

EDITORIAL

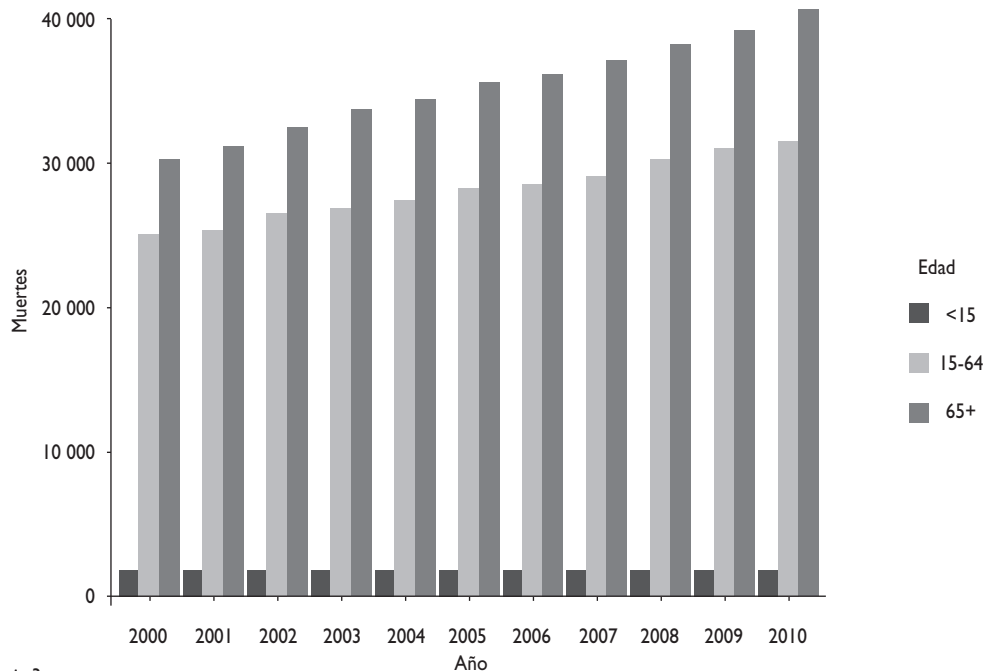
El cáncer en México: propuestas para su control

La población mexicana se encuentra en un interesante proceso de transición demográfica y epidemiológica. A diferencia de los países desarrollados, México presenta una incidencia simultánea de enfermedades pre y postransicionales, con resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas ya controladas en ciertos grupos sociales y regiones del país.¹

Bajo este panorama, desde hace ya más de tres décadas –asociadas fuertemente con el envejecimiento y con estilos de vida poco saludables de la población– las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer han ocupado los primeros sitios como causas de muerte global en nuestro país.²

El cáncer es una enfermedad de alto impacto psicológico, social y económico. De acuerdo con un análisis

preliminar de Gutiérrez Delgado y colaboradores, en el periodo comprendido entre 2000 y 2010,³ en México ocurrieron, en promedio, 66 000 muertes anuales por esta causa (figura 1), lo que equivale a 13% de la mortalidad nacional anual. Del total de defunciones por cáncer, las de mujeres representan, en promedio, 51% anual; las de población económicamente activa (de 15 a 64 años), 43%, y las de población de 65 años o más, 54%. Durante este periodo, el cáncer pulmonar fue el de mayor mortalidad (6 701), seguido de las neoplasias malignas de estómago (5 298) e hígado (4 819). Entre los cánceres de los órganos reproductivos, el de próstata generó el mayor número de defunciones (4 690), seguido del de mama (4 321) y el de cérvix (4 236). Estos seis tumores ocasionaron 46% del total de defunciones por cáncer (cuadro I).



Fuente: referencia 3

FIGURA I. DEFUNCIONES POR CÁNCER EN MÉXICO, 2000-2010

Cuadro I
DEFUNCIONES POR CÁNCER EN MÉXICO, 2000-2010

Año de registro*	Defunciones por cáncer [‡]						Total de defunciones
	Totales	Hombres	Mujeres [§]	<15	15-64	65 +	
2000	57 784	27 841	29 940	1 874	25 033	30 258	437 667
2001	59 011	28 412	30 575	1 820	25 366	31 195	443 127
2002	61 417	29 998	31 401	1 740	26 580	32 473	459 687
2003	63 067	30 941	32 108	1 835	26 889	33 753	472 140
2004	64 336	31 330	32 996	1 840	27 422	34 431	473 417
2005	66 464	32 640	33 818	1 892	28 269	35 612	495 240
2006	67 274	32 713	34 558	1 847	28 551	36 220	494 471
2007	68 815	33 509	35 303	1 797	29 121	37 164	514 420
2008	71 074	34 884	36 188	1 741	30 310	38 289	539 530
2009	72 627	35 536	37 085	1 732	30 994	39 224	564 673
2010	74 685	36 646	38 034	1 804	31 458	40 706	592 018
Total	726 554	354 450	372 006	19 922	309 993	389 325	5 486 390

Fuente: referencia 4

* En promedio, el año de registro coincide con el año de la defunción en 95% de los casos

‡ Se incluyen las claves CIE-10 siguientes: C000 a D489

§ Se excluyen las defunciones con sexo no especificado

A pesar de que estas cifras muestran el impacto del cáncer en la mortalidad nacional, la información epidemiológica que tenemos sobre la enfermedad es parcial y poco representativa. Esta realidad obliga a utilizar estimaciones internacionales para describir la morbilidad de la enfermedad en nuestro país.⁵ Hoy en día, no sabemos cuál es la incidencia y prevalencia real de la enfermedad y sólo conocemos parcialmente su mortalidad. La razón es que en México no existe un registro con base poblacional de casos de cáncer, instrumento que resulta indispensable para determinar el crecimiento real de la epidemia, su tendencia en el tiempo, el perfil epidemiológico de los pacientes, la supervivencia de éstos y la calidad del diagnóstico y del tratamiento. Sin esta herramienta, el diseño de cualquier política pública que permita un adecuado control del cáncer en nuestra sociedad es muy limitado.

Han existido esfuerzos por conocer el número de nuevos casos de cáncer a nivel nacional, por ejemplo, el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM). Sin embargo, éstos han sido aislados e institucionales y no han sido sistematizados.⁶ El RHNM representó un esfuerzo inicial a través de un registro hospitalario, pero dejó de operar en 2002. Su propuesta era evolucionar hacia un registro con base poblacional mediante el cual fuera posible conocer la magnitud real de la enfermedad. El compromiso aún está pendiente.

Debido al tamaño de nuestro país, la alta prevalencia de factores de riesgo y el rápido envejecimiento de la población, es indispensable crear uno o varios registros regionales con base poblacional, que sean interinstitucionales y eficientes y que tengan acceso a información homogénea y sistemática para la captación y registro, año con año, de todos los nuevos pacientes que reciban el diagnóstico de alguna neoplasia maligna.

Sabemos que hasta cuatro de cada 10 casos de cáncer pueden prevenirse y que 30% de los pacientes podrían curarse o alcanzar el control de la enfermedad si ésta se les detecta en forma temprana y ellos son referidos para recibir un tratamiento óptimo.⁷ En México, los esfuerzos en prevención primaria y detección temprana están poco organizados y carecen de presupuesto adecuado para lograr un funcionamiento oportuno y de calidad. Esto explica, en gran medida, que más de 70% de los casos de cáncer sean diagnosticados en etapas avanzadas, lo que reduce sus posibilidades de curación al mismo tiempo que genera amplias necesidades de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.⁸

La prevención del cáncer es posible. En México, aun con información escasa y con la poca infraestructura existente, es necesario hacer un mayor esfuerzo para fortalecer la prevención primaria de los tumores malignos. Desafortunadamente, no hay información completa y objetiva sobre la infraestructura con la que cuenta el sistema de salud para hacer frente a este grave problema de salud pública.

Hay que definir cuáles son las mejores estrategias de tamizaje, diagnóstico y referencia así como los esquemas de manejo en un contexto de escasos recursos económicos y humanos. Con ello, es preciso identificar intervenciones costo-efectivas que brinden las mejores estrategias de control del cáncer. Este conjunto de acciones seguramente derivarán en el desarrollo e instrumentación del Plan Nacional de Control del Cáncer (PNCC), como la mejor respuesta de política pública a esta grave problemática de salud en México y en el resto de América Latina.

Actualmente, existe una propuesta interinstitucional del PNCC. Sus objetivos son:

1. Fortalecer la educación e información sobre cáncer
2. Reducir las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer
3. Elaborar un programa de prevención primaria y secundaria apegado a nuestra realidad
4. Mejorar tasas de supervivencia de los enfermos de cáncer
5. Universalizar y garantizar el diagnóstico y tratamiento oncológicos, con base en las mejores prácticas clínicas y a partir de evidencias
6. Brindar, en todo lo posible, la mejor calidad de vida a los pacientes y a sus familias, a través de cuidados continuos
7. Identificar prioridades de investigación
8. Contar con los recursos que hagan factible el desarrollo del PNCC

Puntos clave del éxito de la estrategia nacional para el control del cáncer son el liderazgo de alto nivel, la existencia de recursos presupuestales etiquetados, la coordinación interinstitucional e intersectorial efectiva para la prevención y la detección temprana, la referencia oportuna de pacientes a centros especializados acompañada del acceso a tratamientos multidisciplinarios con protocolos estandarizados, el control paliativo de la enfermedad cuando sea necesario y, finalmente, la rendición de cuentas y evaluación continua de los resultados; es decir, trabajar bajo un esquema de servicios de calidad con acceso equitativo y rendición de cuentas.

En México no existe una entidad única coordinadora para la prevención y control del cáncer. Tampoco tenemos una política nacional al respecto y no existen datos completos y precisos sobre la magnitud y repercusión social de esta enfermedad. Más aún, el sistema de salud está fragmentado, lo que dificulta la continuidad de los tratamientos y las acciones de referencia y contrareferencia entre los diferentes niveles de atención. Todo esto ha minado el desarrollo de infraestructura adecuada para la detección, tratamiento y paliación del cáncer.

Por todo lo anterior, el esfuerzo será más arduo, pues habrá que lidiar con la falta de homogeneización en los criterios para la prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento del personal tanto en las instituciones del sector público como en las del sector privado, así como con la falta de un sistema de información estadística que permita la evaluación y rendición de cuentas.

En este número de *Salud Pública de México* se celebra el largo quehacer de uno de los más distinguidos registros poblacionales de cáncer, líder en América Latina y un ejemplo para la epidemiología de esta enfermedad. Durante estas cinco décadas de vida, el registro de Cali en Colombia sin duda ha contribuido con el esfuerzo mundial por conocer la magnitud del cáncer, su historia

en el tiempo y posibles factores de riesgo como agentes causales para su análisis, a través de la epidemiología analítica. También ha permitido evaluar la calidad y cobertura de los programas de detección primaria y secundaria, así como el impacto del tratamiento en miles de personas que año con año reciben el diagnóstico de cáncer.

Se predice que, para el año 2025, habrá más de 20 millones de nuevos pacientes con cáncer a nivel mundial y que 75% de ellos será diagnosticado en países de escasos o intermedios recursos. Es fundamental entender la dimensión de este grave problema de salud pública mundial y los registros de cáncer de base poblacional son un instrumento fundamental para lograrlo, así como para planear una respuesta eficaz que contribuya a desarrollar medidas de control y disminución del dolor y el sufrimiento de miles de pacientes y de sus familiares.

¡Felicidades al registro de cáncer de Cali! Estamos seguros de que llegará al centenario y de que continuará conduciendo esta ya larga batalla para conocer la incidencia y distribución del cáncer en su comunidad, para el bien de todos los profesionales de la salud que día con día se unen a esta lucha contra el cáncer.

Nancy Reynoso-Noverón,^(1,2)
Alejandro Mohar.^(1,2)
amohar@incan.edu.mx

Referencias

1. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda Jaime, José M. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1991 Dec;11(6):485-496.
2. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud. Cubos dinámicos [serie en internet]. México: Sinais [consultado en septiembre de 2012]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx>
3. Gutiérrez-Delgado C, Reynoso-Noverón N, Hernández-Ávila M, Mohar-Betancourt A. Perfil epidemiológico de los cánceres en población adulta mexicana, periodo 2000-2010 [documento en revisión].
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). Estadísticas vitales de las defunciones, México: Inegi, 2000-2010.
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. *Globocan 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11* [documento en internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
6. Meneses-García A, Ruiz-Godoy LM, Beltrán-Ortega A, Sánchez-Cervantes F, Tapia-Conyer R, Mohar-Betancourt A. Principales neoplasias malignas en México y su distribución geográfica (1993-2002). *Rev Invest Clin* 2002;64(4):322-329.
7. Allende-López A, Fajardo-Gutiérrez A. Historia del registro de cáncer en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011;49 supl 1: S27-S32.
8. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Módulo 2 [documento en internet]. Ginebra: OMS, 2007 [consultado el 29 de octubre de 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547114_spa.pdf

(1) Unidad de Epidemiología e Investigación Biomédica en Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología. Distrito Federal, México.

(2) Instituto de Investigaciones Biomédicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.