

AMBIENT I CÀNCER *

ENRIC BENITO I OLIVER

Ciutat de Mallorca

Fins ara hem anat veient alguns dels determinants ambientals en l'aparició del càncer: contaminació, treball, hàbits personals, etc.; ara volem analitzar quins són els factors socials que poden aportar mesures per al control del càncer, entenent aquest control des de la perspectiva de la prevenció, educació sanitària, en els aspectes assistencials, tant terapèutics com en els de seguiment i rehabilitació. Intentarem veure quin és el paper i les responsabilitats dels que intervenen o haurien de participar en aquest control.

Repassem també les necessitats i possibles solucions mitjançant mesures de legislació, prevenció primària i educació per la salut; per fer tot això ens basarem en els nous treballs aportats a la taula i que fan referència al control del càncer.

En primer lloc, pensam que una de les tasques més importants correspon a l'administració, que hauria d'actuar en tots els nivells esmentats. Hi ha un treball que en fa referència directa i en parlar de la prevenció diu: creiem molt més en l'eficàcia de les accions preventives que no pas en les terapèutiques, i aquesta acció preventiva ha de recaure sobre el medi ambient, sobre el control de la preparació dels aliments, la utilització d'additius, colorants i estabilitzadors, sobre l'ús i abús dels medicaments, sobre el procés d'industrialització, els sistemes d'aigües residuals que són vessades als cursos d'aigua pública, els vessaments industrials fets als rius, sobre el control i efectes de les radiacions ionitzants; i en tots aquests sectors, l'administració ha de tenir una actitud de denúncia i control de les situacions que se sàpiguen o suposin perilloses per a la salut de la comunitat.

Hem de tenir en compte que la prevenció ha de ser valorada al mateix nivell de la terapèutica i del diagnòstic precoç, i que el camí més racional per abordar la prevenció del càncer ha de passar per una sèrie d'etapes que són:

- La identificació dels factors carcinògens associats a una determinada neoplàsia.
- El disseny i posada en marxa d'un pla que suprimeixi aquests factors.
- L'avaluació dels resultats.

I un programa d'aquest tipus presenta una sèrie de dificultats, de les quals les més importants no es troben únicament a l'hora de la identificació dels carcinògens —ja que, com hem anat veient, existeix una bona llista de substàncies

* Aquesta comunicació no figura al programa del Congrés per tal com va ésser lliurada en el moment de la seva presentació.

i alguns hàbits personals amb una relació ben demostrada amb el càncer— sinó que aquestes dificultats es troben fonamentalment en el moment d'intentar vèncer els interessos econòmics implicats en la producció i la utilització de substàncies cancerígenes. I, d'altra banda, apareixen quan s'entra en conflicte amb el model social que ens fomenta i proposa com a meta el consum indiscriminat. Finalment, les dificultats vénen d'unes pautes culturals ben establertes que afavoreixen, mitjançant l'ús del tabac i de l'alcohol, la contaminació del microambient personal.

Vegem, però, quines mesures hi ha per fer front a aquestes dificultats. Si de forma molt esquemàtica centram el problema a aquests dos nivells: de carcinogènesi del macroambient —aire, aigua, etc.— i carcinogènesi del microambient personal —tabac, alcohol—, se'ns acudeixen dues formes d'actuació: a través de la legislació i a través de l'educació per la salut de la comunitat.

La ponència que fa referència a la darrera deixa molt clar que en cas del càncer d'etiologia multicausal, però amb un gran component mediambiental i d'hàbits personals, el paper de la informació i l'educació per la salut hauria de ser una mesura de prevenció insubstituïble.

Ara bé, és conegut el fet que les campanyes i els programes d'educació sanitària han estat en molts casos decepcionants. Fins i tot hi ha informes recents de l'Organització Mundial de la Salut que qüestionen l'eficàcia d'aquesta tasca sanitària. Però no es pot oblidar que moltes d'aquestes campanyes s'han fet incorrectament al nostre país i a molts d'altres —malgrat que s'hagin utilitzat recursos econòmics importants—; i massa vegades s'han dirigit a la població en general i han resultat unes campanyes despersonalitzades, fetes indiscriminadament per a tot tipus de públic, emprant mitjans de comunicació de masses, i allò que és més important: sense avaluar-ne els resultats obtinguts, donant la impressió que molts serveis d'educació sanitària de l'administració valoren els efectes d'aquest tipus d'acció només pel volum de paper editat o per l'efecte polític obtingut.

És evident que per a modificar hàbits personals ben arrelats, com el fumar o beure alcohol, és necessari, a més d'estar ben informat i tenir motivacions reals, viure dins una societat coherent on allò que es predica per una banda no sigui desmentit per una altra.

La veritable educació per la salut s'ha de donar, principalment, dins les escoles, on s'eduquen els hàbits i pautes de conducta que faran servir de grans, i com a tasca permanent dins grups específics, com per exemple: els professionals sanitaris, polítics, mestres, professionals de la informació, sindicats i associacions cíviques que són la cadena d'extensió d'aquesta tasca d'educació comunitària.

Un altre aspecte del control del càncer correspon a l'administració mitjançant mesures legislatives i normes adequades de vigilància per tal de fer efectiu allò que s'ha legislat.

En el treball sobre les possibilitats de la legislació es diu: un estricte compliment de normes adaptades als coneixements que avui tenim sobre la carcinogènesi ambiental podria fer molt més per a la prevenció del càncer que moltes de les investigacions costosíssimes cercant un nou fàrmac guaridor. D'altra banda, per a fer una legislació adient s'ha de fer una detecció i avaluació dels riscos, fet que moltes vegades és un problema que té més d'ideològic, polític i fins i tot d'econòmic que no pas de tècnic sanitari.

I així ens trobem a la pràctica que, parlant només de la carcinogènesi professional, hi ha dos tipus de legislació: d'una banda la que fa referència a la regula-

ció als ambients de treball dels carcinògens químics coneguts. I de l'altra, la relacionada amb les compensacions econòmiques que han de rebre els treballadors que han arribat a tenir un càncer de tipus ocupacional.

Tot revisant la legislació dels països més industrialitzats, es pot veure que les mesures de control de les substàncies conegudes com a cancerígens per l'home o en sospites que ho puguin ésser, existeixen només a un reduït nombre de països, i no tots els que tenen legislació sobre aquest punt consideren les mateixes substàncies. Cal remarcar aquí que només quatre dels catorze països més industrialitzats del món tenen una legislació que prohibeixi específicament la manufactura o importació d'algun dels carcinògens químics reconeguts.

Passant a l'altre punt referent a la legislació sobre les compensacions econòmiques dels treballadors afectats d'un càncer ocupacional, s'ha de dir que hi ha més països que contemplen aquest aspecte.

Ara bé, en general les llistes de càncers ocupacionals estan fetes amb una actitud molt conservadora i es troben notablement endarrerides segons els coneixements actuals existents sobre la carcinogènesi industrial.

Els països que tenen una legislació més extensa i que inclouen més nombre de càncers són Itàlia, Anglaterra i Espanya. Però no deixa d'ésser una ironia cruel premiar un treballador perquè ha agafat un càncer ocupacional i no establir mesures efectives per a prevenir i controlar el càncer professional.

A més de l'administració, hi ha altres sectors socials que juguen un paper en el control del càncer, com són les associacions de voluntaris i els sanitaris.

Del voluntarisme i el control del càncer hi ha un treball que revisa els camps d'actuació d'aquestes associacions que han intentat cobrir els importants dèficits de l'administració, i està referit especialment al paper que han jugat a Catalunya les associacions de voluntaris, on la lluita contra el càncer compta amb iniciatives capdavanteres des de la creació de la Lliga Catalana de Lluita Contra el Càncer el 1929. Hi ha dos aspectes més que volem tocar i que són l'assistència i la rehabilitació.

Pel que fa a l'assistència, hi ha un primer treball on s'analitzen dues-centes malalties de càncer de mama. S'ha agafat aquest càncer com a model de tumor on l'èxit del tractament depèn en part de la precocitat del diagnòstic; precocitat que depèn al mateix temps de factors sòcio-culturals i d'educació sanitària, així com del funcionament dels serveis sanitaris assistencials.

Es comprova d'aquesta manera que, malauradament, la major part de les malalties arriben tard al metge, quan els primers símptomes de malaltia fa molts mesos que han aparegut. S'ha pogut veure que massa vegades ha participat qualche professional de la medicina en el retard diagnòstic. També s'ha observat clarament una relació entre un major retard diagnòstic i un estadi clínic avançat.

A les conclusions es diu que per a la modificació d'aquests fets cal un canvi d'actituds envers la malaltia cancerosa, i un sistema sanitari on la relació metge-malalt permeti fer efectiu un diagnòstic precoç. Sobre l'atenció al malalt cancerós, hi ha altres aspectes a destacar: com recordà un dels ponents, el càncer, com a malaltia mitificada que és, afegeix als mals físics un trauma psíquic important. El diagnòstic de neoplàsia suposa una greu crisi d'adaptació a la realitat, s'esbuquen les perspectives del malalt i aquest es veu forçat a adoptar el nou "rol" de persona malalta; "rol" que comporta una desviació de la norma social i que el separa de la resta de la col·lectivitat.

Per a evitar aquesta marginació, es proposa, entre altres coses, una estructura sanitària menys rígida i més pròxima a l'usuari, amb una potenciació d'aquelles formes d'assistència que no desarrelin el pacient del seu medi ambient, coincidint així amb altres dels treballs presentats, un dels quals ens mostra quin hauria d'ésser el paper del metge del sector primari en el diagnòstic i seguiment oncològic, tot recordant les seves responsabilitats en l'eliminació dels cancerígens, en l'educació sanitària, en el diagnòstic precoç i el triatge, i en el tractament i control del pacient en les diferents etapes de la malaltia.

Hi ha sens dubte una tasca important i complexa que hauria d'oferir el metge de capçalera, que va des del paper pedagògic fins al d'advocat del malalt, passant per la funció de clínic, vetllador, psicòleg i amic.

També és el metge de capçalera una peça important a l'hora de donar informació sobre la malaltia i el pronòstic. Ha d'acompanyar el malalt i la família fins al final, i ha d'estar present a l'hora de prendre decisions, fins i tot dimissionàries, de tractament mèdic. Ha de ser capaç d'oferir una atenció antropològica al malalt des d'una posició de proximitat amistosa i altruista. Això fa indispensable que el metge hagi assolit una maduresa humana de cara a la seva pròpia mort.

Sembla, com diu el ponent, que l'esquena d'un sol professional no és prou forta per a dur totes aquestes responsabilitats. Però encara que no faci tots els papers anunciats, ha de comprendre que la "salut" del cancerós necessita aquestes atencions, i si els professionals sanitaris no les poden prestar caldrà, almenys, que siguin elements de sensibilització social, i que urgeixin la presència d'altres recursos no sanitaris ni professionals.

Passant al punt de la rehabilitació, podem dir que, malauradament, els progressos fets en el tractament del càncer no han vingut acompanyats d'una conscienciació de la importància de la rehabilitació i de la reinserció socials, i això ha estat en bona part fruit de la percepció social pessimista de la malaltia.

El camp de la rehabilitació oncològica pot tenir, com recorda el ponent, tres finalitats:

- La restauració: quan el malalt pot esperar tornar a una capacitat funcional normal.
- El suport: en els casos en què el malalt queda amb algun defecte físic.
- La palliació: per als pacients amb una malaltia disseminada, quan l'objectiu és ajudar que el malalt gaudeixi d'un màxim possible d'independència en qüestions bàsiques com el vestir, la higiene personal o l'alimentació.

Existeix encara el prejudici que la rehabilitació és un luxe molt car que necessita aparells complexos i el suport d'una tècnica sofisticada, quan la realitat és que la rehabilitació ha de ser una actitud positiva que impregni qualsevol acte sanitari i que involucri tota la societat en l'objectiu d'aconseguir un malalt menys dependent i més autònom.

I ens queda, per acabar, alguns aspectes de la mort. Hi ha un treball que ens mostra una sèrie de característiques de la defunció dels malalts de càncer a l'hospital.

Al nostre medi encara moren només un 20 % de malalts de càncer a l'hospital, davant més d'un 70 % a països com els EUA.

Els nostres hospitals estan presidits per un concepte negatiu que pensa en la salut solament com l'absència de malaltia, per això, davant la mort el nostre sistema sanitari només pot negar-la. Cal aconseguir que la mort retrobi el sentit perdut de fenomen natural, inexorable i estrictament personal a preveure i a acceptar quan és encara un futur indeterminat.