,83	14,89	13,79	18,04	16,92	12,10	12,10	14,21	15,77	13,79	12,08	11,24	13,52	12,77
Pàncrees	9,34	9,85	9,89	9,80	12,03	11,32	13,10	11,10	11,85	16,39	14,90	14,15	10,51	15,55	13,13
Laringe	0,35	0,70	0,12	0,73	0,49	0,37	0,12	0,12	0,62	0,12	0,49	0,61	0,85	0,36	0,71
Pulmó	10,84	10,90	10,72	12,94	13,37	12,57	13,97	15,22	13,47	14,90	16,25	18,79	17,04	19,86	18,33
Ossos	1,04	0,70	0,95	0,85	1,10	0,75	1,00	1,87	0,62	0,62	0,74	0,37	0,48	0,72	0,59
Pell	1,15	1,99	1,91	2,66	2,58	1,62	2,49	2,62	2,12	5,09	2,22	1,95	1,93	2,03	2,13
Mama	44,61	46,07	44,43	43,42	44,17	40,18	42,41	40,05	41,77	41,36	39,52	40,87	33,47	34,33	33,59



Localitzacions tumorals	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Coll d'úter	3,57	4,92	3,45	2,78	5,64	3,36	4,12	4,62	3,62	4,10	4,68	3,42	3,26	2,63	3,19
Altres localitzacions úter	6,45	8,67	7,38	7,86	7,36	8,46	6,36	9,73	7,48	8,32	8,37	5,37	6,16	5,02	6,27
Bufeta	4,84	4,57	4,05	5,44	4,91	5,47	6,36	3,87	4,36	4,47	5,66	6,47	4,23	6,22	4,38
Altres localitzacions	20,63	22,39	23,35	20,68	25,65	22,02	23,08	21,71	20,82	13,91	16,00	13,91	14,38	11,12	13,96
No especificats	6,80	7,50	8,58	7,50	8,22	9,21	7,24	7,24	8,48	7,20	11,45	9,15	9,30	8,37	7,57
Leucèmia	9,45	10,43	13,34	12,21	11,41	11,69	13,85	13,35	14,09	18,38	16,74	18,18	16,31	13,64	13,48

Taula 2. Evolució de les taxes específiques de mortalitat per tumors malignes per edat i per 100.000 en homes i dones. Barcelona, 1991-2005.

Grups d'edat	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Homes															
0-4	192,92	214,04	137,76	154,90	148,66	106,47	114,14	165,14	137,88	127,87	81,83	111,53	112,83	114,05	104,56
5-9	20,99	36,06	2,93	12,41	6,56	6,93	10,41	13,90	6,96	3,48	6,87	13,57	6,70	16,53	3,24
10-14	21,37	16,78	24,91	9,78	23,77	17,11	17,79	21,59	25,66	16,68	23,21	19,78	19,66	13,03	19,48
15-19	82,83	79,91	76,28	55,29	35,27	52,08	55,38	61,25	40,09	34,64	41,04	25,29	54,82	26,67	32,86
20-24	121,66	148,53	125,92	115,29	79,83	96,13	80,86	78,58	90,85	82,76	70,41	85,46	48,48	55,42	53,59
25-29	232,60	245,31	245,19	204,42	213,62	175,68	132,11	100,54	94,92	97,50	64,91	80,69	91,02	53,08	71,19
30-34	234,64	288,50	293,03	339,35	390,18	316,20	179,67	158,52	153,83	150,97	127,00	98,90	98,26	73,77	84,53
35-39	239,19	283,35	279,67	311,98	328,35	380,82	250,39	196,64	231,05	183,67	164,71	151,95	167,56	131,68	142,39
40-44	316,43	366,89	277,95	302,58	341,27	320,10	266,27	254,82	282,41	249,01	278,77	259,96	241,98	210,62	207,12
45-49	441,43	423,13	520,01	497,85	532,02	441,54	406,67	397,08	380,78	405,87	416,23	398,74	329,35	361,71	351,60
50-54	592,39	586,65	616,23	659,18	629,14	652,26	657,07	576,83	571,35	604,38	592,44	538,94	534,90	526,32	531,60
55-59	1.092,36	1.099,53	953,72	948,90	955,75	968,66	820,60	723,30	881,28	882,60	817,58	808,24	801,18	822,26	862,09
60-64	1.623,05	1.672,28	1.558,44	1.497,90	1.383,66	1.348,11	1.367,04	1.298,95	1.379,71	1.290,66	1.293,97	1.128,00	994,94	1.086,05	1.192,03
65-69	2.442,29	2.365,82	2.408,30	2.329,95	2.208,94	2.215,58	2.193,52	2.040,57	2.204,40	2.115,76	1.995,75	2.024,21	2.095,64	1.836,70	1.884,61
70-74	3.966,74	3.772,00	3.660,29	3.525,29	3.649,48	3.260,18	3.231,73	3.454,17	3.435,79	3.128,33	3.297,13	3.046,28	2.888,84	2.823,81	2.968,52
75-79	5.964,74	5.903,27	5.537,25	5.420,64	5.635,96	5.786,74	5.801,32	5.607,56	5.864,74	5.067,27	5.202,69	5.019,92	5.144,84	4.624,50	4.671,68
80-84	10.648,53	9.737,98	9.515,98	9.276,61	9.667,95	9.737,19	9.050,30	9.100,15	9.134,13	8.710,25	8.370,96	8.150,03	8.664,63	7.861,55	8.793,69
85 i més	20.866,73	18.251,27	20.000,00	18.228,56	18.478,13	1.867,54	18.806,11	18.756,97	19.455,42	17.018,79	16.770,78	17.338,52	18.182,67	15.839,03	1.7368,00
Total	1.110,20	1.111,94	1.128,75	1.128,86	1.178,67	1.195,49	1.157,70	1.153,43	1.218,13	1.150,21	1.135,74	1.105,10	1.116,14	1.024,28	1.087,88

Grups d'edat	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Dones															
0-4	191,49	148,71	162,60	152,28	90,62	89,03	76,11	148,67	100,24	70,87	92,70	68,20	92,39	121,87	79,12
5-9	30,72	17,68	21,76	29,52	10,38	18,26	18,23	14,56	7,27	7,25	10,78	17,80	17,63	3,49	0,00
10-14	8,16	15,44	9,54	15,46	19,50	3,01	18,80	13,04	16,95	14,11	3,50	6,93	24,04	17,01	6,81
15-19	45,02	28,98	27,10	22,98	30,46	17,22	27,55	22,03	15,67	22,28	39,95	29,24	8,99	9,21	22,03
20-24	74,66	43,55	39,31	19,96	47,29	25,73	31,96	23,90	39,97	25,62	16,04	34,69	31,15	21,13	16,98
25-29	89,00	102,48	82,73	81,05	102,17	77,37	52,87	36,25	42,26	28,14	53,02	28,07	30,27	16,16	17,43
30-34	81,67	89,29	102,23	108,41	107,63	108,61	100,65	71,80	67,73	49,95	76,38	56,03	43,21	40,17	36,99
35-39	103,50	86,89	75,82	110,99	94,36	114,75	94,57	103,65	63,22	89,72	103,46	88,37	65,56	54,78	74,29
40-44	134,08	130,06	112,81	136,33	112,44	103,22	116,39	125,12	101,90	97,78	103,12	127,43	123,40	89,19	110,56
45-49	170,43	133,11	185,81	184,13	205,02	161,93	140,65	155,40	174,29	164,21	160,84	193,18	170,86	131,37	185,86
50-54	260,28	226,63	267,81	278,51	231,28	216,26	252,46	210,42	198,04	242,30	242,12	262,88	174,57	237,63	172,74
55-59	351,43	393,46	379,55	365,45	386,82	288,99	301,83	331,20	340,78	296,47	349,52	307,70	311,69	289,19	316,11
60-64	614,54	559,22	535,78	558,33	537,56	503,03	543,03	530,62	481,49	482,43	462,03	490,70	390,93	439,41	444,77
65-69	1.097,70	931,46	936,77	940,25	899,47	825,56	901,02	773,68	804,06	841,01	853,06	807,98	812,81	646,64	703,12
70-74	1.885,39	1.631,27	1.682,09	1.579,53	1.407,17	1.490,23	1.526,90	1.443,82	1.448,61	1.344,59	1.416,27	1.256,65	1.250,05	1.138,04	1.234,16
75-79	3.440,12	3.113,01	2.965,90	2.774,76	2.909,92	2.686,93	2.855,97	2.804,94	2.623,09	2.649,44	2.521,31	2.493,62	2.578,50	2.340,55	2.475,08
80-84	6.751,24	6.384,12	5.915,77	6.000,60	5.838,77	5.560,20	5.219,04	5.273,84	5.643,86	4.977,44	4.871,09	4.734,69	4.748,87	4.309,67	4.601,12
85 i més	1.6621,01	15.159,33	14.993,93	14.697,80	14.707,33	14.169,88	15.152,31	15.136,76	15.699,69	13.648,69	13.383,53	13.489,41	14.431,39	12.461,90	13.392,34
Total	1.002,01	945,70	958,58	977,91	997,71	982,31	1.020,44	1.032,60	1.078,09	1.043,11	1.040,16	1.028,70	1.057,29	942,20	1.014,52

Taula 3. Evolució de les taxes estandaritzades de mortalitat per edat i per localitzacions tumorals per 100.000 en homes i dones de 35 i més anys Barcelona, 1991-2005.

Tumors malignes	Any														
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Homes															
Cavitat bucal	19,7	23,1	23,3	20,6	17,0	21,1	20,2	21,6	19,8	15,6	16,6	14,1	13,6	11,5	11,0
Esòfag	16,8	17,0	16,5	13,9	17,2	14,9	13,7	14,5	15,3	11,2	12,6	10,1	11,8	11,2	12,1
Estómac	29,7	28,0	22,1	32,0	25,6	23,1	25,0	23,5	19,6	19,6	21,7	15,6	17,5	19,2	21,2
Còlon	25,4	30,6	35,0	34,9	39,1	29,8	32,0	36,6	35,3	34,7	37,1	34,0	32,6	35,0	34,4
Recte	13,6	11,4	10,3	12,4	11,4	12,3	11,6	12,0	11,5	11,7	11,8	8,2	8,0	9,8	8,7
Fetge	25,6	21,7	23,2	20,1	25,7	23,6	14,6	15,8	17,4	19,7	18,0	15,3	13,6	17,6	16,9
Pàncrees	15,4	18,6	13,3	15,4	18,8	18,2	19,5	21,3	18,0	15,0	23,5	16,7	17,8	19,0	18,3
Laringe	16,6	16,2	16,7	12,1	16,8	16,6	13,9	11,5	11,5	13,7	13,5	11,6	10,0	7,4	8,1

Tumors malignes	Any														
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pulmó	138,2	141,2	149,7	144,9	133,1	144,0	134,5	128,0	141,9	121,4	128,2	116,4	122,8	114,0	123,9
Pròstata	32,2	27,8	29,8	29,6	24,9	22,7	26,4	23,5	22,6	18,6	21,0	20,1	18,7	21,2	18,8
Buïeta	20,9	24,1	27,1	24,5	20,2	20,7	25,6	17,9	19,8	19,2	21,2	21,3	20,3	18,9	20,0
Dones															
Cavitat bucal	2,9	2,5	2,2	2,1	2,1	3,2	2,8	2,7	2,9	2,5	2,7	2,8	1,7	1,6	2,2
Esòfag	1,8	0,7	1,9	1,8	1,6	1,6	0,8	1,7	1,3	1,3	1,3	1,2	0,6	1	2
Estómac	10,6	10,9	9,5	12,3	8,1	9,2	9,3	9,8	8,7	8,5	8,2	7,8	6	7,2	7,3
Còlon	17,2	19	20	19,8	20,6	16,9	19,2	21,1	21,5	20,6	21,3	19,9	17,3	16,1	16,6
Recte	7,4	5,5	4,5	7,1	4,6	6,2	5,7	6	5,9	4,6	3,8	5,5	3,4	3,2	2,8
Fetge	4,7	5,5	5,8	6,5	6,5	5,1	5,6	4,4	5,6	5,3	6	4,3	4,1	4,7	5
Pàncrees	8	8,3	8,5	7,3	9,5	8,5	8,3	8,3	7,9	13,1	10,6	10,7	7,2	14,4	10,1
Laringe	0,5	0,6	0	0,4	0,6	0,6	0,1	0,2	0,6	0	0,2	0,8	1	0,3	1,1
Pulmó	12,7	11,2	11,9	13,5	14,3	11,3	14,2	14,6	12,4	15,1	16,9	20,5	18,1	20,6	21,1
Mama	55	55,9	54,4	51,9	51,7	41,6	45,3	44,4	45,4	42,6	42,2	43,6	30,9	35,6	33,9
Coll úter	4,5	6,5	4,4	4	6,2	4,1	5,8	5,6	3,7	3,7	4,5	4,3	4,2	3,1	3,1
Altres d'úter	5,9	8,0	7,1	6,8	5,4	6,8	5,1	7,9	5,5	5,6	6,2	5,5	5,3	3,6	4,7
Buïeta	3,3	3,0	2,2	1,9	2,3	2,1	3,8	1,4	2,6	1,9	2,7	2,1	1,6	2,5	1,8

Taula 4. Evolució de les taxes estandaritzades de mortalitat per edat i per localitzacions tumorals per 100.000 en grups d'edat en homes de 35 i més anys. Barcelona, 1991-2005.

Grups d'edat (anys)	Tumor maligne	Any														
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Homes																
35-64	Cavitat bucal	15,0	16,6	19,4	13,8	13,5	16,1	13,5	17,7	15,0	11,1	10,5	10,8	10,0	7,0	7,4
	Esòfag	12,0	13,2	12,4	8,6	11,8	9,7	9,5	8,9	9,6	6,8	8,3	5,2	6,8	7,6	7,5
	Estómac	12,5	12,0	9,2	15,4	13,5	8,6	12,7	12,9	8,6	7,7	10,6	5,8	8,1	9,4	9,3
	Còlon	8,6	11,8	15,1	14,1	15,6	10,2	11,3	11,1	13,7	13,8	16,0	14,2	9,9	11,2	14,1
	Recte	5,9	4,8	3,6	6,6	5,7	6,1	5,8	4,8	5,0	3,8	5,4	3,4	2,3	3,8	3,2
	Fetge	9,6	9,2	9,5	8,8	10,9	9,4	5,5	6,2	5,6	7,1	6,0	5,9	4,4	7,3	8,3
	Pàncrees	8,7	9,9	6,0	7,2	9,2	8,0	8,0	11,4	7,1	7,8	11,3	8,2	9,0	8,2	8,4
	Laringe	10,3	10,7	10,6	7,3	11,0	11,7	9,2	7,6	6,5	8,5	6,4	6,7	5,0	3,9	5,2
	Pulmó	69,3	73,5	74,6	73,8	63,1	69,0	66,2	64,8	71,1	59,3	62,5	54,3	59,8	56,2	63,7

Grups d'edat (anys)	Any														
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tumor maligne	6,4	4,9	7,1	5,4	3,8	2,9	4,5	2,3	2,4	3,2	4,1	3,8	2,9	3,8	4,8
Pròstata	6,3	8,6	9,3	8,2	6,3	6,1	9,4	5,9	6,9	7,4	7,6	6,4	7,7	5,9	6,6
Bufeta	4,7	6,4	3,9	6,8	3,5	4,9	6,7	4,0	4,8	4,5	6,1	3,2	3,6	4,5	3,6
Cavitat bucal	4,8	3,8	4,1	5,3	5,4	5,3	4,2	5,6	5,7	4,4	4,3	4,9	5,0	3,5	4,6
Esòfag	17,2	16,1	12,9	16,6	12,2	14,5	12,3	10,6	11,0	11,9	11,1	9,7	9,4	9,8	11,9
Estómac	16,9	18,9	19,9	20,8	23,4	19,6	20,8	25,5	21,6	21,0	21,1	19,8	22,7	23,8	20,3
Còlon	7,7	6,6	6,7	5,8	5,7	6,2	5,8	7,2	6,5	7,9	6,4	4,8	5,7	6,0	5,5
Recte	16,1	12,5	13,7	11,3	14,9	14,3	9,1	9,5	11,8	12,6	12,1	9,4	9,2	10,2	8,6
Fetge	6,7	8,6	7,3	8,2	9,6	10,1	11,5	9,9	10,9	7,2	12,2	8,5	8,8	10,8	9,9
Pàncrees	6,2	5,5	6,1	4,8	5,8	4,8	4,7	3,9	5,1	5,2	7,1	4,9	5,0	3,5	2,8
Laringe	68,9	67,7	75,1	71,1	70,0	75,0	68,3	63,2	70,8	62,1	65,7	62,1	62,9	57,8	60,3
Pulmó	25,8	22,9	22,8	24,2	21,0	19,8	22,0	21,1	20,3	15,3	16,8	16,3	15,7	17,4	14,0
Pròstata	14,6	15,5	17,9	16,4	13,9	14,7	16,2	12,0	12,9	11,8	13,6	14,9	12,6	13,0	13,4
Bufeta															

Taula 5. Evolució de les taxes estandaritzades de mortalitat per edat i per localitzacions tumorals per 100.000 en grups d'edat en homes de 35 i més anys Barcelona, 1991-2005.

Grups d'edat (anys)	Any														
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tumor maligne	2,3	1,7	1,2	1,1	1,3	1,7	1,5	1,4	1,2	1,3	1,7	2,2	1,2	0,7	1,4
35-64	1,2	0,2	1,7	0,8	0,6	0,9	0,2	0,9	0,7	0,8	1,0	0,4	0,3	0,2	1,2
Cavitat bucal	3,3	4,6	3,9	4,0	3,3	3,2	3,8	5,1	4,4	3,1	3,9	3,7	2,1	3,3	3,6
Esòfag	7,7	7,7	8,2	9,5	8,8	5,7	7,3	8,8	10,0	8,7	10,8	10,4	7,2	7,5	6,1
Estómac	3,9	2,1	1,7	3,7	1,3	2,5	2,0	2,7	2,7	1,7	1,8	3,2	1,2	0,9	1,1
Còlon	0,8	1,9	1,5	0,6	2,0	0,8	0,6	0,9	1,2	1,6	1,6	0,9	0,0	1,2	1,1
Recte	2,5	3,6	3,6	3,0	4,6	4,0	2,0	3,1	3,0	6,8	3,8	5,0	2,8	6,9	5,0
Fetge	0,3	0,3	0,0	0,3	0,6	0,5	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,5	0,7	0,2	0,9
Pàncrees	8,1	5,4	6,5	8,0	9,4	6,6	7,8	7,6	7,9	10,3	11,0	13,4	11,8	14,0	13,8
Laringe	35,6	38,8	37,4	35,3	37,9	26,4	28,0	28,9	30,9	27,8	29,1	29,6	17,5	22,5	21,9
Pulmó	2,7	4,6	2,8	3,5	4,2	3,1	4,2	3,8	1,8	1,8	2,1	2,9	3,0	2,0	1,2
Mama	1,7	4,3	3,5	3,0	2,2	2,3	2,2	4,0	2,3	2,1	2,8	3,4	3,0	1,9	2,0
Coll úter	1,1	0,6	0,4	0,4	0,8	0,4	1,0	0,0	0,7	0,5	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5
Altres d' úter															
Bufeta															



Grups d'edat (anys)	Tumor maligne	Any														
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
65 i més	Cavitat bucal	0,6	0,7	0,9	1,0	0,8	1,5	1,3	1,2	1,7	1,2	1,0	0,6	0,6	0,8	0,8
	Esòfag	0,6	0,6	0,2	1,0	1,0	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5	0,3	0,8	0,3	0,8	0,8
	Estómac	7,3	6,3	5,6	8,2	4,9	6,0	5,4	4,7	4,3	5,4	4,4	4,1	3,9	3,9	3,7
	Còlon	9,5	11,3	11,8	10,3	11,8	11,2	12,0	12,3	11,5	11,9	10,4	9,5	10,1	8,6	10,5
	Recte	3,5	3,4	2,8	3,5	3,3	3,7	3,7	3,3	3,2	2,9	2,0	2,3	2,2	2,3	1,7
	Fetge	3,9	3,6	4,3	5,9	4,5	4,3	5,0	3,6	4,4	3,7	4,3	3,4	4,1	3,6	3,9
	Pàncrees	5,6	4,7	4,9	4,2	5,0	4,5	6,3	5,2	4,9	6,3	6,8	5,6	4,5	7,5	5,1
	Laringe	0,2	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1
	Pulmó	4,7	5,8	5,3	5,5	4,9	4,7	6,4	6,9	4,5	4,8	5,9	7,0	6,2	6,6	7,3
	Mama	19,3	17,1	17,0	16,5	13,8	15,2	17,2	15,5	14,6	14,8	13,1	14,0	13,4	13,0	12,0
	Coll úter	1,8	1,9	1,6	0,6	2,0	1,0	1,6	1,8	1,9	1,9	2,4	1,4	1,1	1,1	1,9
	Altres d' úter	4,2	3,7	3,6	3,8	3,3	4,5	2,9	4,0	3,1	3,5	3,4	2,1	2,4	1,6	2,7
	Bufeta	2,2	2,4	1,8	1,5	1,5	1,7	2,8	1,4	1,9	1,5	2,7	1,6	1,1	2,0	1,3

Taula 6. Evolució de les taxes brutes d'hospitalitzacions de pacients per localitzacions tumorals per 100.000 en homes i dones. Barcelona, 1996-2005.

Localitzacions tumorals	Any									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Homes										
Cavitat oral i faringe	28,7	27,2	29,5	26,9	27,8	28,8	22,4	24,1	20,3	22,4
Melanoma	4,4	6,2	8,4	7,1	7,2	10,6	9,7	8,4	9,7	12,0
Pròstata	68,8	78,1	68,3	76,9	84,1	72,7	68,6	79,4	87,4	93,0
Bufeta urinària	151,5	154,8	143,9	137,8	148,9	144,4	147,8	146,7	165,6	178,4
Ronyó	21,8	22,1	24,8	21,8	22,5	23,4	22,5	28,8	31,8	28,2
Encèfal	14,0	15,4	13,7	13,4	14,3	16,4	11,8	12,2	14,4	13,4
Tiroides	1,8	1,7	3,0	2,7	3,5	2,9	1,8	3,8	2,9	3,5
Linfoma de Hodgkin	3,7	3,8	3,3	4,1	3,2	3,8	4,4	4,3	3,1	3,5
Linfoma no hodgkinià	20,4	20,7	22,2	19,1	25,0	22,8	18,4	18,3	17,3	16,4
Mieloma	7,0	5,0	6,7	9,6	7,5	6,8	6,2	6,8	6,1	7,2
Leucèmies	16,6	15,0	12,7	14,1	13,6	16,6	12,5	15,3	11,9	11,3
Esòfag	14,8	13,9	15,3	14,9	13,1	10,7	9,6	10,3	9,2	12,5



Localitzacions tumorals	Any									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Estómac	26,5	29,3	24,4	28,4	25,7	28,0	23,5	22,6	25,8	25,2
Còlon i recte	73,8	71,3	87,0	88,0	95,5	99,8	97,4	102,1	108,0	108,1
Fetge	33,8	26,4	25,3	29,4	31,8	30,4	30,6	29,5	32,8	30,6
Bufeta biliar	4,3	4,8	5,8	6,6	5,7	4,5	5,5	4,9	6,0	6,0
Pàncrees	15,3	14,3	16,4	13,4	15,1	17,4	15,2	17,7	16,8	20,3
Laringe	29,4	29,2	26,1	24,5	27,4	27,6	24,3	24,7	22,0	20,3
Pulmó	117,9	102,6	114,4	122,6	120,7	113,5	112,1	109,6	107,3	108,1
Total	654,3	641,9	651,0	661,4	692,6	681,0	644,2	669,2	698,4	720,6
Dones										
Cavitat oral i faringe	8,1	6,7	7,3	8,7	10,8	7,1	7,1	7,5	7,5	7,3
Melanoma	5,1	5,8	5,0	6,3	8,7	8,6	8,0	8,6	8,1	10,6
Bufeta urinària	24,4	24,3	24,6	22,8	22,2	24,6	28,0	31,4	34,7	32,2
Ronyó	8,5	8,7	9,0	8,1	8,8	11,3	10,4	8,9	11,5	13,0
Encèfal	10,7	8,8	11,3	10,9	9,9	11,9	8,8	9,4	11,1	11,8
Tiroides	6,6	7,1	7,7	7,8	7,6	9,7	8,8	10,4	8,3	6,9
Linfoma de Hodgkin	3,1	1,7	2,5	2,5	3,1	3,3	4,1	2,4	3,1	2,8
Linfoma no hodgkinia	14,1	14,2	13,9	14,8	17,0	17,5	17,3	17,7	18,3	15,3
Mieloma	5,3	6,0	7,3	9,1	6,5	7,8	7,9	5,8	5,1	5,1
Leucèmies	13,1	9,6	10,5	12,1	10,1	11,1	11,0	12,2	9,8	9,6
Esòfag	1,9	2,1	1,1	2,6	1,6	1,8	2,2	2,8	2,4	2,7
Mama	121,5	122,4	124,7	122,8	154,7	143,3	147,8	146,7	150,5	151,6
Úter no espec.	1,0	0,5	1,2	0,6	1,5	1,2	0,9	1,1	0,8	0,8
Coll d'úter	13,3	14,3	14,3	13,1	14,8	18,2	10,1	12,0	12,8	12,1
Cos d'úter	21,6	26,0	24,4	24,7	29,7	28,3	27,9	26,0	26,3	26,4
Ovari	16,2	20,2	16,8	15,2	22,5	18,1	19,1	18,4	20,7	19,2
Estómac	17,5	15,3	19,3	16,0	16,5	18,5	16,5	16,4	15,4	15,0
Còlon i recte	55,4	55,2	61,0	66,5	67,2	75,2	65,7	69,8	68,1	72,7
Fetge	12,4	12,6	11,8	10,7	15,0	15,4	14,9	15,2	15,5	14,7
Bufeta biliar	7,2	7,6	4,9	8,0	5,8	6,4	5,9	4,6	5,6	6,6
Pàncrees	10,5	11,2	12,3	11,6	14,7	14,8	15,5	13,3	16,7	16,2
Laringe	0,9	1,4	1,4	2,0	0,5	0,9	2,2	1,6	1,4	1,4
Pulmó	11,3	12,2	15,2	15,7	22,4	20,7	18,6	19,9	21,4	19,5
Total	389,6	394,0	407,6	412,5	471,6	475,6	458,6	462,0	475,3	473,6

Taula 7. Evolució de les taxes específiques de mortalitat per tumors malignes relacionats amb el consum de tabac per grups d'edat, en homes i dones de 35 i més anys. Barcelona, 1991-2005.

Any	Grups d'edat (anys)										
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i més
Homes											
1991	15,95	76,71	119,47	173,97	334,76	495,87	711,02	787,46	984,33	1189,51	1573,17
1992	21,95	71,01	124,69	194,08	351,52	539,17	609,05	876,39	1027,71	1134,37	1061,12
1993	17,98	64,92	142,38	209,83	330,71	502,45	715,72	891,69	905,92	1049,50	1456,51
1994	20,00	48,00	122,90	190,23	322,98	512,21	686,70	859,05	954,03	1205,65	1259,80
1995	16,02	64,39	126,17	190,51	337,19	437,29	612,26	866,90	996,84	1144,49	1176,33
1996	36,08	72,85	121,00	208,55	286,47	424,45	667,54	854,75	1120,17	1247,60	1226,35
1997	21,52	47,24	136,98	241,73	242,34	419,74	622,94	805,78	1033,23	1083,69	1340,80
1998	15,27	54,31	123,01	222,02	260,86	459,30	546,41	728,99	881,43	1060,35	1171,61
1999	26,09	60,95	100,09	204,83	288,29	414,16	634,34	766,34	1008,31	1210,20	1014,42
2000	12,73	29,64	92,14	183,66	289,57	377,31	571,69	699,24	853,78	1164,70	1178,07
2001	8,76	44,22	106,73	213,28	271,01	392,58	610,37	848,07	1020,78	950,33	1095,63
2002	8,44	46,76	85,15	169,51	255,23	305,07	567,09	686,25	872,87	1055,31	1090,77
2003	17,90	41,85	96,99	168,80	286,14	320,62	601,48	639,49	824,61	1037,36	1113,61
2004	6,27	37,17	88,46	141,53	289,96	338,44	516,31	659,54	890,83	1085,91	1043,01
2005	11,99	44,14	100,73	161,89	269,13	398,99	561,62	658,12	836,61	1073,71	1116,77
Dones											
1991	9,24	3,53	22,47	28,47	33,06	63,69	99,62	151,30	197,45	295,73	368,77
1992	3,70	14,45	13,12	18,21	32,79	69,90	88,53	160,42	220,78	249,53	328,78
1993	5,55	5,55	16,89	32,22	41,96	55,00	68,23	182,03	172,53	272,69	335,03
1994	0,00	13,25	26,30	18,03	37,94	54,03	127,21	144,75	217,41	321,33	461,34
1995	3,70	5,82	24,45	33,89	52,27	69,48	99,53	113,65	196,87	265,40	438,22
1996	7,40	13,89	13,18	19,84	26,27	68,68	90,30	132,38	227,48	272,74	454,74
1997	12,73	11,64	9,50	17,61	32,34	56,44	117,77	179,87	210,79	271,12	357,54
1998	8,94	9,48	21,10	9,65	42,46	69,39	96,71	133,43	212,35	269,47	334,55
1999	0,00	12,97	19,37	30,47	52,27	44,94	76,94	142,88	201,59	288,37	305,28
2000	6,90	12,67	23,46	45,08	43,23	67,32	99,52	130,50	182,25	292,99	412,10
2001	5,09	21,33	13,40	28,37	56,25	66,96	99,29	159,13	213,13	282,15	340,05
2002	6,67	17,46	26,26	47,62	47,04	71,05	90,48	150,08	187,30	268,59	420,37
2003	4,92	17,14	25,72	24,94	34,42	46,38	89,58	114,74	195,41	207,52	329,82
2004	4,83	10,10	35,99	40,57	48,51	81,29	95,29	151,87	228,02	286,73	341,29
2005	6,32	14,85	36,82	40,31	54,57	70,23	77,09	156,59	196,22	269,32	304,66

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**