

# El programa nacional de control de cáncer en Cuba

## *National cancer control program in Cuba*

Armando Rodríguez Salvá<sup>1</sup>, Antonio Martín García<sup>2</sup>, Rolando Camacho Rodríguez<sup>3</sup>

### Resumen

El cáncer constituye un importante problema de salud en todo el mundo. Con las posibilidades reales de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de esta enfermedad, la Organización Mundial de la Salud recomendó en 1985 a sus países miembros la implementación de Programas Nacionales de Control de Cáncer, con la intención de organizar la lucha contra el cáncer. En Cuba, donde el cáncer es la segunda causa de muerte, con tendencia a incrementarse tanto la incidencia como la mortalidad, algunas medidas de control se venían perfilando desde la década de los sesenta. El Programa de Reducción de la Mortalidad por Cáncer se implementó en 1987 y posteriormente, mejor definido, organizado y teniendo en cuenta los Objetivos, Propósitos y Directrices del Ministerio de Salud Pública de Cuba hasta el año 2000, se convirtió en el Programa Nacional de Control de Cáncer. Este contempla acciones en la educación sanitaria a la población, la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento eficaz y la atención al paciente sin posibilidades de curación y con dolor. Se destaca la importancia de las actividades del Médico de Familia y el equipo de Atención Primaria en el éxito de este Programa.

**Palabras claves:** cáncer; programas de control; atención primaria; médico de familia; prevención; diagnóstico precoz; epidemiología

### Abstract

*Cancer is an important health problem all over the world. With the real possibilities of prevention, early diagnosis and adequate treatment of this disease, the World Health Organization recommended in 1985 to its member states the implementation of National Programs of Cancer Control, intended to organize activities against that disease. In Cuba, where cancer is the second cause of death, with increasing trends both in incidence and mortality, some measures of control were being outlined since the decade of the sixties. The Reduction Program of the Mortality by Cancer was implemented in 1987 and, later, better defined, and organized; and, taking into account the "Objectives, Purposes and Guidelines of the Ministry of Public Health of Cuba until the year 2000", it was converted into the National Program for Cancer Control. This Program encompasses actions in health education to the population, prevention, early diagnosis, effective treatment and care of*

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Departamento de Epidemiología.

1 - Médico Especialista en Epidemiología y Administración de Salud. Jefe de las Oficinas Centrales del Registro Nacional de Cáncer de Cuba. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Profesor de Pregrado de Epidemiología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad "Calixto García"; 2 - Licenciado en Cibernética Matemática. Oficinas Centrales del Registro Nacional de Cáncer de Cuba; 3 - Médico Especialista en Oncología. Jefe del Programa Nacional de Control de Cáncer. Director del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Profesor de Oncología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Endereço para correspondência: Armando J. Rodríguez Salvá - Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Registro Nacional de Cáncer. 29 y F. Vedado. C.P. 10400. Ciudad Habana, Cuba.

*the patient without possibilities of cure and with pain. It emphasizes the importance of the activities of the family doctor and the primary health care team for the success of this Program.*

**Key words:** cancer; control programs; primary health care; family doctor; prevention; early diagnosis; epidemiology

### Introducción

Cada año, enferman de cáncer en el mundo más de 6 millones de personas y mueren por su causa unos 4 millones. Se estima que actualmente existen alrededor de 14 millones de enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud para la humanidad. Además, como resultado del incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se prevé, si no se toman medidas de control, un incremento de su incidencia y mortalidad<sup>(1,2)</sup>.

Se tienen evidencias de que el cáncer ocurre principalmente como consecuencia de las condiciones de vida. Los agentes carcinogénicos que las personas respiran, ingieren y otras a las que se exponen durante largo tiempo, determinan, en gran medida, la ocurrencia de esa enfermedad. De aquí que la modificación del estilo de vida representa un elemento esencial en la prevención del cáncer. Por ejemplo, se considera que el 30% de los cánceres son prevenibles a partir del control del hábito de fumar<sup>(3)</sup>.

Si el cáncer es detectado tempranamente, el tratamiento debe ser impuesto con intensidad curativa. Si la población es educada para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, entonces, la atención médica puede ser más efectiva en estos casos. La detección temprana también puede llevarse a cabo a través de los pesquisajes, acciones de salud que mediante procedimientos diagnósticos practicados a la población supuestamente sana pueden identificar individuos con la enfermedad en que la correcta aplicación de la terapéutica puede reducir entre el 10 y el 20% de la mortalidad actual por cáncer.

Con tales evidencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó desde 1985<sup>(4-9)</sup> elaborar Programas Nacionales de Control de Cáncer (PNCC) para organizar adecuadamente la lucha contra esta enfermedad. La OMS definió un PNCC como un conjunto integrado de actividades que cu-

bren las áreas de prevención primaria, diagnóstico precoz, tratamiento y cuidados paliativos adecuados; usando una apropiada distribución de los recursos disponibles. Se recomendó que estos programas fuesen aprobados y auspiciados por las autoridades de Salud Pública del país donde se implementaran. A partir de ese momento, varios programas de control de cáncer comenzaron a ponerse en curso en el mundo<sup>(10-12)</sup>.

### Desarrollo

La República de Cuba posee un Sistema Nacional de Salud con acceso gratuito, soportado por una red de 11 institutos, 266 hospitales (en los niveles nacional, provincial y municipal) y 421 policlínicas en el nivel primario de salud. El cien por ciento de la población está cubierta en el nivel primario por médicos designados, responsables de grupos comunitarios bien definidos. El nuevo servicio del Médico de la Familia ya atiende directamente más del 95 por ciento de la población cubana, el resto permanece atendida por médicos en el área de salud. A este nivel, cada médico atiende aproximadamente 600 habitantes y debe examinar como mínimo anualmente cada individuo de esta población.

En las décadas más recientes, las enfermedades infectocontagiosas han sido virtualmente erradicadas, la esperanza de vida se elevó considerablemente (actualmente 75,3 años) y la mortalidad infantil decreció hasta el nivel actual de 9,4 por cada 1000 nacimientos<sup>(13)</sup>.

La distribución de la mortalidad en Cuba tiene un patrón comparable al de los países desarrollados. Las enfermedades del corazón, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares son las tres principales causas de muerte (Tabla 1).

En Cuba, el cáncer ha sido históricamente una de las primeras causas de muerte. En 1910 se situaba en el octavo lugar del listado de las 10 primeras y desde 1958 se ubica permanentemente como segunda causa de

Tabla 1 - Principales causas de muerte. Cuba 1995

Causas (CIE 9na.)	Número	Tasa cruda	Por ciento
Enfermedades del corazón (393 - 429)	22.096	201,3	28,4
Tumores malignos (140 - 208)	14.623	133,2	18,8
Enfermedades cerebrovasculares (430 - 438)	7.764	70,7	10,0
Accidentes (E 800 - E 919)	5.847	53,3	7,5
Influenza y neumonía (480 - 487)	4.111	37,4	5,3
<b>Total</b>	<b>77.937</b>	<b>709,9</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas.

Nota: Tasa Cruda por 100.000 habitantes.

muerte<sup>(14)</sup>. Esta situación pudiera agravarse en los años venideros debido a la influencia que ejercen los cambios ocurridos en algunos indicadores demográficos que tienen relación con esta enfermedad.

El cáncer es un verdadero problema social en Cuba, no solamente por sus altos índices de morbilidad, sino porque sus tasas de incidencia tienen una tendencia creciente. Más de 20.000 nuevos casos (20.808 en 1994) son diagnosticados cada año. La incidencia global en 1994 fue de 182,9 por 100.000 habitantes en hombres y 155,2 en mujeres (Tasa Estandarizada a la Población Mundial). El incremento en la incidencia desde 1986 puede ser atribuida al mejoramiento en el reporte de los casos (Figura 1).

Las principales localizaciones en incidencia son: pulmón (Tasa Cruda: 44,1), próstata (TC:

35,3) y piel (TC: 26,9) para hombres; y mama (TC: 32,9), piel (TC 20,9), pulmón (TC: 16,6) y cérvix (TC: 15,8) para mujeres (Tablas 2 y 3).

El cáncer es la enfermedad que produce más muertes entre 1 y 64 años (excluyendo los accidentes). A partir de 65 años, es la segunda causa luego de las enfermedades cardíacas. Aproximadamente uno de cada cinco fallecimientos ocurre por esa razón. Es también motivo de una gran cantidad de años de vida potenciales perdidos (7,3 en el año 1995)<sup>(13)</sup>.

La mortalidad por cáncer tiene una tendencia ligeramente creciente (Figura 2). En 1995, 14.623 muertes por cáncer fueron reportadas en Cuba, representando el 18,8% de todas las muertes, con una tasa de 130,1 por 100.000 habitantes en hombres y 91,1 en mujeres (Tasa Estandarizada a la Población Mundial).

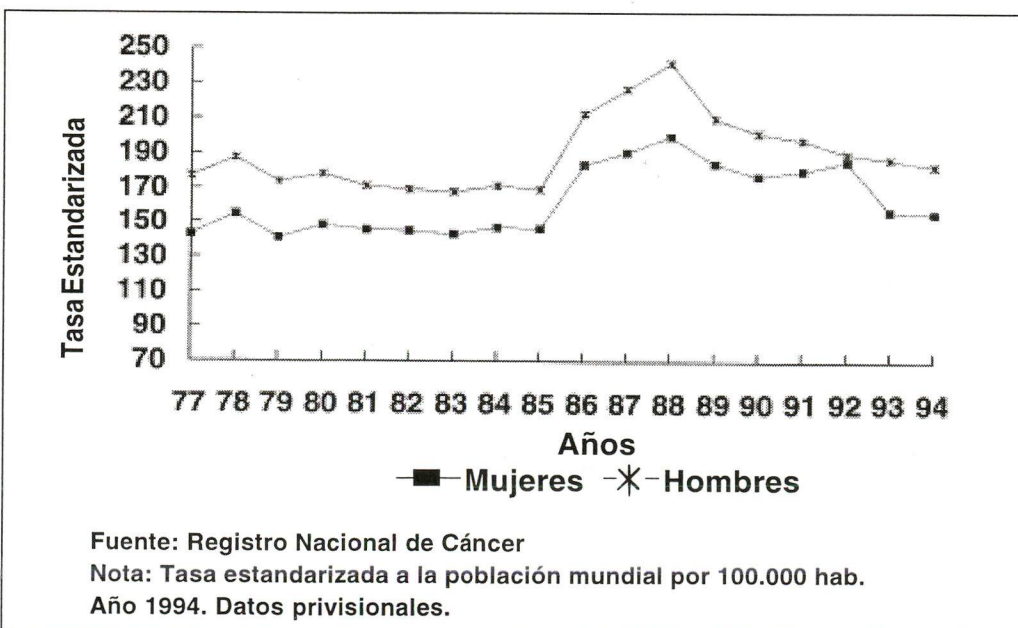


Figura 1. Incidencia del cancer segun Sexo. Todas las localizaciones. Cuba . 1977-1994

Tabla 2 - Incidencia de cáncer. Sexo masculino. Diez primeras localizaciones. Cuba 1994

CIE 9na.	Localizaciones	Número	Tasa cruda	Tasa estandarizada a la población mundial	Por ciento
162	Pulmón	2.417	44,1	38,8	20,8
185	Próstata	1.944	35,5	27,9	16,8
172-173	Piel	1.475	26,9	22,9	12,7
161	Laringe	575	10,5	9,5	5,0
153	Colon	569	10,5	8,8	4,9
188	Vejiga	528	9,6	8,3	4,5
140-145	Boca	466	8,5	7,8	4,0
151	Estómago	450	8,2	7,1	3,9
200-202	Linfomas	391	7,4	6,6	3,4
204-208	Leucemias	329	6,2	5,7	2,8
<b>Total</b>		<b>11.596</b>	<b>211,5</b>	<b>182,9</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro Nacional de Cáncer. Datos provisionales.

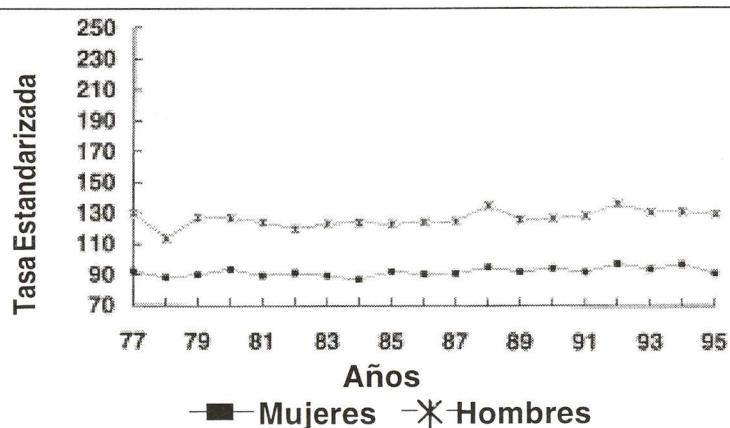
Nota: Tasas por 100.000 habitantes.

Tabla 3 - Incidencia de cáncer. Sexo femenino. Diez primeras localizaciones. Cuba 1994

CIE 9na.	Localizaciones	Número	Tasa cruda	Tasa estandarizada a la población mundial	Por ciento
174	Mama	1.750	32,9	29,3	18,3
172-173	Piel	1.189	20,9	17,3	11,6
162	Pulmón	885	16,6	14,2	9,2
180	Cérvix uterino	841	15,8	14,1	8,8
153	Colon	777	14,6	11,8	8,1
179	Útero sin especificar	313	5,9	5,1	3,3
182	Endometrio	297	5,6	4,9	3,1
200-202	Linfomas	296	5,6	5,0	3,1
155	Hígado	285	5,4	4,3	3,0
1831	Ovario	283	5,3	4,8	3,0
<b>Total</b>		<b>9.581</b>	<b>180,1</b>	<b>152,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro Nacional de Cáncer. Datos provisionales.

Nota: Tasas por 100.000 habitantes.



Fuente: Registro Nacional de Cáncer

Nota: Tasa estandarizada a la población mundial por 100.000 hab.

Figura 2. Mortalidad por cancer segun Sexo. Todas las localizaciones Cuba. 1977-1995

Las causas de cáncer más frecuentes en la mortalidad fueron: pulmón (TC: 41,8), próstata (TC: 29,0) y colon (TC: 9,6) en hombres, y mama (TC: 17,0), pulmón (TC: 16,3) y colon (TC: 3,0) en mujeres, ubicándose cérvix como la quinta localización (TC: 6,3) (Tablas 4 y 5).

Entre las principales causas de cáncer, tanto en incidencia como en mortalidad, se encuentran localizaciones susceptibles a la prevención y el diagnóstico precoz, tales como pulmón y cavidad bucal en ambos sexos, próstata en el hombre y mama y cuello de útero en las mujeres.

Esta situación justificó el inicio de las primeras acciones de control del cáncer con intenciones de reducir la incidencia y mor-

talidad de esta enfermedad. Estas acciones, organizadas y financiadas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), se iniciaron en los años sesenta, cuando las transformaciones sociales y sanitarias comenzaron a producir una disminución sustancial de las enfermedades infecciosas y se afianzaron en los lugares cimeros como causa de muerte las enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y cerebrovasculares. Estas primeras acciones para el control del cáncer se concentraron en la creación de una red nacional de hospitales y unidades asistenciales oncológicas, la fundación del Registro Nacional de Cáncer en 1964 y la organización del Programa Nacional de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en 1967.

Tabla 4 - Mortalidad por cáncer. Sexo masculino. Diez primeras localizaciones. Cuba 1995

CIE 9na.	Localizaciones	Número	Tasa cruda	Tasa estandarizada a la población mundial	Por ciento
162	Pulmón	2.313	41,8	36,2	27,2
185	Próstata	1.605	29,0	22,2	18,9
153	Colon	531	9,6	7,9	6,2
151	Estómago	426	7,7	6,6	5,0
161	Laringe	404	7,3	6,3	4,8
150	Esófago	304	5,5	4,8	3,6
204-208	Leucemias	268	4,9	4,5	3,2
188	Vejiga	267	4,8	4,0	3,1
200-202	Linfomas	265	4,8	4,3	3,1
157	Páncreas	260	4,7	4,1	3,1
<b>Total</b>		<b>8.490</b>	<b>153,9</b>	<b>130,1</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro Nacional de Cáncer.

Nota: Tasas por 100.000 habitantes.

Tabla 5 - Mortalidad por cáncer. Sexo femenino. Diez primeras localizaciones. Cuba 1995

CIE 9na.	Localizaciones	Número	Tasa cruda	Tasa estandarizada a la población mundial	Por ciento
174	Mama	915	17,0	14,1	14,9
162	Pulmón	874	16,3	12,9	14,2
153	Colon	699	13,0	9,7	11,4
179	Útero sin especificar	353	6,6	5,3	5,7
180	Cérvix uterino	339	6,3	5,4	5,5
155	Hígado	256	4,8	3,7	4,2
157	Páncreas	245	4,6	3,5	4,0
151	Estómago	231	4,3	3,2	3,8
204-208	Leucemia	203	3,8	3,4	3,3
183	Ovario	202	3,8	3,3	3,3
<b>Total</b>		<b>6.133</b>	<b>114,2</b>	<b>91,1</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro Nacional de Cáncer.

Nota: Tasas por 100.000 habitantes.

El análisis conjunto de la experiencia nacional acumulada y la literatura internacional produjo una primera versión del Programa Nacional de Control de Cáncer<sup>(15)</sup>, que desde sus inicios siguió las recomendaciones de la OMS. Esta primera versión recibió el nombre de Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer<sup>(16)</sup> y fue implantada por el MINSAP en el año 1987.

Las experiencias obtenidas en el transcurso de los cinco primeros años del Programa y a raíz del nuevo enfoque de salud plasmado en el documento de Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana de 1992 al 2000<sup>(17)</sup>, el Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer modifica su organización, perfilando mejor sus objetivos, acciones y métodos de evaluación, tomando el nombre de Programa Nacional de Control de Cáncer de Cuba (PNCC)<sup>(18)</sup> basado en los lineamientos de la OMS.

El PNCC está sustentado por la estructura del sistema de salud en el país y cuenta con los recursos técnico-materiales y personal calificado requerido. Las actividades de atención primaria dentro del PNCC descansan en el trabajo del médico de la familia. Mientras que el Registro Nacional de Cáncer constituye la principal fuente de información para la evaluación y corrección de las acciones.

El PNCC tiene como objetivo general reducir la morbilidad y la mortalidad por Cáncer en Cuba hasta el año 2000 e incrementar la calidad de vida en los pacientes oncológicos.

Sus objetivos específicos son:

- Reducir la incidencia de cáncer en aquellas localizaciones que tienen factores de riesgo prevenibles.
- Reducir la mortalidad general por cáncer mediante el incremento del diagnóstico precoz en grupos de riesgo y el tratamiento adecuado de todos los casos diagnosticados.
- Mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

El Programa prevé acciones simultáneas en las siguientes vertientes: promoción y prevención de salud, diagnóstico precoz, tratamiento ade-

cuado y cuidados paliativos, así como la rehabilitación del paciente con cáncer.

El PNCC cuenta para su aplicación con siete programas, ellos son:

1. Diagnóstico Precoz de Cáncer Cérvico Uterino.
2. Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal.
3. Diagnóstico Precoz de Cáncer Mamario.
4. Desestimulación del Hábito de Fumar.
5. Oncopediatría
6. Tratamiento del dolor y cuidados paliativos.
7. Investigaciones.

En las unidades hospitalarias, el PNCC descansa sobre la base de la creación y mantenimiento de consultas multidisciplinarias para las diferentes localizaciones de cáncer (mastología, ginecología, urología, cabeza y cuello, misceláneas), así como del Comité de Tumores. Estas estructuras velarían por la aplicación del sistema de estadiamiento, del tratamiento adecuado y del seguimiento necesario a todos los casos de cáncer diagnosticados, así como el reporte de cada uno de ellos al Registro Nacional de Cáncer como vía de obtener estadísticas fiables de la situación local y nacional de esta enfermedad. Para enfrentar estas tareas, se requiere del apoyo de las estructuras administrativas del nivel nacional, de cada territorio y de las direcciones de las unidades hospitalarias.

Las actividades del médico de la familia y la educación para la salud han recibido un considerable énfasis dentro del PNCC debido a la importancia que revisten. En el marco de la educación para la salud se han definido acciones que sirvan de apoyo al Programa en sus cuatro esferas fundamentales de acción: prevención, diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y calidad de vida. Estas acciones se proyectan hacia la búsqueda de experiencias educativas que propicien actitudes y conductas más favorables en la población en relación con la prevención y el control del cáncer.

El PNCC hará énfasis especial, a través de sus diferentes programas, en tareas de edu-

cación sanitaria de la población, en especial las referidas a la identificación de los signos de alerta del cáncer, la importancia de la cesación del hábito de fumar y de la asistencia a las pruebas para el diagnóstico precoz del cáncer en las localizaciones donde están implementadas.

El PNCC descansa de una manera significativa en la actividad del Médico de la Familia y en el resto del equipo de atención primaria: estomatólogos, enfermeras, epidemiólogos, grupos básicos, etc. La formalización de estas tareas como parte de las acciones cotidianas de salud del Médico de Familia se encuentran bien establecidas en distintos documentos relacionados con esta especialidad<sup>(19, 20)</sup>. El éxito de las tareas de promoción, prevención y diagnóstico precoz, que son fundamentales en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, se encuentran en gran medida en manos del equipo de Atención Primaria y de su interrelación con las estructuras secundaria y terciaria de salud.

## **Análisis de los programas**

### **1 -Programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino**

Este programa comenzó en 1967 a modo de campaña, alcanzando cobertura nacional en 1974. Sus objetivos han sido reducir la mortalidad y detectar los casos en estadíos tempranos de la enfermedad a través del diagnóstico precoz en las mujeres mayores de 20 años con intervalos de dos años entre las pruebas. El programa incluye treinta y seis laboratorios que garantizan la realización de las citologías cervicales, ocho de ellos en la ciudad de La Habana. La mayoría de estos laboratorios realizan menos de 25.000 pruebas citológicas al año.

Este programa no ha sido capaz, hasta el momento, de reducir la incidencia del cáncer invasor de cuello uterino. Desde 1988, la tendencia de la mortalidad es estable. La baja cobertura es el problema fundamental. Aunque aproximadamente el 60% de las mujeres entre 20 y 60 años han sido examinadas por lo menos una vez, la cobertura general en los años 1992-93 fue de 53,3%. La más alta cobertura es alcanzada en las mujeres jóvenes - 70,6% en mujeres entre 20 y 29 años, mientras que sólo el 37,0% de las mujeres de 40 años y más han sido

examinadas. El principal resultado que es posible apreciar hasta el momento es la reducción de los casos en estadíos avanzados al diagnóstico<sup>(21, 22)</sup>.

### **2 -Programa de diagnóstico precoz de cáncer bucal**

El programa de detección del cáncer bucal se inició en 1982. Tuvo sus antecedentes en un estudio piloto realizado en algunas regiones del país a partir de 1977. Una resolución del Ministerio de Salud Pública hizo oficial el programa en 1986. La política inicial del mismo incluía la búsqueda de lesiones orales, malignas y premalignas en todas las personas mayores de 15 años que asistieran al estomatólogo por cualquier causa. Esta política no fue suficientemente satisfactoria pues las personas de más alto riesgo no visitan asiduamente el estomatólogo. Este profesional en el nivel primario de salud actualmente debe realizar el examen anual a todas las personas mayores de 15 años de su comunidad. Los médicos de familia deben asegurar esta atención.

Entre las principales dificultades en la realización de este programa están la calidad no óptima de los exámenes, el bajo cubrimiento de la población en riesgo (personas de más de 15 años de edad) - 20,0% en el período 1984-1990 (muy bajo en personas de alto riesgo: 11,0% en individuos de 50 años y más), y la negativa de las personas con lesiones sospechosas a someterse al examen de los especialistas. Sin embargo, una reducción de los casos en estadíos avanzados al diagnóstico ha sido alcanzada gracias a los efectos de este programa<sup>(23-25)</sup>.

### **3 -Programa de diagnóstico precoz de cáncer mamario**

Este programa fue aprobado por el Ministerio de Salud Pública en 1987. En aquel momento, tenía dos tareas fundamentales: la enseñanza del autoexamen mamario (AEM) y el examen físico anual por parte del médico de la familia, a toda mujer de 30 años y más. En 1989, después de un programa piloto usando mamografía en Ciudad de La Habana, esta modalidad ha sido extendida nacionalmente, de inicio a mujeres seleccionadas en base al riesgo de enfermar de cáncer mamario. Sin embargo, un estudio de caso-control mostró el bajo poder discriminatorio de los factores de riesgo utilizados para clasificar las mujeres.

En 1993, el programa fue rediseñado, incluyendo medidas educativas para enseñar el AEM a las mujeres y enfatizando la importancia del examen físico y la mamografía. El examen físico es realizado anualmente por el médico de la familia o médicos designados a todas las mujeres de 30 años y más. La mamografía (vista simple oblicua medio lateral) es usada en todas las mujeres de 50 a 65 años cada dos o tres años y también en mujeres de 30 a 49 con alto riesgo. Este programa cuenta con un sistema automatizado que permite controlar y evaluar su marcha<sup>(26)</sup>.

#### 4 - Desestimulación del hábito de fumar (Campaña Antitabáquica)

Existe un programa nacional contra el hábito de fumar desde 1986 enfocado principalmente hacia las acciones educativas. Está dirigido por el Centro Nacional de Educación para la Salud e incluye la participación de los Ministerios de Salud, Educación y Agricultura, el Instituto de Radio y Televisión y varias organizaciones sociales. Este programa se encuentra estrechamente vinculado al PNCC desde 1987.

Las principales actividades que realiza están vinculadas con la educación (en escuelas, instituciones de salud, médicos de familia y población general), la atención médica a fumadores, acciones legislativas (tales como la prohibición de fumar en lugares públicos: escuelas, hospitales, teatros, cines, trans-

porte público) incluyendo el incremento de precio de los cigarrillos y tabacos, así como la investigación social a través de ensayos de intervención en la comunidad<sup>(27,28)</sup>. Las principales dificultades están relacionadas con la alta prevalencia del hábito de fumar entre los médicos, maestros y dirigentes<sup>(29)</sup>, la necesidad de restricciones adicionales y una mejor aplicación de las medidas existentes. Aún así, el hábito de fumar ha alcanzado niveles de reducción de un 1,5% anual (reducción global del 54,8%) como resultado del programa en estos 35 años (Figura 3).

#### 5 - Programa de oncopediatria

El Programa de Oncopediatria comenzó en 1987 con el objetivo específico de asegurar el diagnóstico oportuno, estadiamiento y tratamiento adecuados, a través de la organización de protocolos de tratamiento multicentros en todo el país, así como el entrenamiento actualizado de todos los médicos, enfermeras y resto del personal encargado de atender niños con cáncer. Existen ocho centros con grupos de oncopediatria en Cuba, tres de ellos en La Habana. La mortalidad por cáncer infantil presenta una tendencia decreciente<sup>(30)</sup>.

#### 6 - Programa de atención al dolor y cuidados paliativos

Las actividades de atención al dolor y los cuidados paliativos fueron inicialmente consideradas como acciones no separadas del

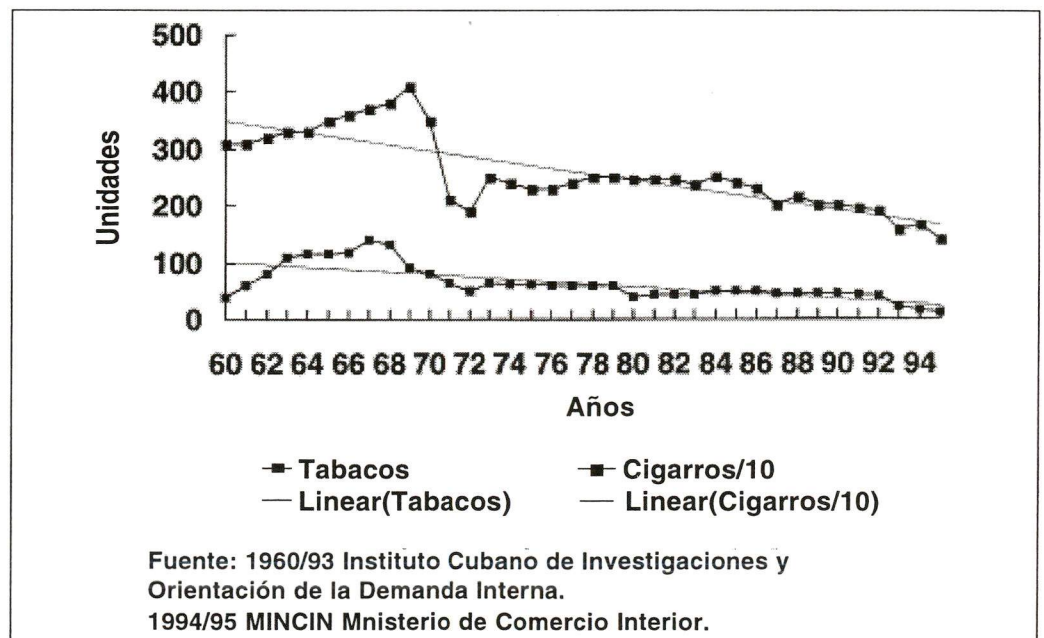


Figura 3. Comportamiento del consumo anual de cigarrillos y tabacos por persona Cuba . 1960-1995



resto del sistema general de atención al paciente con cáncer. En 1993, se puso en marcha un nuevo programa basado en grupos de trabajo multidisciplinarios, los cuales en el nivel primario de salud, incluyen a médicos de la familia, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales y, a nivel hospitalario, a los oncólogos, enfermeras, anesthesiólogos y psicólogos.

Los especialistas mejor calificados de cada grupo en particular tendrán a su cargo la dirección del trabajo en los mismos. Aunque la morfina oral no está disponible, se cuenta con morfina inyectable, así como otras drogas opiáceas de administración oral. Los grupos han sido entrenados además en el uso de la escala progresiva de administración de analgésicos para el alivio del dolor. La política de este programa es proporcionar la atención a estos pacientes en su propio hogar si existen allí las debidas condiciones para recibirla adecuadamente, dejando abierta la posibilidad del acceso a las camas hospitalarias cuando sea necesaria. Actividades de investigación con intención de mejorar la calidad de este programa están siendo llevadas a cabo<sup>(31, 32)</sup>.

### **7 - Programa de investigaciones**

Como parte del PNCC, un programa de investigaciones en cáncer comenzó desde 1992 que incluye todas las investigaciones epidemiológicas, de laboratorio y clínicas en curso. Este programa se convirtió en el Programa de Investigaciones en Cáncer del Ministerio de Salud Pública y fue establecido paralelamente un Registro Nacional de Control de las Investigaciones en Cáncer, lo que garantiza el liderazgo del PNCC en este campo.

Las principales actividades de investigación de laboratorio consiste en la generación y producción de anticuerpos monoclonales para el diagnóstico (con usos en anatomía patológica y medicina nuclear) y el tratamiento, la obtención de nuevas drogas citostáticas e inmunomoduladoras, la farmacología y toxicología preclínicas, el desarrollo de marcadores tumorales (EGF), estudios de Papiloma Virus Humano (PVH) y la investigación sobre oncogénos. La investigación clínica incluye ensayos clínicos (fases I, II y III), estudios de calidad de vida y el desarrollo de normas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer. En el campo de la epi-

demología, la investigación ha sido enfocada hacia la evaluación de los programas de control de cáncer en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Los principales resultados en este campo han sido los estudios de supervivencia y factores de riesgo de alcance poblacional, así como los estudios acerca del hábito de fumar en la comunidad, aflatoxinas, prevalencia de PVH en la comunidad relacionado con los cánceres de boca y cérvix, desarrollo de programas de computación y sistemas informativos, y la evaluación de los mencionados programas de cáncer de cérvix y boca.

### **Otras actividades**

#### ***Vacunación contra la Hepatitis B***

El Ministerio de Salud Pública ha comenzado un programa de vacunación para prevenir la hepatitis B y en consecuencia el cáncer hepático. Los grupos de alto riesgo se incluyeron inicialmente, desde 1992 el programa se extendió a todos los niños nacidos, con dosis de refuerzo al mes y a los seis meses de vida, utilizando una vacuna producida en Cuba. Al final de siglo todas las personas con 20 años se hallaran protegidas.

#### ***Tacto rectal a hombres mayores de 50 años***

Con el objetivo de detectar precozmente cualquier alteración en la glándula prostática, se orienta realizar tacto rectal anual a los hombre mayores de 50 años en la atención primaria de salud. Se valora la necesidad de implementar un Programa Nacional para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata.

### **Conclusiones**

La experiencia ganada en las tareas de control del cáncer a través del PNCC puede ser brevemente resumida en los siguientes puntos:

- El PNCC es el camino idóneo para unificar los esfuerzos y recursos en la lucha contra el cáncer.
- El Registro Nacional de Cáncer es esencial para controlar y evaluar la marcha de los diferentes programas para el control de cáncer y es especialmente importante para convencer a las autoridades correspondientes y a la comunidad en general, de la necesidad de contar con un PNCC.

- Estudios pilotos adecuados deben ser realizados antes de la extensión nacional de cualquier programa, con intención de ahorrar recursos y esfuerzos, y preservar la credibilidad de nuestras decisiones ante la comunidad en general y las autoridades correspondientes.
- El control y la evaluación deben ser actividades permanentes.
- Las normativas de la OMS resultan un material muy valioso y útil para la organización y planificación de actividades de control de cáncer pues reflejan la experiencia de especialistas altamente calificados que han enfrentado directamente problemas prácticos en este campo.

---

### Bibliografía

1. National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. A Handbook Produced by the World Health Organization Global Programme for Cancer Control. WHO, Geneva 1993.
2. Jensen, O.M.; Whelan, S. - Planejamento de um registro de câncer. En: Jensen, O.M.; Parkin, D.M.; McLennan, R.; Muir, C.S. & Skeet, R.G. (Eds). Registro de Câncer: Princípios e Métodos. Publicações Científicas da IARC N° 95. Rio de Janeiro, 1995: 23-29.
3. Miller, A.B., et al. - Report on a Workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer. *Int J Cancer*, 46: 761-69, 1990.
4. UICC Guidelines for implementing National Cancer Program. UICC Press, Geneva 1982.
5. Stjernsward, J.; Stanley, K.; Eddy, D.M., et al. - Cancer control: strategies and priorities. *World Health Forum*, 6(2): 160-4, 1985.
6. Eddy, D.M. - Setting priorities for cancer control programs. *Journal National Cancer Institute*, 76: 187-99, 1986.
7. A WHO meeting. The use of quantitative method in planning national cancer control programmes. *Bulletin of the WHO*, 64(5): 683-93, 1986.
8. WHO. Global medium-term programme. Eighth general programme of work covering the period 1990-1995. WHO, Geneva, 1988.
9. Boss, L.P. - Uses of data to plan cancer prevention and control programs. *Public Health Reports*, 105(4): 354-60, 1990.
10. Eddy, D.M.; Stjernsward, J. - Development of the state cancer control programme in Karnataka, India. *National Cancer Institute Monogr*, 2: 75-82, 1986.
11. Greenwald, P.; Sondik, E.J., (Editors). - NCI monographs. Cancer Control objectives for the nation: 1985 - 2000. Bethesda, MD: Natl Inst Health, 1986 (NIH publication No. 86-2880).
12. Greenwald, P.; Cullen, J.W.; McKenna, J.W. - Cancer Prevention and Control: From Research Through Applications. *Journal National Cancer Institute*, 79: 389-400, 1987.
13. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual. Cuba 1995. La Habana, 1996.
14. Comité Estatal de Estadísticas. Compendio de Cifras de Mortalidad General, Infantil y Perinatal. Período 1960-1980. República de Cuba, La Habana, 1983.
15. Lage, A.; Caraballoso, M.; Ascué, M. - Las posibilidades de reducción de la mortalidad por cáncer en Cuba: Análisis para un Programa Nacional. *Rev Cubana Oncología*, 3(2): 101-130, 1987.
16. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. La Habana, 1988.
17. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana 1992-2000, La Habana, 1992.
18. Ministério de Salud Pública. Programa Nacional de Control de Cáncer. La Habana, 1992.
19. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana, 1988.
20. Noriega, P.A. - Cáncer. *Rev Cub Med Gen Integral*, 8(3): 214-7, 1990.

21. Camacho, R.; Cáceres, C.; Rodríguez, A. - Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)*, 39(3): 1855-9, 1993.
22. Rodríguez, A.; Lence, J.; Cabezas, E.; Camacho, R. - Programa de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino ¿ Qué hacer y por qué? *Rev Cubana Med Gen Integral*, 10(3): 220-224, 1994.
23. Rodríguez, A.; Fernández, L.; Carabaloso, M. - Distribución por etapas clínicas al diagnóstico del cáncer bucal en Cuba. 1982-1988. *Rev Bras Cancerol*, 39(4): 201-4, 1993.
24. Rodríguez, A.; Fernández, L.; Carabaloso, M. - Casos examinados por el Programa de Detección Precoz del cáncer bucal. Cuba 1986-1990. *Rev Bras Cancerol*, 40(3): 149-53.
25. Fernández, L.; Sankaranarayanan, R.; Lence, J.; Rodríguez, A.; Parkin, D.M. - An evaluation of the oral cancer control program in Cuba. *Epidemiology*, 6(4): 428-31, 1995.
26. Carreras, M.A.; Fernández, L.; Buch, M.L.; Vals, O.; Conde, C. - Sistema automatizado para la detección precoz del cáncer de mama. *Rev Cubana Oncología*, 6(2): 182-9, 1990.
27. Conde, C.; González, H.; Menéndez, Y. - Cesación del hábito de fumar mediante ensayos de intervención en la comunidad. *Rev Cubana Oncología*, 9(1): 30-4, 1993.
28. Conde, C.; León, Y.; Lence, J. - Técnicas de intervención contra el tabaquismo aplicado en el consultorio del médico de la familia. *Rev Cubana Oncología*, 9(2): 107-12, 1993.
29. González, S.; Suarez, N.; Cáceres, C.; Conde, C., Camacho, R. - Características del hábito de fumar en Cuba. *Rev Venezolana Oncología*, 5: 93-5, 1993.
30. Martín, A.; Valdés, M.; Longchong, M.; Grueiro, S. - Tendencia de la mortalidad por cáncer infantil en Cuba. *Oncología (España)*, 17(7): 302-8, 1994.
31. Grau, J.; Lence, J.; Jiménez, P.; Chacón, M.; Romero, T.; Abascal, M. - Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. *Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*, 5: 111-126, 1995.
32. Jiménez, P.; Grau, J.; Noriega, P.; Chacón, M.; Grau, R.; Martín, M. - Calidad de vida en el enfermo oncológico terminal: un estudio de intervención. *Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*, 6: 59-74, 1995.