

# CAMERÚN

## Perspectiva general: Plan Nacional de Control del Cáncer

Cada año aparecen 12.000 nuevos casos de cáncer en una población de 15 millones de personas aproximadamente y cerca del 8% de todas las muertes que se producen es debido al cáncer. La vigilancia del cáncer no está bien organizada en Camerún. La mayoría de muertes relacionadas con esta enfermedad ni se informan ni se registran. El consumo de tabaco está creciendo, especialmente entre niños y adolescentes, y los hombres fuman mucho más que las mujeres. En Camerún no existen todavía leyes que regulen la publicidad del tabaco, pero en los medios oficiales de comunicación no se hace publicidad de sus productos. El año pasado, el gobierno ratificó la convención de la OMS sobre Control del Tabaquismo.

Anteriormente no existía ninguna política o programa nacional de control del cáncer en Camerún. El 24 de octubre de 1990 se creó un comité nacional de control del cáncer; sus actividades eran limitadas y consistían exclusivamente en campañas periódicas de cribado (dos o tres veces al año) para detección de cáncer de cuello de útero, de mama y de próstata. Unos pocos especialistas también organizaban campañas ocasionales de cribado. Sin embargo, estas actividades no estaban coordinadas. Los servicios oncológicos se ocupan básicamente del tratamiento y sólo están disponibles en Yaounde y Douala. En julio de 2002 se reorganizó el Comité Nacional y se nombró un nuevo equipo para dirigirlo.

Camerún, al igual que otros muchos países subsaharianos, se enfrenta a muchos retos. La mayoría de pacientes de cáncer sólo acude a la consulta en una fase avanzada de la enfermedad. La ignorancia, las creencias locales y la pobreza influyen en el comportamiento de los pacientes. Los curanderos tradicionales y el personal médico y paramédico que, por motivos económicos u otros, insisten en tratar a los pacientes de cáncer a pesar de no contar con los conocimientos necesarios, retrasan la remisión de los enfermos a los servicios apropiados. Los centros de tratamiento del cáncer son todavía pocos.

Las salas estériles necesarias para determinados protocolos de quimioterapia no están disponibles en ningún servicio de Camerún y la insuficiencia de equipos limita su práctica para el tratamiento del cáncer. El reducido número de personal formado en oncología se suma a la falta de entusiasmo por parte de los jóvenes médicos y personal de enfermería de estos servicios. Los medicamentos utilizados para quimioterapia son prohibitivamente caros a pesar de que el Comité Nacional ha conseguido recientemente que algunos fabricantes nos los vendan a precio reducido.

Estas limitaciones confirman la urgencia de obtener ayuda para el programa de control del cáncer en Camerún. La política invertirá sin duda la tendencia actual. Este compromiso político es evidente al estar contemplado el control del cáncer en el Programa Nacional de Desarrollo Sanitario, por su inclusión en la Estrategia del Sector Sanitario y por la reorganización del Comité Nacional de Control del Cáncer (CNCC), así como por el nombramiento de sus directivos. El actual Plan Nacional de Control del Cáncer (PNCC) es un plan integral (2003-2007) publicado en 2004 que incluye todos los principales componentes, pero que no se puede ejecutar en su totalidad debido a la escasez de fondos. El PNCC fue revisado recientemente y ahora está en la fase 2006 – 2010.

**La información fue proporcionada en una entrevista telefónica (marzo de 2006) por:**

Dr. Anderson Doh  
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas  
Secretaría Ejecutiva NACFAC  
Yaoude, Camerún  
E-mail: [tandersondoh@yahoo.com](mailto:tandersondoh@yahoo.com).

**1. ¿El plan nacional de cáncer de Camerún es nuevo o es un plan actualizado?**

Anteriormente no teníamos ningún plan nacional; éste es el primero.

**2. ¿Cuándo se publicó?**

Empezamos a redactarlo en 2003 y se publicó en 2004.

**3. ¿Quién publicó el plan en 2004?**

Se hizo bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública. Tuvimos el apoyo de la oficina nacional de la OMS. La aprobación y validación fue realizada por miembros del comité creado por el Ministerio de Salud Pública.

**4. ¿Cuándo empezaron el proceso de planificación y quién estuvo implicado?, ¿Por qué decidieron redactar el plan?**

En 2002, un representante de la OMS de Costa de Marfil estuvo destacado aquí provisionalmente. Durante las conversaciones que mantuvimos con él se concibió la idea de redactar un programa nacional. Yo fui nombrado para liderar el programa. Comenzamos el proceso de planificación en 2002. Varios colegas trabajaron conmigo. Recopilamos la información ya existente en forma de publicaciones y reunimos ejemplos de otros planes de cáncer. Conseguí un documento del Control del Cáncer de Zimbabue. Después, intentamos preparar nuestro propio plan.

**5. ¿Qué pasos dieron posteriormente y cuánto tiempo les costó hacerlo?**

A finales de año tuve una reunión con el Ministro de Salud y le dije que necesitábamos más dinero que llevar adelante el plan. Y fue cuando conseguimos dinero para el taller, cuando más gente empezó a prestarle atención. El ministro nombró comités. Además de la secretaría ejecutiva contamos con 5 comités principales (educación y prevención, registro, diagnóstico, tratamiento e investigación y finanzas y relaciones públicas). Todos estos colegas hicieron su aportación en un taller de 3 días. El documento se concluyó y evaluó hacia finales de 2003.

**6. Además de usted y las personas que acaba de mencionar, ¿Quién más estuvo implicado en el proceso de planificación?, ¿Involucraron a alguna ONG u otras organizaciones?**

Antes de crear los comités, mis colegas y yo habíamos hecho mucho trabajo. En el taller conseguimos la participación de algunas ONG, entidades religiosas, etc. Posteriormente, en el proceso de validación estuvo implicado un comité más grande (CNCC). El Dr. Batista y la Dra. Sepúlveda de la OMS hicieron algunas aportaciones. Aparte de ellos, no conseguimos asesoramiento técnico del exterior.

## **7. ¿Dónde obtuvieron los recursos empleados?, ¿Dónde consiguieron la financiación?**

Uno de nuestros principales problemas es conseguir el dinero para hacer las cosas. Yo estaba motivado, principalmente de forma intelectual, para que las cosas se hicieran, y gracias al taller, muchos colegas se unieron a mí. El ministerio ha estado ayudándonos desde 2004, pero no le resulta muy fácil, especialmente cuando se tienen también otros programas importantes. Y no es porque no consideren que éste es importante. Los otros programas, como VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, Programa Amplio de Inmunización, funcionan bastante bien porque obtienen fondos de socios como el Fondo Mundial, la Unión Europea, el Banco Mundial, etc.

## **8. Ustedes disponen del plan, pero tienen problemas para aplicarlo. ¿Qué han ejecutado hasta el momento?**

Tenemos problemas para llevar a cabo el plan debido a restricciones económicas. La dotación de personal también es un problema porque debemos pagar salarios. A pesar de todo ello, yo no diría que no se ha hecho nada; hemos hecho unas cuantas cosas. Hemos intentado preparar un presupuesto anual y ejecutarlo todos los años. Hemos puesto en práctica algunas partes del plan, pero no su totalidad; principalmente, actividades sobre educación (IEC), cribado, formación a escala local del personal médico, etc. Tenemos algunos programas en la radio. Estamos a punto de producir panfletos; ya contábamos con algunos, pero nos vamos a reunir pronto para actualizarlos. Practicamos el cribado de forma esporádica, algo que no es suficiente para mí; necesitamos planificarlo con un carácter más permanente para que la gente sepa a dónde debe acudir. Hemos realizado una investigación por medio de examen visual tras aplicación de ácido acético diluido que contó con el patrocinio de la OMS. Hemos iniciado una serie de talleres para formar personal.

A los pacientes les resulta bastante costoso pagarse el tratamiento y no contamos con un sistema de seguro nacional que se haga cargo de ello. Así que optamos por dar algo de dinero a los hospitales de referencia para que los pacientes paguen menos de lo que deberían; de esta forma, les ayudamos a realizar cirugía o radioterapia. Los medicamentos antimotéticos se suministran también a menos del 40% del precio de venta en farmacias privadas. Para realizar todas estas actividades conseguimos financiación del Ministerio de Salud, especialmente, fondos de la iniciativa “Países Pobres Altamente Endeudados” (PPAE).

## **9. ¿Y sobre cuidados paliativos?, ¿Están financiados?**

Los cuidados paliativos no están organizados. Las personas se ocupan de sus pacientes. El 80% de nuestros pacientes es tratado en una fase tardía, por lo que los cuidados paliativos son un componente de importancia. El Ministerio de Salud firmó el 6 de abril de 2006 una asociación con la Red Internacional para el Tratamiento e Investigación del Cáncer (INCTR). Una de las principales actividades será poner en marcha el programa de cuidados paliativos. Por ahora, subvencionamos la compra de los principales analgésicos. También necesitamos formar personal en cuidados paliativos. Recientemente, realizamos un taller en Dakar sobre cuidados paliativos en el que participaron

algunas de nuestras enfermeras. Unos buenos medicamentos genéricos para cuidados paliativos resultarían útiles.

Contamos con mejor personal para los servicios de atención sanitaria que otros países de nuestro entorno, pero necesitamos reforzar todo esto para que no sólo ayudemos a pacientes del país, sino también de los países vecinos.

#### **10. ¿Cuáles fueron las prioridades y los principales fines y objetivos del plan?**

Nuestro objetivo general es reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer. Uno de nuestros principales objetivos específicos es poner en marcha un registro nacional del cáncer. Por ello, creímos que empezando en Yaounde y Douala (en conjunto representan casi una cuarta parte de la población) sabríamos cómo funciona y si cometíamos algún error, podríamos corregirlo; empezó el año pasado. Al principio, la mayoría de los datos provenía de hospitales de distrito, provinciales y de referencia. Pero un objetivo específico era contar con un mejor registro e informar a la población de las enfermedades que se pueden evitar.

El año pasado, comenzamos la vacunación contra la Hepatitis B como medida preventiva que ayudará a que la siguiente generación de cameruneses evite la cirrosis de hígado y el cáncer de hígado de inducción viral.

#### **11. ¿Qué me puede decir acerca de medidas preventivas como el marco de la convención sobre tabaquismo?**

El gobierno ha firmado la Convención Marco de la OMS para el Control del Tabaquismo.

#### **12. ¿De dónde van a obtener los recursos?**

Los obtendremos del gobierno, pues el programa ha sido incluido en el presupuesto nacional desde 2004. También nos beneficiamos de los fondos PPAE. Pero no es suficiente para que podamos realizar todas las actividades.

La financiación es el principal problema. Necesitamos ayuda del exterior en términos de financiación. Por ello nos asociamos. El representante de la OMS ha estado ayudándonos en términos de ánimos. Parece que también están teniendo problemas económicos. Esa era una fuente en la que confiábamos. Estamos estudiando otras áreas para obtener fondos, incluso de la OPEP.

#### **13. ¿La evaluación está incluida en el plan?**

Sí. Tenemos un secretariado que coordina las actividades. En el CNCC contamos con 5 comités principales. Con la creación de subcomités provinciales se prevé la descentralización del Comité Nacional de Control del Cáncer; tenemos 10 provincias.

La evaluación sería interna y externa. La evaluación interna la haríamos nosotros mismos, pero para la externa contaríamos con personas del exterior, por ejemplo, OMS, UNICEF y la Agencia Internacional de la Energía Atómica. De esa forma, cuando el programa esté completamente en marcha, podremos llevar a cabo evaluaciones externas cada tres años.

**Traducción: Rafael Herrero Medrano, Valencia (España)**

**Esta publicación no representa necesariamente las decisiones ni la política oficial de la Organización Mundial de la Salud.**