

CANADÁ

Perspectiva general: Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer (ECCC)

El número de canadienses diagnosticados de cáncer aumenta todos los años. El crecimiento y el envejecimiento de la población son los principales factores que provocan este aumento. El 70% de los nuevos casos y el 82% de las muertes se producen en personas a partir de 60 años de edad. En el año 2010, el cáncer se convertirá en la principal causa de muerte. Se calcula que la prevalencia del cáncer es casi tres veces más alta que la incidencia anual. En 1998, el cáncer ocupaba la tercera posición contabilizando el 11,7% de la carga económica total.

La mayoría de provincias cuenta con agencias provinciales de cáncer o equivalentes que proporcionan atención especializada a los pacientes de cáncer. La falta de coordinación entre ellas ha provocado una crisis de recursos humanos en la atención oncológica. En vista del drástico aumento de la demanda de tratamiento y atención de apoyo fue necesario desarrollar estrategias coordinadas para que su impacto fuera el máximo. Hasta este momento no se contaba con ninguna estrategia nacional de control del cáncer. La Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer (ECCC), dirigida y gestionada en colaboración, agrupó al público en general, proveedores de servicios y gobiernos federal/provinciales/territoriales. Un Consejo Canadiense de Control del Cáncer aportó el liderazgo nacional para potenciar la noción de la ECCC y creó grupos de trabajo para emprender o coordinar actividades específicas bajo la guía de las 94 recomendaciones extraídas de los informes del grupo de trabajo de la ECCC. Se estimuló la formación de un Comité de Partes Interesadas que facilitara un conducto para informar a y recibir información de los canadienses implicados en el control del cáncer. El Consejo también dio su apoyo a la constitución de un Comité de Pacientes y Supervivientes especial dentro del Comité de Partes Interesadas.

Los fines de la ECCC son: reducir la incidencia del cáncer y su mortalidad y morbilidad, mayor calidad de vida para las personas que vivan con cáncer o se recuperen de él, acceso equitativo a intervenciones de control del cáncer basadas en pruebas científicas, mejor integración de la atención oncológica (desde la atención primaria a los cuidados paliativos), equilibrar las inversiones que sostienen una prevención eficaz, atención psicosocial/de apoyo y cuidados paliativos, capacitación de los pacientes y armonización con los planes provinciales, territoriales y federales.

Para alcanzar estos fines, 12 grupos de trabajo examinaron las cuestiones más apremiantes de todo el espectro del control del cáncer y decidieron seis áreas de prioridad: i) **Estándares y directrices** – creación de mecanismos y mejora de las capacidades para preparar directrices y estándares en colaboración; ii) **Prevención primaria** – establecimiento de sistemas integrados de prevención; iii) **Reequilibrar el centro de interés** - mejora de recursos y sistemas para la prestación de atención de apoyo/rehabilitación y cuidados paliativos; iv) **Planificación de recursos humanos** – creación de una base de datos para planificar los recursos humanos y un enfoque coordinado de la planificación; v) **Prioridades de investigación** – determinación de las prioridades nacionales en inversiones estratégicas de investigación sobre el cáncer; vi) **Una estructura de gobierno pancanadiense** para supervisar la aplicación de la ECCC.

Posteriormente, se crearon grupos de acción independientes para “Normas Deontológicas” y “Directrices de Práctica Clínica”. Más recientemente se creó un grupo de acción “Vigilancia” y se inició un grupo de trabajo sobre “Objetivos (Aseguramiento de la Calidad y Desempeño)”. El grupo de acción “Investigación” se integró posteriormente en los actuales organismos de financiación de la investigación sobre el cáncer a escala federal y provincial para crear una Alianza Canadiense de Investigación del Cáncer para unir estrategia, política, ejecución y financiación en un plan nacional coherente.

Se puede obtener información adicional sobre la Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer en: http://www.cancercontrol.org/home_csc.html

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

Dr. Simon Sutcliffe
Presidente de la Junta de Gobierno
Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer
Agencia del Cáncer de la Columbia Británica, Canadá
E-mail: ssutelif@bccancer.bc.ca

1. ¿El plan que tienen en Canadá es un plan nuevo o es un plan actualizado?

El plan se denomina Estrategia Canadiense para el Control el Cáncer. Es un plan nuevo en el sentido de que se inició en 1998 y estamos trabajando con el mismo plan. En Canadá, anteriormente no existía ningún plan nacional de control del cáncer.

2. ¿Con qué frecuencia se actualiza?

El plan se revisa de forma continua y es supervisado por una junta de gobierno del plan. Nos reunimos dos veces al año como mínimo y revisamos las acciones del plan.

3. ¿Con qué contaban exactamente?

No teníamos ningún plan nacional. Ello refleja principalmente que en Canadá tenemos distintas provincias y territorios que son los vehículos básicos para la prestación de atención sanitaria a la población. Y en esencia, cada provincia estaba desarrollando su propio enfoque de control del cáncer sin un marco nacional conjunto distinto a la legislación sanitaria de Canadá.

4. ¿Pero tenían iniciativas en cualquier caso?

Sí. Existían iniciativas en cada provincia; había bastantes diferencias en el país en cuanto a incidencia y mortalidad del cáncer y un alto grado de variabilidad en el acceso a servicios, tiempos de espera para ellos y acceso a medicamentos. Esa diversidad y fragmentación fue el motivo que llevó a diseñar el nuevo plan nacional.

5. ¿Quiénes fueron los principales actores implicados en el diseño del plan?, ¿Cómo se puso en marcha?, ¿Quién tomó la decisión?

El plan fue iniciado por tres organizaciones:

1. Health Canada, el organismo de gestión sanitaria del gobierno federal.
2. La Sociedad Canadiense del Cáncer (SCC) y el Instituto Nacional del Cáncer de Canadá (INCC), que representarían la principal organización no gubernamental para el cáncer.
3. La Asociación Canadiense de Agencias Provinciales del Cáncer, que son los vehículos de prestación de servicios oncológicos en cada una de las provincias o territorios de Canadá mediante la financiación del gobierno.

Estos tres organismos iniciaron un proceso patrocinado y respaldado por el gobierno federal con el apoyo de las agencias provinciales del cáncer (para que estuvieran implicadas las provincias) y la principal ONG sobre cáncer. Se crearon doce grupos de trabajo que implicaban a unas 700 personas en todo Canadá y representaban la diversidad del público, pacientes (incluido el grupo de supervivientes de cáncer), grupos de sensibilización, profesionales y miembros de los gobiernos para conseguir un amplio espectro transversal y un punto de vista inclusivo de lo que debería contener la estrategia de control del cáncer.

6. ¿Puede decirme algunos de los pasos?

Inicialmente estructuramos una serie de grupos de trabajo a los que se les asignaron diversas áreas relacionadas con el control del cáncer para que las examinaran con un enfoque basado en las pruebas científicas y determinaran qué constituirían las mejores prácticas y cuáles serían las cuestiones principales y los retos. Por ejemplo, hubo grupos para prevención primaria, servicios de cribado, servicios de diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y atención terminal, genética, recursos humanos, tecnologías de la información, investigación sobre cáncer, etc. La composición de cada uno de estos grupos era heterogénea. Hicieron una serie de recomendaciones sobre cómo crear una referencia comparativa satisfactoria o el actual estado de utilidad de cada una de esas áreas.

Cuando se recibieron todos los informes (un proceso que duró dos años) se convocó un foro nacional de partes interesadas y se invitó a unas 270 personas que representaban a los promotores públicos, a pacientes y a profesionales. En un plazo de dos días revisaron los planes y evaluaron y redujeron las recomendaciones; éstas fueron agrupadas en un número posible de alcanzar. El resultado del primer foro de las principales partes interesadas fue una serie de recomendaciones sobre acciones específicas que tendrían prioridad, así como una recomendación sobre la dirección y gestión continua de la estrategia.

7. ¿Cuándo se lanzó el plan?

Se lanzó en 2002.

8. ¿Cuál fue la fuente de financiación?

El plan se lanzó con un compromiso de financiación del gobierno federal y una contribución equiparable pero más pequeña de la organización no gubernamental, la SCC-INCC. En total, se alcanzó un presupuesto anual de 650.000 \$, que como se apreciará, es una cifra muy pequeña para un plan nacional de cáncer.

La justificación fue que se suponía que ese dinero era suficiente para poner en marcha el mecanismo de gobierno y para iniciar las acciones y la planificación de 8 grupos de acción: el grupo de prevención primaria, el grupo de directrices de práctica clínica, el grupo de normas deontológicas, etc. Se opinaba que como la atención sanitaria se presta básicamente en las provincias, ellas serían las que pagarían la aplicación de la estrategia. No fue algo especialmente bien elaborado. En realidad, no se puede poner en funcionamiento una estrategia nacional de cáncer con 650.000 \$. Las provincias no estuvieron de acuerdo en poner dinero adicional. Aceptaron utilizar el dinero disponible de forma que respaldara la estrategia, pero no fue suficiente.

9. ¿Qué ocurrió entonces?

La estrategia lleva ahora en funcionamiento poco más de 3 años. Ha seguido siendo gestionada y supervisada por una junta de gobierno compuesta por 27 personas que representan a las principales partes interesadas en el control del cáncer, incluido el público y los movimientos de sensibilización. Sigue siendo financiada por el gobierno federal y la contribución de la Sociedad Canadiense del Cáncer. Ha seguido promoviendo las intervenciones y la planificación de los grupos de acción de forma que se han realizado los trabajos de infraestructura y planificación continua.

10. En su opinión, ¿está funcionando?

Bien, acaba de llegar a un punto nuevo. Durante el pasado año 2005, el gobierno federal, a través de la Agencia de Salud Pública de Canadá, estuvo reivindicando una estrategia integrada de vida sana y de gestión de enfermedades crónicas. Ello es respuesta a nuevas cuestiones relacionadas con las enfermedades transmisibles, como el síndrome respiratorio grave y agudo (SARS), y porque se cree que la mayoría de enfermedades crónicas que afectan a las sociedades occidentales comparten determinantes comunes. Sin embargo, ha tenido tendencia a marginar el concepto y la inversión en una estrategia sobre cáncer. Por lo tanto, hemos estado intentando equilibrar el deseo de avanzar hacia una estrategia de gestión de enfermedades crónicas que lo abarque todo y mantener el centro de atención de la estrategia sobre cáncer. El gobierno cambió en enero de 2006. El gobierno entrante ha expresado un punto de vista muy sólido que respalda un plan nacional del cáncer y que cree que se debería invertir en el plan nacional a un nivel en que la Estrategia Canadiense se identifique en su plan de negocio, que es de 260 millones \$ en 5 años.

11. ¿Qué lecciones aprendieron del proceso de planificación?

La inmensa mayoría del trabajo para crear la estrategia fueron contribuciones 'en especie'. La gente aportó tiempo y viajes. El dinero en sí mismo no es la cuestión clave en el diseño del plan de control del cáncer. Las lecciones claves son, en primer lugar, la conciencia de que se debe contar con una estrategia nacional si se quiere cambiar el control del cáncer a nivel de la población. Pero venimos de un largo historial de fragmentación en el que nos sentíamos felices negociando 'con nuestro propio patio trasero' pero no queríamos hablar realmente con el patio trasero del otro. Éste ha sido el gran impedimento para nosotros durante los 20 años anteriores. Por lo tanto, cruzar ese umbral de un enfoque fragmentado y pasar a un enfoque de colaboración fue un paso clave.

El segundo elemento clave fue la inclusividad. Tener a todo el mundo (pacientes, público, promotores, ONGs) 'a la mesa' al principio del proceso de planificación. Existió un fuerte compromiso y el reconocimiento de que pacientes, público y promotores tenían que ser pagados para participar, pues no contaban con ninguna otra forma de financiación.

El tercer punto es que en una estrategia se tienen que reconocer los elementos claves. Por ejemplo, ¿está dirigida a toda la población?, ¿se cuenta con intervenciones que se puedan realizar con calidad y estándares apropiados?, ¿se dispone de medidas para establecer que la población adopte y acate las intervenciones que se quieren realizar?, ¿se cuenta con maneras de medir el cambio en forma de resultados significativos que indiquen que el plan va a funcionar?, ¿se tiene

un mecanismo para incluir a todos los elementos de la población, es decir, Primeras Naciones, aborígenes, grupo multiétnicos, etc.? Todas estas cuestiones deben ser conceptualizadas por anticipado antes de entrar efectivamente en los detalles del plan.

12. Por favor, comente brevemente la evaluación y los resultados.

De acuerdo. Existen dos tipos de evaluación.

1. Una evaluación del plan en términos de: ¿están siendo supervisados los elementos necesarios para aplicar y entregar el plan y son cuantificables?, ¿se puede demostrar que se están midiendo los progresos para aplicar el plan?

2. ¿Cuáles son las medidas reales de control del cáncer o los indicadores claves que se están midiendo?, ¿se ha puesto en práctica un mecanismo para vigilar esas medidas en la población?, ¿se están utilizando estándares y definiciones uniformes de lo que se está midiendo en la población? Para ello es clave disponer de registros de cáncer que puedan medir la mortalidad de la población, fase de la enfermedad, supervivencias de 5 años, etc. De esta forma, el producto de un plan nacional del cáncer es un cambio en los resultados en la población. Y con toda claridad, se tiene que decidir qué resultados se van a medir. Y como mínimo, incidencia y mortalidad deben ser índices normalizados por edad.

13. ¿Se ha ejecutado todo lo que se pretendía al principio?

Parcialmente; por ejemplo, una de las acciones prioritarias era preparar directrices de práctica clínica que estuvieran disponibles a escala nacional y accesibles para su uso. Hemos preparado directrices de práctica clínica y tenemos la aceptación de todas las provincias para este proceso. Contamos con kits de herramientas para desarrollarlas. Disponemos de sitios Web para la preparación y publicación de directrices de práctica clínica y talleres en todo el país para adaptar básicamente las directrices a la cultura de la población que tenga que seguirlas. Por lo tanto, hemos implantado medidas del proceso que nos tienen que llevar a los resultados que queremos ver. Pero probablemente no estemos todavía en posición de poder decir qué proporción de la población total se está gestionando según las directrices, cuáles son las variaciones regionales y cómo se solucionaría esa situación.

14. ¿Qué otras cosas quieren ejecutar?

Existen 8 grupos de acción prioritaria. Los grupos de acción incluyen un grupo de prevención primaria para un plan nacional de prevención primaria y directrices de práctica clínica en oncología para normas deontológicas en oncología. El grupo de Reequilibrado del Centro de Atención implica tomar una perspectiva holística para la gestión del paciente de cáncer y reconocer que los cuidados paliativos, la atención terminal y el control de los síntomas son tan importantes como cualquier otro aspecto. Parte de este plan era la preparación de los signos vitales 5° y 6° para cáncer que estuvieran relacionados con la evaluación del dolor y medidas para abordar el control de los síntomas. El grupo de acción para el plan de recursos humanos está relacionado con diversos grupos profesionales en control del cáncer. Preparación de un inventario de trabajadores, realización de una planificación anticipada del número de personas en formación, en prácticas y el número esperado de jubilaciones, etc. Con ello se intentan equilibrar los recursos humanos con las necesidades nacionales para los servicios. Contamos con un grupo que está trabajando en los objetivos y que intenta definir los indicadores y el grado de cambio factible y que represente el objetivo. Se ha creado un grupo de trabajo que aborda el cribado y la

detección precoz y el acumulado para el proceso de cribado. Tenemos un grupo de trabajo sobre vigilancia y disponemos de mediciones de los resultados. Un grupo de acción de investigación sobre el cáncer que ha sido ampliado a un foro de los principales organismos de financiación de esta investigación en Canadá para poner en línea a quienes financian las investigaciones y a las personas que las realizan hacia un plan de cáncer coordinado.

15. De todo lo que ha mencionado, ¿qué se ha ejecutado parcialmente o en su totalidad?

En todas las áreas hay trabajos en marcha. Se han preparado planes de acción. Por ejemplo, el plan de recursos humanos ha preparado una base de datos detallada de 5 grupos profesionales que representan oncólogos de radiación, médicos clínicos, terapeutas de radiación, oncólogos médicos y farmacéuticos. Cada una de estas bases de datos caracteriza con exactitud quién y cuántas personas hay, dónde están y cuántas personas están en los programas de formación. Se ha construido un modelo sobre supuestos de cuántos se graduarán y cuántos permanecerán. El modelo incluye cuántos se prevé que se jubilen según su edad actual. Éste es básicamente un modelo dinámico para la planificación de los recursos humanos que pretende ser el camino para trabajar con universidades y escuelas superiores implicadas en los programas de formación. Todavía no estamos en el punto de influir en la matriculación de universidades y escuelas superiores. Estamos todavía en el proceso de preparar los datos y asegurar que los modelos sean exactos y se puedan utilizar a efectos de planificación.

16. ¿Dificultades u obstáculos que han encontrado o a los que se están enfrentando en la actualidad?

No existe ningún obstáculo específico. Un país que tiene un gobierno federal, con una Ley de Salud de ámbito nacional pero que presta la atención sanitaria de forma provincial plantea cuestiones. Las cuestiones entre gobiernos en términos de qué responsabilidades aceptan y qué responsabilidades comparten, lo que aceptan financiar, etc. Éste es el reto.

Un segundo reto es, naturalmente, el reto ideológico. El anterior gobierno federal avanzó mucho una estrategia sanitaria integrada en el transcurso de este plan y tuvo menos inclinación a invertir en estrategias de enfermedades específicas. Creemos que debería ser una estrategia integrada para todas las enfermedades crónicas y debería basarse en determinantes de salud. No estaríamos necesariamente en desacuerdo desde una perspectiva teórica; es atractivo. En este momento, también es necesario contar con estrategias específicas por enfermedad sin importar si se cuenta con estrategias integradas. Los cambios ideológicos del gobierno son retrasos para la velocidad de lo que podemos hacer y para el nivel de apoyo que tenemos.

Un reto es mantener efectivamente la armonía entre todos los grupos que tienen un punto de vista de lo que debería ser una estrategia de cáncer. Históricamente, ésta ha sido la mayor dificultad en el área de los profesionales de la atención sanitaria, que no conseguían ponerse de acuerdo y estaban fragmentados. Lo que ahora estamos viendo es el potencial de fragmentación en el compromiso del paciente/público y de los promotores, más que en el área profesional. Los promotores tienen puntos de vista muy sólidos, a menudo acerca de un solo tipo de cáncer. Hacer que retrocedan y tomen una perspectiva de que todo trata acerca del control del cáncer a nivel de la población supone desafiar la atención preferente por la 'enfermedad única'.

17. ¿Nueva Zelanda podría ser otro ejemplo también con distintas poblaciones y distintas prioridades?

Yo diría que Australia, Nueva Zelanda y Canadá se encuentran en un nivel relativamente similar en su planificación nacional.

Traducción: Rafael Herrero Medrano, Valencia (España)

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