

## INDIA

### Perspectiva general: Programa Nacional de Control del Cáncer

El cáncer se ha convertido en una de las diez causas principales de muerte en India. En la actualidad, existen 2,5 millones de casos de cáncer y casi 800.000 nuevos casos cada año, con 400.000 muertes anuales. Los datos del Programa Nacional de Registros de Cáncer indican que los principales puntos de aparición de cáncer son la cavidad bucal, los pulmones, el esófago y el estómago entre hombres, y el cuello de útero, mama y cavidad bucal entre mujeres. El tabaco es la causa identificada más importante de cáncer y responsable de entre el 40% y el 50% de cánceres en hombres y alrededor del 20% en mujeres. India tiene la carga añadida del tabaco de mascar, que en muchas zonas tiene mayor prevalencia que el tabaco fumado.

India es uno de los pocos países en desarrollo que cuentan con un Programa Nacional de Control del Cáncer. Se lanzó en 1976 con los objetivos de prevención primaria, detección precoz y tratamiento inmediato. El Ministerio de Salud decidió revisar el programa existente, pues las actividades estaban más concentradas en planes de distrito que en un esfuerzo nacional conjunto y los resultados no eran los esperados. La dificultad era que los pacientes llegaban en fases avanzadas y el tratamiento no estaba disponible de manera uniforme. En vista de la magnitud del problema y la necesidad de cubrir los vacíos geográficos en la disponibilidad de instalaciones de tratamiento del cáncer en el país, el programa se revisó en diciembre de 2004. Los problemas encontrados en el proceso de planificación incluían la distinta e inadecuada implicación de las partes interesadas y el largo y lento proceso de aprobación del plan. El programa actual tiene 5 planes:

1. Identificación de nuevos Centros Regionales de Cáncer (CRC)
2. Fortalecimiento de los actuales CRC
3. Desarrollo de la especialidad de oncología en las facultades/escuelas superiores de medicina
4. Programas de Distrito de Control del Cáncer
5. Plan de descentralización de ONGs

Se ha creado un Grupo de Trabajo nacional para preparar una “Estrategia de Control del Cáncer en India durante el 11° Plan Quinquenal (2007-2011)”. Los nuevos componentes son información, educación, actividades de comunicación (información, educación y comunicación), investigación, supervisión y evaluación. Está prevista la difusión de información a través de los medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales (ONG). India es el primer país en desarrollo en ser miembro de la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (AIIC). Ello asegurará una dirección apropiada de los esfuerzos en investigación que realiza la agencia en India para que beneficie a su gran población. India ha ratificado la Convención Marco de la OMS sobre Control del Tabaquismo. Se ha elaborado una propuesta (**Onconet**) para unir los Centros Regionales de Cáncer entre sí y con 5 centros periféricos.

Se puede obtener información adicional en inglés sobre el Programa Nacional de Control del Cáncer en: <http://mohfw.nic.in/healthprogmain.html>

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

K. Raamamoorthy  
Secretario Adjunto, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar  
Nueva Delhi, India  
E-mail: [kr.moorthy@nic.in](mailto:kr.moorthy@nic.in)

**1. ¿Este es un plan nuevo o un plan actualizado?, ¿Cuándo se publicó el plan anterior?**

India es uno de los países en desarrollo que cuenta con un programa nacional de control del cáncer (PNCC). Empezamos en 1975 y el plan ya se ha revisado tres veces. La primera revisión se realizó en 1984, la segunda en 1991 y la tercera en 2004. En cada ocasión se publicó un informe al respecto. El primero, un pequeño folleto en 1984; después, en 1991, y el último es una publicación en 2003, "50 Años de control del cáncer en India".

**LAS PREGUNTAS SIGUIENTES HACEN REFERENCIA AL PLAN ACTUAL**

**2. ¿El nuevo plan ya es oficial?**

Se revisó en 2004 y ya está en proceso de ejecución.

**3. ¿Tienen una copia del plan de 2004?**

Está en el sitio Web del ministerio. Se denomina Directrices del Programa Nacional de Control y se publicó en mayo de 2005.

**4. ¿Cuándo pusieron en marcha el proceso de planificación?, ¿Quién decidió realizar el plan y por qué?**

Realizamos una evaluación del programa que tenemos en marcha. Después, se prepara un borrador: Para los trabajos de evaluación y planificación se crean grupos de trabajo. Estos grupos están formados por expertos en finanzas, responsables de formulación de políticas y organizaciones no gubernamentales. Cuando el borrador está listo, es aprobado por el Ministerio de Salud y enviado a la comisión de planificación para su ratificación. Posteriormente, pasa al Ministerio de Finanzas para su aprobación económica; tras superar este proceso, el asunto se lleva ante el gabinete para su aprobación; lo denominamos comité de asuntos económicos del gabinete. Cuando este comité acuerda el plan, aplicamos sus componentes.

**5. ¿Pasa al comité de asuntos económicos del gabinete para obtener financiación o simplemente para formulación de políticas o apoyo?**

Como gabinete de políticas, es necesaria su aprobación. Si el comité de asuntos económicos del gabinete no da su aprobación y si necesita revisión o actualización, tras

introducir los cambios, se envía de nuevo al Ministerio de Finanzas para una nueva aprobación económica.

## **6. ¿El plan 2004 ya ha superado todas estas fases?**

Sí. De hecho, el proceso de planificación para el último documento se inició en 2001 y el plan fue evaluado por el Instituto Nacional de Bienestar Familiar. La evaluación duró aproximadamente año y medio; después, se envió a los grupos de trabajo que invirtieron cerca de 1 año en preparar el documento, pues se procede a un proceso consultivo prolongado. Posteriormente, se envió a la Comisión de Planificación que recomendó muchas modificaciones. De esta forma, el plan final revisado salió a la luz transcurridos 2 años. La aprobación se obtuvo en 2004; es decir, superar este proceso costó aproximadamente tres años (de 2001 a 2004).

## **7. ¿Qué personas estuvieron implicadas en cada fase del proceso anterior?**

Aprovechando el control del cáncer: radioterapeutas, oncólogos médicos, oncólogos quirúrgicos, directores regionales de cáncer, ONGs, grandes instituciones, hospitales del país; es decir, se consultó a personas de todas las instituciones que prestan servicios de atención oncológica. También hubo representantes del sector financiero, responsables de formulación de políticas y partes interesadas.

## **8. ¿Cómo se realizó el plan?, ¿Qué recursos utilizaron y cuáles fueron los resultados?**

Como le he dicho, la evaluación duró un año aproximadamente. Nos costó 20.000 US\$, y las reuniones de los grupos de trabajo alrededor de 10.000 US\$. Se utilizaron fondos Biennium de la OMS. En el país hay un gran número de expertos. Existen 25 centros regionales de cáncer y muchos hospitales de atención oncológica no gubernamentales que también cuentan con un gran número de profesionales; todos son consultados.

## **9. ¿Cuándo se lanzó oficialmente el plan?, ¿Quién lo difundió y cómo se hizo?**

El último plan se aprobó en 2004 y se lanzó el 1 de enero de 2005; durante el año anterior se imprimieron directrices que fueron distribuidas a todos los estados e instituciones solicitando propuestas. Debido a la división del país, en el ministerio tomamos un papel muy dinámico. Nos pusimos en contacto con todas las personas de las instituciones y hablamos con ellas, distribuimos toda la información relativa a los programas existentes, recibimos propuestas, las procesamos y liberamos el dinero. En el sitio Web del ministerio también hay directrices.

## **10. ¿Qué problemas se presentaron en el proceso de planificación?, ¿Cómo se resolvieron?**

Este proceso de planificación implica un proceso consultivo de la comisión de planificación y del Ministerio de Finanzas que necesita mucho tiempo. Se tiene que realizar un trabajo profesional, preparar una presentación de PowerPoint y explicar a las autoridades que tienen que dar su aprobación por qué son importantes los principales componentes y por qué se necesita esa cantidad de dinero para poner en funcionamiento el

programa. Si el proceso pudiera ser sistemático, se podría acortar el tiempo necesario. En ocasiones, hicieron ciertas observaciones e introdujimos correcciones.

### **11. ¿Quién dirigió todo el proceso?, ¿Hubo alguien del Ministerio de Salud coordinándolo?**

El proceso fue dirigido por la División de Cáncer del Ministerio de Salud y la secretaría adjunta a cargo del control del cáncer. Hasta ahora, yo soy el secretario adjunto. Mis colegas han contribuido a mis anteriores programas y ahora intento hacerlo mucho más flexible y accesible para que cubra un espectro más amplio del control del cáncer.

### **12. ¿Cuáles fueron las lecciones aprendidas del proceso de planificación?**

La propia ejecución tuvo algunos cuellos de botella. Tuvimos dificultades en el momento de su puesta en práctica efectiva. El problema es que una vez aprobado el plan por el gabinete, no tenemos ninguna flexibilidad para salirnos del plan aprobado; por ejemplo, nuestro programa de distrito de control del cáncer está actualmente en proceso de aplicación, un programa para dar apoyo a las sociedades oncológicas de los distritos para que participen en campañas nacionales de concienciación, educación, detección y cribado. Todo ello sólo se puede realizar en 5 años. A la finalización del plan quinquenal se habrá realizado muy poco trabajo y se necesitará otro plan quinquenal, es decir, otro documento.

Después, hay otro problema. Durante todo este tiempo hemos estado dando apoyo a hospitales oncológicos privados; lamentablemente, quedaron relegados del 10º plan. Por ello, los hospitales que no son públicos están teniendo dificultades para llevar a cabo el programa sin financiación y sienten que se han quedado al margen. La implicación de las partes interesadas no es perfecta. Debemos asegurarnos de que todas las partes interesadas, los médicos, los hospitales, los organismos oficiales paramédicos de estas instituciones, las ONG que habitualmente pagan los cuidados paliativos, todos, tomen parte. Alentamos una mejor alianza de los sectores público y privado en el siguiente plan.

Muchos centros demandan que se les otorgue el estatus de centro regional de atención oncológica, pero no podemos hacerlo porque tenemos un límite. Cada año concedemos sólo 5 estatus de centro regional de atención. Por ello, en el próximo plan intentaremos abordar estas cosas.

Pero en el siguiente programa también nos gustaría cambiar la política actual. En el país existen aproximadamente 110 facultades o escuelas superiores de medicina públicas; debemos reforzar el departamento de oncología médica de todos estos centros. Por lo menos, en este plan se deberían contemplar 45 de ellos. Debemos participar en la mejora de todos los hospitales de atención oncológica como centros de excelencia (con sujeción a la aprobación de los responsables de formulación de las políticas y del ministerio de finanzas).

### **13. ¿Estos hospitales son oncológicos o generales?**

Muchos de ellos son exclusivamente de atención oncológica. Algunos son en parte generales y en parte de atención oncológica. En primer lugar, para convertir estos hospitales en centros de excelencia necesitamos mucho dinero. En segundo lugar, se deben mejorar y reforzar los departamentos de oncología de las facultades de medicina para que

los estudiantes reciban formación y se presten servicios. Al programa de distrito de control del cáncer se le debe dar una parte importante para que puedan tener lugar campañas de concienciación, la detección del cáncer y la detección precoz. También tenemos en el país algunas bolsas que debido a las características geográficas, a la falta de mano de obra y a dificultades económicas no cuentan ni con centros regionales de cáncer, facultades de medicina ni ningún hospital. Son problemas a los que también tenemos que enfrentarnos.

#### **14. ¿Cuáles son las prioridades y los principales fines y objetivos del plan general?**

En el primer plan de 1975, nuestro centro de atención fue principalmente la prevención primaria, la secundaria, la atención terciaria y los cuidados paliativos. En gran medida, todo ello permanece sin cambios; además de ofrecer servicios curativos, estamos ofreciendo servicios IEC (Información, Educación y Comunicación) para educar a la población difundiendo a través de medios audiovisuales (p.ej. canales de televisión, medios de comunicación, campañas postales) implicando a las ONG que realizan atención oncológica y prestan cuidados paliativos y tratamiento del dolor. Una de nuestras prioridades del próximo plan será obtener más fondos para atención oncológica. También nos estamos fijando en los estándares de otros hospitales del mundo. He obtenido material de 5 o 6 hospitales de EE.UU. y otros lugares. Nos gustaría estudiar sus estándares.

Este plan nacional de control del cáncer tiene 4 componentes:

1. Asistencia a nuevos centros oncológicos regionales
2. Asistencia a los centros oncológicos regionales existentes
3. Asistencia para desarrollar departamentos de oncología en facultades y escuelas superiores de medicina.
4. Asistencia a ONGs para programas de control del cáncer

Los nuevos componentes son IEC e investigación.

#### **15. ¿Qué recursos se asignaron para aplicar el plan?**

Para el plan actual ofrecemos a las instituciones ayudas por un importe de 66 millones US\$. La institución debe ser una facultad o escuela superior de medicina pública o un hospital que preste atención oncológica y el dinero se debe utilizar en adquisición de equipos y adecuación de las instalaciones para acomodar los equipos electrónicos.

Lamentablemente, no financiamos los recursos humanos; la falta de recursos humanos es una de las principales limitaciones para ejecutar este programa. El próximo plan lo tendrá en cuenta. En el programa actual ayudamos a los hospitales ya existentes que reciben 66 millones de US\$ al año para mejorar las instalaciones de los centros regionales de cáncer. Después, se supone que cada año se aprobarán contribuciones para 5 hospitales de atención oncológica y se entregarán 1,1 millones US\$ adicionales a estas instituciones. De esta forma, este año se dará el estatus de hospicio a 5 hospitales, 5 hospitales paramédicos o 5 hospitales de atención oncológica, y el año próximo también lo haremos con un pequeño número de instituciones.

El programa de distrito de control del cáncer es básicamente sobre prevención, detección precoz y campañas de concienciación. Damos aproximadamente 50.000 US\$ el primer año, acercándose el total a 2 millones US\$ para el programa de control del cáncer de distrito.

Obtienen alrededor de 200 US\$ por campaña de concienciación sobre detección que se efectúe en un centro regional. El plan tiene dos componentes nuevos: IEC e investigación.

## **16. ¿Quién realizará la supervisión y evaluación?**

Son expertos del país y agencias externas, pero existe una penuria de fondos para realizar esta actividad.

**Me gustaría señalar que la OMS alienta un enfoque de gestión de la calidad en la preparación de los programas de control del cáncer. Y en ese marco, es aconsejable alentar una supervisión y evaluación internas realizadas por personas que estén prestando los servicios; naturalmente, no excluye una evaluación externa. La evaluación interna reporta muchos beneficios en sí; especialmente, la supervisión puede ayudar a los proveedores para que corrijan errores o identifiquen deficiencias fácilmente e intenten solucionarlos. ¿Tiene alguna opinión al respecto?**

En realidad, lo que hacemos habitualmente es evaluar los resultados de estos programas y corregir los errores. A nivel ministerial se realizan reuniones periódicas. Hablamos con estas personas transcurrido un plazo de 6 meses para conocer sus problemas y recibir sus comentarios.

Naturalmente, lo ideal es evaluar los programas y hacerlo cada año, pero sólo podemos hacerlo cada 5 años. En el país hay bastantes expertos. Me alegro de poder mencionar que contamos con expertos internacionales en investigación sobre el cáncer.

## **17. ¿Qué se ha puesto en práctica hasta la fecha, cuándo y dónde?**

En el país contamos con 210 instituciones aproximadamente. Existen 24 hospicios privados. Completaremos las instalaciones de tratamiento oncológico de estos centros. Algunas están asumiendo la investigación sobre cáncer por tabaquismo. También hemos puesto en marcha programas sobre registros de cáncer y proponemos registros específicos por regiones para adaptar el programa a los requisitos específicos de cada región. Los centros regionales de cáncer también disponen de equipos médicos para teleconsulta. Se ha creado un grupo especial de trabajo para enlazar los 25 hospicios y que la gente no tenga que desplazarse hasta un hospital lejano.

El Consejo Médico de Investigaciones de la India está colaborando con las investigaciones internacionales sobre el cáncer.

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

Dr. M. Krishnan Nair  
Director Fundador, Centro Regional del Cáncer  
Thiruvananthapuram, India  
E-mail: [mknairtvm@yahoo.com](mailto:mknairtvm@yahoo.com)

**1. ¿Es un plan nuevo o es un plan actualizado?, ¿Cuándo se publicó el plan anterior y quién lo hizo?**

Es un plan completamente nuevo que tiene carácter nacional. Anteriormente, existía el plan regional de Kerala.

**2. ¿Y no había ninguna otra región en India con un plan regional?**

No. No que yo sepa.

**LAS PREGUNTAS SIGUIENTES HACEN REFERENCIA AL PLAN ACTUAL:**

**3. ¿Cuándo pusieron en marcha el proceso de planificación?, ¿Quién decidió realizar el plan y por qué?**

El Plan Nacional se inició hace 6 meses aproximadamente. Este plan lo inició el departamento de salud del gobierno nacional bajo la dirección del ministro de salud. Las actividades que empezaron hace diez años estaban más concentradas en planes de distrito que en una acción nacional global. Hubo varias iniciativas. Una fue suministrar a todo el país equipos de tratamiento, principalmente, unidades de cobalto. Después, hubo un programa de distrito de control del cáncer que se inició en 29 distritos de los 625 del país. Éste se puso en marcha hace 10 años aproximadamente. Y la tercera iniciativa estaba relacionada con el programa de salud maternal e infantil que también empezó hace entre 8 y 10 años. Ninguno de estos planes consiguió ayudar a mejorar los resultados de los tratamientos contra el cáncer. Principalmente, porque no fuimos capaces de captar a los pacientes de cáncer en la fase más temprana de la enfermedad. E incluso ahora, con todos estos programas, la detección localizada de la enfermedad permanece al 20%. En fases muy tardías llega el 80% aproximadamente. Y a pesar de la instalación de equipos en las facultades y escuelas superiores de medicina y hospitales, los resultados del tratamiento han permanecido lamentablemente mal. La dificultad era que los pacientes llegaban en fases avanzadas y el tratamiento no estaba disponible de la misma manera en distintas zonas del país. Por ello, tras la evaluación se tomó la decisión de poner en marcha un plan nacional.

Todos los programas de desarrollo de India se coordinan con el plan quinquenal. Dentro de dos años lanzaremos el 11º plan quinquenal. Por ello, esta acción se está realizando para conseguir la sincronización con este plan particular. Se dispondrá de un plan de salud global y habrá planes para enfermedades individuales.

#### **4. ¿Qué pasos dieron para realizar el plan y cuánto tiempo costó cada paso?**

Se han formado tres comités. Uno se denomina comité de control del cáncer y es responsable de la detección precoz y la prevención; este comité también es responsable de la preparación de los recursos humanos y de la obtención de recursos económicos. El segundo comité tiene la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento; el tercer comité es responsable de los cuidados paliativos. Todos fueron nombrados por el Ministerio de Salud. Se me ha confiado la responsabilidad de la prevención primaria y la detección precoz. He recibido el mandato de enviar el borrador de un plan al presidente de los demás comités para que puedan coordinar las ideas en este plan.

#### **5. ¿Qué personas estuvieron implicadas en cada paso del proceso?**

Cada comité tiene un grupo básico formado por 5-6 personas. El presidente del comité puede invitar a otros miembros. Estos comités tienen expertos independientes y funcionarios del gobierno.

#### **6. ¿Existe algún mecanismo para que estos comités se reúnan y debatan?**

Sí. El grupo básico de los tres comités se reunirá la primera semana de marzo. Confiamos en que en ese momento ya estén listos los tres planes. El vínculo podría funcionar.

#### **7. ¿Puedo preguntarle si los comités tienen alguna forma estándar de realizar el plan o algunos pasos que seguir o cada grupo está llevando a cabo su propio proceso de planificación sin realizar consultas?**

Uno de los coordinadores del ministerio nos ha dado directrices al respecto.

#### **8. ¿Quién hizo esa evaluación?**

La evaluación fue realizada por la organización denominada Fiscalía y Auditoría General de India, que revisa los resultados de un proyecto y los aspectos económicos. Ésta es una organización totalmente independiente. Sus funciones son completamente independientes y no están bajo control del gobierno; no tienen ninguna influencia del gobierno en absoluto. Ha preparado un informe en el que se indica que las acciones anteriores no han dado ningún resultado útil en cuanto a control del cáncer. Es un documento abierto que fue ampliamente debatido.

#### **9. ¿Cuándo se realizó la evaluación?**

Esta evaluación se llevó a cabo hace año y medio o dos años aproximadamente.

#### **10. ¿Usted tomó parte en esta evaluación de control del cáncer?**

No. No formé parte del comité de evaluación. El motivo es que es una organización totalmente independiente.

#### **11. ¿Quiénes son los miembros de los comités?, ¿Son todos expertos o representantes de distintas organizaciones gubernamentales?**

La mayoría de ellos son expertos de centros oncológicos; tanto públicos como privados. Hay representantes de diversas instituciones, por ejemplo, de biotecnología. Algunos trabajan para universidades e instituciones científicas nacionales. En conjunto constituirían más del 25% del total de estos comités.

**12. ¿Cuentan con representantes de otros sectores privados o son todos doctores en medicina?**

Son estadísticos, epidemiológicos y unos pocos pertenecen a ONGs. La mayoría son doctores en medicina.

**13. ¿En el grupo hay también enfermeras?**

Sí, hay como mínimo 4 o 5 enfermeras.

**14. ¿Qué tamaño tienen estos comités?**

Cada comité está formado por 10 a 15 personas, y cada uno tiene un grupo básico compuesto de 5 o 6 personas. El número total de miembros será aproximadamente de 15. La composición del grupo básico la decide el presidente de cada comité entre personas con las que se siente cómodo trabajando. Y el presidente lo nombra el gobierno.

**15. ¿Los miembros del comité trabajan a jornada completa o su trabajo es voluntario?, ¿Reciben un salario?**

No, sólo es un trabajo a tiempo parcial. Todos son voluntarios, incluso el presidente. No reciben ningún salario, excepto gastos de desplazamiento y para reuniones. Los recursos se utilizan para transporte, talleres, etc.

**16. ¿Qué límite de tiempo se han fijado para preparar el plan?, ¿Cuándo esperan tenerlo finalizado?**

Está previsto que terminemos el plan antes de finales de abril de 2006. Para que sea incluido en el 11º plan quinquenal tiene que pasar por distintos niveles de decisión de la administración. El canal administrativo para obtener la aprobación es muy grande. Por ello, los planes se preparan dos años antes de que empiecen las actividades, pues una vez está incluido en el plan, probablemente puede ser vinculado a otros planes de enfermedades. Esto se debe realizar a nivel administrativo. Habrá más debates sobre el plan. No será modificado. Es posible que se tengan que establecer determinados vínculos.

**17. ¿Cuándo se pondrá en práctica este plan?**

La ejecución no empezará antes del 1 de abril de 2008.

### **18. ¿Cuáles son los fines u objetivos de este plan?**

El objetivo es concentrarnos en tres formas comunes de cáncer: de boca, de mama y de cuello de útero. El cáncer de boca es un problema muy importante en India. Estos son tres tipos de cáncer fácilmente detectables que podrían tener buenos resultados de tratamiento. Para que la gente gane confianza es muy importante trabajar en estos tres cánceres y avanzar posteriormente.

### **19. ¿Y sobre prevención primaria, como mascar tabaco?**

Las personas que desarrollan un cáncer relacionado con tabaquismo con mucha frecuencia mascan tabaco. Por ello, lo que estamos planificando es hacer algo a través de nuestros distintos programas para mantener a estas mujeres y niños alejados del hábito del tabaco e intentar detener el hábito en los adultos. He propuesto crear clínicas exclusivas de “cesación tabáquica” en todas las oficinas públicas y en diversas instituciones, para así iniciar una educación formal y no formal para niños y mujeres, y para propugnar algunas medidas legislativas. En la educación reglada se les podría inculcar mensajes a nivel de escuela primaria, secundaria e instituto.

India ya ha ratificado la convención sobre control del tabaquismo, pero igual que en otros países, aquí tampoco se ha aplicado de forma muy seria.

### **20. ¿A qué otras estructuras se van a dirigir además del tabaco?, ¿Se van a dirigir a alguna otra estructura efectiva? Por ejemplo, ¿tienen que abordar factores laborales?**

No creo que existan muchos factores laborales. India es un inmenso país y algunas industrias están en lugares muy poblados. India cuenta con una gran industria del carbón. Pero sólo implica a una pequeña parte de un estado.

### **21. Por lo tanto, no han evaluado de nuevo la importancia de los riesgos laborales.**

No, de hecho, no se ha realizado ningún estudio de importancia sobre los riesgos laborales que implica la industria. Existe una institución de salud laboral.

### **22. ¿Existe algún documento relacionado con la evaluación del desarrollo del cáncer en India?**

Existen muchos documentos. En el nuevo plan hemos empezado por el escenario actual del cáncer en el país.

### **23. ¿Qué recursos se asignaron para aplicar el plan?**

Creo que no hemos sido capaces de preparar cifras muy exactas sobre los recursos económicos. Pero yo estoy preparando un modelo. En cada estado habrá un centro de recursos que facilite asesoramiento sobre control del cáncer. Existirá un canal a través del cual ello pasará a nivel de las bases. El canal es el programa de distrito de control del cáncer.

#### **24. ¿Cuáles fueron las lecciones aprendidas del proceso de planificación?**

Lo que debemos recordar es que las enfermedades no transmisibles nunca han formado parte de nuestro programa sanitario. Por lo tanto, el gobierno debe realizar dos cambios de importancia. En primer lugar, el gobierno tiene que hacer responsable de ello a los servicios sanitarios mediante un decreto; y debe introducir ciertos cambios en el sistema de atención sanitaria para garantizar que sus empleados también lo hagan. En segundo lugar, asegurarse de que también se hace en las instituciones privadas.

#### **25. El seguro sanitario, ¿es público o privado?, ¿Esos servicios los cubre el seguro?**

Existe una organización denominada Comisión de Macroeconomía y Salud Nacional. Ésta es una organización completamente distinta que ha estado interesada en todos los aspectos de la sanidad nacional. Envió el plan. Nosotros decidiremos cómo vamos a poner en práctica un seguro en el plan del cáncer. Han preparado ya algún plan macroeconómico. Y también han recibido promesas del gobierno en relación con la aportación de éste. Pero tendrán que ponerse al día sobre las necesidades de grupos individuales. La Comisión de Macroeconomía Nacional está en el sitio Web.

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

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