

Control del cáncer

Aplicación de los conocimientos

Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces



Planificación



Organización
Mundial de la Salud

Control del cáncer

Aplicación de los conocimientos

Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces

Planificación

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Planificación.

(Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; módulo 1)

1. Neoplasmas - prevención y control. 2. Planificación en salud. 3. Programas nacionales de salud - organización y administración. 4. Política de salud. 5. Pautas.

I. Organización Mundial de la Salud. II. Serie.

ISBN 978 92 4 354699 5

(Clasificación NLM: QZ 200)

© Organización Mundial de la Salud, 2007

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS -ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales- deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos no mencionados. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación; no obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y uso que haga de ese material, y en ningún caso, la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

El módulo de Planificación de la serie de control del cáncer ha sido producido bajo la dirección general de Catherine Le Galès-Camus (Directora General Adjunta, Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental), Robert Beaglehole (Director, Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud) y Serge Resnikoff (Coordinador, Prevención y Control de Enfermedades Crónicas).

Cecilia Sepúlveda, coordinadora de la publicación, realizó la coordinación de este módulo e hizo una amplia aportación editorial.

Inés Salas actuó de asesora y facilitó una valiosa orientación técnica. Anthony Miller (editor científico) y Angela Haden (redactora y editora técnica) prestaron apoyo editorial. La corrección fue realizada por Ann Morgan.

La producción del módulo estuvo coordinada por María Villanueva.

Los siguientes expertos realizaron contribuciones importantísimas para el módulo:

Robert Burton, Iniciativa Nacional de Control del Cáncer, Australia

Margaret Fitch, Sociedad Internacional de Enfermedades de Atención Oncológica en Canadá y Centro Regional del Cáncer.

Leslie S. Given, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU.

Jon F. Kerner, Instituto Nacional del Cáncer, EE.UU.

Mónica Ortegón, OMS, Suiza

Paula Pisani, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, Francia

Inés Salas, Universidad de Santiago, Chile

Cecilia Sepúlveda, OMS, Suiza

También contribuyeron otras personas facilitando ejemplos de distintos países mediante entrevistas telefónicas y comunicaciones personales para este módulo y para el sitio web:

Anderson S. Doh, Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Camerún

Nguyen Ba Duc, Hospital Nacional de Cáncer, Vietnam

Miklós Kásler, Instituto Nacional de Oncología, Hungría

Lingzhi Kong, Ministerio de Salud, China

M. Krishnan Nair, Centro Regional del Cáncer, India

Reto Obrist, Oncosuisse, Suiza

Azhar M. Qureshi, Hospital Al-Ihsan, Pakistán

K. Raamamoorthy, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, India

Dolores Salas Trejo, Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana, España

Simon Sutcliffe, Agencia del Cáncer de la Columbia Británica, Canadá

Colin Tukuitonga, OMS, Suiza

Marjan van Waardenberg, Ministerio de Salud, Nueva Zelanda

Se recibió la valiosa aportación, ayuda y asesoría de distintas personas de las oficinas centrales de la OMS durante toda la producción del módulo: Caroline Allsopp, David Bramley, Robert Constandse, Raphaël Crettaz, JoAnne Epping-Jordan, Maryvonne Grisetti, Jane McElligott y Alexandra Touchaud. Expertos en cáncer de todo el mundo, así como personal técnico de las oficinas centrales y de las oficinas regionales y nacionales, también realizaron una valiosa aportación y revisaron el módulo (se relacionan en el apartado final de Reconocimientos).

Diseño y maquetas: L'IV Com Sàrl, Suiza, a partir de un diseño desarrollado por Reda Sadki, París, Francia.

Se puede obtener más información acerca de esta publicación en:

Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud

Organización Mundial de la Salud, CH-1211 Ginebra 27, Suiza

La producción de esta publicación fue posible gracias a la generosa aportación económica del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. También queremos agradecer su contribución económica al Instituto Nacional del Cáncer de Francia (INCa), a la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC), al Centro Nacional del Cáncer de la República de Corea, al Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y a la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC).

La producción de la publicación de la serie de seis módulos incluyendo la traducción de cinco de ellos, ha sido posible gracias a la colaboración del Ministerio de Sanidad y Política Social de España.

La traducción de este módulo fue facilitada por la Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, España.

Traducción: Rafael Herrero Medrano, Valencia (España).

Corrección de pruebas: María Ecuyer, Ginebra (Suiza).

Colaboraron en la revisión de la traducción al castellano Gerardo del Cosío, Cecilia Sepúlveda y María Villanueva.

Introducción a la serie sobre Control del cáncer

El cáncer es en gran medida evitable. Muchos cánceres se pueden prevenir; otros se pueden detectar en las primeras fases de su desarrollo y ser tratados y curados. Incluso en etapas avanzadas del cáncer, se puede enlentecer su progresión, el dolor se puede controlar o reducir y se puede ayudar a pacientes y familiares a sobrellevar la carga.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud calcula que en 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes.

Pero gracias a los conocimientos disponibles, todos los países, en alguna medida, pueden implementar los cuatro componentes básicos del control del cáncer (**prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y cuidados paliativos**) y de esta manera evitar y curar muchos cánceres, así como paliar el sufrimiento que provocan.

Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces es una serie de seis módulos que facilita asesoramiento práctico a gestores de programas y planificadores de políticas acerca de cómo abogar, planificar y poner en práctica programas eficaces de control del cáncer, en particular, en países con rentas bajas y medias.

Una serie de seis módulos



PLANIFICACIÓN

Una guía práctica para gestores de programas sobre cómo planificar de manera eficaz un control global del cáncer de acuerdo con los recursos disponibles e integrar este control en programas para otras enfermedades crónicas y problemas relacionados



PREVENCIÓN

Una guía práctica para gestores de programas sobre cómo implementar una prevención eficaz del cáncer mediante el control de los principales factores de riesgo prevenibles.



DETECCIÓN TEMPRANA

Una guía práctica para gestores de programas sobre cómo llevar a cabo una detección temprana eficaz de los principales tipos de cáncer susceptibles de diagnóstico y tamizaje tempranos.



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Una guía práctica para gestores de programas sobre cómo implementar un sistema eficaz de diagnóstico y tratamiento del cáncer, vinculado en particular a programas de detección temprana y cánceres curables.



CUIDADOS PALIATIVOS

Una guía práctica para gestores sobre cómo implementar programas eficaces de cuidados paliativos para el cáncer, con especial atención a los cuidados con base comunitaria.



POLÍTICA Y ABOGACÍA

Una guía práctica para tomadores de decisiones de nivel medio y para gestores de programas sobre cómo abogar por el desarrollo de políticas y la implementación de programas eficaces para controlar el cáncer.

La guía de la OMS es una respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre prevención y control del cáncer (WHA58.22) adoptada en mayo de 2005 que pedía a los Estados Miembros que intensificaran las acciones contra el cáncer desarrollando y reforzando programas para su control. La guía está basada en *Programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión* y *Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital*, así como en las distintas políticas de la OMS que han influido en los esfuerzos para controlar esta enfermedad.

El control del cáncer pretende reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer en una población definida mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo.

COMPONENTES DEL CONTROL DEL CÁNCER

La **Prevención**, especialmente cuando se integra en la prevención de enfermedades crónicas y otros problemas relacionados (como salud reproductiva, inmunización contra la hepatitis B, VIH/SIDA y salud laboral y medioambiental), ofrece el mayor potencial de salud pública y el método más costoeficaz a largo plazo para controlar el cáncer. Actualmente tenemos conocimientos suficientes para evitar cerca del 40% de todos los cánceres. La mayoría de ellos están vinculados al consumo de tabaco, a dietas no saludables o a agentes infecciosos (véase el módulo *Prevención*).

La **Detección temprana** detecta (o diagnostica) la enfermedad en una fase temprana, cuando existe un alto potencial de curación (p. ej., cáncer de cuello de útero o de mama). Existen intervenciones que permiten la detección temprana y el tratamiento eficaz de un tercio de los casos aproximadamente (véase el módulo *Detección temprana*).

Para la detección temprana existen dos estrategias:

- **diagnóstico temprano**, que a menudo implica que el paciente sea consciente de los primeros signos y síntomas, lo que le llevará a consultar con un proveedor de atención de la salud, quien referirá inmediatamente al paciente para confirmación del diagnóstico y tratamiento.

- **tamizaje nacional o regional** de individuos asintomáticos y aparentemente sanos para detección de lesiones precancerosas o de una fase temprana de cáncer y para organizar su derivación para diagnóstico y tratamiento.

El **Tratamiento** pretende curar la enfermedad, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida restante tras la confirmación del diagnóstico de cáncer por los procedimientos apropiados disponibles. El tratamiento más eficaz y más efectivo está vinculado a unos programas de detección temprana y sigue los estándares de atención basados en evidencias científicas. Los pacientes se pueden beneficiar de la curación o de una vida más larga en casos de cánceres que aunque diseminados, tienen muy buena respuesta al tratamiento, incluidos leucemia aguda y linfoma. Este componente también aborda la rehabilitación dirigida a mejorar la calidad de vida de los pacientes con limitaciones debidas al cáncer (véase el módulo *Diagnóstico y tratamiento*).

Los **Cuidados paliativos** satisfacen las necesidades de todos los pacientes que requieran alivio de los síntomas, así como las necesidades de atención psicosocial y de apoyo a los pacientes y sus familias, en particular cuando los pacientes se encuentran en fases avanzadas y tienen muy pocas probabilidades de curación o cuando se enfrentan a la fase terminal de la enfermedad. Debido a las consecuencias emocionales, espirituales, sociales y económicas del cáncer y a su manejo, los servicios de cuidados paliativos que tratan las necesidades de los pacientes y sus familias desde el momento del diagnóstico pueden mejorar su calidad de vida y su capacidad para sobrellevar la situación de manera eficaz (véase el módulo *Cuidados paliativos*).

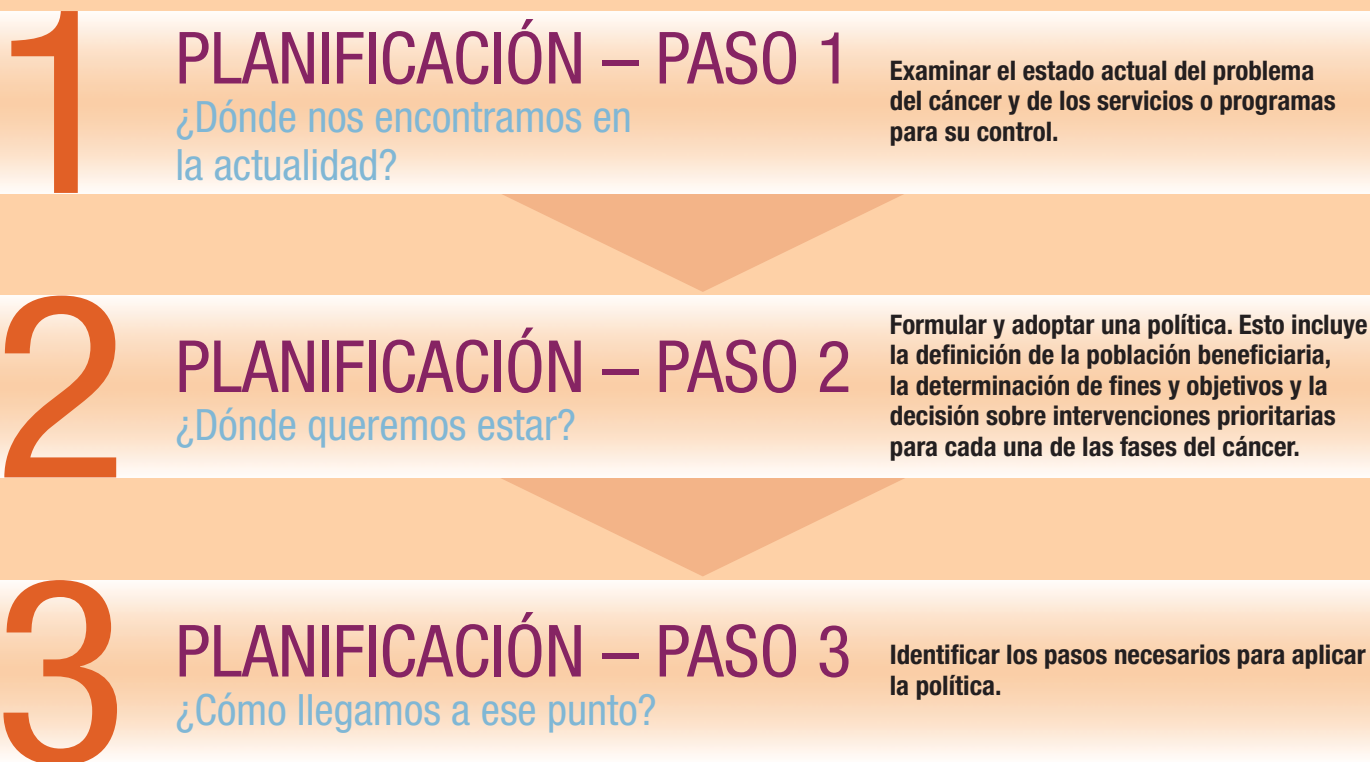
A pesar de que el cáncer es un problema de salud pública mundial, muchos gobiernos no han incluido todavía su control en los programas de acción sanitaria. Como existen otros problemas de salud, las intervenciones se eligen en respuesta a las demandas de grupos interesados en lugar de dar solución a las necesidades de la población o sobre la base de su costoeficacia y viabilidad económica.

Los grupos desfavorecidos y de bajos ingresos están más expuestos por lo general a factores prevenibles de riesgo de cáncer, como carcinógenos ambientales, consumo de tabaco, abuso del alcohol y agentes infecciosos. Estos grupos tienen menos influencia política, menor acceso a los servicios de salud y una falta de la educación que les permita tomar decisiones para proteger y mejorar su propia salud.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL CONTROL DEL CÁNCER

- **Liderazgo** para conseguir claridad y unidad de propósito y para alentar la creación de equipos, una amplia participación, la titularidad del proceso, el aprendizaje continuo y el mutuo reconocimiento de los esfuerzos realizados.
- **Implicación de partes interesadas** de todos los sectores relacionados y a todos los niveles del proceso de toma de decisiones para suscitar una participación activa y el compromiso de los actores clave en beneficio del programa.
- **Creación de alianzas** para mejorar la eficacia a través de relaciones mutuamente beneficiosas y para construir sobre la base de la confianza y las capacidades complementarias de socios de distintas disciplinas y sectores.
- **Respuesta a las necesidades de las personas** con riesgo de desarrollar cáncer o que ya presenten la enfermedad a fin de satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales a lo largo de todo el proceso de la atención.
- **Toma de decisiones** basadas en las evidencias científicas, en los valores sociales y en un uso eficiente y costoeficaz de los recursos que benefician a la población objetivo de forma sostenible y equitativa.
- **Aplicación de un enfoque sistémico** mediante la implementación de un programa integral con componentes clave interrelacionados que compartan los mismos objetivos y que se integre en otros programas relacionados y en el sistema de salud.
- **Búsqueda del mejoramiento continuo**, innovación y creatividad para maximizar los resultados y para abordar la diversidad social y cultural, así como las necesidades y retos que plantea un entorno cambiante.
- **Adopción de un enfoque progresivo** para planificar e implementar las intervenciones sobre la base de consideraciones y necesidades locales (véase en la página siguiente el marco de trabajo progresivo de la OMS sobre prevención y control de enfermedades crónicas en la forma aplicada para el control del cáncer).

Marco progresivo de la OMS



La fase de planificación va seguida de la fase de aplicación de la política.

Implementación – Paso 1 MEDIDAS BÁSICAS

Implementación de las intervenciones establecidas en la política que sean viables en la actualidad con los recursos existentes.

Implementación – Paso 2 MEDIDAS AMPLIADAS

Implementación de las intervenciones establecidas en la política que sean viables a medio plazo, con una proyección realista del aumento o reasignación de recursos.

Implementación – Paso 3 MEDIDAS DESEABLES

Implementación de las intervenciones establecidas en la política que queden fuera del alcance de los recursos disponibles en la actualidad, si se dispone y cuando se disponga de tales recursos.

ÍNDICE DEL MÓDULO DE PLANIFICACIÓN

MENSAJES CLAVE	2
PREPLANIFICACIÓN	4
¿Se necesita un nuevo plan de control del cáncer?	4
Si se necesita un plan, ¿quién puede propugnarlo?	6
Cómo preparar un plan estratégico	6
PLANIFICACIÓN - PASO 1: ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS EN LA ACTUALIDAD?	12
Evaluar el problema del cáncer	13
Evaluar el plan de control del cáncer existente y las actividades en marcha	16
Autoevaluación por países	21
PLANIFICACIÓN - PASO 2: ¿DÓNDE QUEREMOS ESTAR?	23
Definir la población objetivo	23
Identificar brechas	24
Fijar objetivos	24
Evaluar la viabilidad de las intervenciones	25
Fijar prioridades	25
PLANIFICACIÓN - PASO 3: ¿CÓMO LLEGAMOS A ESE PUNTO?	29
Obtener los recursos necesarios	33
Trabajar con equipos multidisciplinarios y multisectoriales	33
Incorporar el monitoreo y la evaluación	33
Lanzar y diseminar el plan de control del cáncer	34
Pasar de políticas a aplicación	35
CONCLUSIÓN	37
REFERENCIAS	38
RECONOCIMIENTOS	39

MENSAJES CLAVE

La planificación implica:

“ Un franco entendimiento de la historia de una organización. Un examen sistemático del entorno de una organización. La rigurosa evaluación de la misión de una organización. Visión clara de las metas organizativas. Un proceso detallado que presente formas de alcanzar esas metas. Un proceso de colaboración no excluyente para reunir información, ideas, opiniones e intuiciones sobre las que se basen las metas y las decisiones. La asimilación de la idea de que la planificación nunca se acaba. ”

Fuente: Taylor E. *Truco o trato (o ¿por qué planificar?)*
(<http://www.nea.gov/resources/Lessons/TAYLOR.HTML>; acceso: 18 de mayo de 2006).

Planificar el control del cáncer es algo necesario (sea cual sea la disponibilidad de recursos) para responder a las necesidades que plantea la enfermedad en las poblaciones mediante su prevención, detección temprana, curación y cuidado de las personas afectadas por él. Este módulo aborda algunos aspectos básicos de la planificación y trata cómo determinar si se necesita un plan, y en ese caso, cómo preparar un plan estratégico.

definiciones clave

¿Qué es un plan?

- Un plan es un juego de acciones pretendidas que se espera que consigan una meta especificada dentro de un determinado plazo de tiempo.
- “Un buen plan es como un mapa de carreteras: muestra el destino final y, habitualmente, el mejor camino para llegar.”

Judd HS. Citas de H. Stanley Judd
(http://en.thinkexist.com/quotes/h._stanley_judd/; acceso: 18 de mayo de 2006).

Los mensajes clave para las personas implicadas en la planificación y aplicación del control del cáncer son los siguientes:

- ▣ Una estrategia de control del cáncer exhaustiva e integrada tiene en cuenta un uso más equilibrado, eficiente y equitativo de recursos limitados.
- ▣ Para planificar de forma inteligente el control del cáncer es necesario comprender el contexto, apreciar las experiencias pasadas y estar dispuesto a aprender continuamente.
- ▣ Un plan de control del cáncer que esté orientado por objetivos, centrado en las personas, realista y preparado minuciosamente mediante un proceso participativo es más probable que llegue a una aplicación efectiva.
- ▣ En situaciones de bajos recursos, un plan que considere la ejecución gradual de unas pocas intervenciones que sean asequibles, costoeficaces y prioritarias, tendrá mejores oportunidades de convertirse en una acción eficaz.

Este módulo se complementa con diversas herramientas prácticas a las que se puede acceder a través del sitio web sobre el cáncer de la OMS
<http://www.who.int/cancer>



¿Qué es un programa?

Un programa es la puesta en práctica organizada y sistemática de las acciones descritas en un plan, de acuerdo con unos plazos de tiempo establecidos y utilizando unos recursos definidos (humanos, físicos y económicos).

¿Qué es un proceso de planificación?

Planificar es un procedimiento formalizado (en forma de sistema integrado de decisiones) para producir un resultado articulado. Pensar en el futuro e intentar controlarlo son componentes importantes de la planificación (Mintzberg, 1994).

PREPLANIFICACIÓN

Con una planificación minuciosa se puede conseguir un grado significativo de control del cáncer, incluso cuando los recursos son limitados. Sin una buena planificación se corre el riesgo de que los recursos disponibles para el control del cáncer se utilicen de forma poco eficaz y que no se materialicen los beneficios para la población que deberían resultar de esos recursos.

Distintos países han introducido planes nacionales contra el cáncer que facilitan buenos modelos sobre cómo proceder; véase <http://www.who.int/cancer> para conocer ejemplos.



¿SE NECESITA UN NUEVO PLAN DE CONTROL DEL CÁNCER?

No existe ningún país en el mundo donde no exista cáncer. Incluso en países con bajos recursos se realizan algunas actividades para su control. Por tanto, en todos los sitios se necesitan planes eficaces de control. Las razones para poner en marcha un proceso de planificación del control del cáncer (o para actualizar los planes existentes) podrían ser:

- en el país o región no se ha redactado previamente ningún plan de control y se sabe que los casos de cáncer o los factores de riesgo de cáncer son un problema importante o creciente y que se necesita una acción sistemática y organizada;
- el plan de control del cáncer disponible está anticuado en relación con las evidencias científicas actuales sobre control de la enfermedad (por ejemplo, el plan tiene más de 10 años de antigüedad y no se ha actualizado);
- el plan que se ha aplicado no está consiguiendo los resultados esperados, no es realista o está limitado en su alcance, es ineficaz o no es equitativo, o es insatisfactorio para distintas partes interesadas;
- el plan disponible es razonable, pero se ha presentado la oportunidad de contar con un plan más integral y eficaz; por ejemplo, en el país hay perspectivas de reforma del sector sanitario.



Maria Saloniki,
República Unida
de Tanzania

su historia

**HAN PASADO MÁS DE
3 AÑOS DESDE QUE
MARÍA, UNA PASTORA DE
TANZANÍA DE 60 AÑOS
MADRE DE 10 HIJOS,
SE DESPERTÓ UNA
MAÑANA CON UNA AXILA
HINCHADA.**

María apenas puede recordar cuántas veces acudió al curandero local, a cuántos doctores de clínicas y dispensarios consultó entre sus dos hospitalizaciones, cuántas palabras utilizó para describir su dolor ni a cuántas amigas acudió pidiendo consejo. María esperó más de 3 años hasta descubrir que tenía cáncer de mama; la enfermedad fue diagnosticada en una fase muy tardía con pocas probabilidades de curación.

Lamentablemente, la historia de María es muy común en la sala de hospital mal equipada y con poco personal que comparte con otras 30 pacientes de cáncer en el Instituto del Cáncer Ocean Road de Dar es Salaam, el único hospital oncológico del país. María es uno de los cerca de 24.000 pacientes de cáncer que son diagnosticados de cáncer avanzado cada año en la República Unida de Tanzania. También es uno de los 2.400 pacientes de cáncer que son lo suficientemente afortunados incluso para llegar al instituto.

El gobierno reconoce que el cáncer es un problema de salud pública. En 1997, el Ministerio de Salud refrendó un plan nacional de control del cáncer y desde entonces se han dado muchos pasos para mejorar la situación. Sin embargo, la última fase en la presentación de la enfermedad no parece que haya cambiado mucho en los últimos 25 años. Ello ha conducido a que los responsables de formular las políticas identifiquen errores del pasado y busquen nuevos planteamientos.

La República Unida de Tanzania tiene ahora una oportunidad única para trabajar sobre la experiencia pasada y reformular su plan de acción para hacerlo más eficaz. Como se sugiere en esta guía de la OMS, el país puede considerar la ejecución gradual de la prevención de factores comunes de riesgo prevenible, el diagnóstico temprano y tratamiento de unos pocos (pero frecuentes) cánceres y la prestación de cuidados paliativos.

Fuente: Ngoma TA. Informe sobre el Programa de Control del Cáncer en Tanzania, taller participativo de la OMS, 4 a 8 de diciembre de 2000, Ginebra. Información adicional facilitada por T. Ngoma, Director Ejecutivo, Instituto del Cáncer Ocean Road.

SI SE NECESITA UN PLAN, ¿QUIÉN PUEDE ABOGARLO?

Si se necesita un plan de control del cáncer nuevo o actualizado, ¿quién puede defender la necesidad de cambio?

Es poco probable que se produzca un cambio si no hay estímulos externos. Las organizaciones nacionales e internacionales pueden actuar como catalizadores del cambio influyendo en los responsables de la toma de decisiones de los países. Organizaciones internacionales con credibilidad, como la OMS y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) disponen del potencial necesario para alentar a los responsables de la toma de decisiones a que reconozcan la necesidad de un plan de control del cáncer en sus países.

Para provocar el cambio en un país o región es necesario identificar a los líderes con autoridad en la toma de decisiones y urgirles para que emprendan acciones. En el caso de Chile por ejemplo, la oferta de la OMS para apoyar el desarrollo de un proyecto de demostración dio lugar a que el Ministro de Salud nombrara a un coordinador y un consejo nacional de control del cáncer y se desarrollara un plan que fuera aplicado de forma gradual.

Los responsables de la toma de decisiones se deben asegurar de que el plan de control del cáncer no vaya a crear un programa vertical costoso, sino que se pueda integrar en otros programas relacionados, lo que significará un mejor uso de los recursos disponibles.

CÓMO PREPARAR UN PLAN ESTRATÉGICO

Si los líderes nacionales deciden crear un plan de control del cáncer nuevo o actualizado y si este esfuerzo supera cualquier oposición, entonces puede empezar el proceso de planificación. Este proceso se puede resumir como un modelo sistémico con aportación, proceso, producto, retroalimentación y resultado, todo ello dentro de un entorno (figura 1).

Resulta esencial dar un giro al proceso de planificación y transformarlo en un plan de control del cáncer que se pueda implementar con éxito. Un plan que se pueda producir pero que no se pueda poner en práctica dentro de un plazo razonable de tiempo es un fracaso.

Los beneficios de la planificación son dobles: por un lado, se produce el plan, y por el otro, los participantes en el proceso de planificación adquieren los conocimientos y experiencia de colaboración que darán respaldo a una aplicación satisfactoria del nuevo plan.

El proceso de planificación comprende tres pasos básicos que, sobre la base de las mejores evidencias científicas, dan respuesta a cuestiones clave:

PLANIFICACIÓN - PASO 1: *¿Dónde nos encontramos en la actualidad?*

PLANIFICACIÓN - PASO 2: *¿Dónde queremos estar?*

PLANIFICACIÓN - PASO 3: *¿Cómo llegaremos a ese punto?*

El paso 3 incluye dos preguntas adicionales:

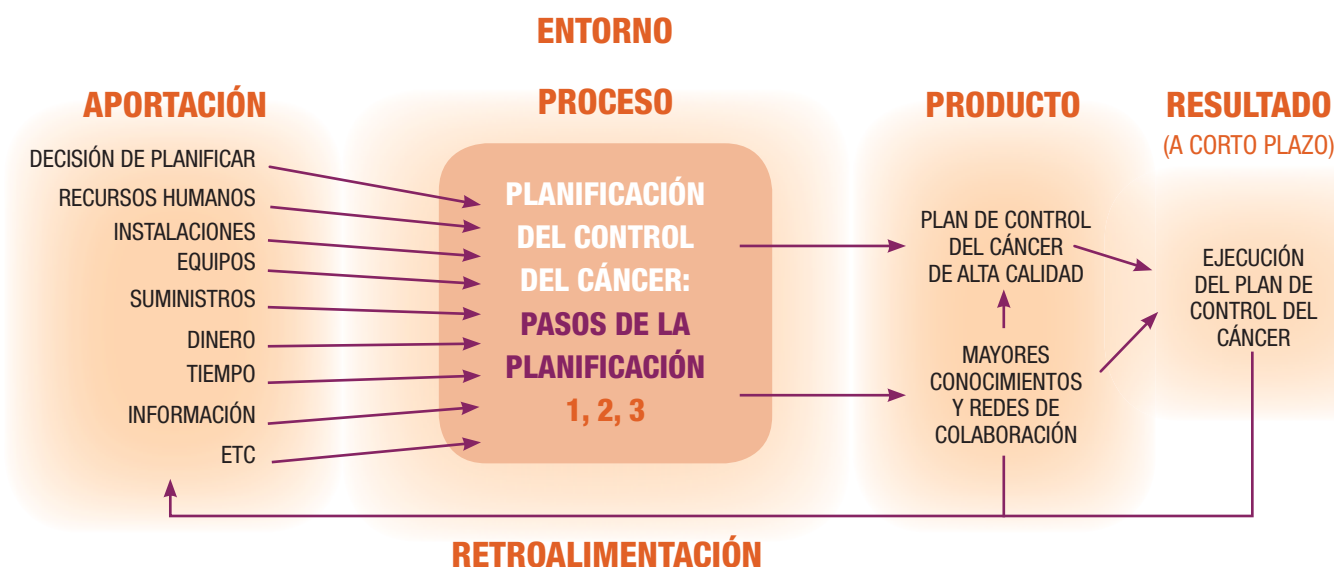
¿Cómo sabremos si hemos llegado o no a ese punto?

¿Cómo haremos el seguimiento de los progresos?

La planificación es un proceso cíclico iterativo; el plan se perfecciona en cada ciclo. Por ello, los pasos de la planificación y de la aplicación pueden solaparse y puede ser necesario repetir la secuencia de los pasos de la planificación. Por ejemplo, las prioridades identificadas en el paso 2 pueden incluir la reorganización del tamizaje de cáncer cervical en una zona objetivo específica. Entonces puede ser necesario volver al paso 1 y realizar una evaluación más profunda de los servicios de la zona seleccionada para poder aplicar las mejores soluciones.

En la actual sociedad de la información, donde los cambios se producen de forma más rápida cada vez, es imposible anticipar todos los escenarios posibles. El plan necesitará flexibilidad para enfrentarse a los imprevistos y reaccionar ante contingencias no planificadas. El plan también se debe actualizar con regularidad para introducir ajustes y adaptarse a los nuevos conocimientos, a las nuevas tecnologías y a los deseos de los pacientes/clientes.

Figura 1. Proceso de planificación del control del cáncer



CANADÁ

Ejemplo de un proceso de planificación “ascendente”

La Estrategia Canadiense de Control del Cáncer es un ejemplo de proceso de planificación “ascendente” con un alto nivel de cooperación dentro del contexto de un gobierno federal.

Los informes para la planificación se prepararon en el transcurso de un año de debates que implicó la consulta con más de 250 sobrevivientes de cáncer, así como con profesionales médicos y sanitarios.

El proceso de planificación estuvo guiado por un comité directivo compuesto por ejecutivos senior de la Asociación Canadiense de Agencias Provinciales del Cáncer, de la Sociedad Canadiense del Cáncer, del Instituto Nacional del Cáncer de Canadá y de *Health Canada*. Se caracterizó por la consulta, la participación multijurisdiccional, las perspectivas de supervivencia y la oportunidad en el tiempo.

El proceso fue impulsado por grupos de trabajo pequeños y eficaces. Estos grupos realizaron amplias consultas para desarrollar sus informes, los cuales incluían como anexos las opiniones escritas remitidas por distintas partes interesadas. Un “grupo de integración” formado por representantes de organizaciones sanitarias nacionales, entes profesionales relacionados con la oncología, sobrevivientes de cáncer y responsables de los grupos de trabajo supervisó los progresos y alcance de los grupos de trabajo y ayudó en la identificación de brechas, integrando áreas de preocupación común y desarrollando la visión estratégica global.

Se realizó una conferencia consultiva para reunir aportaciones específicas y comentarios críticos y para clasificar de manera consensuada las acciones prioritarias que se deberían poner en práctica. Se buscó la participación de los ministerios de salud (federal, provincial y territorial), centros de tratamiento del cáncer, servicios comunitarios del cáncer, prestadores de asistencia, pacientes y público en general para garantizar que se tuvieran en cuenta los puntos de vista de los responsables de formular políticas, de los responsables de su puesta en práctica y de los clientes/pacientes.

Fuente: *Estrategia Canadiense de Control del Cáncer* (http://cancercontrol.org/home_csccl.html; acceso: 15 de mayo de 2006). Información adicional facilitada por S. Sutcliffe, Director del Consejo de Gobierno, Estrategia Canadiense de Control del Cáncer.

Un buen plan debe ser accesible y debería incluir:

- involucramiento de todas las partes interesadas,
- presentación de datos sobre carga de la enfermedad y actuales esfuerzos de control,
- fijación de fines y objetivos,
- selección de poblaciones y estrategias de intervención,
- integración de estrategias en otros programas y en la ejecución del plan,
- recursos para la puesta en práctica del plan,
- monitoreo y evaluación.

Éstos son los componentes utilizados por el Índice de Planes Estatales para evaluar la calidad de un plan redactado. El Índice de Planes Estatales fue desarrollado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Butterfoss y Dunèt, 2005; Dunèt et al., 2005). Se ha aplicado para el control de la obesidad.

Se puede obtener más información en:

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0089.htm

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0090.htm



¿QUIÉN DESARROLLARÁ EL PLAN DE CONTROL DEL CÁNCER?

¿Quién debe participar en el proceso de planificación, de qué formas y durante qué fases?

La respuesta a esta pregunta estará relacionada con el contexto particular de cada país. Algunos aspectos, como la formación de los recursos humanos y factores sociales, culturales, políticos, económicos y tecnológicos, podrían influir en la elección de los participantes y en cómo participarían en el proceso de planificación.

En términos generales, son preferibles los procesos de planificación “ascendentes”, pues tienden a garantizar que quienes llevarán a efecto el plan estén involucrados desde el principio (véase el ejemplo de Canadá).

La planificación ascendente puede que no siempre sea posible, especialmente si es contraria a la cultura actual de un gobierno o si la única forma de asegurar que se disponga de nuevos recursos es dar a ese gobierno la titularidad del plan. No obstante, incluso en un proceso “descendente” es posible un enfoque participativo integral (véase el ejemplo de China).

Desarrollar el plan implica las siguientes fases: preparación, esbozo, perfeccionamiento, revisión, comunicación y mercadotecnia, asignación de presupuesto y activación. Estas fases se muestran en la tabla 1, con sus correspondientes resultados (productos) e involucración de partes interesadas (quién va a participar).

Otro modelo útil de planificación que se podría adaptar a distintos contextos socioeconómicos se conoce como Bloques Constitutivos de una Planificación Exhaustiva del Control del Cáncer, que fue desarrollado en Estados Unidos por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y sus socios para ayudar principalmente a los estados a desarrollar planes integrales de control del cáncer (CDC; 2000).

El modelo CDC (véase la tabla 2) presenta actividades específicas para emprender en un orden poco rígido. Los primeros cuatro bloques constitutivos (*mejorar infraestructuras, movilizar apoyos, utilizar datos e investigación y crear alianzas*) conforman el trabajo preliminar de la planificación y facilitan unos cimientos sólidos para todo el proceso. Las actividades del sexto bloque constitutivo (*realizar evaluaciones*) pueden empezar en una fase muy temprana del proceso y continuarán sin duda durante todas las fases de aplicación del plan.

El quinto bloque (*evaluar y abordar la carga de cáncer*) describe qué se debe hacer para redactar un plan que se pueda poner en práctica y ser evaluado. Sin embargo, si se realizan de manera prematura o sin el apoyo de los otros cinco bloques constitutivos, las actividades de este bloque pueden resultar fácilmente en un plan que no se pueda poner en práctica ni evaluar.

CHINA

Ejemplo de un proceso de planificación “descendente”

Un ejemplo de proceso de planificación del control del cáncer “descendente” lo da el Programa de Prevención y Control del Cáncer en China (2004-2010) iniciado en 2002 y lanzado en 2003. China es un país de ingresos bajos-medios con una estructura de gobierno centralizada. El cáncer representa el 20% de todas las muertes y es en la actualidad la principal causa de muerte en las poblaciones urbanas. De forma tradicional se ha confiado excesivamente en enfoques orientados al tratamiento, obviando las estrategias de prevención.

Alarmado por las tendencias al alza del cáncer, el departamento de control de enfermedades del Ministerio de Salud inició el proceso de planificación. Un equipo base estuvo a cargo del desarrollo del plan en estrecha coordinación con la prevención y control de otras enfermedades. La principal dificultad durante la fase de planificación fue alcanzar un acuerdo sobre los objetivos y prioridades del plan. Finalmente se eligieron las más importantes y viables. En junio de 2003, el plan se publicó en la red para recibir comentarios del público. Mientras tanto, se recogieron sugerencias de más de 60 expertos del país a través del correo. En agosto de 2003 se aprobó el borrador final en un simposio que reunió a líderes relevantes del Ministerio de Salud y otros expertos.

Las prioridades del plan incluyen: prevención (p. ej. control del tabaquismo, vacunación contra la hepatitis B, control de los factores de riesgo laboral), detección temprana y tratamiento de los principales tipos de cáncer (útero, cuello de útero, mama, estómago, hígado, nasofaríngeo, colon y recto), rehabilitación y cuidados paliativos y ampliación de los registros de cáncer. El mayor problema encontrado en su puesta en práctica es el insuficiente financiamiento para llevar a cabo el plan bienal de acción, plan que se centra principalmente en la detección temprana y en una campaña de educación del público. No obstante, se realizan esfuerzos para identificar fuentes adicionales de financiamiento para respaldar las actividades.

Fuente: Programa de control y prevención del cáncer en China, 2004-2010 (<http://www.chinacancernet.org.cn/links/english.html>; acceso: 18 de mayo de 2006). Información adicional facilitada por L. Kong, Director General Adjunto, Departamento de Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.

Tabla 1. Fases de desarrollo de un plan de control del cáncer, sus productos y potenciales participantes

Fase	Producto	Quién va a participar
Preparación	○ Decisión sobre la estructura organizativa ○ Propuesta inicial de planificación ○ Detalle de los recursos disponibles	○ Grupo de acción pequeño
Esbozo	○ Esbozo del plan de control del cáncer Planificación - Paso 1: ¿Dónde nos encontramos en la actualidad? es decir, evaluación de: carga de cáncer, control y contexto del cáncer Planificación - Paso 2: ¿Dónde queremos estar? es decir, identificación de: fines y objetivos, poblaciones objetivo, prioridades Planificación - Paso 3: ¿Cómo llegamos a ese punto? Plan de acción ¿Cómo sabremos si hemos llegado a ese punto? ¿Cómo haremos el seguimiento de los progresos?	○ Grupo ejecutivo ○ Grupo de trabajo de planificación ○ Consejo del Cáncer ○ Grupos para tareas específicas ○ Facilitadores ○ Asesores
Perfeccionamiento	○ Borrador con inclusión de retroalimentación	○ Grupo de referencia grande
Revisión	○ Plan final de control del cáncer	○ Asesores o grupo de expertos externos ○ Grupo ejecutivo ○ Grupo de trabajo de planificación
Comunicación y mercadotecnia	○ Diseminación del plan de control del cáncer ○ Nivel de sensibilización de la opinión pública y de los líderes del gobierno	○ Grupo ejecutivo ○ Grupo para tareas específicas
Asignación de presupuesto	○ Valoración realista de los costos de iniciación y mantenimiento del plan	○ Grupo ejecutivo ○ Asesores financieros
Activación	○ Adopción/refrendo por las autoridades nacionales pertinentes	○ Gobierno (Ministerio de Salud)

Tabla 2. Contribución de los bloques constitutivos al proceso global de control del cáncer

Bloque constitutivo	Contribuciones
1. Mejorar infraestructuras	○ Desarrollar o mejorar la infraestructura de planificación ayuda a iniciar un control integral del cáncer, a mantenerlo en su camino y a que avance el proceso.
2. Movilizar apoyos	○ Se deben movilizar apoyos que permitan el inicio del proceso de planificación y que sustenten la ejecución e institucionalización.
3. Utilizar datos e investigación	○ Se deben utilizar datos e investigación para fijar prioridades y para desarrollar estrategias que garanticen que las decisiones estén basadas en las evidencias y sean defendibles.
4. Crear alianzas	○ Se deben establecer alianzas para asegurar el compromiso y el apoyo a la planificación y a la implementación.
5. Evaluar y abordar la carga de cáncer	○ Ésta es la piedra angular del proceso global de control del cáncer respaldada por los otros cinco bloques constitutivos. Se evalúa la carga de cáncer y se aborda después mediante una asociación amplia que mejore las infraestructuras, movilice apoyos, utilice datos e investigación y realice la evaluación.
6. Realizar evaluaciones	○ Las evaluaciones se deben realizar para supervisar los resultados y para garantizar el mejoramiento continuo del proceso.

Fuente: CDC, 2002.

EL PAPEL DE LAS PARTES INTERESADAS

Una parte interesada es alguien que tiene interés en una organización o programa. Las partes interesadas afectan o quedan afectadas por la organización o programa. En el contexto de la planificación del control del cáncer, una parte interesada tiene un potencial para invertir en el proceso de planificación.

Para identificar la participación de las partes interesadas apropiadas se puede utilizar el análisis de partes interesadas. Ejemplos de plantillas de este análisis son:

UNICEF y Ciencias de Manejo para la Salud:
Guía para gestionar el análisis de partes interesadas:
<http://www.erc.msh.org/quality/ittools/itstkan.cfm>



Desarrollo del Reino Unido en el Extranjero
 Administración:
Nota orientativa sobre cómo realizar análisis de partes interesadas de proyectos y programas de ayuda:
<http://www.euforic.org/gb/stake1.htm>



Si un plan de control del cáncer es integral y asumiendo que exista verdadera intención de ponerlo en práctica, desde el primer momento se debe invitar a todas las partes interesadas clave actuales y potenciales a que participen en el proceso de planificación. Un involucramiento temprano aumenta la probabilidad de que las partes interesadas desarrollen un sentimiento de titularidad del plan y un compromiso para hacer que tenga éxito. Cada socio aporta al plan de control del cáncer sus activos en conocimientos, redes de colaboración y posiblemente, otros recursos.

INTERACTUACIÓN Y COMUNICACIÓN

Los participantes en el proceso de planificación necesitan interactuar y comunicarse libremente. Entre los atributos básicos de un trabajo en colaboración se incluyen: flexibilidad, actitud abierta, tolerancia, aceptación de cambios de autoridad y status y voluntad de enfrentarse a desafíos.

ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

Para completar el proceso de planificación debe existir un presupuesto que contemple los recursos necesarios para implementar y mantener el plan. El presupuesto debe ser realista, es decir, compatible con los recursos que probablemente estén disponibles a través de la acción del gobierno y de apoyos no gubernamentales.

PLANIFICACIÓN - PASO 1

¿Dónde nos encontramos en la actualidad?

El primer paso en la planificación del control del cáncer es evaluar la situación actual del problema y las actividades o programas para su control. Como la evaluación del problema del cáncer y del plan y programa para su control es una tarea compleja, es importante establecer lo que es relevante y susceptible de evaluación y cómo evaluarlo.

En cualquier plan eficaz de control del cáncer, las prioridades y los programas de control son impulsados por los datos disponibles sobre las necesidades del cáncer en la población general y en los grupos de riesgo en particular. Un plan de esas características permite dirigir los recursos disponibles o las nuevas inversiones para responder de forma eficaz y efectiva a las necesidades no satisfechas, reduciendo las desigualdades y mejorando el bienestar.

EVALUACIÓN DEL PROBLEMA DEL CÁNCER

La Tabla 3 muestra qué evaluar en relación con las necesidades de la población en general y de los grupos expuestos a riesgos específicos.

Tabla 3. El problema del cáncer: qué evaluar

Grupo de población		Qué evaluar ^a
Población en general		○ El contexto social, económico y cultural que influye en el problema del cáncer ○ Los datos demográficos ○ El número de personas sanas (sin factores de riesgo de cáncer) ○ Nivel de conciencia de la población sobre el cáncer y sus factores de riesgo
Población expuesta a riesgos de cáncer	Tabaco	○ Número de fumadores y prevalencia y tendencia del tabaquismo ○ Desigualdades de edad y género en el tabaquismo
	Otros riesgos relevantes	○ Número, prevalencia y tendencias para otros factores relevantes de riesgo del cáncer, incluidos aquéllos del puesto de trabajo y del entorno
Población con un cáncer nuevo	Cáncer temprano	○ Incidencia de cánceres susceptibles de detección temprana (p. ej., cervical, de mama) ○ Fase del cáncer en el momento de diagnóstico ○ Conciencia sobre detección temprana del cáncer ○ Desigualdades de edad y género en la incidencia, mortalidad y supervivencia de cánceres susceptibles de detección temprana
	Otros	○ Incidencia de otros cánceres tratables ○ Frecuencia de cánceres no curables ○ Fase del cáncer en el momento de diagnóstico ○ Conciencia sobre el cáncer ○ Prevalencia del dolor y otros síntomas
Población que sobrevive al cáncer		○ Número y prevalencia de los sobrevivientes ○ Tasa de supervivencia ○ Frecuencia de complicaciones postratamiento o secuelas relacionadas con el cáncer ○ Número de cánceres secundarios ○ Nivel de conciencia sobre el cáncer ○ Calidad de vida ○ Necesidades psicosociales y económicas
Muertes por cáncer		○ Cifras de muertes por cáncer y tasas de mortalidad

^aDesglosado, si es posible, por sexo, edad, grupo étnico, grupo socioeconómico y ubicación del cáncer.

Las medidas básicas de la carga de la enfermedad son las cifras de muertes, nuevos diagnósticos (incidencia), personas que viven con la enfermedad (prevalencia) y su probabilidad de sobrevivir a la enfermedad, y personas que viven con un cáncer terminal.

Los recursos óptimos para determinar la carga de cáncer son:

- registros de cáncer bien organizados basados en la población que faciliten datos sobre incidencia y supervivencia;
- estadísticas de buena calidad sobre mortalidad (pueden ser suficientes en ausencia de registros de cáncer).

La Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) es la agencia de la OMS responsable de facilitar la creación de registros de cáncer en muchos países (Jensen et al., 1991; Armstrong, 1992). La Asociación Internacional de Registros de Cáncer es otro importante recurso en este campo. La OMS coteja las estadísticas nacionales y las pone a disposición, pero los niveles de cobertura y totalidad son desiguales entre los países, oscilando entre el 100% de la población en algunos países ricos hasta menos del 10% en África.

En ausencia de registros de cáncer basados en la población y de estadísticas sobre mortalidad, las estimaciones sobre incidencia, mortalidad y prevalencia se pueden obtener de la frecuencia relativa de distintos tipos de cáncer (por edad y sexo) en cualquier serie de casos disponible. Éstos pueden ser por ejemplo pacientes que acuden a uno o más hospitales, y es posible que incluso pueda existir un registro de cáncer de carácter hospitalario, de donde se pueden obtener datos de estos casos.

No obstante, los pacientes que acuden a un hospital en particular es probable que no representen una muestra aleatoria de casos en la población donde esté ubicado el hospital. Por ejemplo, los hospitales de cáncer tendrán servicios de oncología especializados y tendrán tendencia a atraer pacientes de cáncer de un área geográfica amplia que se benefician de esos tratamientos, mientras que los pacientes con cánceres que sean más o menos incurables (p. ej. de hígado, pulmón o páncreas) recibirán cuidados paliativos (si los hay) en hospitales locales o no serán admitidos.

Se pueden obtener datos de las siguientes fuentes, pero es importante ser juiciosos sobre la probable representatividad de la información obtenida de esta forma:

- *Las estadísticas hospitalarias* disponibles en los departamentos/ministerios de salud se recopilan a efectos administrativos y harán referencia por lo general a admisiones (o altas) más que a casos, por lo que aquellos cánceres que requieran distintos cuidados serán contabilizados muchas veces.
- *Los departamentos de patología* mantienen a menudo registros de casos, por lo que se puede obtener el perfil de cánceres diagnosticados en laboratorio; estas series suelen tener predisposición a favor de cánceres que ya han sido diagnosticados mediante biopsia y excluyen los diagnosticados por otros medios (p. ej. rayos X y ultrasonidos).
- La *IARC* ha preparado estimaciones del perfil del cáncer (incidencia, mortalidad, prevalencia) para todas las poblaciones nacionales (<http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>) y cuando no se dispone de datos de mortalidad ni de registros de cáncer, para preparar las estimaciones se han utilizado diversos datos de series de casos (Ferlay et al., 2004).

Las estimaciones de las tasas de muerte por cáncer para todos los Estados Miembros de la OMS se pueden obtener en <http://infobase.who.int>
Estimaciones comparables de causas de muerte para los países están disponibles en <http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/gbdincomelevelmortality2002.xls>



Cuando existan datos confiables de incidencia del cáncer basados en la población, el análisis de los datos de incidencia y mortalidad dentro de unidades geográficas más pequeñas puede ayudar a los responsables de la planificación a tomar decisiones mejor informadas acerca de la asignación de recursos para tamizaje y tratamiento.

Para obtener un ejemplo de herramienta, véase el sitio web de Perfiles Estatales de Cáncer de Estados Unidos <http://www.statecancerprofiles.cancer.gov>
Ésta es parte del portal web sobre planificación de un control exhaustivo del cáncer <http://www.cancercontrolplanet.cancer.gov> denominado Cancer Control PLANET (plan, enlaces, actuación, red, con herramientas basadas en las evidencias).



Como parte del proceso de definición de las prioridades es importante comparar la carga, tendencias y proyecciones del cáncer con las de otras enfermedades. Las muertes por cáncer representan alrededor de una cuarta parte de la mortalidad total en países con altos ingresos de todo el mundo, países donde las expectativas de vida son las más altas.

En países con bajos ingresos, donde la expectativa de vida es inferior, el número de muertes por cáncer aparenta ser menor. Sin embargo, la creciente expectativa de vida en muchos de estos países, junto con un aumento de la exposición a factores de riesgo de cáncer, conducirá eventualmente a un superior número de muertes por cáncer de lo que se percibe en la actualidad.

La identificación y comprensión de todas las necesidades (es decir, físicas, psicosociales, espirituales y económicas) de las personas expuestas a factores de riesgo, así como las de los pacientes de cáncer, sus familiares, quienes les prestan cuidados y de los sobrevivientes, son aspectos importantes de la planificación de los servicios que deberían estar disponibles o accesibles para satisfacer sus necesidades. Para identificar las necesidades no satisfechas o el grado de satisfacción de estos grupos se pueden utilizar distintos planteamientos.

En el sitio web del cáncer de la OMS se facilitan más detalles <http://www.who.int/cancer>



EVALUACIÓN DEL PLAN DE CONTROL DEL CÁNCER EXISTENTE Y DE LAS ACTIVIDADES EN MARCHA

La tabla 4 muestra qué evaluar en relación con el actual plan de control del cáncer y actividades en marcha.

Tabla 4. El plan de control del cáncer y actividades: qué evaluar

	Qué evaluar
Plan de control del cáncer	○ Refrendo del plan y ámbito (nacional/provincial) ○ Nivel de actualidad (actualizado/desfasado) ○ Accesibilidad al texto del plan ○ Involucramiento de partes interesadas en la preparación del plan ○ Inclusión de secciones críticas del plan (valoraciones, fines y objetivos, estrategias, cronograma, personas responsables, recursos, monitoreo y evaluación) ○ Amplitud y prioridades (objetivos y acciones relacionadas con la prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos) ○ Integración en planes de enfermedades crónicas y otras actividades relacionadas ○ Utilidad del plan (usado para guiar la aplicación del programa)
Actividades/servicios de control del cáncer en marcha y resultados	○ Número y tipo de programas y servicios relacionados ofrecidos para prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y cuidados paliativos ○ Cobertura de las actividades en marcha ○ Calidad de las actividades en marcha ○ Integración de las actividades en marcha en aquéllas para enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados ○ Evaluación de indicadores de productos, procesos y resultados y tendencias
Recursos de las actividades/servicios de control del cáncer en marcha	○ Sistemas de información (p. ej. registros de cáncer, vigilancia de factores de riesgo) ○ Protocolos, directrices, manuales, materiales educativos, etc. ○ Recursos físicos (infraestructuras, tecnologías, medicamentos) ○ Recursos humanos (líderes, consejos, comités, redes de atención sanitaria, proveedores de atención sanitaria, socios, curanderos tradicionales) ○ Recursos económicos ○ Normativas y legislación
El contexto	○ Análisis FODA: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas relacionadas con el rendimiento del control del cáncer

EVALUACIÓN DEL PLAN

Para evaluar el plan de control del cáncer es importante formular las siguientes preguntas:

¿QUIÉN VA A REFRENDAR EL PLAN Y QUÉ ALCANCE VA A TENER ÉSTE?

- ▣ ¿El gobierno va a refrendar el plan?
- ▣ ¿El plan es de ámbito nacional o es una colección de planes individuales de comunidades o provincias? o ¿el plan está limitado a una sola región del país?

¿EL PLAN ESTÁ AL DÍA?

- ▣ ¿Cuándo se preparó el plan? ¿Está desfasado?
- ▣ ¿Tenía alguna fecha límite y personas responsables de su aplicación?

¿ES ACCESIBLE EL TEXTO DEL PLAN?

- ▣ ¿Se pueden obtener fácilmente copias en papel?
- ▣ ¿Está disponible en Internet? ¿En qué idiomas?

¿CÓMO ES EL INVOLUCRAMIENTO DE LOS PARTÍCIPIES EN EL PLAN?

Las alianzas mejoran la eficacia de los programas y éstos son más eficaces cuando incluyen partes interesadas de distintas disciplinas y sectores.

Véase la herramienta de evaluación de asociaciones disponible en <http://www.who.int/cancer>



EVALUACIÓN DEL INVOLUCRAMIENTO DE LAS PARTES INTERESADAS

- ▣ ¿Quiénes son los socios involucrados actualmente en la planificación y aplicación del programa? ¿Los socios representan la diversidad de aportaciones necesarias de partes interesadas? (por ejemplo, ¿representan intereses que sean compatibles con los fines del programa?)
- ▣ ¿Cuál es el nivel de compromiso de cada socio en la puesta en práctica de los programas de un plan de cáncer ya existente?
- ▣ ¿Los socios tienen voluntad y están dispuestos a trabajar juntos para armonizar con otros sus tareas y actividades y alcanzar los resultados deseados?

¿EL PLAN INCLUYE TODA LA INFORMACIÓN RELEVANTE?

- ▣ ¿El plan incluye una descripción del problema del cáncer (incluyendo los datos disponibles)?
- ▣ ¿El plan incluye fines, objetivos, estrategias (acciones), recursos, cronograma, personas responsables para abordar la carga de cáncer, así como el monitoreo y evaluación?

¿EL PLAN ES INTEGRAL E INTEGRADO?

- Dependiendo del nivel de recursos del país, ¿el plan está limitado a un tipo de cáncer sólo o se centra exclusivamente en un final del proceso de control del cáncer cuando debería ser más integral y variado?
- ¿Están integradas las actividades del plan en aquéllas de otros problemas relacionados?

¿ES ÚTIL EL PLAN?

- ¿El plan del cáncer es un documento que se utiliza para guiar los esfuerzos de diversas partes interesadas en el programa o es un documento que se deja en la estantería y no se utiliza nunca?
- ¿Se ha evaluado el plan alguna vez?, y en caso afirmativo, ¿cuántas veces y cuándo?
- ¿Cuál es la situación del liderazgo actual responsable de que avance la ejecución del plan?

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS O ACTIVIDADES

A la hora de evaluar los actuales programas o actividades de control del cáncer, el centro de atención se debe poner en el vacío existente entre *lo que se necesita* para abordar el problema del cáncer y lo que hay disponible *actualmente*.

Para comenzar la evaluación de los programas de cáncer existentes formule las siguientes preguntas:

- *¿Qué programas y servicios relacionados se están ofreciendo?*
Entre éstos se incluyen programas de servicios médicos, así como otros servicios de apoyo necesarios para garantizar unos programas de alta calidad, como registros de cáncer y actividades de vigilancia.
- *¿Cuántas personas y qué porcentaje de la población están cubiertos por los programas?*
La mejor respuesta a esta pregunta se da en el contexto de los fines pretendidos para el programa. Por ejemplo, puede ser que un programa de tamizaje de cáncer cervical esté dirigido exclusivamente a quienes acudan a servicios de salud materno infantiles, y por lo tanto, no cubra a las personas más mayores de la población que se encuentren en alto riesgo de desarrollo de cáncer cervical.
- *¿Qué calidad tienen los programas?*
Para cada programa es importante preguntar si se han establecido medidas de la calidad de la prestación del servicio y si éstas se supervisan. Si se evalúa o se pudiera evaluar la calidad, ¿qué información existe acerca de la idoneidad del programa en términos de cumplir los estándares de atención o los fines pretendidos del programa?
- *¿Cómo se integran los programas entre sí y en otros programas de salud?*
Los programas de salud que tratan cuestiones relacionadas con el cáncer incluyen: prevención de enfermedades crónicas, salud reproductiva, salud laboral y medioambiental, inmunización contra la hepatitis B y VIH/SIDA. La integración de estos programas en los de control del cáncer aprovecha plenamente los recursos disponibles.

■ *¿Cuáles son los recursos existentes asociados a estos programas?*

Los recursos se relacionan en la tabla 4. Se deben tener en cuenta los recursos ofrecidos por organizaciones no gubernamentales; por ejemplo, el número y distribución de médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios de esas organizaciones que pueden prestar servicios. En algunos países es importante tener en cuenta a los curanderos tradicionales, los cuales, si reciben la formación adecuada, pueden contribuir a educar a la comunidad y prestar cuidados de apoyo.

¿CUÁL ES EL CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO EN QUE SE DESARROLLAN LOS PLANES Y PROGRAMAS?

El desarrollo de planes y programas integrales de control del cáncer exige un total conocimiento del contexto. Una forma de evaluar la situación es analizar las fortalezas, las oportunidades, las debilidades, y las amenazas (**FODA**) asociadas al actual plan y a su puesta en práctica.

En el transcurso del análisis **FODA** se debe responder a las siguientes preguntas:

■ *¿Cuáles son las fortalezas y debilidades asociadas a la aplicación del plan?*

Existen factores que resultan afectados por fuerzas internas, como el involucramiento de partes interesadas, el apoyo político, el liderazgo, el compromiso de los socios en la aplicación, los recursos disponibles para poner en práctica el plan y los esfuerzos de evaluación asociados a la aplicación del propio plan.

F fortalezas
Oportunidades
Debilidades
Amenazas

■ *¿Cuáles son las oportunidades y amenazas asociadas a la ejecución del plan?*

Existen factores que resultan afectados por fuerzas externas, como el cambio en los líderes gubernamentales, la situación económica dentro del país, la existencia de otras prioridades de enfermedades no relacionadas con el cáncer y las fuerzas que subyacen en el riesgo de cáncer o en los factores de protección.

En el trabajo existen influencias sociales y económicas, dentro y entre naciones, que respaldan y sostienen la adopción de comportamientos que son factores de riesgo de cáncer, tanto de forma intencionada como involuntaria. Quizás, el peor ejemplo de apoyo intencional para la adopción y mantenimiento de un comportamiento conocido como factor de riesgo de cáncer lo da la industria tabaquera multinacional (Anónimo, 2002; IARC, 2004).

Entre los ejemplos de promoción involuntaria de factores de riesgo de cáncer se incluyen aquellas industrias que lanzan al medio ambiente concentraciones significativas de contaminantes carcinógenos. De forma similar, cuando se esbozan políticas de desarrollo de las comunidades, de transporte y de entornos de trabajo, los gobiernos fallan a menudo a la hora de considerar las oportunidades que existen para que los ciudadanos realicen alguna actividad física. Es necesario un pleno conocimiento de estas fuerzas sociales y económicas cuando se desarrollan planes integrales de control del cáncer. Estos programas deben abordar el legítimo papel de las comunidades y los gobiernos para regular prácticas que favorezcan el cáncer y adoptar políticas que promuevan la salud y reduzcan la exposición a factores de riesgo de cáncer (Instituto Nacional del Cáncer, 2000).

Tabla 5. Autoevaluación por países

	Básica	Ampliada	Deseable
Principales fines de la evaluación	- Facilitar una perspectiva general del alcance del problema del cáncer y la existencia y calidad de un plan - Evaluar cualitativamente los elementos básicos del desempeño del control del cáncer - Compartir experiencias como parte de la comunidad basada en el sitio web de la OMS	- Evaluar el alcance del problema y la calidad del plan actual - Evaluar cualitativamente y cuantitativamente algunos elementos importantes del rendimiento del control del cáncer	- Evaluar el contexto social y económico y su relación con el problema del cáncer - Evaluar el alcance del problema y la calidad del plan actual - Evaluar cualitativamente y cuantitativamente todos los elementos importantes del rendimiento del control del cáncer
Audiencia principal	Comunidad nacional e internacional de salud pública	Comunidad nacional de salud pública	Comunidad nacional de salud pública
Cobertura esperada en el país	Todos los países	Mayoría de países que cuenten con actividades de control del cáncer	Principalmente, países con un programa de control del cáncer bien establecido
Información que se debe recopilar sobre la carga de cáncer	- Nivel de conciencia sobre el cáncer en los subgrupos de población clave - Incidencia global del cáncer y mortalidad y tendencias - Incidencia y mortalidad de los principales cánceres prevenibles, detectables tempranamente y tratables - Porcentaje de cánceres diagnosticados en fases avanzadas - Número de fumadores y prevalencia del tabaquismo - Prevalencia de otros factores de riesgo importantes, incluidos aquéllos relacionados con el lugar de trabajo y el entorno	- Tendencias en la incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer prevenibles, detectables tempranamente y tratables - Distribución por fases de los principales tipos de cáncer - Desigualdades de edad y género para los principales tipos de cáncer y factores de riesgo de cáncer - Prevalencia de dolor y otros síntomas frecuentes - Necesidades psicosociales y económicas de los pacientes de cáncer y sus familias	- Información relevante sobre el contexto socioeconómico - Tendencias en la incidencia y mortalidad de todos los tipos de cáncer prevenibles, detectables tempranamente y tratables - Tendencias en la distribución por fases - Número y prevalencia de sobrevivientes de cáncer - Tasas de supervivencia de los principales tipos de cáncer - Frecuencia de complicaciones postratamiento
Información que se debe recopilar sobre el programa del cáncer	Evaluación cualitativa sencilla (es decir, que requiera NO, SÍ o respuestas intermedias para los puntos relacionados en la tabla 4)	Información cuantitativa relacionada con los servicios de cáncer en marcha y sus resultados	Información cuantitativa detallada sobre indicadores de resultados, productos y procesos para cada componente del control del cáncer
Fuentes de información	- Estadísticas de OMS/IARC - Bases de datos de Naciones Unidas - Estudios del Ministerio de Salud	- Estadísticas nacionales - Registros de cáncer - Estudios de población (hogares)	Otras fuentes nacionales y entrevistas con líderes de opinión
Mecanismo de recopilación de la información	Equipo OMS nacional/local y otras organizaciones internacionales	Equipo nacional/local	Equipo nacional/local
Cronograma	2 meses aproximadamente	3 a 6 meses aproximadamente	6 a 8 meses aproximadamente

AUTOEVALUACIÓN POR PAÍSES

Para ayudar a los países a que lleven a cabo una evaluación exhaustiva de su situación de control del cáncer, la OMS ha desarrollado un marco para evaluar las necesidades relacionadas con el cáncer de la población y los actuales servicios prestados para responder a esas necesidades. El marco sigue un enfoque progresivo e incluye un juego de herramientas de autoevaluación (medidas básicas, ampliadas y deseables) con distintos niveles de complejidad y de requisitos de recursos.

Las herramientas de autoevaluación, que se pueden adaptar a las circunstancias específicas de cada país, están disponibles en el sitio web de la OMS <http://www.who.int/cancer>



La tabla 5 proporciona un resumen de los distintos pasos que se deben dar dentro de cada país para evaluar el problema del cáncer y los programas para su control.

La evaluación consta de lo siguiente:

CONCENTRARSE EN LAS PERSONAS

- *Consulta a partes interesadas clave* para determinar las metas globales, los objetivos y la calendarización de la evaluación, así como para identificar un coordinador del control del cáncer y un equipo de evaluación.
- *Selección de un equipo o varios equipos para realizar la evaluación* y dar un mandato claro, así como un presupuesto para personal de apoyo y asesores.

Véase la herramienta de la OMS sobre creación de equipos en <http://www.who.int/cancer>



- *Definición de la población objetivo*, quizás centrándose inicialmente en personas que vivan en una zona donde la incidencia de cáncer sea alta (por ejemplo, una zona urbana en lugar de una rural). Si se debe implementar un programa de tamizaje, dado su costo y complejidad, sería inteligente realizar una prueba piloto antes de ampliar el programa al resto del país. Algunas intervenciones de control del cáncer, como aquéllas relacionadas con aumentar el nivel de conciencia política, pueden requerir intervenciones a escala nacional.

RECOPILACIÓN DE DATOS

- *Decisión sobre el tipo de evaluación* (básica, ampliada, deseable) que se vaya a realizar (véase la tabla 5). Por ejemplo, puede ser necesario realizar la evaluación rápidamente con el mínimo de recursos, en cuyo caso se debe utilizar la herramienta de evaluación básica. Posteriormente, se podría llevar a cabo una evaluación en profundidad.
- *Decisión sobre cómo se pueden adaptar las preguntas de la herramienta de evaluación* para que se ajusten de la mejor manera posible a los fines y objetivos de cada país.
- *Recopilación de información de distintas fuentes utilizando métodos y técnicas apropiados*. En términos generales, las fuentes de información más valiosas serán las fuentes nacionales y locales, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

ANÁLISIS DE DATOS

- *Suministrar las mejores estimaciones posibles si la información requerida no está disponible actualmente o resulta muy difícil de conseguir*. Más tarde, se podrían realizar estudios especiales o establecer un sistema de información para recopilar la información de manera sistemática.
- *Valoración de los datos recogidos* en relación con calidad y fiabilidad, teniendo en cuenta la fuente de información. Se recomienda el uso de un sistema de calificación estándar.

Véanse como ejemplo los criterios de evaluación
Bandolier en
<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band6/b6-5.html>



- *Análisis de la información recopilada* para identificar problemas en la disponibilidad y calidad de los servicios. Cuando haya brechas de conocimiento, una prioridad podría ser mejorar la calidad y disponibilidad de datos a efectos de futura planificación.

INFORMES Y SEGUIMIENTO

- *Preparación de un informe preliminar*. Es aconsejable distribuir un informe preliminar entre las partes interesadas para recibir sus comentarios y mejorar el informe antes de preparar su versión final.
- *Amplia diseminación del informe final*.
- *Diseño de un plan de acción para cubrir las brechas existentes y mejorar el rendimiento del programa de control del cáncer*.

El ejercicio de autoevaluación dará respuesta a la pregunta:

¿Dónde nos encontramos en la actualidad?

El siguiente paso de la planificación es responder a la pregunta:

¿Dónde queremos estar?

PLANIFICACIÓN - PASO 2

¿Dónde queremos estar?

La evaluación (paso 1 de la planificación) identifica las brechas existentes en los servicios, así como en los datos y conocimientos, en relación con la carga de la enfermedad, la población de riesgo y los factores de riesgo.

El siguiente paso es considerar qué se podría hacer (dada la limitación de recursos y capacidad) para responder a la pregunta: ¿Dónde queremos estar?

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo de cualquier plan de control del cáncer depende de los fines del plan. Un plan integral cubrirá todo el proceso del control de cáncer, desde la prevención hasta la paliación, y se dirigirá a toda la población (sea de un país, región, estado, provincia o área geográfica). Un plan selectivo se dirigirá bien a un subgrupo de la población o a un componente limitado del control del cáncer. Por ejemplo, si el plan se centra inicialmente en los cuidados paliativos, entonces sólo serán objetivo los pacientes diagnosticados de cáncer.

La experiencia obtenida por distintos países, en particular aquéllos con recursos limitados y donde el apoyo político es bajo, demuestra que es aconsejable concentrar los esfuerzos en una zona de demostración donde se puedan poner en práctica con éxito unas pocas iniciativas prioritarias. Estos logros pueden servir de punto de entrada para atraer el apoyo político y económico, lo que permitirá la expansión del programa en una fase posterior, tanto geográficamente como en alcance.

IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS

Sobre la base de la evaluación se pueden identificar las brechas (la situación actual en comparación con la situación deseada) y considerar potenciales intervenciones correctoras.

La cuestión directriz es: ¿Qué debe esperar una persona de los servicios que presta el programa de control del cáncer? Si se está desarrollando un plan de prevención del cáncer, entonces esta pregunta se aplica a los servicios que deberían estar facilitando una prevención del cáncer donde se utilicen las mejores prácticas. Comparando las mejores prácticas (según informa la literatura mundial) con los servicios reales que está recibiendo la población se revelan las brechas en la prestación de servicios.

FIJACIÓN DE OBJETIVOS

Los objetivos deben estar relacionados directamente con las brechas de control existentes que sean de mayor importancia para la salud actual y futura de la población. La elección debe estar basada en las evidencias y los objetivos deben ser alcanzables. Los objetivos deben ser específicos, medibles, aprobados por el grupo, realistas y temporalmente definidos (**SMART**). Es importante desarrollar objetivos para los resultados (los efectos esperados sobre la población objetivo) y objetivos para el proceso (qué se debe hacer en términos de organización de actividades y recursos para conseguir los resultados deseados).

S eSpecificos

M edibles

A probados por el grupo

R ealistas

T emporalmente definidos

“Anteponiendo las necesidades del ser humano a los sistemas que ha creado el hombre moderno podemos asegurar que el hombre esté en realidad servido por esos sistemas en lugar de convertirse en su esclavo.”

Cardinal D. Escrito en la piedra
(<http://www.civilization.ca/cmhc/architecture/tour09e.html>;
acceso: 18 de mayo de 2006).

Para que el plan sea eficaz, todos los objetivos tienen que promover un fin común. Por ejemplo, al principio de la fase de planificación para el primer plan nacional contra el cáncer de Suiza, las partes interesadas fijaron el fin: *reducir la incidencia y mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias*. Este fin permitió que el equipo de planificación desarrollara objetivos que estaban centrados en las necesidades de la población (resultados) que marcaron los posteriores debates sobre estrategias y acciones para alcanzar esos objetivos.

Definir los objetivos a corto, medio y largo plazo resulta de ayuda. Por ejemplo, una medida del proceso a corto plazo podría ser la ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Un objetivo de resultado a medio plazo podría ser una reducción del 10-20% en la prevalencia de fumadores masculinos adultos en 10 años. Un objetivo a largo plazo podría ser una reducción en la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres adultos superior al 10% en 20 años.

La tabla 6 da ejemplos de objetivos a medio y largo plazo para el plan en conjunto y sus componentes según el nivel de recursos disponibles. Para cada objetivo se necesita un juego de logros cuantificables y fechas límite en las que alcanzarlos. Estos ejemplos se pueden adaptar a las necesidades locales particulares, asegurando flexibilidad y titularidad.

EVALUACIÓN DE LA VIABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES

La viabilidad de una intervención para una población determinada depende de las destrezas y de las infraestructuras disponibles, del conocimiento y actitudes de la población objetivo y de la motivación del gobierno y de los proveedores del control del cáncer. Es importante evaluar el impacto de las intervenciones practicadas anteriormente en la población objetivo y considerar otras intervenciones que hayan sido aplicadas con éxito en cualquier otro sitio.

Para utilizar intervenciones que hayan sido eficaces en otras poblaciones se deben comparar las características de la población objetivo con las de la otra población, debiendo adaptarse la intervención de forma apropiada. Por ejemplo, en culturas donde las decisiones importantes sobre la salud de las mujeres las toman los hombres (padres o maridos), el éxito del tamizaje para cáncer de mama o cervical podría depender de la eficacia con que se eduque a los hombres sobre los beneficios de esa intervención.

La participación de distintas comunidades en el monitoreo de las actividades ha sido uno de los puntos fuertes de la comunidad internacional de control del tabaquismo, interactuando a través del sitio web UICC Globalink web site
<http://www.globalink.org/>



FIJACIÓN DE PRIORIDADES

Resulta esencial fijar prioridades porque los recursos disponibles nunca podrán satisfacer todas las necesidades sanitarias. Los dos principales determinantes de las prioridades son la *carga de cáncer* y la prevalencia de los *factores de riesgo*. Dentro de la población objetivo, el plan debe buscar la *equidad*. El plan debe proporcionar el control del cáncer de forma equitativa a todos los miembros de la población a quien está dirigido: la población total, un subgrupo de alto riesgo o pacientes con cánceres específicos.

El plan debe ser asequible económicamente. En términos generales, como el cáncer no se puede controlar mediante estrategias sanitarias a corto plazo, es importante garantizar que existan suficientes recursos para mantener intervenciones a largo plazo, habitualmente de duración indefinida.

Para no desperdiciar preciosos recursos, las intervenciones deben tener una *buena relación costoeficacia*. Un plan de control del cáncer debe incluir intervenciones que den los máximos beneficios por costo unitario. En países con recursos bajos o medios, el plan puede estar limitado inicialmente a prevención y paliación. Es posible la detección temprana de cáncer sobre una base poblacional sólo si existe un sistema de atención sanitaria primaria adecuado y se dispone de suficientes patólogos y cirujanos para hacer el seguimiento de los casos detectados.

Tabla 6. Ejemplos de objetivos de resultados a medio y largo plazo

	Básicos	Ampliados	Deseables
Objetivos globales del plan	○ Reducir la incidencia y mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida ○ Asegurar que los servicios priorizados de prevención y control del cáncer se presten de forma equitativa y sostenible		
Prevención	○ Reducir la incidencia de cáncer asociado al tabaquismo - Reducir el consumo de tabaco - Reducir la exposición al humo de segunda mano ○ Reducir la incidencia de cáncer atribuible a la exposición a carcinógenos laborales y medioambientales - Reducir la exposición a carcinógenos conocidos en los centros de trabajo y medio ambiente	○ Reducir la incidencia de cánceres asociados a factores de riesgo comunes prevenibles - Reducir la exposición a los factores de riesgo más comunes prevenibles.	○ Reducir la incidencia de cánceres raros o cánceres que tienen una predisposición genética - Ampliar el acceso a pruebas genéticas y asesoría a grupos de alto riesgo - Reducir la exposición a los factores de riesgo raros prevenibles
Detección temprana	○ Reducir la mortalidad por cáncer cervical y de mama mediante diagnóstico temprano - Elevar el nivel de conciencia sobre signos y síntomas tempranos de cáncer cervical y de mama entre pacientes y proveedores de atención sanitaria, y conseguir la remisión temprana a clínicas especializadas	○ Reducir la mortalidad y mejorar la supervivencia para todos los casos de cáncer susceptible de diagnóstico temprano y tamizaje de cáncer cervical basado en citología - Elevar el nivel de conciencia sobre signos y síntomas tempranos de todos los cánceres susceptibles de diagnóstico temprano y conseguir la remisión temprana a clínicas especializadas - Aumentar la cobertura a mujeres de más de 35 años con citología vaginal PAP cada 5 años	○ Reducir la mortalidad por cáncer de mama mediante tamizaje mamográfico - Aumentar la cobertura de mujeres de más de 50 años con tamizaje mamográfico cada 2 años - Asegurar que todas las mujeres con mamografía anormal sean remitidas para diagnóstico y tratamiento en clínicas especializadas
Diagnóstico y tratamiento	○ Reducir la mortalidad y aumentar las expectativas y calidad de vida de personas con cáncer cervical y de mama mediante un tratamiento rápido de todos los casos resultantes de la estrategia de diagnóstico temprano - Confirmar el diagnóstico, tratar inmediatamente y rehabilitar según sea necesario todos los cánceres de cuello de útero y de mama resultantes de la estrategia de diagnóstico temprano	○ Reducir la mortalidad y aumentar las expectativas y calidad de vida de personas con distintos tipos de cáncer mediante un tratamiento rápido de todos los casos resultantes de la estrategia de diagnóstico temprano - Confirmar el diagnóstico, tratar inmediatamente y rehabilitar según sea necesario todos los casos de cáncer resultantes de la estrategia de diagnóstico temprano	○ Curar todos los cánceres que sean susceptibles de detección temprana o prolongar significativamente la vida de cánceres diseminados que tengan alta respuesta al tratamiento
Cuidados paliativos	○ Aliviar a pacientes con cáncer avanzado de dolores moderados/agudos y otros problemas físicos y psicosociales graves - Mejorar el acceso al manejo del dolor y atención de apoyo para pacientes con cáncer avanzado, especialmente en el domicilio y a nivel de atención sanitaria primaria	○ Aliviar el dolor a todos los pacientes con cáncer avanzado y otros problemas físicos y psicosociales - Mejorar el acceso al manejo del dolor y atención de apoyo para todos los pacientes con cáncer avanzado a todos los niveles de la atención	○ Aliviar el sufrimiento de todos los pacientes de cáncer una vez hayan sido diagnosticados y mejorar su calidad de vida y la de los miembros de su familia - Mejorar el acceso al manejo del dolor y atención de apoyo para todos los pacientes de cáncer a todos los niveles de la atención

El *cronograma* del plan es importante y los políticos tienen que ser conscientes de que sólo se puede esperar que sean unas pocas intervenciones de control del cáncer las que modifiquen significativamente la carga de cáncer en un plazo de tiempo relativamente corto. Las acciones de control del tabaquismo podrían reducir a corto plazo la prevalencia del consumo de cigarrillos en adultos, pero no reducirían inmediatamente la carga de cánceres relacionados con el tabaco. Una reducción en la actualidad del consumo de tabaco entre los jóvenes reduciría significativamente las tasas de cáncer de pulmón en un plazo de 40 años.

Dentro de 5 años, algunos mejoramientos asequibles en el tratamiento de cánceres comunes podrían aumentar la supervivencia de algunos pacientes. Dentro de 10 años, podrían empezar a reducir la mortalidad del cáncer. Los programas de detección y tamizaje temprano podrían conseguir una reducción de los cánceres objetivo dentro de 5 años y podrían reducir la mortalidad dentro de 10 años.

Un plan que pretenda reducir el sufrimiento por cáncer a corto plazo tiene que concentrarse en el tratamiento, paliación y apoyo a pacientes y familiares. Un plan que pretenda reducir la carga total de cáncer en una población tiene que considerar la plena continuidad del control del cáncer, desde la prevención hasta la paliación (así como las necesidades de investigación) y tendrá un plazo de tiempo superior.

Los criterios para seleccionar las prioridades tienen que ser debatidos por el comité que dirija el proceso de planificación consultando a las partes interesadas. Talleres donde participen expertos pueden ayudar a los comités a identificar criterios para establecer prioridades (Gibson, Martin y Singer, 2004). Entre los criterios generales aplicables a la mayoría de planes (Stufflebeam, 2001), para el control del cáncer son especialmente importantes los siguientes: atractivo político, valores sociales, eficacia (en reducir la futura carga de cáncer) y contexto cultural.

ANÁLISIS DE COSTOEFICACIA COMO MÉTODO PARA SELECCIONAR LAS PRIORIDADES

El análisis de costoeficacia se puede utilizar para identificar, no sólo qué intervenciones se pueden poner en práctica en un momento determinado para un presupuesto en particular, sino también aquellas intervenciones que se pueden comprar gradualmente, en la forma y momento en que se disponga de más recursos. Si hay una limitación de recursos significativa, también es importante considerar qué proporción de la población objetivo se puede alcanzar con la intervención. Naturalmente, el análisis de costoeficacia también identifica qué intervenciones no son costoeficaces, por lo que es útil para decidir qué intervenciones no incluir en el plan.

En el campo del control del cáncer, los responsables de formular las políticas se enfrentan al problema de que se han realizado relativamente pocos estudios de costoeficacia y que los estudios existentes se centran típicamente en una intervención individual. Además, puede que no sea viable realizar el análisis de costoeficacia porque los datos y requisitos técnicos asociados no se pueden cumplir.

El proyecto CHOICE (“Elegir intervenciones que sean costoeficaces” por sus siglas en inglés) de la OMS pretende satisfacer la necesidad de información sobre la costoefectividad de distintas intervenciones de salud, incluidas las estrategias sobre cáncer.

Los resultados del proyecto se reúnen en bases de datos regionales que los responsables de las políticas pueden adoptar o adaptar a las características específicas de su país (Evans, Chisholm y Tan-Torres, 2004).

En la determinación de prioridades para un sistema de salud se utilizan diversos criterios técnicos, políticos y éticos. La costoefectividad nunca es el único criterio que se debe considerar, pero es el que se debe cumplir más a menudo cuando se decide qué intervenciones elegir. Por lo general, un pequeño número de prioridades que aborde con intervenciones costoeficaces los principales factores de riesgo prevenibles y los cánceres con mayor prevalencia servirán mejor a la mayoría de efectos de planificación.

Se puede obtener más información sobre el análisis de costoeficacia de determinadas intervenciones para algunos tipos de cáncer en los otros módulos de esta guía OMS y en el sitio web del cáncer de la OMS <http://www.who.int/cancer>



PLANIFICACIÓN - PASO 3

¿Cómo llegamos a ese punto?

¿Qué se puede hacer con los recursos disponibles? Una vez identificadas las metas básicas, las ampliadas y las deseables, el siguiente paso es formular un plan de acción para alcanzarlas.

Se puede obtener una plantilla para desarrollar un plan de acción detallado en <http://www.who.int/cancer>



El proceso de trasladar a la acción un plan de control del cáncer exige un manejo competente. También requiere un enfoque participativo para identificar qué se tiene que hacer para alcanzar fines y objetivos definidos que sean viables y sostenibles.

Igual que antes, es importante evaluar las acciones planificadas desde la perspectiva de quienes las respalden y pongan en práctica eventualmente, y desde la perspectiva de cualquier oponente. Después, es necesario identificar a la persona (o grupo) clave con autoridad para decidir sobre el plan, y ver más tarde cómo se podría activar a esa persona (o grupo) para realizar los cambios planificados. La tabla 7 facilita una plantilla para este proceso.

Tabla 7. Plantilla para identificar brechas y acciones para cubrirlas

	Nivel de las intervenciones	Acciones clave	¿Quién ostenta la autoridad para decidir la acción clave?	¿Cómo se podría activar para que tome decisiones?
Brecha (diferencia entre situación OBSERVADA y situación DESEADA)	Básicas (utilizando los recursos disponibles y reorganizando los servicios existentes)			
				
				
				
				
				
				
				
	Ampliadas (con algunos recursos adicionales)			
				
				
				
				
				
				
	Deseables (con más recursos adicionales)			
				
				
				
				
				
				

Ejemplos de cambios estratégicos que podrían mejorar el rendimiento con o sin aumento de recursos son:

- ▣ reorientar los programas de tamizaje de cáncer para centrarse en individuos con mayor riesgo de la enfermedad
- ▣ integrar más estrechamente el control del cáncer en otros programas de enfermedades crónicas para evitar los factores de riesgo comunes.

Para acceder a las recomendaciones sobre prioridades para países con bajo, medio y alto nivel de recursos, véanse los *Programas nacionales de lucha contra el cáncer, directrices sobre política y gestión* (OMS, 2002).

La tabla 8 da ejemplos de intervenciones prioritarias que se pueden poner en práctica de forma gradual, empezando con un bajo nivel de recursos y ampliando las actividades a medida que éstos aumenten, para culminar en un nivel deseado de actividades. De forma similar, las intervenciones se podrían practicar progresivamente con un mayor alcance geográfico o cobertura de la población.

La legislación sobre control del tabaco y los cuidados paliativos son intervenciones básicas para cualquier escenario. La organización de los servicios de tratamiento para manejar tumores altamente curables, en particular aquéllos diagnosticados como resultado de los esfuerzos de detección temprana, es otra prioridad que se debe poner en práctica de forma temprana, salvo en lugares con pocos recursos donde no haya instalaciones de tratamiento.

CHILE

Ejemplo de aplicación progresiva de un programa nacional de control del cáncer

En 1987, con ayuda de la OMS, el Ministerio de Salud de Chile formuló un plan integral de control del cáncer y creó una unidad de control del cáncer dentro de su Departamento de enfermedades crónicas.

Chile adoptó el principio progresivo básico de hacer primero lo que se puede manejar fácilmente, ampliando después el programa paso a paso (en el caso de Chile, a lo largo de 14 años). El objetivo inicial fue el sector público, que atiende al 70% de la población, siendo su mayoría las personas con menor poder adquisitivo y más vulnerables de Chile.

El primer paso de la aplicación constaba de actividades de control del tabaquismo (actividades centradas en su abogacía, legislación, formación y educación), la reorganización del programa de tamizaje cervical en el área metropolitana (siguiendo las directrices de la OMS) y el establecimiento de un programa nacional de quimioterapia para determinados tumores en niños y adultos con alto potencial de curación.

El segundo paso incluyó el desarrollo e implantación de un programa de detección temprana de cáncer de mama (basado en el nivel de conciencia y un examen físico) integrado en el programa de tamizaje cervical y en el programa de salud de la mujer; y un programa de cuidados paliativos centrado inicialmente en el alivio del dolor provocado por el cáncer.

El tercer paso de la aplicación consistió en una expansión progresiva de las anteriores actividades en términos de calidad, cantidad y alcance de los servicios a todo el país dentro del sistema público. En los últimos años, todas estas actividades, así como otros cánceres prioritarios en la lista de afecciones prioritarias, se han extendido para alcanzar el acceso universal a una cobertura económica y de la atención. Tanto el sistema público como el privado deben cumplir las mismas normas, directrices y protocolos.

Fuente: Ministerio de Salud (2003). Plan AUGÉ, 2000-2010 (Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas). Información adicional facilitada por C. Sepúlveda, ex Coordinador del Programa Nacional de Control del Cáncer, Ministerio de Salud, Chile.

Tabla 8. Ejemplos de intervenciones prioritarias para cada componente del control del cáncer según el nivel de recursos

	Básicas	Ampliadas	Deseables
Prevención	- Promoción de comportamientos y entornos saludables para reducir enfermedades crónicas, incluyendo: - promoción de dietas saludables, actividad física, sexo seguro, lactancia materna y espacios públicos sin humo - evitar el tabaquismo, el abuso del alcohol y la exposición al sol - Ratificación y aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco - Desarrollo de medidas normativas y legislativas para reducir la exposición a carcinógenos en los centros de trabajo y el medio ambiente - Integración de la vacunación contra la Hepatitis B en otros programas de vacunación en zonas endémicas de cáncer de hígado	- Refuerzo de las medidas legislativas para controlar el tabaquismo, el abuso del alcohol y la exposición a carcinógenos en los centros de trabajo y medio ambiente - Desarrollo de un modelo de programa comunitario para un enfoque integrado de prevención de enfermedades crónicas - Desarrollo de servicios integrados de prevención de bajo costo para asesoría sobre factores de riesgo comunes en instalaciones de atención primaria, escuelas y centros de trabajo (p. ej. dejar de fumar y perder peso)	- Fortalecimiento de programas integrales de promoción de la salud y de prevención basados en las evidencias científicas y garantizar la aplicación a escala nacional en colaboración con otros sectores - Establecimiento del monitoreo rutinario de carcinógenos si el riesgo de cánceres relacionados es alto (p. ej. radiación ultravioleta)
Detección temprana	- Facilitar diagnóstico temprano (conciencia de signos y síntomas tempranos) de cánceres comunes (p. ej. de mama y cervical) - Proporcionar tamizaje de cáncer cervical de bajo costo (p. ej. inspección visual con ácido acético -VIA- en proyectos de demostración) - Facilitar tamizaje de cáncer cervical basado en tamizaje, si se dispone de instalaciones, cada 10 años para, como mínimo, el 70% de las mujeres de más de 35 años	- Facilitar tamizaje de cáncer cervical basado en citología cada 5 años para, como mínimo, el 70% de las mujeres de más de 35 años - Facilitar servicios para detección temprana de cáncer de mama y promover exámenes de mama por profesionales sanitarios cada 1-2 años en proyectos de demostración, o ensayos aleatorizados para mujeres con más de 40 años - Creación de centros de formación de referencia y sistemas de control de calidad para el tratamiento de programas de detección temprana	- Facilitar tamizaje de cáncer cervical basado en citología cada 3 años para, como mínimo, el 70% de las mujeres de más de 25 años - Facilitar tamizaje mamográfico cada 2 años para, como mínimo, el 70% de las mujeres de más de 50 años - Facilitar tamizaje de cáncer colorrectal (test de sangre oculta fecal) cada 2 años para, como mínimo, el 70% de las mujeres de más de 50 años
Diagnóstico y tratamiento	- Facilitar diagnóstico y tratamiento para todos los cánceres incluidos en un programa de diagnóstico temprano siguiendo protocolos estandarizados - Facilitar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, según sea necesario, para todas las mujeres detectadas mediante tamizaje de cáncer cervical siguiendo protocolos estandarizados	- Facilitar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, según sea necesario, para todos los cánceres diseminados con alto potencial de curación o que prolonguen significativamente la vida (p. ej. leucemia aguda infantil, seminoma testicular) siguiendo protocolos estandarizados - Creación/refuerzo de centros de formación de referencia y sistemas de control de calidad para el manejo de cánceres prioritarios	- Refuerzo de la red de centros de cáncer que sean activos para formación clínica e investigación y dar especial apoyo a los que actúen como centros de referencia nacionales e internacionales - Organización de ensayos clínicos para probar nuevos tratamientos cuya aplicación sea viable en distintos lugares
Cuidados paliativos	- Proporcionar alivio del dolor y cuidados paliativos con énfasis en la atención domiciliaria, siguiendo los estándares nacionales mínimos - Equilibrar las medidas legislativas para garantizar el acceso y disponibilidad de morfina oral y otros medicamentos asequibles de cuidado paliativo incluidos en el listado de medicinas esenciales de la OMS - Desarrollar centros de referencia que puedan dar formación práctica a proveedores de atención sanitaria primaria y comunitaria	- Prestación de cuidados paliativos a todos los niveles de atención con énfasis en las clínicas de atención primaria y cuidados domiciliarios siguiendo protocolos nacionales - Garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales en centros rurales y urbanos - Creación de centros de referencia que puedan dar formación de prelicenciatura y de posgrado - Desarrollo de currículos en escuelas de enfermería y médicas para enseñar cuidados paliativos en los niveles prelicenciatura y posgrado	- Refuerzo de la red de servicios de cuidados paliativos integrada en servicios de cáncer y otros servicios relacionados - Prestación de apoyo a los centros que actúen como centros de cuidados paliativos de referencia nacionales e internacionales

OBTENCIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS

Para asegurar que se disponga de los recursos humanos y económicos necesarios para poner en práctica las estrategias o acciones incluidas en el plan es necesario responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué recursos se dedican actualmente al control del cáncer? ¿Cómo se pueden reasignar o compartir los recursos actuales para conseguir los resultados del plan?
- Además de los recursos que se están gastando actualmente, ¿qué más se necesita para alcanzar los objetivos del plan?
- ¿Qué fuentes potenciales de financiamiento u otros recursos están disponibles para satisfacer esas necesidades?
- ¿Cómo pueden trabajar juntos los socios para obtener fondos del gobierno o del sector privado?

Un plan de control del cáncer debe ir acompañado de un plan de recursos que esboce los recursos existentes, los recursos necesarios y las posibles estrategias para adquirir los recursos necesarios de fuentes gubernamentales y no gubernamentales.

TRABAJO CON EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS Y MULTISECTORIALES

Para poner en práctica todos los aspectos de la planificación y programación del control del cáncer se necesitan equipos multidisciplinarios y multisectoriales. El equipo básico de manejo debe estar constituido por un coordinador y un consejo. Cuando sea posible, éstos deben ser nombrados al principio del proceso de creación del plan, pues también pueden estar a cargo de la coordinación de su aplicación.

A escala local (estado, provincia, distrito), los equipos de manejo del programa y los equipos de atención sanitaria multidisciplinarios, que incluyen a cirujanos, radioterapeutas, médicos (oncólogos), enfermeras para atención del cáncer y trabajadores sociales, se tendrán que crear gradualmente a medida que se forme y se disponga del personal necesario. Estos equipos, centrados en la atención primaria, son el medio más eficaz para mejorar los resultados.

INCORPORACIÓN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Es necesario evaluar la preparación y aplicación del plan. La evaluación es un medio de supervisar el proceso de planificación para que éste se pueda mejorar. En la fase de desarrollo del plan, la evaluación puede ayudar a responder preguntas sobre cómo está funcionando el proceso de planificación y si se están alcanzando los fines y objetivos. En la fase de aplicación, la evaluación puede mostrar si las estrategias propuestas en el plan se están poniendo en práctica y si se están materializando los resultados anticipados.

Es necesario supervisar las medidas del resultado y del proceso. La evaluación del proceso es crítica para poner los cimientos para el éxito futuro. Un elemento importante para crear confianza y credibilidad es recoger la opinión de los socios clave sobre su satisfacción con el proceso de planificación, haciendo después las correcciones necesarias para dar solución a sus preocupaciones. La necesidad de supervisar las medidas del resultado es evidente. Sin embargo, para determinar cuándo es probable que una intervención logre su propósito diseñado, también es necesario supervisar las medidas del proceso. Por ejemplo, en un programa de tamizaje cervical basado en citología tenemos que descubrir si las mujeres con alto riesgo de cáncer cervical están siendo tamizadas con una citología vaginal PAP de buena calidad (medidas del proceso) y supervisar las tendencias de la incidencia y mortalidad por cáncer cervical (medidas del resultado) en lugar de centrarse simplemente en el número de citologías PAP realizadas.

Es importante identificar:

- recursos y personal para llevar a cabo las actividades de evaluación (del desarrollo y de la puesta en práctica del plan);
- retos emergentes, soluciones y resultados de la planificación;
- personas responsables y fechas límite.

Los recursos y conceptos relativos a la evaluación de un control integral del cáncer han sido detallados por Rochester *et al.* (2002). *Programas nacionales de lucha contra el cáncer, directrices sobre política y gestión* (OMS, 2002), proporciona también orientación sobre el monitoreo y evaluación de programas de control del cáncer.

Las herramientas de evaluación para los pasos 2 y 3 de la planificación de programas de control del cáncer, disponibles en formato electrónico en el sitio web de la OMS <http://www.who.int/cancer> proporcionan una directriz útil sobre cómo evaluar el rendimiento de programas de control del cáncer con distintos niveles de complejidad.



LANZAMIENTO Y DISEMINACIÓN DEL PLAN DE CONTROL DEL CÁNCER

Una vez que las partes interesadas han llegado a un acuerdo sobre el plan, a éste se le debe dar la máxima diseminación posible dentro del país. Cuanto mayor diseminación se dé a los resultados de la evaluación y al plan de acción propuesto, menor dificultad habrá para la ejecución de las reformas necesarias del programa. Es aconsejable preparar una versión simplificada y abreviada que se pueda distribuir ampliamente a los medios de comunicación y público lego. La publicación del plan en un sitio web asegura la accesibilidad. Si se puede facilitar una versión en inglés, el plan se puede compartir con la comunidad internacional.

PASO DE POLÍTICAS A APLICACIÓN

Un plan desarrollado según se describe en esta guía de la OMS (y que tenga en cuenta el contexto social y político del país implicado) es probable que se pueda implementar. Para garantizar que se apliquen los métodos correctos en el lugar debido, en el momento oportuno y con las personas idóneas para movilizar recursos y avanzar, resulta esencial un liderazgo y manejo eficaces.

En algunos países, los planes no se ponen en práctica a pesar de la voluntad política y del apoyo de las partes interesadas. Ello puede ser debido a que los planes son demasiado ambiciosos, implican intervenciones costosas y tecnologías sofisticadas, mientras que el contexto es de recursos limitados y existen otras prioridades en competencia.

Véase el ejemplo del recuadro siguiente. Se pueden encontrar más ejemplos en <http://www.who.int/cancer>



ÁFRICA SUBSAHARIANA

Ejemplo de limitaciones a la hora de pasar de políticas a aplicación en un país con bajo nivel de renta

En un país de renta baja en el África subsahariana, más del 8% de las muertes es atribuible al cáncer y más del 80% de todos los cánceres (estimados en 12.000 casos al año) se diagnostica en fases tardías. Los tipos de cáncer más frecuentes son de hígado, cervical y de mama. No existe ninguna política nacional de seguro de salud. Los servicios de cáncer se ocupan del tratamiento, pero son pocos y muy costosos, lo que limita el acceso a la atención. Otros problemas importantes en competencia son la tuberculosis, VIH/SIDA y malaria, los cuales se llevan la mayor parte del apoyo de las agencias de desarrollo.

En 2002, el Ministerio de Salud de este país de bajos recursos nombró un comité nacional de control del cáncer. Al año siguiente, con el estímulo de la oficina nacional de la OMS, el responsable del comité, con el apoyo de un grupo básico, esbozó un plan de control del cáncer basado en publicaciones y planes de control de otros países. El Ministerio de Salud nombró entonces cinco comités (prevención, diagnóstico y tratamiento, cuidados paliativos, investigación y registro) que se reunieron en un taller de trabajo con un grupo más grande de partes interesadas para debatir y finalizar el documento.

El nuevo plan nacional de control del cáncer se inició en 2003 y se lanzó en 2004. El plan identifica las siguientes prioridades: prevención (control del tabaquismo, control del alcohol, vacunación contra la hepatitis B), detección temprana mediante la sensibilización de los signos y síntomas tempranos de los principales tipos de cáncer y a través de tamizaje para cáncer cervical (utilizando citología), cáncer de mama (mediante autoexamen de la mama, examen físico de la mama y tamizaje mamográfico para grupos de alto riesgo) y cánceres de próstata, de vejiga y de testículos (utilizando examen clínico), diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (reforzando las infraestructuras y creando capacidades para el manejo de los casos) y cuidados paliativos.

El control del cáncer está incluido en la estrategia del sector sanitario del programa nacional de desarrollo de la salud. Un plan de acción quinquenal (2006-2010) incluye actividades para mejorar las infraestructuras hospitalarias y crear capacidades, desde la prevención hasta la atención terminal.

El plan de acción fue aprobado por el Ministerio de Salud. Pero en los 2 años posteriores a su lanzamiento se han puesto en práctica pocas actividades. ¿Por qué? Quizás porque el plan es demasiado ambicioso e incluye intervenciones que pueden no ser costoeficaces o asequibles económicamente, como el tamizaje mamográfico para mujeres de alto riesgo, el tamizaje de próstata y los trasplantes de médula ósea.

No obstante, el país tiene ahora una excelente oportunidad para mejorar su plan de control del cáncer centrando los esfuerzos inicialmente en unas pocas prioridades viables y sostenibles que se podrían aplicar progresivamente.

En cambio, Viet Nam inició en 2002 una acción sobre prevención y control del cáncer que se centraba en primera instancia en unas pocas áreas de prioridad. Aunque esta acción fue de alcance limitado debido a restricciones presupuestarias, facilitó una base sólida para avanzar hacia un plan más integral que pronto lanzará el gobierno.

VIET NAM

Ejemplo de planificación integral del control del cáncer en un país de renta baja a pesar de la limitación de recursos

Viet Nam es un país asiático con bajo nivel de renta. Las enfermedades crónicas representaban en 2002 el 47% de la mortalidad total, con un 8,2% atribuible al cáncer. La incidencia es de 80.000 casos al año aproximadamente, siendo diagnosticada la mayoría en fases muy tardías.

En los últimos años, Viet Nam ha hecho grandes esfuerzos en el control del cáncer a pesar de la limitación de recursos, incluida la creación de una red de centros de control y registros de cáncer en seis zonas representativas. En 2002 se adoptó una política nacional sobre tabaquismo compuesta de medidas para restringir el consumo de tabaco, como la prohibición de su publicidad, restricciones para fumar, impuestos y etiquetado. En 1997, la inmunización contra la hepatitis B se incluyó en el programa de inmunización ampliado para neonatos en Ho Chi Minh City y Hanoi. También se utilizó a los medios de comunicación para difundir información y aumentar el nivel de conciencia sobre el cáncer. En Hanoi y algunas provincias se practicó la detección temprana de cáncer cervical utilizando citología y métodos alternativos de bajo costo, lo que resultó en la llegada a los hospitales de más pacientes en fase más temprana de la enfermedad que en el periodo 1990-2000. En el Hospital Nacional de Cáncer de Hanoi y en el Hospital General Cho Ray de Ho Chi Minh City se crearon unidades de cuidados paliativos.

Las principales dificultades encontradas fueron la falta de financiamiento, equipos, instalaciones y personal con formación, así como obstáculos para disponer de morfina para aliviar el dolor. Uno de los retos fue cambiar la forma de pensar de la comunidad acerca del cáncer, especialmente en las zonas rurales.

A partir de las experiencias y logros citados, Viet Nam ha desarrollado y actualizado un plan nacional de control del cáncer para el periodo 2006-2010, plan que se puso en marcha en 2002 y que muy pronto se lanzará de manera oficial. Sus principales objetivos son los siguientes:

- reducir la incidencia de cánceres relacionados con el tabaco;
- asegurar la cobertura de la vacunación de HBV para todos los recién nacidos;
- reducir la tasa de mortalidad de algunos tipos comunes de cáncer mediante detección temprana y tratamiento a tiempo;
- mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer.

El plan actualizado se desarrolló con la ayuda del Ministerio de Salud, de la OMS y de otras organizaciones. Los recursos económicos derivan del presupuesto estatal, así como de organizaciones nacionales y externas. El plan de acción comprende el reforzamiento de la red de control del cáncer, incluyendo la creación de departamentos de oncología en hospitales generales en el centro de las regiones y la formación de proveedores de atención sanitaria en cuidados terminales a escala provincial y de las comunidades. El Comité Directivo del Programa Nacional de Cáncer está a cargo del monitoreo y evaluación.

Fuente: *Plan Nacional de Control del Cáncer, 2006-2010*. Información adicional facilitada por N. Duc, Director, Hospital Nacional de Cáncer.

CONCLUSIÓN

Para la preparación y ejecución de un plan eficaz de control del cáncer es vital un proceso participativo integral que implique desde el principio a las partes interesadas clave.

En países donde exista limitación de recursos, un plan tiene más probabilidades de ser aplicado si incluye pocas intervenciones pero sostenibles. Estas intervenciones deben estar en línea con prioridades basadas en las evidencias científicas, que vayan desde la prevención hasta la atención terminal, con un proceso que se pueda medir y con objetivos de resultados que se puedan supervisar y evaluar si se dispone de sistemas básicos de información. Por ejemplo, intervenciones viables clave serían las estrategias de prevención (como el control del tabaquismo y la inmunización contra la hepatitis B), los cuidados paliativos con base comunitaria para pacientes de cáncer y de VIH/SIDA y las intervenciones de tratamiento ligadas al diagnóstico temprano (conciencia de los signos y síntomas tempranos) de unos pocos tipos de cáncer (como cáncer cervical y de mama).

Las intervenciones prioritarias se deben poner en práctica utilizando un enfoque progresivo, como se recomienda en esta guía de la OMS, centrándose inicialmente en qué se puede hacer con una mejor organización de los recursos disponibles en una zona objetivo donde haya grandes probabilidades de éxito. A medida que se demuestre que los resultados son satisfactorios, se pueden justificar más recursos y el programa se puede ampliar.

Este módulo sobre Planificación del control del cáncer tiene la intención de evolucionar en respuesta a las necesidades y experiencias nacionales. La OMS da la bienvenida a las aportaciones de aquellos países que deseen compartir su éxito en la planificación del cáncer. La OMS también abre sus puertas a las solicitudes de información de los países en relación con sus necesidades específicas. Serían bienvenidas especialmente las evidencias sobre obstáculos para el control del cáncer en el contexto de los países, así como las lecciones aprendidas al superarlos (contacto en <http://www.who.int/cancer>).



REFERENCIAS

- Anonymous (2002). Discoveries and disclosures in the corporate documents. *Tobacco control*, 11(Suppl. 1):1-117.
- Armstrong BK (1992). The role of the cancer registry in cancer control. *Cancer causes and control*, 3:569-579.
- Butterfoss FD, Dunet DO (2005). State Plan Index: a tool for assessing the quality of state public health plans. *Preventing chronic disease*, A15.
- CDC (2002). *Guidance for comprehensive cancer control planning*. Atlanta, GA, United States. Department of Health and Human Services, National Institute of Health.
- Dunet DO et al. (2005). Using the State Plan Index to evaluate the quality of state plans to prevent obesity and other chronic diseases. *Preventing chronic disease*, 2:A10.
- Evans D, Chisholm D, Tan-Torres T (2004). *Generalized cost-effectiveness analysis: principles and practice*. Geneva, World Health Organization.
- Ferlay J et al. (2004). *GLOBOCAN 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Lyon, International Agency for Research on Cancer (IARC CancerBase No. 5, version 2.0).
- Gibson JL, Martin DK, Singer PA (2004). Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research*: 1-8.
- IARC (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking*. Lyon, International Agency for Research on Cancer. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83).
- Jensen OM et al., eds (1991). *Cancer registration principles and methods*. Lyon, International Agency for Research on Cancer (IARC Scientific Publications No. 95).
- Mintzberg H (1994). *The rise and fall of strategic planning*. New York, NY, The Free Press.
- National Cancer Institute (2000). *State and local legislative action to reduce tobacco use*. Bethesda, MD, United States Department of Health and Human Services, National Institute of Health (NIH Pub. No. 004804)., (*Smoking and Tobacco Control Monograph No. 11*).
- OMS (2002). *Programas nacionales de lucha contra el cáncer, directrices sobre política y gestión*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Rochester P et al. (2005). The evaluation of comprehensive cancer control efforts: useful techniques and unique requirements. *Cancer causes and control*, 16:69-78.
- Stufflebeam DL (2001). *Evaluation values and criteria checklist*. (http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/values_criteria.htm, accessed 24 April 2006).
- WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.

RECONOCIMIENTOS

REVISORES TÉCNICOS EXTERNOS

La OMS agradece a los siguientes expertos externos la revisión de los borradores del módulo. Los expertos que realizaron las revisiones no respaldan necesariamente todo el contenido de la versión final.

Tiiu Aareleid, Registro de Cáncer de Estonia, Centro de Cáncer del Hospital Regional del Norte de Estonia, Estonia.
 A. M. M. Shariful Alam, Hospital e Instituto Nacional de Investigación sobre el Cáncer, Bangladesh
 Yasantha Ariyaratne, Programa Nacional de Control del Cáncer, Sri Lanka
 Dilyara Barzani, Universidad Médica Hawler, Ministerio de Salud, Gobierno Regional del Kurdistan, Irak
 Félix Bautista, Coalición Multisectorial contra el Cáncer, Perú
 Yasmin Bhurgri, Registro de Cáncer de Karachi y Universidad Aga Khan de Karachi, Pakistán
 Barry D. Bultz, Centro de Cáncer Tom Baker y Universidad de Calgary, Canadá
 Lidieth Carballo, Ministerio de Salud, Costa Rica
 Arkom Cheirsilpa, Instituto Nacional del Cáncer, Tailandia
 Frances Prescilla L. Cuevas, Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud, Filipinas
 Lea Derio, Ministerio de Salud, Chile
 Ketayun A. Dinshaw, Tata Memorial Centre, India
 Anderson S. Doh, Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Camerún
 George Gellert, Organismo Internacional de Energía Atómica, Austria

Charles Gombé-Mbalawa, Facultad de Medicina, Universidad de Brazzaville, Congo
 Maisoon Juhani, Ministerio de Salud, República Árabe Siria
 Elona Juozaityte, Universidad Médica Kaunas, Lituania
 Neeta Kumar, Ginebra, Suiza
 Juoza Kurtinaitis, Instituto de Oncología, Universidad Vilnius, Lituania
 Abel Limache, Coalición Multisectorial contra el Cáncer, Perú
 M. Krishnan Nair, Centro Regional del Cáncer, India
 Twalib A. Ngoma, Instituto del Cáncer Ocean Road, República Unida de Tanzania
 Zainal A. Omar, Ministerio de Salud, Malasia
 D. M. Parkin, Unidad del Servicio de Ensayos Clínicos y Unidad de Estudios Epidemiológicos, Inglaterra
 Luis Pinillos, Coalición Multisectorial contra el Cáncer, Perú
 Roger Pla i Farnós, Departamento para la Coordinación de Planes Maestros, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña, España
 Erzsébet Podmaniczky, Instituto Nacional de Oncología, Hungría
 Marta Prieto, Ministerio de Salud, Chile
 You-Lin Qiao, Academia China de Ciencias Médicas y Pekin Union Medical College, China
 Mahmudur Rahman, Instituto de Epidemiología, Investigación y Control de Enfermedades, Bangladesh
 Eliezer Robinson, Consejo Nacional de Oncología y Asociación Israelí de Cáncer, Israel
 Miguel Ruiz, Coalición Multisectorial contra el Cáncer, Perú
 Anne Lise Ryel, Sociedad Noruega del Cáncer, Noruega

Dolores Salas Trejo, Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública Valenciana, España
 Thida San, Hospital General Yangon, Myanmar
 Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva, Instituto Nacional del Cáncer, Brasil
 Kavita Sarwal, Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer, Canadá
 Hai-Rim Shin, Centro Nacional del Cáncer, República de Corea
 Cecilia Solís-Rosas García, Ministerio de Salud, Perú
 Eugenio Suárez, Ministerio de Salud, Chile
 Simon Sutcliffe, Agencia del Cáncer de la Columbia Británica, Canadá
 Luis Távora, Coalición Multisectorial contra el Cáncer, Perú
 Maja Primic Žakelj, Instituto de Oncología, Eslovenia

EL SIGUIENTE PERSONAL DE LA OMS REVISÓ LOS BORRADORES DE LOS MÓDULOS

Oficinas regionales y nacionales de la OMS

Roberto Eduardo del Águila, Oficina Nacional de la OMS de Costa Rica
 Gauden Galea, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental
 Jerzy Leowski, Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático
 Silvana Luciani, Oficina Regional de la OMS para las Américas
 Cherian Varghese, Oficina Nacional de la OMS de India

Oficina central de la OMS

Robert Beaglehole
 Rafael Bengoa
 Nathalie Broutet
 Serge Resnikoff
 Andreas Ullrich

GRUPO TÉCNICO DE LA OMS SOBRE EL CÁNCER

Los miembros del Grupo Técnico de la OMS sobre el Cáncer y los participantes en la primera y la segunda Reunión del Grupo Técnico sobre el Cáncer (Ginebra, 7 a 9 de junio, y Vancouver, 27 y 28 de octubre de 2005) facilitaron una valiosa orientación técnica sobre el marco, el desarrollo y el contexto de la publicación en conjunto, *Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces*.

Miembros

Baffour Awuah, Hospital de Enseñanza Komfo Anokye, Ghana
Volker Beck, Deutsche Krebsgesellschaft e.V, Alemania
Yasmin Bhurgri, Registro de Cáncer de Karachi y Universidad Aga Khan de Karachi, Pakistán
Vladimir N. Bogatyrev, Centro de Investigación Oncológica de Rusia, Federación Rusa
Heather Bryant, Consejo del Cáncer de Alberta, División de Información y Salud de la Población, Canadá
Robert Burton, Oficina Nacional de la OMS de China, China
Eduardo L. Cazap, Sociedad Latinoamericana y Caribeña de Oncología Médica, Argentina
Mark Clanton, Instituto Nacional del Cáncer, EE.UU.
Margaret Fitch, Sociedad Internacional de Enfermeras de Atención Oncológica en Canadá y Centro Regional del Cáncer Sunnybrook, Toronto, Canadá
Kathleen Foley, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, EE.UU.
Leslie S. Given, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU.
Nabiha Gueddana, Ministerio de Salud Pública, Túnez

Anton G.J.M. Hanselaar, Sociedad Holandesa del Cáncer, Países Bajos
Christoffer Johansen, Instituto Danés de Epidemiología del Cáncer, Sociedad Danesa del Cáncer, Dinamarca
Ian Magrath, Red Internacional para la Investigación y Tratamiento del Cáncer, Bélgica
Anthony Miller, Universidad de Toronto, Canadá
M. Krishnan Nair, Centro Regional del Cáncer, India
Twalib A. Ngoma, Instituto de Cáncer Ocean Road, República Unida de Tanzania
D. M. Parkin, Unidad del Servicio de Ensayos Clínicos y Unidad de Estudios Epidemiológicos, Inglaterra
Julietta Patnick, Programas de Tamizaje de Cáncer NHS, Inglaterra
Paola Pisani, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, Francia
You-Lin Qiao, Instituto del Cáncer, Academia China de Ciencias Médicas y Union Medical College de Pekin, China
Eduardo Rosenblatt, Organismo Internacional de Energía Atómica, Austria
Michael Rosenthal, Organismo Internacional de Energía Atómica, Austria
Anne Lise Ryel, Sociedad Noruega del Cáncer, Noruega
Inés Salas, Universidad de Santiago, Chile
Hélène Sancho-Garnier, Centro Val d'Aurelle-Paul Lamarque, Francia
Hai-Rim Shin, Centro Nacional del Cáncer, República de Corea
José Gomes Temporão, Ministerio de Salud, Brasil

OTROS PARTICIPANTES

Barry D. Bultz, Centro del Cáncer Tom Baker y Universidad de Calgary, Canadá
Jon F. Kerner, Instituto Nacional del Cáncer, EE.UU.
Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva, Instituto Nacional del Cáncer, Brasil

OBSERVADORES

Benjamin Anderson, Centro de Salud de la Mama, Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, EE.UU.
Maria Stella de Sabata, International Union Against Cancer, Switzerland.
Joe Harford, Instituto Nacional del Cáncer, EE.UU.
Jo Kennelly, Instituto Nacional del Cáncer de Canadá, Canadá
Luiz Figueiredo Mathias, Instituto Nacional del Cáncer, Brasil
Les Mery, Agencia de Salud Pública de Canadá, Canadá
Kavita Sarwal, Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer, Canadá
Nina Solberg, Sociedad Noruega del Cáncer, Noruega
Cynthia Vinson, Instituto Nacional del Cáncer, EE.UU.

La Organización Mundial de la Salud calcula que en 2005 murieron 7,6 millones de personas a causa del cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones.

Más del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes.

Pero el cáncer es en gran medida evitable. Más del 40% de todos los cánceres se puede prevenir. Algunos de los cánceres más comunes son curables si se detectan pronto y se tratan. Incluso en un cáncer terminal, el sufrimiento de los pacientes se puede aliviar con unos buenos cuidados paliativos.

Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces es una serie de seis módulos que ofrece orientación sobre todos los aspectos importantes de una planificación e implementación eficaces del control del cáncer.

Este primer módulo, *Planificación*, facilita a los gerentes de programas una orientación práctica esencial sobre los pasos necesarios para preparar un plan de control del cáncer eficaz.

El módulo muestra cómo crear un plan de control del cáncer que responda a las necesidades de las personas, que esté basado en las evidencias científicas y que asegure un uso eficaz y equitativo de unos recursos limitados.

Planificación ofrece asesoría práctica paso a paso para desarrollar un plan de control del cáncer. El módulo lleva a sus usuarios a través de una evaluación de la situación actual de sus países, para ayudarlos después a establecer prioridades realistas que se puedan implementar de forma progresiva. En el texto se facilitan enlaces a recursos más detallados de la OMS.

Con este módulo de *Planificación*, los gerentes de programas pueden dar con confianza los pasos necesarios para desarrollar un plan de control del cáncer, salvar vidas y evitar el innecesario sufrimiento que provoca el cáncer.

Planificación muestra el camino que hay por delante.

ISBN 9 789243 546995

