

Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana  
Llibre de Ponències (2000), pp. 203-209

## LA MORTALITAT PER CÀNCER ALS PAÏSOS CATALANS, VINT ANYS DESPRÉS

ISABEL GARAU

Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca. UIB

### INTRODUCCIÓ

És més que probable que qualsevol de nosaltres que hagi hagut de fer alguna exposició, o publicació, o, senzillament estigui interessat en l'estudi de l'epidemiologia del càncer en general o la de la seva comunitat en particular, i que hagués de triar la frase més repetida per a un hipotètic *guinness* dels rècords dels darrers vint anys, triaria sens dubte aquella que diu el càncer és la segona causa de mort a ....(afegiu: Espanya, Europa, el món occidental, la nostra comunitat, etc.) I això és així perquè les estadístiques de mortalitat, que es començaren a implantar a l'Estat espanyol als voltants de l'any 1863, han assolit, des de mitjans del segle vint, un grau d'elaboració i de fiabilitat que, tot i algunes mancances, les fan insubstituïbles a l'hora de donar una visió globalitzadora de l'impacte, no ja del càncer sinó de qualsevol malaltia potencialment letal, però sobretot de la seva evolució al llarg de dècades.

La disminució de la mortalitat ha estat, a més, l'objectiu principal de qualsevol pla de control del càncer sobre una comunitat. La pregunta que ens feim ara, als inicis del segle XXI, és: segueixen vigents aquestes dues afirmacions?

La primera de les preguntes és relativament fàcil de respondre amb les dades de què disposam. L'envelliment progressiu de la població, que es fa palesa a Espanya (PRIETO, 1976) des dels anys cinquanta, ha contribuït no poc a la manifestació de la mortalitat per càncer, ja que, tret d'alguns tipus de càncers que es diagnostiquen durant la infantesa, per a la majoria de neoplàsies i, especialment per a les més freqüents, l'edat n'és el principal factor de risc. Si tenim en compte que tant Catalunya (SEGURA, 1986) com el País Valencià i les Illes (IBAE, 1999) tenen actualment una estructura de població (piràmide) de les més envellides d'Espanya i també d'Europa, no és gens estrany que, globalment, als càncers, se'ls puguin arribar a imputar a hores d'ara al voltant del 30% de les morts en el sexe masculí i del 20% en el femení. Així mateix l'evolució de les tendències de mortalitat per altres causes (IBAE, 1985-1996), (MARTÍNEZ DE ARAGÓN, 1997), (SÁNCHEZ, 1997), especialment de les malalties de l'aparell circulatori (amb clara tendència a disminuir) i l'elevada taxa de letalitat dels tipus més freqüents de càncer (BERRINO, 1999) que es donen en el sexe masculí fan preveure que durant la primera dècada del segle que encetam, a Catalunya i les Illes, per al sexe masculí el càncer arribarà a ser no ja la segona, sinó la primera causa de mortalitat. El País Valencià en canvi, manté encara taxes molt elevades de mortalitat cardiovascular i, per això mateix, la primera de les afirmacions restarà vigent encara uns anys.

La segona afirmació seria probablement motiu de polèmica entre epidemiòlegs i oncòlegs i la deixarem, de moment, damunt la taula.

## LES ESTADÍSTIQUES DE MORTALITAT AQUÍ I AVUI. ELS PRINCIPALS AVANTATGES I INCONVENIENTS

La universalitat de la cobertura de les estadístiques de mortalitat i el seu manteniment al llarg del temps són, com és bo de veure, avantatges importants a l'hora d'estudiar l'epidemiologia dels càncers perquè ens permeten fer comparacions entre diferents àrees geogràfiques (SMANS, 1992), (COLEMAN, 1993), (ESTÈVE, 1993), (FERLAY, 1996), (LÓPEZ-ABENTE, 1984, 1996) i observar l'evolució temporal de la mortalitat dins de la mateixa àrea (COLEMAN, 1993), (LÓPEZ-ABENTE, 1992), (MARTÍNEZ DE ARAGÓN, 1997), (SÁNCHEZ, 1997). Ara bé, només amb l'estudi de les tendències temporals ja es manifesten algunes de les limitacions de la mortalitat si l'agafem com a indicador únic de l'impacte de la malaltia. Per exemple: els canvis introduïts en els sistemes de classificació al llarg del temps dificulten la comparabilitat dels resultats per localitzacions i l'envelliment de la població, a part de l'acció directa sobre la incidència, es revela a pràcticament tots els estudis fets sobre la qualitat de la certificació com a una de les primeres causes d'inexactitud. D'altres limitacions, es poden ben bé sospitar per la mateixa evolució en el sistema sanitari sia en la tecnologia dels mitjans de diagnòstic (augment d'alguns tipus de càncers motivat per la disminució d'uns altres tipus com ara les localitzacions mal definides) o en el sistema d'atenció al malalt, que han passat de l'atenció al càrrec d'una sola persona a la dels equips multidisciplinaris amb repercussions probablement sobre la qualitat de la certificació però, sobretot, sobre la supervivència (BERRINO, 1999) de molts tipus de càncer fins al punt que les diferències en la freqüència relativa són cada vegada més importants depenent de si consideram la incidència o la mortalitat.

## A MANERA D'EXEMPLE: EL CÀNCER DE LA BUFETA URINÀRIA

A Mallorca on, gràcies a la tasca de l'Institut Balear d'Estadística disposam de dades de mortalitat des de l'any 1985 (IBAE, 1985-1996) i també d'un registre de càncer de base poblacional des de l'any 1988 (GARAU, 1997), hem pogut observar que la taxa específica de mortalitat per càncer de la bufeta urinària (que ocupa el quart lloc en freqüència relativa dins el conjunt de la mortalitat per càncer en aquest sexe) ha passat de 6,06 l'any 1988 a 5,4 l'any 1996. Si utilitzam les dades de mortalitat elaborades pel registre de càncer (que ens permeten d'una banda corregir gran part de les inexactituds que es detecten a l'hora de certificar aquest tipus de càncers i de l'altra, utilitzar els mateixos indicadors que per descriure la incidència) ens trobam que:

Per als homes, les taxes ajustades d'incidència (GARAU, 1999) l'any 1988 eren de vint-i-cinc casos nous per 100.000 homes, als quals hauriem de sumar els 4,5 casos per 100.000 de carcinomes no infiltrants que també es diagnosticaren aquest mateix any (Taula I); mentre que les taxes ajustades l'any 1993 varen ser de trenta-quatre casos nous més 9,5 casos no infiltrants per cada 100.000 homes. Les taxes ajustades de mortalitat obtingudes pel registre de Mallorca en els mateixos anys varen ser de 8,9 i 9,3 morts per 100.000 homes. És a dir, que tot i que les taxes de mortalitat es mantenen estables durant aquest període, i, en termes de taxes específiques semblen disminuir, en realitat la incidència d'aquest tipus de càncer està



enregistrant un augment global d'un 8,4% anual (un 6,5% en els casos infiltrants i fins a un 19,6% en els no infiltrants); augment que resulta molt significatiu i que tradueix un augment real en la incidència, a més d'una millora en el diagnòstic i, ben segur, també en la supervivència d'aquests malalts.

**TAULA I: EVOLUCIÓ DE LES TAXES D'INCIDÈNCIA I MORTALITAT PER CÀNCER DE LA BUFETA URINÀRIA A MALLORCA. SEXE MASCULÍ**

Taxes ajustades	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Incidència c. infiltrants	25,0	27,7	26,2	29,4	31,3	33,9
Incidència c. no infiltrants	4,4	6,9	7,9	10,1	7,8	9,5
Mortalitat	8,9	8,7	8,3	14,1	11,8	9,3

Quant a la qualitat de les estadístiques de defunció, i per no sortir del mateix exemple, l'any 1989, de quaranta-tres individus que moren a Mallorca per causa d'un càncer de la bufeta urinària (CAFFARO, 1995), només a trenta-dos se'ls va certificar el càncer de bufeta com a causa de defunció, mentre que a set se'ls va certificar un càncer de la pròstata, i la resta varen ésser notificats com de localització primària al fetge, als òrgans genitals de la dona, al cervell i a localitzacions mal definides. Contràriament es certificaren com a càncer de la bufeta un càncer de ronyó i altres vies urinàries, un de l'ovari i un del colòn. Per dir-ho més tècnicament, el certificat de defunció va mostrar en aquest estudi una taxa de detecció (sensibilitat) d'un 74,4 ( $\pm$  6,6) % i una taxa de confirmació (valor predictiu positiu) d'un 91,4 ( $\pm$  4,7) % per a aquesta localització tumoral. Aquestes taxes situen el càncer de la bufeta urinària, evidentment, entre els càncers que estan subnotificats a les estadístiques de defunció. A la taula II, extreta del nostre estudi de Mallorca, es pot veure la classificació dels diferents càncers segons la qualitat de la certificació. Hi podem apreciar que, entre les localitzacions més freqüents per a ambdós sexes, només el càncer de pulmó, el de mama i el de pròstata es troben entre el grup de càncers ben notificats. Aquesta manca d'exactitud no és exclusiva de la nostra illa. Aquest estudi que férem amb dades de 1989 ens situava, juntament amb Barcelona (BOSCH, 1980), entre les regions d'Espanya en què més concordança hi havia entre els certificats de defunció i la història clínica a l'hora de valorar la mortalitat per càncer. Per raons semblants és difícil analitzar la mortalitat per al càncer de colòn separatament del recte i del càncer de cèrvix del de l'endometri. El càncer de fetge presenta raons específiques tant de classificació com de codificació que fan desistir de qualsevol intent d'anàlisi sistemàtica de les dades de mortalitat. Des del meu punt de vista personal, els càncers de la cavitat oral i de la faringe presenten un problema semblant i, tot i que, en conjunt, sumen xifres importants a tot l'Estat espanyol (especialment si utilitzam com a indicador els anys potencials de vida perduts) i, per això mateix, alguns autors no poden defugir referir-se a aquests càncers, jo crec més correcte analitzar la situació d'aquests tumors en termes d'incidència i supervivència que de mortalitat.

Tot i aquestes limitacions, cal dir que: a Catalunya més que a les Illes i també al País Valencià, en els darrers vint anys, s'han duit a terme diferents accions per tal de millorar la qualitat d'aquestes estadístiques:

A València, l'any 1980, es va dur a terme un estudi exhaustiu de la mortalitat per càncer tant del mateix País Valencià com de Catalunya i les Illes (MARTÍNEZ, 1980). Les conclusions d'aquest

estudi (que es poden revisar al llibre d'actes de l'Onzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana), posen de relleu la necessitat de completar les dades de mortalitat amb altres tipus de dades epidemiològiques damunt el càncer.

Així mateix un dels estudis fets a Espanya que més repercussió ha tingut a l'àmbit internacional sobre la qualitat de les estadístiques de defunció i més rigorós quant a la metodologia utilitzada, té per escenari geogràfic la ciutat de València (BENAVIDES, 1989).

A Mallorca, la insuficiència de les dades de mortalitat a l'abast i la dificultat per obtenir-les separatament per a cada illa, juntament amb l'observació d'un grup de clínics i patòlegs deixondits que cregueren haver percebut dins la pràctica diària una major freqüència de càncer de còlon i recte envers del càncer d'estómac (contràriament al que aleshores era d'esperar si suposàvem per a l'Illa el mateix patró de mortalitat que per a la resta de l'Estat espanyol) i també, cal dir-ho aquí, el fet que en aquells moments hi havia a Espanya pocs registres de càncer i a més estaven implantats a àrees geogràficament llunyanes (els registres de càncer de Tarragona i Girona donaven aleshores les primeres passes), va empènyer a aquest grup de gent (em refereixo, com podeu suposar, al Grup d'Estudi del Càncer Colorectal) a fer un estudi retrospectiu per tractar d'estimar la incidència d'aquestes dues neoplàsies a Mallorca (OBRADOR, 1980). Els resultats d'aquest estudi coincidiren en el temps amb el que he esmentat abans i també foren presentats per primera vegada a Reus, a l'Onzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana ara ja fa vint anys.

Al mateix Congrés, es presentaren els resultats dels dos estudis fets a Barcelona: el de la mortalitat per càncer (ORTA, 1980) i el de la validesa del certificat de defunció (BOSCH, 1980), que, almanco fins allà on jo en tenc notícia, no tan sols va ser pioner en aquest tipus d'estudi, sinó que posà de manifest un grau de qualitat en la certificació de les morts per càncer a Barcelona (un 81% de concordança en els resultats globals) que no s'ha assolit mai més a cap estudi dels realitzats a Espanya posteriorment.

**TAULA II: CLASSIFICACIÓ PER GRUPS, SEGONS LA QUALITAT DE LA CERTIFICACIÓ, DE LES DEFUNCIONS PER CÀNCER A MALLORCA, 1989**

Grup I Ben notificats	Grup II Mal notificats	Grup III Sobrenotificats	Grup IV Subnotificats
Pàncrees Pulmó Mama Pròstata Encèfal i SNC Gl. endocrines Limfomes no hodgkinians Mieloma Leucèmia	Altres org. de l'aparell digestiu Altres org. de l'aparell respiratori Ossos i teix. conj. Ovari Altres org. genitals femenins Origen primari incert i localitzacions mal definides	Esòfag Còlon Fetge Laringe Úter M. de Hodgkin	Cav. bucal i faringe Estómac Recte Bufeta biliar Pell Cèrvix Endometri Bufeta urinària Ronyó Altres org. genitals masculins

D'aleshores ençà la descentralització de la gestió de les estadístiques de mortalitat, que han passat a ser elaborades a i per cada comunitat autònoma, han contribuït que les dades puguin ésser analitzades amb un grau de detall que era impensable al començament de la dècada dels 80. Així mateix la millora global en la qualitat del diagnòstic i de les estadístiques i, probablement, l'impuls que han tengut a Espanya els estudis epidemiològics de tot tipus, han donat el seu fruit i, durant els darrers vint anys, s'han publicat nombrosos estudis de mortalitat, enfocats no ja a la descripció simple de les taxes i la seva importància, sinó a posar de manifest les diferències entre àrees geogràfiques, les tendències temporals, l'efecte de l'edat i la cohort de naixement i els anys potencials de vida perduts.

### EL PANORAMA ACTUAL DE LA MORTALITAT PER CÀNCER ALS PAÏSOS CATALANS. TENDÈNCIES I COMPARACIÓ AMB ALTRES ÀREES GEOGRÀFIQUES

Amb petites variacions, dins els països de parla catalana, al sexe masculí, la mortalitat per càncer de pulmó ha passat a ocupar el primer lloc (amb una clara tendència a seguir augmentant), seguida pel càncer de còlon i recte, i de pròstata ( que també augmenten). El quart lloc l'ocupa a Catalunya el càncer d'estómac (aquest amb tendència a disminuir), i el segueix el de bufeta urinària (Taula III), mentre a Mallorca les dues darreres posicions s'inverteixen. Al País Valencià, en canvi, el càncer d'estómac segueix mantenint el segon lloc en la mortalitat coincidint amb al resta de l'Estat espanyol; el segueixen el càncer de pròstata, el colorectal i el de bufeta urinària.

**TAULA III: LA MORTALITAT PER LES CINC LOCALITZACIONS MÉS FREQUËNTS AL SEXE MASCULÍ. COMPARACIÓ ENTRE DIFERENTS ÀREES GEOGRÀFIQUES**

LOCALITZACIÓ RANG	CEE	ESPANYA	CATALUNYA	PAÍS VALENCIÀ	MALLORCA
PULMÓ	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
COLORECTAL	2 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
PRÒSTATA	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
ESTÓMAC	4 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>
BUFETA	5 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>

Al sexe femení el càncer que més morts produeix és el de mama, seguit del colorectal el d'estómac i el/s d'uter. La cinquena posició l'ocupa el càncer de pulmó tant a Catalunya com a la Comunitat Valenciana i a les Illes.

Tant a Catalunya com a Mallorca les taxes de mortalitat per càncer considerades globalment es troben lleugerament per damunt de les del conjunt de l'Estat espanyol i per davall de la mitjana europea (MARTÍNEZ DE ARAGÓN, 1997), (LÓPEZ-ABENTE, 1996), (FERLAY, 1996), (ESTÈVE, 1993). Les Illes ocupen la primera posició per comunitats autònomes dins l'Estat espanyol quant a mortalitat per càncer de còlon als homes (amb una tendència a augmentar), i entre les més baixes per al càncer d'estómac, que, de totes maneres, mostra tendència a la baixa a tots els països desenvolupats (COLEMAN, 1993). A les Illes, en canvi, la tendència sembla haver-se estabilitzat en els darrers anys mentre presenten les taxes més elevades de mortalitat



per càncer de pulmó als homes i de càncer de mama i úter a les dones, taxes totes elles que mostren tendència a l'alça. Catalunya és capdavantera en la mortalitat per càncer de colon a les dones. La tendència a tot Espanya és d'augmentar la mortalitat per aquesta causa.

Quant a les freqüències relatives, a Espanya la segona causa de mort per càncer entre els homes segueix essent el càncer d'estómac, per davant de pròstata, el càncer colorectal i el de bufeta. En canvi, per a aquest sexe, el patró de distribució de la Comunitat Europea és exactament el mateix que el de Catalunya. Per al sexe femení el patró dels Països Catalans és idèntic al de la resta de l'Estat espanyol, mentre la CEE mostra un important avenç en el càncer de pulmó, que es situa per davant del d'estómac.

I per acabar aquesta descripció a grans trets de la mortalitat per càncer als Països Catalans, vull remarcar també que el càncer és la primera causa d'anys potencials de vida perduts (APVP) que suma vora el 30% del total d'anys potencials de vida perduts. Aquest fet és més manifest al sexe masculí. Per a aquest sexe, el tumor que més anys de vida fa perdre a Mallorca (CABEZA, 1999) és el càncer de pulmó, seguit (molt de lluny) pels tumors de boca i faringe, el càncer colorectal, el de localització primària desconeguda, les leucèmies i el d'estómac. Per a les dones, el primer seria el de mama, seguit del colorectal, a Mallorca el del cervix, els del sistema nerviós central i les leucèmies.

A Catalunya (MINGOT, 1997), les dades són molt semblants a les de Mallorca, i destaquen les xifres del càncer de fetge a ambdós sexes, que a Mallorca apareixen ocupant la desena posició als homes i sols no apareixen entre les deu primeres a les dones. Aquesta gran diferència en el càncer de fetge és deguda, al menys en part, que el càlcul dels APVP a Mallorca el vàrem fer a partir de dades del registre poblacional, mentre que el càlcul a Catalunya està fet a partir de les estadístiques de mortalitat.

## CONCLUSIÓ

Les estadístiques de mortalitat segueixen essent un punt de referència fonamental, tant per la seva universalitat com perquè són la mesura més globalitzadora de l'impacte de la malaltia.

El progrés científic dins els camps del tractament i la prevenció secundària (diagnòstic precoç) i de les causes del càncer i la prevenció primària tenen efectes diferents damunt la incidència i la mortalitat i haurien, per tant, de poder ésser mesurats de manera independent i complementària.

El gran desenvolupament que han experimentat en aquests darrers vint anys els diferents sistemes d'informació sanitària farà que, probablement, en un futur no gaire llunyà, la mesura de la incidència, la supervivència i la mortalitat siguin passes integrades dins un mateix procés.

## BIBLIOGRAFIA

BENAVIDES, F. G. *et al.* (1989) "Quality of death certificates in Valencia, Spain". *Am J Public Health* 79:1352-1354.

- BERRINO, F. *et al.* (1999) *Survival of Cancer Patients in Europe: The EURO CARE-2 Study*. Lyon: IARC Scientific Publications n° 151.
- BOSCH, F. X. *et al.* (1980) "Anàlisi del certificat de defunció per tumors malignes a la ciutat de Barcelona, 1979". *Llibre d'Actes de l'XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Reus: XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana.
- CABEZA, E. *et al.* (1999). "Mortalitat prematura per càncer a Mallorca". *Medicina Balear* 14, 2: 57-68.
- CÀFFARO, M. *et al.* (1995) "Validez de los certificados de defunción por cáncer en Mallorca". *Gac. Sanit.*, 9: 166-173.
- COLEMAN, M. P. *et al.* (1993) *Trends in Cancer Incidence and Mortality*. Lyon: IARC Scientific Publications n° 121.
- ESTÈVE, J. *et al.* (1993) *Facts and Figures of Cancer in the European Community*. Lyon: IARC
- FERLAY, R. J. *et al.* (1996). *EUCAN 90: Cancer in the European Union*. Lyon: IARC Cancer Base n°1
- GARAU, I. *et al.* (1997): "Cancer incidence in Mallorca, Spain, 1988-1992". In: *Parkin, DM: Cancer Incidence in five continents*. Vol. VII. p. 638-641 Lyon: IARC Scientific Publications n° 143.
- GARAU, I. *et al.* (1999) "Increasing incidence of bladder cancer in Mallorca 1988-1993." In: *Abstracts of the 21th Conference of the International Association of cancer Registries*. Lisboa: IARC.
- INSTITUT BALEAR D'ESTADÍSTICA (1985 a 1996) *Moviment Natural de la Població I. Defuncions*. Palma de Mallorca: Conselleria de la Funció Pública.
- INSTITUT BALEAR D'ESTADÍSTICA (1995) *L'esperança de vida a les Balears*. Palma de Mallorca: Conselleria de la Funció Pública.
- INSTITUT BALEAR D'ESTADÍSTICA (1999) *Indicadors demogràfics de les Illes Balears*. 1996. Palma de Mallorca: Conselleria de la Funció Pública.
- LÓPEZ-ABENTE, G. *et al.* (1984): *Atlas del cáncer en España*. Victoria-Gasteiz.
- LÓPEZ-ABENTE, G. *et al.* (1992) *La mortalidad por cáncer en España, 1952-1986. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de muerte*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología.
- LÓPEZ-ABENTE, G. *et al.* (1996) *Atlas de mortalidad por cáncer en España, 1978-1992*. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer.
- MARTÍNEZ, J. F. *et al.* (1980) "Estudi de la Mortalitat per Càncer al País Valencià, les Illes i Catalunya". *Llibre d'Actes de l'XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Reus: XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana.
- MARTÍNEZ DE ARAGÓN, M. V. *et al.* (1997) *Mortalidad en España y Comunidades Autónomas*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.
- MINGOT, M. *et al.* (1997) "El impacto del cáncer en Catalunya: La mortalidad prematura y el coste económico" In: BORRÁS J. M. *et al.* (eds.). *Epidemiología y Prevención del Cáncer en Catalunya 1975-1992*, (eds.). *Epidemiología y Prevención del Cáncer en Catalunya 1975-1992*, p. 163-228. Barcelona: Institut Català d'Oncologia.
- SEGURA, A. (1986) *Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 1984*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- SMANS, M. *et al.* (1992) *Atlas of Cancer Mortality in the European Economic Community*. Lyon: IARC Scientific Publications n° 107.