

RESOLUCIÓN 1383 DE 2013

(mayo 2)

Diario Oficial No. 48.779 de 3 de mayo de 2013

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas en el artículo 2o del Decreto 4107 de 2011, y en desarrollo de las Leyes 1384 y 1388, ambas del 2010, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 5o de la Ley 1384 del 2010, “Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional.

Que la Ley 1388 del 2010 “*por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia*”, señaló que su objeto es “disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin”.

Que conforme a lo establecido en el artículo 2o del Decreto 4107 del 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene, entre otras funciones, formular la política, dirigir, orientar y adoptar planes, programas y proyectos en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social debe formular, adoptar y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra el cáncer.

Que para el control integral del cáncer de la población colombiana, le corresponde a este Ministerio, determinar las acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Que es compromiso del Gobierno colombiano, el control integral del cáncer y otras enfermedades no transmisibles que se inscribe en los acuerdos internacionales para cumplir con los Objetivos del Milenio y la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se priorizó promover la ejecución de acciones eficaces intersectoriales para reducir los riesgos comunes a este grupo de enfermedades.

Que, dada la carga creciente de enfermedad asociada al cáncer, tal y como se indica en el Análisis de la Situación de Salud de los colombianos y, al constituirse el cáncer como una enfermedad con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, se hace necesario que el Ministerio adopte en el país, un Plan Decenal para el Control del Cáncer, para el decenio 2012-2021.

Que el mencionado Plan fue desarrollado a partir de diversos modelos conceptuales realizados por el Instituto Nacional de Cancerología, que buscan orientar y organizar el quehacer y las actividades en torno al control del cáncer en el país.

Que el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, tuvo un proceso de socialización y discusión en las principales ciudades del país con la participación de diferentes actores del SGSSS y los orienta en su compromiso por el control del cáncer en el país, promoviendo, además, acciones coordinadas requeridas entre estos, para avanzar todos en la lucha contra dicha enfermedad.

Que de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, corresponde a las Entidades del orden nacional adscritas y vinculadas al Ministerio de Salud y Protección Social, a las Direcciones Territoriales de Salud, a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, EAPB, a las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y a la sociedad civil en general,

adoptar las políticas, planes y estrategias de Salud Pública que establezca este Ministerio, como ente rector del Sistema de Protección Social y del Sector Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER. Adóptese el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, contenido en el Anexo Técnico de la presente resolución, el cual forma parte integral de la misma.



ARTÍCULO 2o. OBLIGATORIEDAD. El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, a que alude el artículo 1o de la presente resolución, será de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).



ARTÍCULO 3o. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 2 de mayo de 2013.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.

ANEXO TÉCNICO.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Se calcula que cada año se presentan en el mundo más de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales cerca del 80% se presentan en países en vía de desarrollo. Para estos países el control del cáncer y otras enfermedades crónicas impone retos particulares, pues generalmente este grupo de patologías coexisten con necesidades básicas insatisfechas y con una carga alta por enfermedades transmisibles en una franja importante de la población.

Un aspecto que motiva la formulación de acciones de control es la posibilidad que tienen las enfermedades crónicas de ser prevenidas: se estima que cerca del 70% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y las diabetes tipo 2, así como 30% de los cánceres son prevenibles (1).

Los marcos específicos de acción desarrollados para el control del cáncer, se basan en gran medida en la prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y en la efectividad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida, disminuir el impacto económico y el negativo desarrollo social. Un porcentaje importante de las acciones para la prevención y control del cáncer cuentan con estudios científicos que evalúan la eficacia y efectividad de las mismas, por lo tanto, es indispensable que las propuestas de acción se formulen con base en el respaldo científico existente.

El proceso de atención a personas con lesiones preneoplásicas o con cáncer tiene una serie de condiciones y requerimientos, en las que cabe resaltar, la oportunidad en la confirmación del diagnóstico y el inicio de los tratamientos. El pilar de la condición de prestación del servicio está dado por las características de la tasa de crecimiento de las células tumorales y por la enorme carga emocional que implica tener una lesión precancerosa o cancerosa. De otro lado, el tratamiento de enfermos con cáncer exige un abordaje multidisciplinario, decisiones concertadas y una secuencia entre los diversos tipos de tratamientos, que además de oportuna debe ser continua e idónea. Finalmente, es importante considerar en la atención médica del cáncer, dos factores: Los altos estándares de especialización y calificación del talento humano involucrado y el alto nivel de desarrollo tecnológico.

Una buena aproximación a la carga de la enfermedad (incluye estimaciones de la incidencia y prevalencia de los distintos tipos de cáncer) permite a los países o regiones estimar la demanda potencial de servicios y orientar la organización de los mismos.

Con base en las consideraciones anteriores, así como en un análisis de la situación de salud colombiana, en 2006 el

Instituto Nacional de Cancerología (INC) elaboró, discutió y publicó el Modelo para el control del cáncer en Colombia. Este modelo define el control del cáncer como: Conjunto de actividades que de forma organizada se orientan a disminuir la carga de esta enfermedad en Colombia, mediante la reducción del riesgo para desarrollar los diferentes tipos de cáncer, la reducción del número de personas que mueren por esta causa y el incremento en la calidad de vida para quienes tienen la enfermedad (2).

El modelo orienta conceptualmente el abordaje tanto del cáncer como de otras enfermedades crónicas no transmisibles y constituye uno de los fundamentos teóricos para la formulación del presente Plan Decenal para el Control del Cáncer. A partir del modelo se han elaborado, concertado y publicado otros tres documentos técnicos, como son, los lineamientos sobre Movilización social para el control del cáncer (3), Guía para la comunicación educativa en el marco del control del cáncer (4) y Guía de análisis de situación de cáncer (5). Adicionalmente, en desarrollo del mismo se establecieron las prioridades para la investigación en cáncer a nivel nacional mediante un proceso con amplia participación (6)

Modelo de control del cáncer

El modelo tiene como objetivos el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento - rehabilitación y el cuidado paliativo (Figura 1). Estos objetivos corresponden a fines básicos para el control del cáncer propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigidos a garantizar la atención integral y adoptado por la gran mayoría de modelos y planes en el mundo. Para el cumplimiento de lo mismo se deberá garantizar una atención integral y continua.

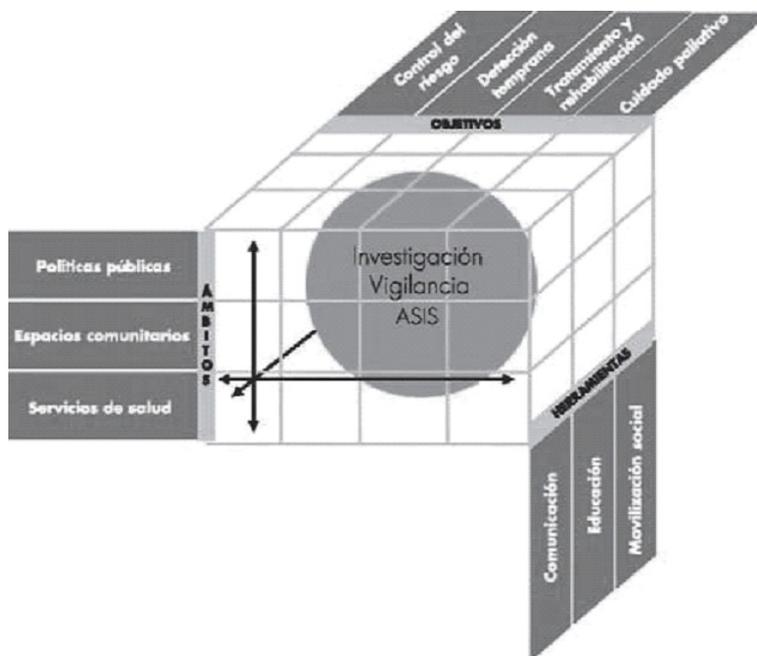


Figura 1. Modelo para el control del cáncer

Los ámbitos para el desarrollo de las acciones están a nivel político, comunitario y servicios de salud, estos representan la oportunidad de integrar los abordajes poblacional y de alto riesgo mediante una acción coordinada que se propone, en una visión moderna de la salud pública, como elemento indispensable para el control de enfermedades y particularmente relevante para el control de enfermedades crónicas, debido a que en la mayoría de los casos estas no tienen un factor biológico identificable como condición necesaria para el desarrollo de la enfermedad.

La movilización social, la comunicación y la educación son herramientas de la salud pública, se hace énfasis en la necesidad de utilizarlas atendiendo particularidades de la enfermedad. El uso adecuado de las herramientas en los ámbitos de acción debe definir las estrategias para el control de la enfermedad.

La vigilancia, la investigación y el análisis se plantean como ejes centrales, porque solo es posible tener resultados previsibles si las acciones están basadas en un adecuado conocimiento y evidencia científica acerca de la problemática del cáncer y de sus alternativas de solución.

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia busca a partir de la evidencia científica existente y los lineamientos establecidos en el Modelo para el control del cáncer en Colombia, sentar las bases para controlar los

factores de riesgo, reducir la mortalidad evitable por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Igualmente, el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia y Plan Decenal de Salud Pública (7), se orientan a garantizar una adecuada gestión de los servicios a través de la calidad, la eficiencia y la responsabilidad; la protección y promoción de derechos fundamentales por medio de la universalidad, la equidad y el respeto por la diversidad cultural y étnica y por último, la promoción de una construcción colectiva de la salud pública basados en la participación social y la intersectorialidad, desde los enfoques de derechos y diferencial del ciclo de vida, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Las acciones planteadas en el modelo consideran el enfoque de derechos que promueve el diálogo público desde las perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas, con el objetivo de promover el reconocimiento de los sujetos (reconocimiento propio y por el otro) y el disfrute de bienes, servicios y condiciones necesarios para la salud. El enfoque de derechos reconoce los determinantes de la salud y busca garantizar la prevención y la atención de la enfermedad y el enfoque diferencial comprende el reconocimiento de los individuos según el ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad y situaciones particulares que generan inequidades sociales (desplazamiento forzado, trabajo sexual y cultura).

SITUACIÓN ACTUAL DEL CÁNCER EN COLOMBIA

En Colombia, el cáncer representa un problema de salud pública creciente. Abordar la situación actual del cáncer en este país implica describir la situación epidemiológica, considerar algunos determinantes generales de la situación y presentar la respuesta social que se ha dado, particularmente desde el sistema de salud hacia la prestación de servicios oncológicos. Las políticas y programas nacionales que contribuyen y/o determinan la situación, serán presentadas en el aparte de respuesta social.

Situación epidemiológica

De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período de 2002-2006 se presentaron en Colombia cerca de 70.887 casos nuevos de cáncer por año^[1]: 32.316 en hombres y 38.571 en mujeres. En los hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad para todos los cánceres (excepto cáncer de piel) fue de 186,6 por 100.000 habitantes. En las mujeres fue de 196,9. Entre los hombres, las principales localizaciones de cáncer fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no-Hodgkin.

En las mujeres las principales localizaciones fueron: mama, cuello del útero, tiroides, estómago, colon, recto y ano (8). Las tasas crudas de incidencia por cáncer (excepto cáncer de piel) en Cali, exponen un incremento importante en el tiempo: 190,9 por 100.000 en el quinquenio 2003-2007 y en las mujeres de 130,9 a 205,6 casos nuevos por 100.000 respectivamente (9). Para el área metropolitana de Bucaramanga las tasas crudas de incidencia de cáncer (excepto cáncer de piel) reportadas en el período 2000-2004 fueron 98,1 casos nuevos por 100.000 en hombres y 120 casos nuevos por 100.000 en mujeres (10).

En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron 16.9% del total de defunciones, de estas 16.381 fueron en hombres y 17.069 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 72,9 por 100.000 y 74.1 por 100.000, respectivamente. En adultos, las principales causas de muerte por cáncer en hombres son estómago, pulmón, próstata, colon y recto, mientras que en mujeres son, mama, cuello uterino, estómago y pulmón. En niños, las principales localizaciones de cáncer son las leucemias, los tumores de sistema nervioso central y los linfomas. El comportamiento de la mortalidad para los principales cánceres ha sido en general al incremento tanto en hombres como en mujeres, con excepción del cáncer de estómago (17,18). En la última información disponible sobre las tendencias de la mortalidad, se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por cáncer de mama y pulmón en mujeres y próstata, colon y recto en ambos sexos. Una buena noticia es la tendencia significativa a la disminución en la mortalidad por cáncer de cuello uterino (15). (Gráfico 1).

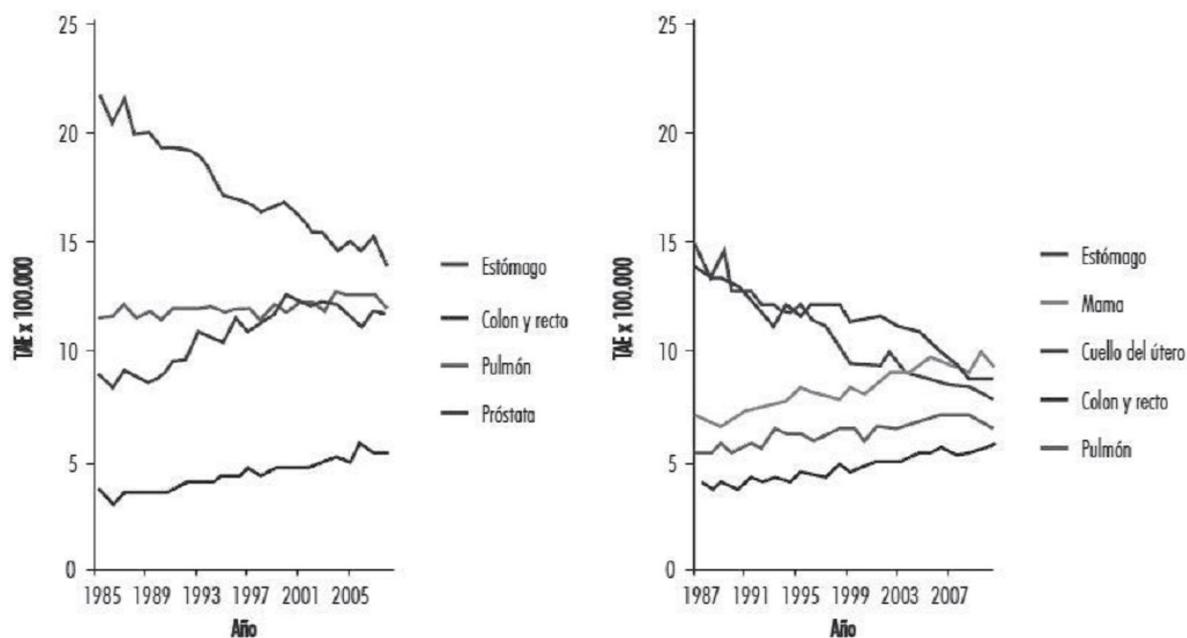


Gráfico 1. Tendencias en la mortalidad por tipos de cáncer, Colombia, 1985 a 2008.

En niños, el cáncer es una enfermedad compleja que no representa más de 3% de los casos nuevos de cáncer en Colombia, sin embargo, el país continúa presentando altas tasas de mortalidad por leucemias agudas pediátricas a pesar de que estas han mostrado un leve descenso en los últimos años (11). El Registro Poblacional de Cáncer de Cali, ha identificado que la supervivencia de niños con leucemias en esta ciudad es de un 41% a cinco años, cifra que contrasta negativamente con la supervivencia obtenida en países desarrollados para este cáncer (12). Dentro de los problemas que están asociados con la baja supervivencia de las leucemias agudas pediátricas en Colombia, están las altas tasas de abandono y de traslados en consecuencia de problemas sociales y complejos procesos en la prestación de los servicios de salud en el modelo actual de este país (13,14).

El cáncer presenta importantes variaciones en términos geográficos. Si se compara con otros países, Colombia, tiene elevadas tasas de incidencia particularmente en cáncer de estómago y cuello uterino en adultos y leucemias agudas en niños. En el país, la variación geográfica de mortalidad por los principales cánceres arrojan patrones claramente definidos: por cáncer de estómago existe mayor riesgo de mortalidad en la zona Andina y las cordilleras, por cáncer de mama el incremento del riesgo coincide con los grandes centros urbanos y por cáncer de cuello uterino el mayor riesgo es para las habitantes de departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos (15).

Socialmente también se presentan diferencias y desigualdades en el comportamiento de los distintos cánceres, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres, así como a mujeres del régimen subsidiado; a su vez, casi un 50% de las defunciones por cáncer de mama corresponden a mujeres del régimen contributivo. Esto implica cargas diferenciales en los años de vida potencialmente perdidos entre regímenes para estos dos cánceres (16).

La tasa estandarizada por edad de mortalidad en cáncer de cuello uterino durante 2010 fue de 7,9 por 100.000 mujeres^[2]; la meta propuesta de reducción en el Plan Nacional de Salud Pública para ese mismo año fue una tasa de mortalidad de 7,6 por 100.000 y de 4,5 por 100.000 en 2019 (7).

Con base en el porcentaje de muertes que pueden atribuirse al tabaco y las defunciones por enfermedades cardiovasculares y por tumores malignos de esófago, páncreas, vejiga, pulmón y cavidad oral, se estima que en 2008 el número de colombianos que murieron por causas relacionadas con el tabaco fue de 21.765, lo que corresponde a un 11,1% del total de defunciones de ese año^[3].

Las elevadas razones de incidencia/mortalidad para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento. En el caso de cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico en el diagnóstico muestra que en Bogotá 60% de los cánceres son identificados en estados avanzados (19).

La información sobre supervivencia a nivel demográfico, provista por el Registro Poblacional de Cáncer de Cali, muestra para el cáncer de cuello uterino una supervivencia a 5 años de 45% (20), compatible con datos internacionales

(21).

Determinantes generales de la situación

La situación epidemiológica del país está determinada por factores múltiples del contexto económico, social, cultural y el sector de la salud.

Algunos de los principales determinantes están dados por los cambios sociales y demográficos que Colombia ha experimentado en las últimas décadas, el primero se relaciona con el volumen de la población el número total de habitantes se triplicó en los últimos cincuenta años, la esperanza de vida pasó de ser 48 años en 1950 a 72 años en 2007 y la fecundidad bajó de cerca de 7 hijos a 2,6 hijos por mujer (22).

De otro lado, la población pasó de ser predominantemente rural a ser predominantemente urbana, generando grandes implicaciones sobre las condiciones de vida de la población en la industrialización, las oportunidades laborales, el nivel educativo, la exposición a carcinógenos ambientales, el acceso a los servicios de salud, las condiciones y estilos de vida y en general las circunstancias que se han catalogado como factores de riesgo en cáncer.

Los cambios mencionados han contribuido a una modificación en la estructura por edad de la población, la cual muestra un envejecimiento con incremento en la población mayor de 60 años. Se estima que los cambios en la estructura demográfica, junto con el crecimiento de la población, podrían explicar hasta dos terceras partes de la carga futura del cáncer (23), dado que la edad es uno de los factores de mayor efecto sobre el riesgo de cáncer.

Los cambios sociodemográficos y económicos subyacen al perfil de los factores de riesgo para cáncer, constituyéndose en una línea importante para la medición de impacto de las acciones que se propongan en el presente plan. Por esta razón, se describirá la situación en relación con los principales factores de riesgo conocidos para cáncer.

Factores de riesgo

La proporción de muertes por cáncer que puede atribuirse a factores de riesgo conocidos, muestra un mayor peso para el tabaco y la dieta, donde se estima que cada uno aporta un 30% respectivamente (24,25) (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje estimado del total de muertes por cáncer atribuibles a causas de cáncer establecidas

Factor causal	Fracción atribuible (%)
Historia familiar de cáncer	5 a 10
Tabaco	25 a 30
Dieta	30 a 35
Obesidad	10 a 20
Infecciones	15 a 20
Alcohol	4 a 6
Otros	10 a 15

Fuente: Doll & Peto, The causes of cancer (1981)

Cabe resaltar que en Colombia, factores como el estado socioeconómico, las infecciones y las exposiciones ocupacionales tienen porcentajes mayores a las estimaciones mencionadas.

La prevalencia de tabaco en adultos colombianos para 1993 fue de 21,4% en ambos sexos (26) y en 1998 de 18,9% (27). El Estudio Nacional de Salud 2007, encontró que el 12,8% de la población colombiana entre 18 y 69 años ha fumado 100 cigarrillos o más en la vida y 60% fuma en la actualidad (28).

El uso experimental de tabaco en jóvenes entre 13 y 18 años pasó de 12,7% en 1993 a 18% en 1998 (27). Las encuestas realizadas en 2001 y 2007 en estudiantes escolarizados de 13 a 15 años en Bogotá, exponen que no se dieron diferencias significativas en relación con el uso experimental entre ambas encuestas en 2001, 69,1% de los jóvenes de colegios oficiales habían probado alguna vez el cigarrillo, porcentaje que en 2007 fue de 61,7% (29). En ese mismo estudio, la prevalencia actual de consumo de tabaco en la población escolarizada de 13 a 15 años, de cinco ciudades colombianas, fue de 21,9% (29).

Los estudios indican respecto al sobrepeso y la obesidad: la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta (18-64 años) aumentó en los últimos 5 años en el país, pasando de un 45,9% en el 2005 (30) a 51,2% en el 2010 (31). Además, se identificó que el exceso de peso a medida que se tiene mayor edad, es mayor en las mujeres que en los hombres (55,2% frente a 45,6%)

Antecedentes relacionados con la ingesta de frutas, verduras y otros productos alimenticios en Colombia, arrojaron los siguientes datos:

-- Se identificó en el 2010 dentro de las prácticas alimentarias colombianas, que 1 de cada 3 colombianos (33,2%) entre 5 y 64 años no consume frutas diariamente. Las edades en las que se encuentra menor frecuencia de consumo son los adultos de 31 a 64 años (38%) (31).

-- Cinco de cada 7 colombianos (71,9%) entre 5 y 64 años, no consumen hortalizas o verduras diariamente, siendo los adultos entre 51 y 64 años (22,9%) los que registran el menor consumo diario de carnes o huevos (31).

-- El consumo de comidas rápidas es mayor en las áreas urbanas. Este factor incrementa al aumentar el nivel, la edad y el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (Sisbén). Además, en relación con los productos de paquete se encontró que el 71,8% de los colombianos incorporó estos productos en su alimentación diaria o semanal. Este consumo es mayor en los hombres que en las mujeres (31).

En relación con la actividad física:

-- El porcentaje de individuos que cumplen el mínimo de actividad física recomendada en tiempo libre y transporte fue de 53,5% siendo menor en las mujeres (43,1%) (33).

En cuanto a la exposición a radiación ultravioleta:

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (Ideam) los niveles de ozono en la atmósfera están por debajo de los valores mínimos en todo el país, lo que convierte la radiación ultravioleta en otro factor de riesgo de gran peso en Colombia (32).

Respuesta social

La respuesta social existente para el cáncer puede agruparse en tres grandes ámbitos aquella que se da desde el ámbito político, la que surge desde la comunidad y la sociedad civil y finalmente la que está relacionada con los servicios de salud.

Aunque el contexto normativo y político será descrito en los párrafos siguientes, en términos generales se puede afirmar que a pesar de ser un tema de tanta trascendencia e impacto, además de ser citado frecuentemente en medios de comunicación, hasta ahora el cáncer empieza a constituir en el país, una problemática visible a nivel general y sectorial, en lo que concierne a planes específicos para su control.

Ámbito político

Gran parte de las decisiones políticas y legislativas que se han tomado en este ámbito, constituyen medidas que no han sido orientadas de manera explícita con este fin, pero que favorecen el control del cáncer. Cabe reconocer que en los últimos años se ha dado una coyuntura favorable tanto para las enfermedades crónicas como para el cáncer desde el entorno político. El Plan de Desarrollo 2010-2014 reconoce la necesidad de trabajar de manera concertada sobre los factores y determinantes que contribuyen a la prevención y control de las enfermedades crónicas.

En materia de seguridad social en salud, el Gobierno ha centrado grandes esfuerzos en fortalecer los mecanismos dirigidos a ampliar y mantener la cobertura de afiliación de la población. Esta estrategia es fundamental en el objetivo de brindar protección financiera y posibilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud para toda la población.

Desde el sector salud, se han adelantado acciones para promover la protección integral y efectiva de las familias en el Sistema de Protección Social, tales como la implantación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, en el marco del programa Calidad en la Prestación de los Servicios de Salud, el cual tiene como propósito principal permitir que la población acceda a todos los servicios de nivel de atención profesional de forma equitativa, con calidad y una adecuada atención al usuario (32).

Una medida explícita relacionada con la vigilancia del cáncer se ha dado en el control del tabaco, donde después de 18 proyectos de ley no exitosos, discutidos durante 16 años en el Congreso de la República (33) se sancionó la Ley 1335 de 2009 (34), promulgada en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco. La sanción de esta ley, junto con el trabajo colaborativo entre el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Salud y Protección Social, han conllevado al desarrollo específico de actividades como la implementación y ejecución de las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos desde 2010.

Recientemente, se expidieron la Ley 1384 de 2010 mediante la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer y la Ley 1388 de 2010 por el derecho a la vida de los niños con cáncer. Estas leyes se relacionan particularmente con el objetivo de mejorar la organización y prestación de los servicios oncológicos. En 2011 se desarrollaron diversos documentos técnicos y propuestas de reglamentación de las mismas.

Ámbito comunitario

En el ámbito comunitario, se cuenta con una respuesta social desde diversas organizaciones civiles, culturales, académicas, sociales e instituciones que apoyan a los pacientes con cáncer; la oferta de estos últimos servicios está principalmente en las grandes ciudades. Las organizaciones y fundaciones que trabajan por el control del cáncer desempeñan un papel importante en la defensa, promoción y difusión de los derechos y libertades fundamentales de los pacientes que tienen esta enfermedad. El Instituto Nacional de Cancerología dispone de un inventario de organizaciones que se actualiza periódicamente (35).

Ámbito de los servicios de salud

En el ámbito de los servicios de salud, se describirá la situación en función de las actividades relacionadas con prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos.

Respecto a detección temprana hay dos cánceres que cuentan con actividades estipuladas en la Resolución 412 de 2000: el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. La información disponible para el grupo objeto de estrategias de tamización de cáncer de cuello uterino, o sea mujeres entre 25 y 69 años de edad, muestra que 76,6% de ellas se han realizado una citología en los últimos tres años y 50% en el último año (36). Información de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud muestra que 99% de las mujeres entre 18 y 69 años conoce la citología y 90% se la han hecho (37).

Esta información permite asegurar que en Colombia no hay una relación entre cobertura de citología y mortalidad, lo que ha sido descrito para varios países en América Latina (38) y denota dificultades en los componentes calidad, seguimiento, diagnóstico definitivo y tratamiento de lesiones cervicales precancerosas y cáncer. Un estudio en cuatro departamentos del país expuso que 49% de las citologías eran falsos negativos por diferencias interobservador (39), lo que confirma la necesidad de realizar esfuerzos en términos de la calidad.

Ante esta situación y cumpliendo la normatividad vigente (Política de salud sexual y reproductiva, Plan Decenal de Salud Pública, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el Decreto 2323 de 2006), el Instituto Nacional de Salud, con el direccionamiento del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), implementó y actualmente coordina el Programa de Control de Calidad del Cáncer de Cuello Uterino en la Red Nacional de Laboratorios; en este contexto documentó y socializó en todo el país la guía Control de calidad para la toma, procesamiento e interpretación en muestras de citología de cuello uterino, la cual fundamenta las actividades de capacitación, asesoría y asistencia técnica, desarrolladas tanto en los servicios de toma de muestras como en los laboratorios de lectura de citología de cuello uterino.

En cuanto al seguimiento de mujeres con anomalías en su citología, el mismo estudio mostró que a los seis meses después del reporte de este examen, 27% de las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado detectadas en la citología, no habían tenido un diagnóstico definitivo mediante colposcopia y biopsia, o si lo tenían, estos no habían recibido tratamiento (40).

En relación con cáncer de mama, el 49% de las mujeres entre 50 y 69 años de edad se han realizado una mamografía y el 73% de los casos tamización o chequeo. Aunque no hay información nacional, un estudio en tres aseguradoras del régimen contributivo en Bogotá, evidenció que la cobertura de mamografía en los dos últimos años en mujeres de 50 a 69 años es de 55% (41), superando así las metas de cumplimiento estipuladas.

Desafortunadamente se han encontrado importantes problemas en la oportunidad de la atención del cáncer de mama. En Bogotá, más del 50% de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento para el cáncer de mama (42) lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad.

La baja supervivencia de niños con leucemias agudas pediátricas fue abordada mediante el establecimiento de una estrategia de vigilancia a los menores con sospecha o diagnóstico de esta enfermedad, la cual se propuso identificar casos probables con el fin de acelerar el diagnóstico definitivo y casos confirmados para acelerar el tratamiento (43). La vigilancia de las leucemias ha evidenciado problemas serios en el acceso y continuidad de los tratamientos, razón por la que se busca la actuación oportuna de las distintas entidades para garantizar la prestación adecuada de los

servicios a los niños.

En el contexto de los servicios oncológicos en el país, el 85% de la oferta está en el sector privado y a pesar que desde 2007 los requerimientos para la habilitación de estos son más exigentes, en los últimos años ha habido una proliferación de servicios. Así, de acuerdo con la Resolución 1043 de 2006 y las bases de información que pueden ser consultadas en línea, en septiembre de 2011, estaban habilitados en el país 2358 servicios oncológicos, de los cuales cerca del 50% correspondían a consultorios especializados. La cantidad de servicios oncológicos existentes, implica que gran parte estén dedicados solamente a una modalidad terapéutica y posiblemente no bajo una misma estructura física, lo que riñe con la necesidad de atención integral que requiere el paciente con cáncer, donde la mayoría de los tratamientos requieren la integración de diferentes modalidades de terapéuticas y la interacción de los especialistas tratantes.

Dado que el tratamiento del cáncer es multidisciplinario y exige con frecuencia la integración de modalidades terapéuticas, en el panorama actual los pacientes transitan por un número importante de centros de tratamiento, lo que impone retos especiales para una adecuada coordinación en la administración de los procedimientos. Distintos estudios han evidenciado fragmentación, falta de articulación entre servicios preventivos, detección temprana y asistencia médica (44, 45).

Respecto a la oferta y demanda de servicios oncológicos en Colombia, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología en 2005 (46) permitió observar que en el país el crecimiento de estas actividades no sigue un patrón organizado y existe un predominio de la oncología clínica y la quimioterapia, lo que indica un desbalance entre las tres formas básicas de manejo del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia).

La situación descrita, podría corresponder a una elevada proporción de casos en estados avanzados no susceptibles de control quirúrgico y una mayor facilidad para establecer centros de manejo de quimioterapia, que, para la implementación de otros servicios como cirugía oncológica y radioterapia. Estos elementos deben observarse con detenimiento, pues el suministro de quimioterapia debe valorarse en relación con la evidencia científica que soporta su eficacia y no puede entenderse como una actividad de baja complejidad a pesar de las facilidades logísticas para su suministro.

Es necesario reconocer la baja cobertura que existe en el país de servicios de rehabilitación y de cuidado paliativo relacionados con cáncer.

Una reciente evaluación de organización y gestión de la red de servicios para la atención del cáncer en Colombia realizada por el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, mostró los siguientes problemas prioritarios (47).

- Concentración de la oferta de servicios oncológicos en cinco grandes ciudades: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín.
- Falta de recurso humano especializado y subespecializado en oncología, mastología, gastroenterología, hematología, neurocirugía y cirugía de tórax, plástica reconstructiva, cabeza y cuello.
- Subdesarrollo de servicios de cuidado paliativo y de apoyo a familias y cuidadores.
- Fragmentación de la prestación de servicios sin articulación entre los servicios preventivos y los resolutivos.
- Limitada capacidad (técnica y operativa) para la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación en servicios que representan un alto riesgo para los usuarios.
- Deficiente sistema de regulación, vigilancia y control de la oferta de servicios, uso de medicamentos oncológicos y calidad de la atención.
- Difícil control de los costos de atención debido a la fragmentación, modalidades de contratación y pago, negociación de tarifas y suministro de medicamentos.
- No existen organizaciones dirigidas a pacientes de regiones que agregan desplazamientos, estadías y afectan la continuidad y resultados del tratamiento.
- Inexistencia de rutas críticas de atención integradas.
- Deficiente monitoreo de los contratos por capitación para la atención al paciente con diagnóstico de cáncer.

Desde la realidad colombiana y los determinantes sociales que impiden la consecución de los objetivos de salud, otros inconvenientes que han sido identificados en el desarrollo del actual Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y que se ven reflejados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, son:

- Falta relación entre cobertura de citología cervicouterina con la mortalidad (76,6% de cobertura nacional), específicamente por dificultades en los componentes de calidad, seguimiento, acceso a diagnóstico definitivo y tratamiento de lesiones precancerosas.
- El deficiente control de calidad en la toma y lectura de la citología cervicovaginal.
- El 27% de las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado, reportadas en citología, no han tenido diagnóstico definitivo a los seis meses.
- Concentración de servicios oncológicos en Barranquilla, Bucaramanga, Cali y Medellín.
- El 85% de los servicios oncológicos en Colombia se encuentran en el sector privado y se dedican solamente a una modalidad terapéutica (falta de atención integral).
- La práctica de la citología se incrementa con la edad, el nivel educativo, el índice de riqueza.
- La región Caribe es donde menos se practican la CCU. No hay grandes diferencias entre las otras regiones.
- Los departamentos que presentaron coberturas de citología menores al 80% fueron Guainía (70%), Vaupés (71%) y Amazonas (78%).
- En relación con el esquema de tamización, se encuentra que el 6% de las mujeres entre 18 a 69 años se realiza la citología cada tres años. A mayor edad y menor nivel educativo hay una superior tendencia a realizarse la citología cada tres años, sin diferencias entre zonas rural y urbana.
- El 12% de las mujeres se ha realizado la citología solo una vez en la vida, siendo esta frecuencia más alta en aquellas sin hijos, de menor edad, residentes en zonas rurales, con el índice de riqueza más bajo y residentes en la Orinoquía y Amazonía.
- El porcentaje de mujeres con CCV anual en la región caribe fue del 47,5% frente a 67,8% en Medellín y 65% en Bogotá. Así mismo, el porcentaje de mujeres con CCV cada 3 años fue de 4,2% en el Caribe y del 7,4% en Bogotá.
- En las subregiones se encuentra que el porcentaje anual de mujeres con CCV en San Andrés, Bolívar y Atlántico es del 43,6% y cada tres años del 2,8%, comparado con Bogotá que es del 65% y 4,2%, respectivamente.
- El porcentaje de mujeres con CCV anormal y coloscopia/biopsia en Guainía es del 0,9% comparado con Putumayo que es del 5,7%.

La existencia de guías de atención y protocolos de manejo unificados para los principales cánceres, son factores cruciales en la atención oncológica. El Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), a través de la Convocatoria 500 con Colciencias, contó en el 2012 con guías de atención integral para cáncer de mama, próstata, colon y recto en adultos, así como para leucemias y linfomas en niños. De igual manera a través del Convenio 153 de 2012, directamente con el Instituto Nacional de Cancerología, se adelantó la Guía de atención integral de cáncer de cuello uterino.

En 2011 se actualizó el Plan Obligatorio de Salud, donde se incorporaron un número importante de tecnologías para el control del cáncer como son la prueba de VPH y las técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol para la tamización y detección temprana de cáncer de cuello uterino, así mismo distintos procedimientos como laparoscopia para tratamiento de cáncer de cuello uterino, inclusión de HER2+, extirpación del ganglio centinela con radiomarcación para el diagnóstico de cáncer de mama y el trastuzumab para su tratamiento, la inclusión del pegfilgrastim para la profilaxis y tratamiento de la neutropenia febril para pacientes que reciben quimioterapia citotóxica para el tratamiento del cáncer (tumores sólidos y linfomas), adicionalmente la inclusión del kit de ostomía para pacientes con cáncer de colon y recto (48).

MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO

Marco Político

Las políticas de seguimiento del cáncer buscan la elaboración, implementación, evaluación y actualización de estándares, objetivos y modelos básicos de atención en los ámbitos del control del riesgo, detección precoz, manejo clínico, rehabilitación y cuidado paliativo. A nivel mundial, estas políticas han sido formuladas bajo un principio de equidad que garantice la integralidad del control, la calidad en la atención y la entrega de información veraz y oportuna (49).

El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, ha seguido las metas definidas para las prioridades nacionales en salud relacionadas específicamente con los siguientes componentes:

- Salud sexual y reproductiva.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Nutrición.
- Seguridad sanitaria y del ambiente.
- Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

Se realizó un análisis de políticas, programas y planes sectoriales, que tuvieran relación con las prioridades y necesidades del control del cáncer en Colombia. Los sectores seleccionados fueron: seguridad alimentaria (agricultura, alimentación, veterinaria), salud humana, medio ambiente e industria.

Las políticas y planes nacionales bajo las cuales se ha formulado el Plan, son:

- Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”.

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”, se propone una sociedad con más empleo, menos pobreza y más seguridad. Una sociedad con igualdad de oportunidades y con movilidad social, en la que el Estado acude eficazmente para garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual o lugar de origen. Para ello se propone asumir cuatro desafíos dentro del pilar de igualdad de oportunidades:

1. Aumentar la eficiencia del gasto social para que los recursos se traduzcan en mejores resultados en cobertura y calidad.
2. Mejorar la focalización del gasto social para que este beneficie prioritariamente a los más pobres y vulnerables.
3. Consolidar un Sistema de Protección Social (SPS), que contribuya eficazmente a fortalecer y proteger el capital humano y los ingresos de los hogares y a reducir su vulnerabilidad.
4. Alcanzar la inclusión social de los diferentes étnicos, así como la igualdad de género.

El Control del cáncer está incluido en la estrategia 1: “Promover el bienestar y una vida saludable, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”, del pilar “Igualdad de oportunidades”, que al igual que los otros fundamentos está dirigido a alcanzar los cuatro desafíos antes mencionados. En este sentido la estrategia establece que es necesario implementar el Plan Decenal de Actividad Física y la reglamentación de las leyes de cáncer y obesidad, el Plan Decenal de Cáncer, considerando el fortalecimiento de estrategias de detección oportuna, en especial para cáncer de cérvix, seno y próstata y desarrollar una política para lograr un envejecimiento sano y una vejez activa, que deberá considerar los cambios y retos demográficos de la sociedad y estrategias que permitan articular y coordinar acciones intersectoriales, con apropiación de la misma en los ámbitos sociales, económicos y culturales (22).

- Política Pública Nacional de Discapacidad (50).

En Colombia, con anterioridad a la Constitución Política de 1991, se habían dado algunas disposiciones respecto a la discapacidad, sin embargo, a partir de su expedición, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos (51).

- Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015 (52).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio envuelven las aspiraciones de progreso del mundo en su conjunto. Representan la responsabilidad frente a las generaciones futuras, así como derechos universalmente aceptados como el

derecho a la educación y el derecho a la salud (53).

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio se basan en acuerdos concertados en conferencias de las Naciones Unidas celebradas en el decenio de 1990 y fueron adoptados por 189 países mediante la suscripción de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

Tres de los ocho objetivos, ocho de las dieciséis metas y dieciocho de los cuarenta y ocho indicadores se relacionan directamente con la salud. El control del cáncer se encuentra enmarcado en el objetivo 5, Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva. Una de las metas específicas es reducir entre 1990 y el 2015 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 muertes por 100.000 mujeres^[4]. La estrategia definida para lograr este objetivo es incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cervical-uterina, así como mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento (52).

El compromiso de Colombia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio no circunscribe su accionar en materia de política social, por el contrario la estrategia en este campo es amplia, abarca propósitos y metas fundamentales en programas sociales de gran impacto. Los resultados han sido muy favorables en la construcción y conservación del capital humano, particularmente focalizando la inversión en aquellos grupos poblacionales pobres y vulnerables. En materia de seguridad social en salud, el Gobierno ha centrado sus esfuerzos en fortalecer los mecanismos dirigidos a ampliar y mantener la cobertura de afiliación de la población, estrategia primordial en el objetivo de brindar protección financiera y posibilitar el acceso y utilización de los servicios de salud para toda la población. De esta manera, la consecución de logros en cada uno de los objetivos planteados, encuentra en la seguridad social en salud, su principal medio para lograrlo.

-- Política Nacional de Juventud 2005-2015.

El Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 estableció el diseño e implementación de la Política Pública Nacional de Juventud con una visión a diez años. En cumplimiento de este mandato legal, el Programa Presidencial Colombia Joven asumió la responsabilidad de la formulación de un Plan Estatal con visión a largo plazo (54).

-- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003.

Los temas más importantes en torno a los cuales gira la política son: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida y violencia Doméstica y sexual (55).

-- Política Nacional de Seguridad alimentaria y Nutricional.

La política fija los lineamientos para la garantía de los derechos de la primera infancia, como elemento indispensable para mejorar su calidad de vida (56)

-- Plan de Acción Mundial de Salud de los trabajadores, 2008-2017.

Insta a los Estados miembros a que en colaboración con los trabajadores, empleadores y organizaciones, elaboren políticas y proyectos nacionales para aplicar el Plan de Acción Mundial de Salud de los trabajadores, estableciendo los marcos jurídicos adecuados para su aplicación, seguimiento y evaluación (57).

-- Plan Decenal del deporte, la recreación, la educación física y la actividad física para el desarrollo humano, la convivencia y la paz 2009-2019.

Establece las directrices básicas del sector bajo tres líneas fundamentales de política:

1. Fortalecimiento institucional.
2. Promoción y fomento de la recreación, la educación física, la actividad física, el deporte estudiantil y social comunitario.
3. Posicionamiento y liderazgo deportivo. Marco normativo.

Marco normativo

El marco legal y normativo bajo el cual se formuló el Plan Nacional para el Control del Cáncer tiene una base internacional sólida que consta principalmente de los instrumentos internacionales vinculantes^[5] y no vinculantes^[6] de

la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como de acuerdos multilaterales sobre factores de riesgo para cáncer. La base nacional consta de la Constitución Política y los desarrollos legislativos.

Instrumentos internacionales vinculantes

Colombia ha incorporado en su legislación interna los más importantes tratados tendientes a controlar el cáncer y sus factores de riesgo. Estos tratados incluyen:

- Convenio 136 de 1971 sobre benceno. Propone las acciones tendientes a regular las actividades laborales que comprenden el trabajo con benceno.
- Convenio 139 de 1974 acerca de cáncer profesional. Exige a las partes determinar periódicamente las sustancias y agentes carcinógenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibida o sujeta a autorización y control.
- Convenio 160 de 1985 referente a la información y notificación de las condiciones laborales. Acuerda el acopio, compilación y publicación de estadísticas básicas sobre población laboral de acuerdo a la concertación de los conceptos, definiciones y metodología con las organizaciones representativas de los empleadores y trabajadores. Recomienda compilar estadísticas sobre las enfermedades profesionales en todos los sectores económicos y con representación nacional.
- Convenio 161 de 1985 respecto a los servicios de salud en el trabajo^[7].
- Convenio 162 de 1986 sobre utilización del asbesto en condiciones de seguridad^[8].
- Convenio 170 de 1990 acerca de los productos químicos.
- Convención de los derechos de los niños, entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990.
- Declaración del Milenio. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General, A/RES/55/2, 13 de septiembre de 2000.
- Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, realizado en Estocolmo el 22 de mayo de 2001^[9].
- Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003^[10].

Instrumentos internacionales no vinculantes

- Resolución WHA53.17 de 2000 de la Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- Resolución CSP26.15 de 2002 de la OPS: Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas. Presenta cuatro líneas estratégicas de acción:
 1. La iniciativa CARMEN.
 2. La vigilancia de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo.
 3. Las innovaciones de los servicios de salud que se ocupan de las afecciones crónicas.
 4. La promoción de la causa para el cambio de políticas.
- Resolución WHA57.17 de 2004 de la Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.
- Resolución WHA58.22 de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control del cáncer. Insta a los Estados miembros que en la planificación de sus actividades de control, presten especial atención a los cánceres relacionados con exposiciones evitables, en particular la exposición a algunos agentes infecciosos.
- Resolución CD47.R9 de 2006 de la OPS: Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.

-- Resolución CD47.18 de 2006 de la OPS: Estrategia y plan de acción regional sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015.

-- Resolución WHA60.23 de 2007 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

-- Resolución CD48.R2 del Cuadragésimo Octavo Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud: Solicita a los Estados miembros de la OPS a que consideren la pertinencia de implementar, según corresponda, el paquete MPOWER de la OMS.

-- Resolución CD48.R10 de 2008 de la OPS: Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control de cáncer cervicouterino.

-- Normas Uniformes de Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Cuadragésimo Octavo período de sesiones, mediante Resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.

Normatividad nacional

-- Ley 9ª de 1979, prescribe medidas sanitarias.

-- Ley 30 de 1986, impone el Estatuto Nacional de Estupefacientes y otras disposiciones.

-- Ley 100 de 1993, crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

-- Ley 52 de 1993, aprueba el Convenio 167 y la Recomendación 175 sobre seguridad y salud en la construcción, adoptados por la Septuagésima Quinta Reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra, 1998.

-- Ley 375 de 1997, crea la Ley de Juventud y se dictan otras disposiciones.

-- Ley 430 de 1998, dicta normas prohibitivas en materia ambiental referentes a desechos peligrosos y se imponen otras disposiciones.

-- Ley 715 de 2001, prescribe normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

-- Ley 1109 de 2006, aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco”, hecho en Ginebra, el 21 de mayo de 2003.

-- Ley 1122 de 2007, por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud.

-- Ley 1196 de 2008, decreta el Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, realizado en Estocolmo el 22 de mayo de 2001.

-- Ley 1335 de 2009, previene daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo y el abandono de la dependencia de tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

-- Ley 1355 de 2009, define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas como una prioridad de salud pública y se dictan medidas para su control, atención y prevención.

-- Ley 1384 de 2010, establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

-- Ley 1388 de 2010, por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.

-- Ley 1438 de 2011, reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Normatividad internacional

-- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Resolución 4896 del 20 de diciembre de 1993, en la que se reafirma el compromiso de defender los derechos humanos, las libertades fundamentales, la justicia social, la dignidad y el valor

de la persona.

-- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Normas uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, 1993.

-- Conferencia Iberoamericana: Declaración de Cartagena de Indias sobre políticas integrales para las personas con discapacidad en el área Iberoamericana, 27 al 30 de octubre de 1992.

-- Organización de las Naciones Unidas para la Educación (Unesco), conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales. Acceso y calidad. Salamanca, España.

-- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, 1966.

-- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

-- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la esfera de la enseñanza, 1960.

-- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Convención Universal de los Derechos Humanos, 1948.

-- Organización de Estados Americanos (OEA): Protocolo adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, 1988.

-- Organización de Estados Americanos (OEA): Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1983.

-- Organización de Estados Americanos (OEA): Convención Americana sobre los Derechos Humanos, 1969.

PROPÓSITO

El propósito del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2021, es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia.

OBJETIVOS

1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
2. Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5. Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

METAS Y ACCIONES POR LÍNEA ESTRATÉGICA

Las líneas estratégicas del plan se definen con base en los objetivos establecidos en el Modelo de Control del Cáncer. Para cada línea estratégica se definen metas y se enuncian las acciones que seguirán en el nivel político, comunitario y de los servicios.

Línea estratégica 1. Control del riesgo (Prevención primaria)

El control del riesgo de cáncer pretende reducir la incidencia de algunos tipos de patologías malignas, para las cuales se han identificado riesgos mediante estudios epidemiológicos y se han probado alternativas de intervención en el terreno de la promoción de la salud y en la protección específica.

1.1. Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados

Metas

1.1.1. Lograr el cumplimiento de los convenios internacionales vinculantes y ratificados por el Gobierno colombiano relacionados con el control del consumo de tabaco.

1.1.2. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes escolares de 13-15 años por debajo del 21,8% (línea de base 21,8%. Fuente: EMTAJ 2008).

1.1.3. Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 16-18 años por debajo del 17,36% (línea de base 17,36%. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2011).

1.1.4. Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años (línea de base 11.9 años. Fuente: Estudio Nacional de consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2011).

1.1.5. Disminuir la prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años al 10% en los próximos 10 años (línea de base 12,8%. Fuente: ENS 2007).

1.1.6. Garantizar el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.

1.1.7. Aumento del 100% en impuestos indexados al Índice de Precios al Consumidor (IPC) y al Producto Interno Bruto (PIB) para los productos de tabaco y sus derivados, antes del 2021.

1.1.8. Aumentar a un 70% el tamaño de la advertencia sanitaria en las cajetillas de los productos de tabaco comercializados en el territorio colombiano antes del 2021, en consonancia con lo dispuesto en el Convenio Marco para el control del tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

Acciones en el nivel político y normativo

1.1.1. Definir las estrategias de seguimiento en la implementación de las Leyes [1109](#) de 2006 y 1335 de 2009, a nivel nacional y territorial.

1.1.2. Garantizar la implementación y monitoreo de la estrategia MPOWER, de acuerdo al Convenio Marco para el Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

a) Formalizar por las entidades competentes el trámite ante el Congreso de la República para el aumento de precios e impuestos a los productos del tabaco.

b) Gestionar ante el Congreso de la República una reforma a la legislación existente, para el aumento del tamaño de la advertencia sanitaria en las cajetillas de los productos de tabaco comercializados en el territorio colombiano, en consonancia con lo dispuesto en el Convenio Marco para el control del tabaco de la OMS.

c) Tramitar con el Ministerio de Educación Nacional la inclusión en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) de contenidos relacionados con el control del consumo de tabaco.

d) Desarrollar guías de práctica clínica para la cesación tabáquica.

e) Gestionar la inclusión de intervenciones y programas de cesación del tabaquismo en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

f) Tramitar dentro de los planes de intervenciones colectivas, acciones orientadas a fortalecer la participación comunitaria frente a la disminución del consumo y exposición a humo de tabaco y sus derivados.

g) Garantizar el cumplimiento de la protección de los ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados, mediante acciones de inspección vigilancia y control, por parte de las autoridades competentes según la Ley 1335 de 2009.

h) Participar en el desarrollo de acciones intersectoriales para la vigilancia de la prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados.

i) Garantizar la ejecución del 100% de los recursos provenientes de la cuenta de multas por sanciones al incumplimiento de la Ley 1335 de 2009, en proyectos de prevención del consumo y exposición al humo de tabaco y sus derivados.

j) Generar los lineamientos respecto al uso de los dispositivos electrónicos de administración de nicotina en concordancia con el artículo 4o de la Ley 1335 de 2009.

k) Reglamentar los contenidos de productos de tabaco en concordancia con el artículo 22 de la Ley 1335 de 2009.

Acciones en el nivel comunitario

1.1.1. Desarrollar intervenciones poblacionales orientadas al control del tabaquismo, incluidas en los planes de salud territorial.

1.1.2. Desarrollar estrategias de movilización social para la veeduría ciudadana y el control. De igual forma para el cumplimiento de los ambientes 100% libres de humo en la venta al menudeo y vigilancia comunitaria del acatamiento de la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y sus derivados.

1.1.3. Fortalecer las estrategias de comunicación masiva orientadas al control del consumo y exposición al humo de tabaco y sus derivados.

1.1.4. Generar alianzas con otros actores para desincentivar el consumo y exposición al humo de tabaco y sus derivados, así como garantizar los ambientes 100% libre de humo.

1.1.5. Implementar y ejecutar estrategias educativas para otros actores, como complemento a la comunicación masiva y a las intervenciones comunitarias en los temas del control del consumo y exposición al humo de tabaco y sus derivados.

Acciones en los servicios de salud

1.1.1. Implementar la guía de práctica clínica para la cesación tabáquica.

1.1.2. Introducir programas de cesación de tabaco basados en evidencia científica.

1.1.3. Entrenar al personal de salud para la implementación de la consejería breve como herramienta para la identificación de riesgos y cesación del consumo de tabaco y sus derivados.

1.1.4. Capacitar al personal de salud en la normatividad vigente relacionada con el control del consumo de tabaco y sus derivados.

1.1.5. Desarrollar e implementar las estrategias educativas para los profesionales de los servicios de salud, como complemento a la comunicación masiva y a las intervenciones comunitarias en los temas de control del consumo y exposición al humo de tabaco y sus derivados.

1.1.6. Implementar clínicas de cesación con cobertura nacional.

1.2. Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol

Meta

1.2.1 Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes colombianos por encima de 14 años (línea de base 12,44 años. Fuente: Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia, 2011).

Acciones en el nivel político y normativo

1.2.1. Implementar a nivel nacional la estrategia Respuesta Integral frente al Consumo de Alcohol en Colombia.

1.2.2. Incorporar los lineamientos de la estrategia Respuesta Integral frente al Consumo de Alcohol en Colombia en los planes territoriales de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

1.2.3. Implementar a nivel nacional el Programa Pactos por la Vida en concordancia con el Decreto [120](#) de 2010.

1.2.4. Participar en el desarrollo de acciones intersectoriales para velar por el cumplimiento de la normatividad vigente sobre la vigilancia en el acceso, disponibilidad, publicidad, promoción y patrocinio del consumo de alcohol.

1.2.5. Gestionar dentro de los planes de intervenciones colectivas acciones orientadas a fortalecer la participación comunitaria, frente a la disminución del consumo de alcohol.

Acciones en el nivel comunitario

1.2.1. Implementar la estrategia Prevención Selectiva del Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria.

1.2.2. Aplicar las estrategias de movilización y control social para la prevención y mitigación del consumo de alcohol en entornos comunitarios.

1.2.3. Desarrollar estrategias de movilización social para la prevención y mitigación del consumo de alcohol en entornos comunitarios, orientadas a la veeduría ciudadana para el control del acceso, disponibilidad, publicidad y promoción del consumo de alcohol.

1.2.4. Ejecutar intervenciones poblacionales orientadas al control del consumo de alcohol, incluidas en los planes de salud territorial.

Acciones en los servicios de salud

1.2.1. Implementar el Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

1.2.2. Realizar programas y estrategias para la prevención del consumo de alcohol en el marco del eje de prevención de la política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.

1.2.3. Implementar a nivel nacional las guías de Atención Integral al Consumo de Alcohol en los servicios de salud.

1.3. Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable

Metas

1.3.1. Incrementar anualmente el 10% en el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.

1.3.2. Incrementar el consumo diario de frutas en la población de 5 a 18 años, por encima del 43% (línea de base 43%. Fuente: ENSIN 2010).

1.3.3. Aumentar el consumo diario de frutas en la población de 19 a 64 años, por encima del 41% (línea de base consumo diario 41%. Fuente: ENSIN 2010).

1.3.4. Incrementar el consumo de verduras en la población de 5 a 18 años, por encima del 12% (línea de base consumo diario 12%. Fuente: ENSIN 2010).

1.3.5. Aumentar el consumo de verduras en la población de 19 a 64 años por encima del 41% (línea de base no consumo de verduras 41%. Fuente: ENSIN 2010).

1.3.6. Implementar, ejecutar y evaluar la estrategia promocional intersectorial para mejorar la oferta y el consumo de frutas y verduras en los diferentes entornos en 90% de los departamentos y distritos, promoviendo el consumo inteligente y asertivo de estos alimentos en concordancia con el plan de seguridad alimentaria.

Acciones en el nivel político y normativo

1.3.1. Desarrollar acciones tendientes a la implementación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el régimen alimentario y la actividad física.

1.3.2. Elaborar, difundir e implementar el lineamiento técnico de la promoción del consumo de frutas y hortalizas, fomentando acciones en los ejes de producción, comercialización y acceso de alimentos saludables para la población general. Al referirse a la población en general debe incluirse aquellas zonas demográficas cubiertas por programas sociales a cargo del Estado, en desarrollo de la responsabilidad social empresarial o de iniciativa pública y privada.

1.3.3. Promover y fomentar la adopción de medidas fiscales como la reducción de impuestos y tasas; así como el aumento de subsidios con el fin de reducir los precios de alimentos saludables como las frutas y las hortalizas.

1.3.4. Realizar el monitoreo de disponibilidad y consumo de alimentos saludables y no saludables en los diferentes entornos.

1.3.5. Definir, apoyar y promover el desarrollo de sistemas de producción, adquisición y proveeduría para entornos específicos que privilegien el autoconsumo, consumo local y la producción limpia y sostenible.

1.3.6. Apoyar el desarrollo de bienes y servicios que favorezcan, en entornos específicos, el consumo de frutas y hortalizas frescas y en poscosecha.

1.3.7. Apoyar el desarrollo, reglamentación e implementación del plan de alimentación estudiantil y el funcionamiento de tiendas escolares.

1.3.8. Desarrollar el sistema de monitoreo y evaluación de factores y eventos relacionados con Estilos de Vida Saludables (EVS) y Enfermedades No Transmisibles (ENT) en entornos específicos.

1.3.9. Generar lineamientos técnicos para la implementación de intervenciones poblacionales orientadas a estimular el consumo de frutas y verduras.

1.3.10. Implementar y consolidar escenarios demostrativos sobre intervenciones basadas en la comunidad para el incremento del consumo de frutas y verduras.

1.3.11. Definir los mecanismos de seguimiento para la implementación de la Ley 1355 de 2009, en lo relacionado con la promoción de frutas y verduras como estrategia para el control del sobrepeso y obesidad.

Acciones en el nivel comunitario

1.3.1. Desarrollar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientado a estimular el consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable.

1.3.2. Crear alianzas con otros sectores para incentivar la producción, comercialización, el consumo e inocuidad de frutas y verduras.

1.3.3. Desarrollar metodologías pedagógicas y estrategias de información, comunicación y educación para fortalecer el consumo de frutas y hortalizas en entornos específicos.

Acciones en los servicios de salud

1.3.1. Entrenar al personal de salud, en consejería breve para una alimentación saludable.

1.3.2. Capacitar al personal de salud en la normatividad relacionada con alimentación saludable.

1.3.3. Introducir en la historia clínica preguntas para evaluar el consumo de alimentos saludables.

1.4. Promoción de la Actividad Física

Metas

1.4.1. Incrementar la prevalencia de actividad física global por encima de 53,5% en adultos entre 18 y 64 años (línea de base 53,5%. Fuente: ENSIN 2010).

1.4.2. Aumentar la prevalencia de actividad física global por encima de 26% en adolescentes entre 13 y 17 años (línea de base 26%. Fuente: ENSIN 2005).

1.4.3. Incrementar la prevalencia de actividad física en tiempo libre por encima de 19,9% (línea de base 19,9%. Fuente: ENSIN 2010).

1.4.4. Disminuir la prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos durante menos de 2 horas al día, en niños de 5 a 12 años, por debajo del 42,1 (línea de base: 42,1%. Fuente: ENSIN 2010).

1.4.5. Disminuir la prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos durante menos de 2 horas al día en niños de 13 a 17 años, por debajo del 33% (línea de base 33%. Fuente: ENSIN 2010).

1.4.6. Incrementar la prevalencia de caminar como medio de transporte por encima del 33,8% (línea de base 33,8%.

Fuente: ENSIN 2010).

1.4.7. Incrementar la prevalencia en el uso de la bicicleta como medio de transporte por encima del 5.6% (línea de base 5.6%. Fuente: ENSIN 2010).

Acciones en el nivel político y normativo

1.4.1. Desarrollar trabajo intersectorial para fomentar la actividad física en los ámbitos: transporte, medio ambiente, planificación urbana, empresa privada, organizaciones de voluntarios, entidades sin ánimo de lucro y seguridad pública.

1.4.2. Generar alianzas con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Sistema Nacional de Deporte para el fortalecimiento de contenidos relacionados con la actividad física dentro del Proyecto Educativo Institucional (PEI), las jornadas complementarias y el tiempo libre.

1.4.3. Promover acciones intersectoriales para definir los lineamientos técnicos para el fomento de la actividad física, en concordancia con el Decreto 2771 de 2008 por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF).

1.4.4. Incorporar en el currículo académico de educación superior, de las carreras del área de la salud y afines, el desarrollo de competencias para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables que incluyan la actividad física.

1.4.5. Desarrollar lineamientos técnicos para la implementación de intervenciones poblacionales orientadas a estimular la realización de actividad física.

1.4.6. Implementar y consolidar escenarios demostrativos sobre intervenciones basadas en comunidad, para el incremento de la actividad física en ciudades priorizadas a nivel nacional.

Acciones en el nivel comunitario

1.4.1. Impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, espacios laborales, redes y grupos comunitarios en consonancia con lo dispuesto en el Plan Decenal de Salud Pública.

1.4.2. Desarrollar estrategias comunicativas cimentadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la realización de actividad física.

1.4.3. Generar alianzas con otros sectores para incentivar la realización de actividad física.

1.4.4. Implementar intervenciones poblacionales orientadas a estimular la realización de actividad física.

Acciones en los servicios de salud

1.4.1. Desarrollar e implementar estrategias educativas para los profesionales y funcionarios de salud, como complemento a la comunicación masiva y las intervenciones comunitarias en el fomento de la actividad física.

1.4.2. Introducir en la historia clínica de los usuarios del SGSSS preguntas para evaluar su nivel de actividad física.

1.4.3. Implementar lineamientos para intervenciones poblacionales orientadas al incremento de la actividad física.

1.5. Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales

Metas

1.5.1. Lograr que entre el 50% y el 70% de las empresas del sector formal que manejan los cinco principales agentes carcinógenos ocupacionales en el país (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico, radiación ionizante), tengan niveles de exposición menores al valor límite permisible.

1.5.2. Implementar el marco político y normativo relacionado con el cáncer ocupacional en Colombia.

Acciones en el nivel político y normativo

1.5.1. Participar en la implementación de la Ley 1562 de 2012, por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales

y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional, en el componente relacionado con la prevención del cáncer ocupacional.

1.5.2. Ratificar el Convenio 139 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos.

1.5.3. Coordinar con el Ministerio de Trabajo, que las empresas del sector formal que manejan los cinco principales agentes carcinógenos ocupacionales, incluyan dentro del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, acciones preventivas orientadas a la disminución del riesgo de exposición a carcinógenos ocupacionales.

1.5.4. Implementar el plan nacional para prevención del cáncer ocupacional con participación de los sectores productivos, las organizaciones de trabajadores, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social, las instituciones adscritas y los entes territoriales.

1.5.5. Generar acciones intersectoriales para la definición de lineamientos técnicos que aporten al diseño de métodos de control, según el grado de riesgo, para reducir la exposición de los trabajadores a los cinco agentes carcinógenos de mayor relevancia en Colombia a niveles permisibles; en concordancia con la Ley 1562 de 2012.

1.5.6. Apoyar la elaboración de políticas gubernamentales para reglamentar la importación, la producción, el uso y control de los agentes carcinógenos.

1.5.7. Establecer las prohibiciones y las restricciones del uso de carcinógenos ocupacionales.

1.5.8. Vigilar la cobertura de los planes de prevención del cáncer ocupacional por parte de las aseguradoras de riesgos laborales.

Acciones en el nivel comunitario

1.5.1. Desarrollar estrategias de Información, comunicación y educación para centros de trabajo a través de las entidades administradoras de riesgos laborales.

1.5.2. Establecer acciones para fortalecer la implementación de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional (COPASO).

1.5.3. Instaurar acciones para fortalecer la vigilancia comunitaria y apoyar los movimientos sociales que surgen de los trabajadores, de los pacientes y de todos aquellos cuya salud se ve perjudicada por la exposición a los carcinógenos ocupacionales.

Acciones en los servicios de salud

1.5.1. Capacitar a los médicos y profesionales de la salud para que incluyan los antecedentes ocupacionales de los pacientes, en las historias clínicas correspondientes.

1.6. Control del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta

Meta

1.6.1. Implementar estrategias de intervención sectorial e intersectorial para la prevención del cáncer de piel, en el 100% de los departamentos del país.

Acciones en el nivel político y normativo

1.6.1. Contar con la línea de base y mediciones cada 5 años sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población colombiana en relación con la exposición a radiación solar ultravioleta (RUV).

1.6.2. Desarrollar guías de atención integral para la detección temprana, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones preneoplásicas y neoplásicas de piel.

Acciones en el nivel comunitario

1.6.1. Generar acciones educativas intersectoriales dirigidas principalmente a escolares y otras personas cuyas ocupaciones requieran una exposición prolongada a la radiación solar ultravioleta (RUV).

Acciones en los servicios de salud

1.6.1. Desarrollar e implementar estrategias educativas para los profesionales y funcionarios de salud, como complemento a la comunicación masiva y las intervenciones comunitarias en el fomento de las medidas de protección contra radiación solar ultravioleta (RUV).

1.6.2. Introducir en la historia clínica preguntas que permitan evaluar los hábitos de prevención a la exposición de radiación solar ultravioleta.

1.6.3. Implementar las guías de atención integral para la detección temprana, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones preneoplásicas y neoplásicas de piel.

1.7. Protección específica a virus relacionados con cáncer

Metas

1.7.1. Lograr y mantener coberturas útiles de vacunación (95%) contra el virus de papiloma humano (VPH) de acuerdo al PAI.

1.7.2. Mantener coberturas útiles de vacunación (95%) contra el virus de Hepatitis B de acuerdo al PAI.

1.7.3. Promover acciones conjuntas con las Administradoras de Riesgo Laborales (ARL), para lograr coberturas útiles de vacunación (95%) contra Hepatitis B, para los profesionales de la salud del área asistencial.

Acciones en el nivel político y normativo

1.7.1. Establecer lineamientos nacionales para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a partir del 2012.

1.7.2. Evaluar el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

1.7.3. Garantizar la vacunación contra Hepatitis B, a profesionales de la salud, del área asistencial, dentro de SGSSS.

Acciones en el nivel comunitario

1.7.1. Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación para incentivar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

1.7.2. Ejecutar estrategias de información, educación y comunicación para incentivar la vacunación contra el Virus de Hepatitis B, principalmente en profesionales de la salud del área asistencial.

Acciones a nivel de los servicios de salud

1.7.1. Realizar monitoreo y evaluación al cumplimiento de los lineamientos nacionales para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a partir del 2013.

1.7.2. Realizar monitoreo y evaluación al cumplimiento de los lineamientos nacionales establecidos para la vacunación contra el virus de Hepatitis B.

1.7.3. Mantener coberturas útiles de vacunación, de acuerdo al PAI, contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y Hepatitis B.

Línea estratégica 2. Detección temprana de la enfermedad

La detección temprana comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer. La detección temprana se puede realizar atendiendo y canalizando adecuadamente los pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante la tamización, la cual consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática definida de acuerdo con el perfil de riesgo. La tamización a su vez, se puede realizar a través de programas de base poblacional en donde se pretende alcanzar a toda la población objeto o mediante programas de base institucional en donde se vincula al programa únicamente personas que entran en contacto con los servicios de salud de forma espontánea.

2.1. Cáncer de cuello uterino

Metas

2.1.1. Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de cuello uterino, al año 2016.

2.1.2. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por 100.000 mujeres en 2021.

2.1.3. Alcanzar coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino en el 80% de la población objeto (mujeres de 21-69 años) (línea de base mujeres de 25 a 69 años 79%. Fuente: Análisis de datos ENDS 2010, Ministerio de Salud y protección Social).

2.1.4. Iniciar en 2013, la tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) con intervalo de cada 5 años, para así lograr cobertura del 80% de la población objeto (mujeres de 30-65 años) en el 2021.

2.1.5. Implementar y evaluar la estrategia “Ver y Tratar” mediante la tamización con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato, en el 100% de los departamentos con zonas de difícil acceso a los servicios de salud a 2021 (línea de base 5 departamentos a 2012).

2.1.6. Incrementar la proporción de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente, en un 80% (línea de base 58,3%. Fuente: Observatorio de Calidad en Salud del MSPS).

Acciones en el nivel político y normativo

2.1.1. Desarrollar la guía de atención integral para cáncer de cuello uterino.

2.1.2. Actualizar la norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino (Resolución 412 de 2000).

2.1.3. Definir directrices para establecer un programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del SGSSS, que incluya las recomendaciones clínicas de la Guía de Atención, para las diferentes pruebas de tamización incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y las rutas de atención.

2.1.4. Contar al 2016 con la línea de base respecto a cobertura de tamización para cáncer de cuello uterino, con pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH).

2.1.5. Generar mediciones de cobertura de tamización en encuestas regulares o en estudios.

2.1.6. Definir, implementar y desarrollar la estrategia de atención primaria en salud de acuerdo con la Ley [1438](#) de 2011, en relación con el cáncer de cuello uterino.

2.1.7. Fortalecer la rectoría, vigilancia y control a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Territoriales, para el cumplimiento de la guía de atención integral y norma técnica, así como la garantía del acceso a los servicios de detección y diagnóstico temprano en cáncer de cuello uterino.

2.1.8. Desarrollar directrices para un programa de control de calidad en tamización de cáncer de cuello uterino para las diferentes pruebas incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

Acciones en el nivel comunitario

2.1.1. Implementar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

2.1.2. Desarrollar estrategias de movilización social para la promoción de derechos en el SGSSS en relación con detección temprana de cáncer de cuello uterino.

Acciones en los servicios de salud

2.1.1. Implementar la guía de atención integral del cáncer de cuello uterino.

2.1.2. Implementar la norma técnica y programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del SGSSS.

2.1.3. Desarrollar las estrategias para la demanda inducida a los servicios de detección temprana en cáncer de cuello uterino.

2.1.4. Contar con información sobre cobertura de las diferentes pruebas utilizadas para tamización de cáncer de cuello uterino y reportarlas según lo establecido en el sistema de información en cáncer.

2.1.5. Realizar seguimiento a indicadores de detección temprana de acuerdo con lo establecido en el sistema de información en cáncer.

2.1.6. Implementar sistemas de seguimiento al cumplimiento de los esquemas de tamización para cáncer de cuello uterino.

2.1.7. Implementar un sistema de seguimiento para mujeres positivas a la tamización.

2.1.8. Fortalecer el programa de control de calidad en tamización de cáncer de cuello uterino.

2.1.9. Garantizar la continuidad en las acciones de detección temprana de cáncer de cuello uterino y el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

2.1.10. Asegurar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento de lesiones cervicales de alto grado a la totalidad de las mujeres con este hallazgo.

2.1.11. Promover el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud, orientado al diagnóstico temprano del cáncer.

2.1.12. Desarrollar e implementar programas de entrenamiento para los profesionales de la salud que garanticen el uso adecuado de las tecnologías de tamización en cáncer de cuello uterino.

2.1.13. Garantizar la inclusión del registro de estadio clínico del paciente con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

2.2. Cáncer de mama

Metas

2.2.1. Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama, al año 2015.

2.2.2. Incrementar la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 60% antes del 2021 (línea de Base 31%. Fuente: Piñeros & Cols 2008).

2.2.3. Incrementar antes del 2021 la cobertura de mamografía de tamización bianual al 70% en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con la normatividad vigente (línea de base 48.9%. Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010).

2.2.4. Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más.

Acciones en el nivel político y normativo

2.2.1. Desarrollar la guía de atención integral para cáncer de mama.

2.2.2. Actualizar la norma técnica sobre detección temprana de cáncer de mama (Resolución 412 de 2000).

2.2.3. Definir las directrices para establecer un programa de detección temprana de cáncer de mama en el marco del SGSSS, que incluya las recomendaciones clínicas definidas en la guía de atención, las pruebas de tamización circunscritas en el Plan Obligatorio de Salud y las rutas de atención según el riesgo identificado.

2.2.4. Implementar y gestionar un programa de control de calidad en tamización de cáncer de mama para las pruebas incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

2.2.5. Contar con asistencia técnica y acompañamiento para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Territoriales para la implementación de programas de detección temprana de cáncer de mama de base poblacional y/o de oportunidad, de acuerdo con el contexto territorial.

2.2.6. Definir y hacer seguimiento a los indicadores de calidad para las acciones de detección temprana y protección específica para cáncer de mama del plan obligatorio de salud.

2.2.7. Fortalecer la rectoría, vigilancia y control a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para el cumplimiento de las normas técnicas, así como la garantía del acceso a los servicios de detección y diagnóstico temprano en cáncer de mama.

2.2.8. Definir, implementar y desarrollar la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, en relación con el cáncer de mama.

2.2.9. Desarrollar estudios que permitan contar con la información sobre estadio clínico al momento del diagnóstico de cáncer de mama.

2.2.10. Contar con datos de prevalencia de cáncer de mama por estadio clínico, al 2014.

Acciones en el nivel comunitario

2.2.1. Desarrollar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de cáncer de mama.

2.2.2. Generar estrategias de movilización social basadas en el modelo de movilización social para el control del cáncer, orientadas a la promoción de derechos en el SGSSS en relación con detección temprana de cáncer de mama.

Acciones en los servicios de salud

2.2.1. Implementar la guía de atención integral del cáncer de mama.

2.2.2. Operativizar la norma técnica y el programa de detección temprana de cáncer de mama, en el marco del SGSSS.

2.2.3. Garantizar la continuidad en las acciones de detección temprana de cáncer de mama con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

2.2.4. Aplicar los sistemas de seguimiento al cumplimiento de la tamización para cáncer de mama.

2.2.5. Implementar los sistemas de seguimiento de mujeres positivas a la tamización.

2.2.6. Promover el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud, orientado al diagnóstico temprano del cáncer de mama.

2.2.7. Realizar seguimiento a los indicadores de detección temprana (cobertura y oportunidad) de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Información en Cáncer.

2.2.8. Desarrollar estrategias para la demanda inducida a los servicios de detección temprana en cáncer de mama.

2.2.9. Diseñar mecanismos de seguimiento a las mujeres, para garantizar el cumplimiento del esquema de tamización bianual.

2.2.10. Implementar el programa de control de calidad en tamización de cáncer de mama para las pruebas incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

2.2.11. Fortalecer las acciones de capacitación y entrenamiento a los profesionales de la salud para la identificación, manejo de los hallazgos al examen clínico y patologías benignas de la mama.

2.2.12. Implementar y gestionar estrategias de entrenamiento para los profesionales de la salud, con el objetivo de garantizar el uso adecuado de las tecnologías de tamización en cáncer de mama.

2.2.13. Garantizar la inclusión del registro de estadio clínico del paciente con diagnóstico de cáncer de mama.

2.3. Cáncer de próstata

Metas

2.3.1. Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de próstata, al año 2016.

2.3.2. Incrementar la proporción de casos de cáncer de próstata con diagnóstico en estadios tempranos (línea de base por definir).

Acciones en el nivel político y normativo

2.3.1. Desarrollar la guía de atención integral para cáncer de próstata.

2.3.2. Generar lineamientos técnicos para la detección temprana de cáncer de próstata.

2.3.3. Definir las directrices para establecer un programa de detección temprana de cáncer de próstata en el marco del SGSSS, que incluya las recomendaciones clínicas definidas en la guía, las diferentes pruebas de tamización incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y las rutas de atención.

2.3.4. Fortalecer la rectoría, vigilancia y control de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para el cumplimiento de los lineamientos técnicos, así como la garantía del acceso a los servicios de diagnóstico oportuno en cáncer de próstata.

2.3.5. Precisar directrices para la implementación de un programa de control de calidad de la tamización del cáncer de próstata.

2.3.6. Contar al 2014, con datos de prevalencia de cáncer de próstata por estadio clínico.

Acciones en el nivel comunitario

2.3.1. Desarrollar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer desarrollado por el Instituto Nacional de Cancerología y orientadas a estimular la detección temprana de cáncer de próstata.

2.3.2. Crear estrategias de movilización social para la promoción de derechos en el SGSSS en relación con detección temprana de cáncer de próstata.

Acciones en los servicios de salud

2.3.1. Implementar la guía de atención integral para cáncer de próstata.

2.3.2. Operativizar los lineamientos técnicos del Programa de Detección Temprana de Cáncer de próstata en el marco del SGSSS.

2.3.3. Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica de los hombres con síntomas prostáticos.

2.3.4. Promover el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud, orientado al diagnóstico temprano del cáncer de próstata.

2.3.5. Garantizar la continuidad entre las acciones de detección temprana de cáncer de próstata con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

2.3.6. Implementar sistemas de seguimiento de hombres positivos a la tamización.

2.3.7. Realizar seguimiento a indicadores de detección temprana (cobertura y oportunidad) de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Información en Cáncer.

2.3.8. Garantizar la inclusión del registro del estadio clínico del paciente con diagnóstico de cáncer de próstata.

2.3.9. Implementar el programa de control de calidad en tamización de cáncer de próstata.

2.4. Cáncer colorrectal

Metas

2.4.1. Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer colorrectal, al año 2016.

2.4.2. Incrementar la proporción de casos con diagnóstico en estadios tempranos de cáncer colorrectal (línea de base por definir).

Acciones en el nivel político y normativo

2.4.1. Definir la guía de atención integral para cáncer de colorrectal.

2.4.2. Precisar las directrices que permitan establecer un programa de detección temprana de cáncer colorrectal en el marco del SGSSS, el cual incluya las recomendaciones clínicas definidas en la guía, las diferentes pruebas de tamización incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y las rutas de atención.

2.4.3. Fortalecimiento de la rectoría, vigilancia y control a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para el cumplimiento de los lineamientos técnicos, así como la garantía del acceso a los servicios de detección y diagnóstico temprano en cáncer colorrectal.

2.4.4. Implementar un programa en control de calidad de la tamización del cáncer colorrectal.

2.4.5. Contar al 2014, con datos de prevalencia de cáncer colorrectal por estadio clínico.

Acciones en el nivel comunitario

2.4.1. Desarrollar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de cáncer colorrectal.

2.4.2. Gestionar estrategias de movilización social para la promoción de derechos en el SGSSS, en relación con detección temprana de cáncer colorrectal.

Acciones en los servicios de salud

2.4.1. Implementar la guía de Atención Integral de Cáncer Colorrectal.

2.4.2. Operativizar los lineamientos técnicos del Programa de Detección Temprana de Cáncer de colorrectal en el marco del SGSSS.

2.4.3. Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento a las personas positivas en la tamización para cáncer colorrectal.

2.4.4. Implementar programas de control de calidad en tamización de cáncer colorrectal.

2.4.5. Contar con indicadores e información regular sobre el control de calidad de la tamización de cáncer de colorrectal.

2.4.6. Garantizar la continuidad en las acciones de detección temprana de cáncer colorrectal, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

2.4.7. Implementar sistemas de seguimiento a personas positivas en tamización para cáncer colorrectal.

2.4.8. Realizar seguimiento a indicadores de detección temprana (cobertura y oportunidad) de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Información en Cáncer.

2.4.9. Promover el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud, orientado al diagnóstico temprano del cáncer colorrectal.

2.4.10. Implementar el programa de control de calidad en tamización de cáncer de colorrectal.

2.4.11. Garantizar la inclusión del registro de estadio clínico del paciente con diagnóstico de cáncer colorrectal.

2.5. Cáncer Infantil (Leucemias Agudas Pediátricas)

Meta

2.5.1. Garantizar el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento al 100% de los menores de 18 años con sospecha de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP).

Acciones en el nivel político y normativo

2.5.1. Desarrollar las guías de atención integral para leucemia linfocítica y mielocítica aguda pediátrica.

2.5.2. Implementar y monitorear la Ley 1388 de 2010, “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”.

2.5.3. Fortalecer la operación, seguimiento y control del sistema de vigilancia para las Leucemias Agudas Pediátricas en el 100% de las entidades territoriales del país.

2.5.4. Fortalecer la rectoría, vigilancia y control a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para el cumplimiento de los lineamientos técnicos, así como la garantía del acceso a los servicios de diagnóstico oportuno y tratamiento de las Leucemias Agudas Pediátricas (LAP) de acuerdo con los tiempos estandarizados.

Acciones en el nivel comunitario

2.5.1. Implementar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de las Leucemias Agudas Pediátricas (LAP).

2.5.2. Gestionar las estrategias de control social frente a la calidad de la atención en Leucemias Agudas Pediátricas (LAP).

2.5.3. Fortalecer la gestión del Consejo Nacional y los Consejos Departamentales asesores de Cáncer Infantil.

Acciones en los servicios de salud

2.5.1. Implementar las guías de atención integral para el manejo de las Leucemias Agudas Pediátricas (LAP).

2.5.2. Implementar en los servicios de primer y segundo nivel el módulo de diagnóstico temprano del cáncer en la infancia, definido en la Estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

2.5.3. Desarrollar e implementar estrategias educativas para los profesionales y funcionarios de salud, como complemento a la comunicación masiva y las intervenciones comunitarias para la identificación oportuna de los signos y síntomas presuntivos de leucemia aguda pediátrica.

Línea estratégica 3. Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer

Los pacientes oncológicos, habitualmente reciben tratamientos largos y complejos que involucran diversos elementos que deben interactuar de forma precisa e integral durante todas las fases de la enfermedad con el fin de alcanzar la cura, prolongar la vida útil y mejorar la calidad de vida.

La curación del cáncer (remisión completa, alcance de un estado de nulo o mínimo riesgo de recurrencia y recuperación del estado funcional), es posible solo para una proporción no mayoritaria de los casos y se relaciona estrechamente con el diagnóstico en estados tempranos. Conseguir los objetivos definidos depende entonces de las condiciones en las que se aplica el tratamiento como la calidad del mismo, la disponibilidad de tecnologías, el acceso a los servicios y la oportunidad en el suministro de las intervenciones terapéuticas. De acuerdo con los objetivos definidos, la rehabilitación (incluida la cirugía reconstructiva) es parte integral del tratamiento y debe incluir además del soporte físico, los servicios necesarios para que el paciente y su familia, satisfagan necesidades de diferente orden en todos los momentos de la enfermedad.

3.1. Habilitación de servicios oncológicos

Metas

3.1.1. Actualizar los estándares de habilitación y los modos de verificación de los servicios oncológicos y continuar con la periodicidad definida en el Sistema Obligatoria de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

3.1.2. Desarrollar y consolidar la verificación de los estándares de habilitación del 100% de prestadores de servicios oncológicos, al año 2017.

3.1.3. Definir los estándares de habilitación de las redes u otras formas funcionales de servicios oncológicos en concordancia con las disposiciones del SOGC, al año 2014.

3.1.4. Gestionar y consolidar la verificación de los estándares de habilitación de redes u otras formas funcionales de servicios oncológicos, en el año 2021.

Acciones en el nivel político y normativo

3.1.1. Actualizar las normas de habilitación y el modo de verificación para servicios oncológicos.

3.1.2. Revisar y actualizar las normas de habilitación para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e implementar modos de verificación.

3.1.3. Realizar la verificación de estándares de habilitación en los servicios oncológicos, incluidos los pediátricos, que hacen parte del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.1.4. Definir el perfil de los verificadores de prestación de servicios oncológicos y realizar la capacitación de los mismos.

3.1.5. Realizar la verificación de los estándares de habilitación de redes u otras formas funcionales de servicios oncológicos, conforme a su desarrollo.

Acciones en el nivel comunitario

3.1.1. Fomentar espacios de participación ciudadana frente a la definición e implementación de los criterios de habilitación de servicios oncológicos.

Acciones en los servicios de salud

3.1.2. Garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la prestación de servicios oncológicos, incluidos los pediátricos.

3.1.3. Propender por la acreditación de los servicios oncológicos en el territorio Nacional.

3.2. Organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos

Metas

3.2.1. Organizar la red de servicios para la atención integral del cáncer en Colombia, en el 2015.

3.2.2. Implementar la Política Farmacéutica Nacional (Documento Conpes 155 de 2012), en lo relacionado con la gestión y control de medicamentos oncológicos.

3.2.3. Contar al 2016, con un sistema de gestión de tecnología biomédica, que asegure la disponibilidad de inventarios, el control de la calidad en la operación y uso de tecnologías para la atención integral del cáncer.

Acciones en el nivel político y normativo

3.2.1. Definir lineamientos para la conformación de la red de servicios oncológicos para la atención integral del cáncer en el territorio nacional.

3.2.2. Establecer los lineamientos para implementar el componente de medicamentos oncológicos según lo definido en la Política Farmacéutica Nacional (Documento Conpes Social 155 de 2012).

3.2.3. Implementar la normatividad relacionada con la codificación de equipamiento biomédico.

3.2.4. Diseñar y garantizar herramientas informáticas que permitan contar con un inventario del equipamiento biomédico a nivel departamental y nacional, para facilitar el análisis y georreferenciación de la tecnología utilizada para la atención del cáncer.

Acciones en el nivel comunitario

3.2.1. Fomentar espacios de participación ciudadana frente a la definición de normas y directrices para la organización de la oferta y demanda de servicios.

Acciones en los servicios de salud

3.2.1. Implementar y evaluar el desempeño de redes y formas funcionales de servicios oncológicos.

3.2.2. Propender por el desarrollo de centros de excelencia para la atención integral del cáncer.

3.2.3. Implantar la Política de Medicamentos Oncológicos en lo relacionado con prestación de servicios de salud.

3.2.4. Implementar la codificación de inventarios de la tecnología biomédica utilizada para la atención integral del cáncer y suministrar la información a las entidades competentes.

3.2.5. Garantizar la correcta operación, uso y mantenimiento de la tecnología para la atención integral del cáncer.

3.3. Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos

Metas

3.3.1. Garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de cinco cánceres con mortalidad prematura evitable (mama, cuello uterino, colon y recto, próstata y leucemias agudas pediátricas) en el 100% de los casos.

3.3.2. Desarrollar acciones encaminadas a aumentar la supervivencia de los menores de 18 años con Leucemia Aguda Pediátrica en 2021 (línea de base 41% en menores de 15 años, Cali. Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Cali 2009).

3.3.3. Contar al año 2015, con un modelo de atención integral en cáncer.

3.3.4. Implementar para el año 2015, un sistema de monitoreo sobre la calidad de los tratamientos oncológicos en el territorio nacional.

Acciones en el nivel político y normativo

3.3.1. Definir e implementar estrategias de seguimiento y monitoreo, al acceso, oportunidad, calidad del diagnóstico y tratamiento de cinco cánceres con mortalidad prematura evitable (mama, cuello uterino, colon y recto, próstata, y leucemias agudas pediátricas).

3.3.2. Precisar los lineamientos para la conformación de la red de servicios oncológicos, para la atención integral del cáncer en Colombia y el Sistema Nacional de Información para el monitoreo, seguimiento y control de la atención del cáncer en los menores de 18 años.

3.3.3. Definir mecanismos de inspección, vigilancia y control para garantizar por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) servicios de calidad a los menores de 18 años con diagnóstico confirmado de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP).

3.3.4. Puntualizar parámetros de seguimiento a la calidad de tratamientos oncológicos (quimioterapia y radioterapia) como patología de alto costo dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

3.3.5. Especificar los lineamientos para el desarrollo de un sistema de monitoreo sobre la calidad de los tratamientos oncológicos en el territorio Nacional.

3.3.6. Definir acciones de inspección, vigilancia y control de la gestión de los medicamentos oncológicos, por parte de los diferentes actores del SGSSS.

3.3.7. Desarrollar y publicar el Modelo de Atención Integral en Cáncer, con el cual se garantice la confirmación del diagnóstico con los procedimientos apropiados, oportunidad en el suministro de las intervenciones terapéuticas, calidad en el tratamiento, acceso a los servicios, integralidad y continuidad.

Acciones en el nivel comunitario

3.3.1. Sensibilizar a las familias de pacientes oncológicos y a la sociedad en los diferentes aspectos relacionados con la atención del cáncer.

3.3.2. Desarrollar estrategias basadas en el modelo de movilización social para el control del cáncer, orientado a garantizar la adherencia al tratamiento de los cinco cánceres con mortalidad prematura evitable.

Acciones en los servicios de salud

3.3.1. Desarrollar e implementar guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento, para los 10 principales tipos de cáncer en Colombia, que incluyan parámetros de oportunidad y calidad.

3.3.2. Medir la calidad asistencial de los servicios de atención del cáncer mediante indicadores de gestión para el cumplimiento de protocolos, agendas de citas, remisiones, extensión de los equipos de atención primaria en salud, asistencia domiciliaria, intervenciones comunitarias, rehabilitación y cuidados paliativos.

3.3.3. Diseñar e implementar sistemas de seguimiento para pacientes oncológicos.

3.3.4. Articular la red de servicios para la atención integral del cáncer en Colombia con el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años.

3.3.5. Implementar el Modelo de Atención en Cáncer para Colombia.

Línea estratégica 4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer

Los pacientes con cáncer requieren un control permanente por los efectos que generan la enfermedad y el tratamiento y por el impacto que se presenta en la familia y en su entorno. La atención integral del paciente oncológico debe estar enfocada desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente.

Los tratamientos oncológicos específicos, se pueden aplicar tanto con intención curativa como paliativa. El propósito de los tratamientos paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia y evitar los efectos secundarios. La intervención de cuidado paliativo resulta fundamental y debería iniciarse tan temprano como sea posible.

4.1. Organización y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer

Metas

4.1.1. Organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación y reconstrucción en cáncer en el país, para el año 2014.

4.1.2. Garantizar en el territorio nacional la disponibilidad y suministro continuo de medicamentos opioides, para el año 2014.

4.1.3. Contar al 2017, con una política de reincorporación a la vida laboral de sobrevivientes de cáncer.

4.1.4. Asegurar el desarrollo de servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus cuidadores.

4.1.5. Implementar estrategias e investigaciones que aseguren la calidad en la prestación de intervenciones de cuidado paliativo para pacientes con cáncer y cuidadores.

Acciones en el nivel político y normativo

4.1.1. Realizar la medición de línea de base sobre la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación, reconstrucción y demanda de medicamentos opioides para el manejo del dolor en cáncer en el país, para el año 2014 y realizar su actualización para el año 2018.

4.1.2. Definir lineamientos normativos para organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación, reconstrucción y la demanda de medicamentos opioides para el manejo del dolor de los pacientes con cáncer en el país.

4.1.3. Mejorar operativamente los fondos rotatorios de estupefacientes con despacho de medicamentos 24 horas al día (365 días al año) en forma directa o indirecta.

4.1.4. Formular la política de reincorporación a la vida laboral de sobrevivientes de cáncer.

4.1.5. Reglamentar los servicios de apoyo social definidos en concordancia con la Ley 1384 de 2010 y con la Ley 1388 de 2010.

4.1.6. Definir lineamientos para la implementación de servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus cuidadores.

4.1.7. Definir los lineamientos técnicos - normativos, incluyendo el desarrollo de guías y protocolos para la atención integral en cuidado paliativo y rehabilitación de los pacientes con cáncer.

4.1.8. Realizar mediciones de calidad de vida en pacientes y sobrevivientes de cáncer.

Acción en el nivel comunitario

4.1.1. Desarrollar estrategias de acción social, basadas en el modelo de movilización social para el control del cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (INC), orientadas a mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias y generar alianzas para promover el apoyo social a los enfermos con cáncer.

4.1.2. Implementar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer desarrollado por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), orientadas a sensibilizar al sector salud sobre la importancia del manejo multidisciplinario de los enfermos de cáncer.

Acciones en los servicios de salud

4.1.1. Desarrollar modalidades de prestación de servicios acordes con las necesidades del cuidado paliativo y de rehabilitación.

4.1.2. Promover la implementación de servicios de apoyo social y consejería a pacientes y cuidadores de pacientes con cáncer.

4.1.3. Implementar los lineamientos técnicos - normativos definidos para la atención de pacientes en cuidados paliativos.

4.1.4. Capacitar al personal de salud en los lineamientos definidos para la atención en cuidados paliativos.

Línea estratégica 5. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer

El conocimiento hace referencia a una información estructurada y organizada, que llega a constituirse en el fundamento de las prácticas. Se entiende la gestión del conocimiento como la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura, generación y difusión de la información y del conocimiento de una manera eficiente.

A su vez, la gestión de la tecnología incluye todas aquellas actividades que capacitan a una organización o a un conjunto de organizaciones, para hacer el mejor uso posible de la ciencia y la tecnología generada de forma externa o interna. Esto debe conducir hacia un mejoramiento de sus capacidades de innovación, de forma que ayuda a promocionar la eficacia y eficiencia de las organizaciones para obtener ventajas competitivas.

Esta línea estratégica contempla el núcleo central del modelo para el control del cáncer, punto de partida y evaluación de todas las estrategias: incluye vigilancia en salud pública, la investigación, el análisis de situación y la gestión del conocimiento y la tecnología.

5.1. Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio de Cáncer

Metas

5.1.1. Consolidar para el 2013 el Sistema Nacional de Información en Cáncer.

5.1.2. Operar el Observatorio Nacional de Cáncer en 2014.

5.1.3. Contar al 2014 con un sistema de evaluación y seguimiento de los servicios oncológicos en Colombia.

5.1.4. Disponer para el 2014 del sistema de vigilancia de medios de comunicación, políticas públicas y legislación del cáncer y sus factores de riesgo.

5.1.5. Implementar al 2014 el sistema de vigilancia epidemiológica sobre exposición ocupacional a los cinco agentes carcinógenos ocupacionales de mayor relevancia para el país (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico y radiación ionizante).

5.1.6. Implementar al 2016 un sistema de evaluación y vigilancia de la tecnología biomédica para la atención integral del cáncer.

Acciones en el nivel normativo y político

5.1.1. Implementar el Sistema Nacional de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer.

5.1.2. Establecer los distintos componentes del Sistema Nacional de Información en Cáncer:

-- Asistir técnicamente la consolidación de registros poblacionales de cáncer actualmente en operación en cada una de las macrorregiones de Colombia.

-- Promocionar y acompañar técnicamente la implementación de registros institucionales de cáncer en regiones prioritarias del país con baja factibilidad para la implementación de registros poblacionales.

-- Sistematizar los análisis de mortalidad para cánceres priorizados como ejercicio rutinario de la vigilancia epidemiológica.

-- Desarrollar e implementar modelos de vigilancia para los factores de riesgo acordes a la realidad del país y los parámetros internacionales.

-- Divulgar información sobre el cáncer y sus factores de riesgo a los diferentes actores del SGSSS.

-- Gestionar desde el Ministerio de Salud y Protección Social, acciones de asistencia técnica para el análisis de situación en cáncer.

-- Integrar la información reportada por la cuenta de alto costo para el análisis de situación de cáncer en el país.

5.1.3. Desarrollar los lineamientos para la evaluación y seguimiento de los servicios oncológicos en Colombia.

5.1.4. Definir los lineamientos para la vigilancia de medios de comunicación, políticas públicas y factores de riesgo.

5.1.5. Implementar los lineamientos para la vigilancia epidemiológica sobre exposición ocupacional a los cinco agentes carcinógenos de mayor relevancia para el país.

5.1.6. Implantar a nivel nacional el Sistema para la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional.

5.1.7. Desarrollar lineamientos para la implementación del sistema de evaluación y vigilancia de la tecnología biomédica.

Acciones en el nivel de servicios de salud

5.1.1. Garantizar el suministro de información requerido para el análisis según lo definido por el Sistema Nacional de Información y el Observatorio de Cáncer.

5.1.2. Implementar la metodología para la evaluación y seguimiento de los servicios oncológicos en Colombia.

5.1.3. Educar a los profesionales de la salud para identificar y realizar la calificación preliminar de casos de origen de cáncer ocupacional en los servicios de salud y en las juntas de calificación de invalidez.

5.1.4. Entrenar a los médicos y profesionales de la salud para que incluyan los antecedentes ocupacionales de los pacientes en las historias clínicas.

5.1.5. Implementar la metodología definida para el sistema de evaluación y vigilancia de la tecnología biomédica en

las instituciones prestadoras de servicios oncológicos.

5.2. Investigación en cáncer

Metas

- 5.1.1. Incrementar la productividad científica de los grupos dedicados a investigación en cáncer.
- 5.1.2. Mejorar la difusión, uso y apropiación de la información y el conocimiento generado en cáncer.
- 5.1.3. Contar al 2015 con información sobre supervivencia para los cinco principales cánceres.

Acciones en el nivel normativo y político

- 5.1.1. Consolidar una línea de investigación en cáncer en el sistema de ciencia y tecnología.
- 5.1.2. Fortalecer la cooperación internacional para la investigación en cáncer.
- 5.1.3. Dotar de información a los generadores de opinión y a los líderes de decisión.

Acciones en el nivel comunitario

- 5.1.1. Generar programas de educación continua y comunicación, con información actualizada sobre los diez principales cánceres y sus factores de riesgo.
- 5.1.2. Difundir información sobre los derechos y deberes de la población en relación con el control del cáncer y sus factores de riesgo.
- 5.1.3. Propagar información sobre el cáncer y sus factores de riesgo a la población general.

Acciones en los servicios de salud

- 5.1.1. Monitorizar la productividad científica en cáncer y sus factores de riesgo.
- 5.1.2. Hacer uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), para gestionar el conocimiento y la difusión de la información.
- 5.1.3. Realizar investigaciones orientadas a contar con información sobre supervivencia para los cinco cánceres prioritarios.

Línea estratégica 6. Formación y desarrollo del talento humano

La formación del talento humano debe responder a las necesidades y problemas de salud actuales y previsibles en el futuro, y en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente. Esta línea estratégica pretende orientar la formación básica y continua del talento humano estableciendo estándares que contribuyan a incrementar la calidad en áreas estratégicas y prioritarias para la atención integral del cáncer; adicionalmente promover la salud de los trabajadores que prestan servicios oncológicos y prevenir las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

Formación básica y continua del talento humano en oncología

Metas

- 5.3.1. Incorporar en los programas de formación en salud y afines, las competencias para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la atención integral del cáncer, en el 2014.
- 5.3.2. Contar con criterios estandarizados que permitan la convalidación de los títulos obtenidos en el exterior, en la especialización en oncología y subespecialidades afines, para el 2014.
- 5.3.3. Desarrollar estrategias de formación continua para el fortalecimiento de competencias de competencias del talento humano en salud en la aplicación y uso de la telemedicina para oncología, a fin de mejorar el acceso a los servicios en lugares apartados del país.

5.3.4. Contar a partir del 2014, con información sobre oferta y demanda de talento humano en oncología.

Acción en el nivel político y normativo

6.1.1. Desarrollar acciones intersectoriales entre el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y entidades formadoras del recurso humano en salud, para incorporar en los programas de formación en salud competencias para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la atención integral del cáncer.

6.1.2. Definir e implementar de manera conjunta por parte de los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social, los criterios estandarizados para la validación de los títulos obtenidos en el exterior para la especialización en oncología y subespecialidades afines.

6.1.3. Definir e implementar programas de formación continua para el fortalecimiento de competencias a profesionales, tecnólogos y técnicos, para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer.

6.1.4. Contar con información del Registro Único del Talento Humano en Salud (RETHUS), sobre oferta del talento humano de oncología.

6.1.5. Realizar un estudio de demanda y oferta del talento humano que presta servicios oncológicos en el país (Estudio CENDEX de especialistas).

Acciones en los servicios de salud

6.1.1. Garantizar el desarrollo de convenios docencia-servicio que favorezcan el logro de competencias del talento humano en salud en formación, para la atención integral del cáncer.

6.1.2. Desarrollar estrategias de formación continua para el fortalecimiento del talento humano en salud, en la aplicación y uso de la telemedicina para oncología, a fin de mejorar el acceso a los servicios en lugares apartados del país.

6.1.3. Desarrollar estrategias de educación continua para el fortalecimiento de competencias en prevención, detección, tratamiento y rehabilitación.

6.1.4. Utilizar tecnologías de enseñanza a distancia para la educación permanente y actualización de los equipos de la red básica por medio de Telemedicina.

5.4. Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología

Metas

6.1.1. Fortalecer e implementar acciones para promover la salud y seguridad laboral del talento humano que presta servicios oncológicos, a partir del 2014.

6.1.2. Ampliar al 2014, la cobertura de las becas crédito del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios en el Exterior (ICETEX), para la formación del talento humano en oncología, en las subespecialidades críticas para el país.

Acción en el nivel político y normativo

6.1.1. Elaborar lineamientos para promover la salud y seguridad laboral del talento humano que presta servicios oncológicos.

6.1.2. Definir criterios para la asignación de becas de crédito orientadas a la formación de subespecialistas en oncología.

Acción en los servicios de salud

6.1.1. Diseñar estrategias para promover la salud y seguridad laboral del talento humano que atiende al paciente con cáncer, a fin de garantizar mejores condiciones laborales y calidad de vida del talento humano.

6.1.2. Diseñar estrategias para el soporte psicosocial del talento humano que atiende el paciente con cáncer, a fin de garantizar mejores condiciones laborales y calidad de vida del talento humano que brinda la atención.

6.1.3. Capacitar para el desarrollo de competencias del recurso humano de medicina y enfermería en aplicación y uso de la telemedicina para oncología, a fin de mejorar el acceso a los servicios en lugares apartados del país.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

La evaluación y seguimiento del plan se realizará centrado en cuatro aspectos fundamentales a saber: monitoreo y seguimiento de las metas; participación efectiva de los actores involucrados en la ejecución del plan; estudios de caso definidos como procesos trazadores, y una evaluación de medio término (2017) para evaluar la ejecución del plan y reajustar las estrategias y metas que se consideren necesarias. No obstante, el seguimiento a las responsabilidades asignadas a los actores del sector salud, incluidos en el presente Plan se realizará a partir del año 2013.

Para la evaluación y seguimiento del Plan se definirá un Comité Coordinador integrado por el Ministerio de Salud y Protección Social con representantes de las Direcciones Técnicas que determine, el Instituto Nacional de Cancerología con representantes de la Subdirección de Investigaciones y de la Subdirección de Atención Médica y por el Instituto Nacional de Salud. Este Comité tendrá una reglamentación especial para su funcionamiento.

Monitoreo y seguimiento de las metas

En el Anexo 1 se presentan los criterios, la metodología y los responsables del seguimiento del plan, de acuerdo con las metas propuestas.

Para realizar análisis a profundidad de algunos aspectos relacionados con el diagnóstico y la atención del cáncer, que den cuenta de las estrategias propuestas en forma integral, se realizarán estudios de casos definidos como trazadores. Los trazadores serán seleccionados por el comité coordinador de seguimiento del plan. La primera evaluación de caso a profundidad se realizará sobre la calidad de la citología cervicouterina, la mamografía y la continuidad en la atención de los pacientes pediátricos con leucemia linfocítica aguda.

Participación efectiva de los actores involucrados

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2021, requiere de la participación efectiva de todos los actores del SGSS y de los otros sectores involucrados. Para ello se diseñará una metodología de seguimiento de las actividades realizadas por los diferentes actores en relación con la ejecución del plan.

Evaluación de medio término

Dado que el plan se ha considerado en un período de diez años, se ha definido una evaluación de medio término, es decir, en la mitad del período para hacer seguimiento de ajuste en las metas y las estrategias del plan.

FINANCIACIÓN

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2021, cuenta con diferentes fuentes de financiación; algunas están contempladas en el funcionamiento normal del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y para otras será necesario gestionar recursos específicos.

Dentro del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), se contemplan las siguientes fuentes:

Unidad de pago por capitación del régimen contributivo y subsidiado

Estos recursos cubren los gastos correspondientes a la prestación de servicios contenidos en los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado. Los recursos per cápita de promoción y prevención del régimen contributivo se destinan para financiar las mismas acciones (promoción y prevención) de los afiliados al régimen contributivo.

Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones

Recursos de oferta, para la atención integral de la población pobre no asegurada. Recursos de salud pública destinados a la financiación del Plan Nacional de Salud Pública y Plan de Intervenciones Colectivas a nivel territorial.

Recursos del Presupuesto General de la Nación

Destinados a promoción, prevención e investigación.

Recursos propios de las entidades territoriales

Destinados a proyectos de promoción, prevención y prestación de servicios de salud.

Recursos de promoción y prevención de las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL)

Financiación de las acciones de promoción y prevención del cáncer ocupacional.

Recursos por Ley 643 de 2001, por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar

Los recursos obtenidos por la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar diferentes del Baloto y la lotería preimpresa e instantánea, se deben distribuir en relación con salud en una proporción de 80% para atender la oferta y la demanda en la prestación de los servicios de salud en cada entidad territorial y 7% con destino al Fondo de Investigación en Salud.

RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD

El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 es un instrumento de política pública, que se origina en respuesta a las Leyes 1384 y 1388 de 2010, y que orienta las acciones a desarrollar por los distintos actores del sector salud para el control integral del cáncer. Por lo anterior, desde el año 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en las acciones definidas en el ámbito político y normativo con la expedición de resoluciones y decretos reglamentarios; la definición de lineamientos técnicos; guías de atención integral y protocolos para las líneas estratégicas de control del riesgo, detección temprana y gestión del conocimiento.

No obstante, el seguimiento a las responsabilidades asignadas a los actores del sector salud incluidos en el presente Plan se realizará a partir del año 2013.

De la Nación:

Corresponde a la Nación, frente al Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2021, las siguientes responsabilidades:

1. Diseñar, socializar, implementar y evaluar el desarrollo normativo de carácter técnico-científico, administrativo y financiero, para la ejecución de las líneas estratégicas y acciones orientadas al cumplimiento de las metas definidas en el Plan Decenal para el Control del Cáncer.
2. Diseñar, desarrollar y articular con los actores a nivel sectorial e intersectorial la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal para el Control del Cáncer.
3. Definir las medidas administrativas y políticas para el control de los principales riesgos asociados al cáncer: control del consumo de tabaco y alcohol, alimentación no saludable, inactividad física, exposición a carcinógenos ocupacionales y sobreexposición a radiación solar ultravioleta.
4. Definir los mecanismos y monitorizar el cumplimiento de los convenios internacionales vinculantes ratificados por el Gobierno colombiano, relacionados con el control integral del cáncer.
5. Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación en cáncer de la población colombiana y la respuesta sectorial e intersectorial de los actores, con base en el desarrollo de investigaciones y en la información generada por el Sistema de Información en Cáncer.
6. Diseñar, implementar y socializar las guías de atención integral y protocolos para la detección temprana, diagnóstico, atención y rehabilitación de los diez principales tipos de cáncer en Colombia.
7. Actualizar las normas técnicas y establecimiento de programas de detección temprana para los principales tipos de cáncer con mortalidad prematura evitable.
8. Diseñar, socializar y evaluar estrategias para garantizar la continuidad en las acciones de detección temprana con la confirmación diagnóstica y el acceso oportuno al tratamiento de los cinco cánceres con mortalidad prematura evitable.

9. Actualizar las normas técnicas y establecimiento de programas de detección temprana para los principales tipos de cáncer con mortalidad prematura evitable y los principales factores de riesgo (cesación de tabaco).
10. Diseñar e implementar un modelo para la atención integral del cáncer en Colombia.
11. Revisar, actualizar y seguir los estándares de habilitación para las instituciones prestadoras de servicios oncológicos y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
12. Diseñar, implementar y seguir las redes de servicios oncológicos para la atención integral del cáncer.
13. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para la implementación, seguimiento de la ejecución y evaluación de las metas incluidas para el control del cáncer en los planes de salud territoriales.
14. Definir los lineamientos para la implementación de programas de control de calidad en tamización, atención y rehabilitación en cáncer.
15. Garantizar la adquisición, distribución, seguimiento y monitoreo de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
16. Diseñar e implementar estrategias de comunicación masiva y definición de lineamientos para el desarrollo de material de información, comunicación y educación para los actores del sistema para cada una de las líneas estratégicas definidas en el Plan Decenal para el Control del Cáncer.
17. Desarrollar estrategias de movilización social para la promoción de derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en relación con la prevención, detección, atención y rehabilitación del cáncer.
18. Definir los lineamientos para implementar el componente de medicamentos oncológicos según lo definido en la Política Farmacéutica Nacional (Documento Conpes 155 de 2012).
19. Fortalecer la rectoría en inspección, vigilancia y control a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para garantizar el cumplimiento de las metas y acciones orientadas al control del cáncer en Colombia.
20. Establecer los lineamientos para el desarrollo del sistema de gestión de tecnología biomédica, que asegure la disponibilidad de inventarios, el control de la calidad en la operación y uso de tecnologías para la atención integral del cáncer.
21. Asistir técnicamente a las entidades territoriales para la consolidación de los registros poblacionales en operación y creación de nuevos registros poblacionales de cáncer en Colombia, de acuerdo con lo definido por el Sistema Nacional de Información en Cáncer.
22. Desarrollar e implementar modelos de vigilancia en salud pública de factores de riesgo, morbilidad y mortalidad por cáncer infantil, del adulto y ocupacional, acordes a la realidad del país y a parámetros internacionales.
23. Diseñar e implementar el Sistema Nacional de Información en Cáncer y poner en funcionamiento el Observatorio Nacional de Cáncer.
24. Consolidar una línea de investigación en cáncer en el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Colombia, que comprenda como áreas prioritarias: epidemiología descriptiva y sistemas de vigilancia del cáncer, diversidad y etiología del cáncer, biología del cáncer en la población, control del riesgo y detección precoz del cáncer, diagnóstico y tratamiento del cáncer, servicios oncológicos, aspectos psicosociales del cáncer y, actual político y cáncer.
25. Diseñar y desarrollar la supervisión y la difusión de los resultados del Plan Decenal para el Control del Cáncer.
26. Desarrollar acciones intersectoriales para incorporar programas de formación en salud y educación continuada en competencias para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la atención integral del cáncer.
27. Elaborar los lineamientos para promover la salud y seguridad laboral del talento humano que presta servicios oncológicos.

28. Definir e implementar el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años.

De las Entidades Territoriales:

Corresponde a los departamentos, distritos y municipios según su nivel de responsabilidad por categorías, frente al Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2021, las siguientes responsabilidades:

1. Adoptar y adaptar el Plan Decenal para el Control de Cáncer a su territorio y formular el Plan de Salud Territorial y Plan Operativo Anual bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Coordinar y articular con los actores sectoriales e intersectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas e indicadores incluidos para el control del cáncer en los Planes de Salud Territoriales.
3. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras, que para la ejecución del Plan Decenal para el Control de Cáncer que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria para garantizar la calidad en las acciones para el control de los riesgos, las acciones de detección temprana, el diagnóstico oportuno, la atención y la recuperación de los daños en salud relacionados con cáncer.
5. Socializar y realizar seguimiento a la implementación de las guías de atención integral y protocolos para la detección temprana, diagnóstico, atención y rehabilitación de los diez principales tipos de cáncer en Colombia.
6. Socializar y realizar seguimiento a las normas técnicas.
7. Establecer los programas de detección temprana para los principales tipos de cáncer con mortalidad prematura evitable y sus principales factores de riesgo (cesación de tabaco).
8. Implementar las estrategias para garantizar la continuidad en las acciones de detección temprana con la confirmación diagnóstica y el acceso oportuno al tratamiento de los cinco cánceres con mortalidad prematura evitable.
9. Garantizar el seguimiento a los estándares de habilitación para las instituciones prestadoras de servicios oncológicos y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que operan en el territorio.
10. Garantizar la implementación y seguimiento de las redes de servicios oncológicos para la atención integral del cáncer que operan en el territorio.
11. Realizar la ejecución, seguimiento y vigilancia a las medidas legislativas y políticas para el control de los principales riesgos asociados al cáncer: control del consumo de tabaco y alcohol, alimentación no saludable, inactividad física, exposición a carcinógenos ocupacionales y sobreexposición a radiación solar ultravioleta.
12. Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación en cáncer de la población de su territorio y la respuesta sectorial e intersectorial de los actores en el territorio.
13. Promover el ejercicio de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la ejecución, seguimiento y control social del Plan Decenal para el Control del Cáncer.
14. Brindar asistencia técnica a las entidades municipales de acuerdo a las competencias en el Plan Decenal para el Control del Cáncer.
15. Aportar la información requerida para la implementación del Sistema Nacional de Información en Cáncer.
16. Garantizar la adquisición, distribución, seguimiento y monitoreo de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) dentro de los municipios del territorio.
17. Desarrollar estrategias de comunicación masiva e implementación de lineamientos para la difusión de material de información, comunicación y educación para los actores del sistema, para cada una de las líneas estratégicas definidas en el Plan Decenal para el Control del Cáncer.
18. Adoptar los lineamientos para vigilar la calidad de las pruebas de tamización para cáncer a través de los laboratorios de salud pública y de otros mecanismos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

19. Implementar modelos de vigilancia en salud pública de factores de riesgo, morbilidad y mortalidad por cáncer infantil, del adulto y ocupacional, acordes a la realidad del país y a parámetros internacionales.
20. Adoptar e implementar los lineamientos del componente de medicamentos oncológicos según lo definido en la Política Farmacéutica Nacional (Documento Conpes 155 de 2012).
21. Adoptar y vigilar la implementación de los lineamientos para el desarrollo del sistema de gestión de tecnología biomédica, que asegure la disponibilidad de inventarios, el control de la calidad en la operación y uso de tecnologías para la atención integral del cáncer en el territorio.
22. Adoptar los lineamientos para vigilar la calidad en la prestación de servicios de salud para el control del cáncer a través de los mecanismos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
23. Apoyar el funcionamiento y velar por la consolidación de los registros poblacionales e institucionales de cáncer dentro de los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para tal fin.
24. Apoyar y participar en la operación de los sistemas de vigilancia de factores de riesgo, morbilidad y mortalidad de acuerdo con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para este propósito.
25. Implementar los Consejos Asesores Departamentales de Cáncer Infantil y articular su funcionamiento con el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años.
26. Desarrollar y consolidar escenarios demostrativos sobre intervenciones basadas en comunidad para los principales factores de riesgo en ciudades priorizadas y de acuerdo a los lineamientos políticos-normativos definidos a nivel nacional.

De las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):

Corresponde a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a las entidades que ejercen funciones de instituciones promotoras de salud, frente al Plan Decenal para el Control del Cáncer, las siguientes responsabilidades:

1. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales para la detección temprana, el diagnóstico oportuno, la atención y la recuperación de los daños en salud relacionados con cáncer contemplados en el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo y subsidiado.
2. Incluir en la formulación del Plan Operativo de Acción Anual acciones orientadas al cumplimiento de las metas e indicadores para el control del cáncer.
3. Articular las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas incluidas para el control del cáncer en los Planes de Salud Territorial.
4. Realizar y actualizar el análisis de la situación en cáncer de su población afiliada.
5. Implementar el sistema de gestión de riesgo para el control del cáncer en concordancia con las políticas y lineamientos definidos a nivel nacional.
6. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que hacen parte de la red prestadora que garantiza el cumplimiento de las acciones individuales para la detección temprana, el diagnóstico oportuno, la atención y la recuperación de los daños en salud relacionados con cáncer.
7. Realizar el seguimiento y análisis por cohortes de pacientes con cáncer, tal como sea definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Implementar las guías de atención integral y protocolos para la detección temprana, diagnóstico, atención y rehabilitación de los diez principales tipos de cáncer en Colombia.
9. Implementar las normas técnicas y establecer los programas de detección temprana para los principales tipos de cáncer con mortalidad prematura evitable.

10. Cumplir los estándares establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SGSSS) que corresponden según la normatividad vigente.

11. Participar en la operación de la vigilancia en salud pública orientada al control del cáncer en Colombia, según la normatividad y los lineamientos vigentes definidos desde el Ministerio de la Protección Social.

12. Desarrollar e implementar estrategias educativas para los profesionales y funcionarios de la salud, orientadas al control del cáncer en Colombia.

13. Apoyar y participar en la operación de los sistemas de vigilancia de factores de riesgo, morbilidad y mortalidad de acuerdo con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para este propósito.

14. Adoptar los lineamientos para vigilar la calidad de las pruebas de tamización, procedimientos de diagnóstico, atención y rehabilitación.

De las Empresas Administradoras de Riesgos Laborales:

Corresponde a las Entidades, Administradoras de Riesgos Profesionales, frente al Plan Decenal para el Control de Cáncer, las siguientes responsabilidades:

1. Definir y desarrollar el plan anual de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de las empresas afiliadas, a partir de riesgos prioritarios a los cuales están expuestos los afiliados en función de la actividad económica y sustancias carcinógenas, de acuerdo con las instrucciones que para ello imparta el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Definir los mecanismos para la identificación y calificación preliminar de casos y origen de cáncer ocupacional en los servicios de salud y en las juntas de calificación de invalidez.

3. Articular las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas e indicadores relacionada con los riesgos por exposición a carcinógenos ocupacionales definidas en el Plan Decenal para el Control de Cáncer.

4. Participar en la operación del sistema de vigilancia epidemiológica de cáncer ocupacional.

5. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades relacionadas con exposición a carcinógenos ocupacionales.

6. Realizar y actualizar el análisis de la situación en cáncer de origen ocupacional de su población afiliada.

De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):

Corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), frente al Plan Decenal para el Control del Cáncer, las siguientes responsabilidades:

1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras, requeridas para el cumplimiento de las metas del Plan Decenal para el Control del Cáncer.

2. Implementar un modelo de gestión de riesgo de cáncer en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).

3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de detección temprana, diagnóstico oportuno, atención y recuperación de los daños en salud relacionados con cáncer.

4. Generar la información requerida por el Sistema de Información en Cáncer, para el seguimiento a las metas e indicadores del Plan Decenal para el Control del Cáncer.

5. Participar en la operación de la vigilancia en salud pública, entorno laboral y control de la gestión del SGSSS, las cuales están orientadas al control del cáncer en Colombia.

6. Desarrollar e implementar estrategias educativas para los profesionales y funcionarios de la salud, orientadas al control del cáncer en Colombia.

7. Implementar las guías de atención integral y protocolos para la detección temprana, diagnóstico, atención y

rehabilitación de los diez principales tipos de cáncer en Colombia.

8. Implementar las normas técnicas y los programas de detección temprana para los principales tipos de cáncer con mortalidad prematura evitable.

9. Cumplir los estándares establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SGSSS) que le corresponden según la normatividad vigente.

10. Implementar estrategias de capacitación, información, comunicación y educación para los usuarios del sistema de salud.

11. Adoptar e implementar los lineamientos del componente de medicamentos oncológicos según lo definido en la Política Farmacéutica Nacional (Documento Conpes 155 de 2012) de acuerdo a las directrices dadas por las autoridades competentes.

12. Aplicar los lineamientos definidos para el desarrollo del sistema de gestión de tecnología biomédica, que aseguren la disponibilidad de inventarios, el control de la calidad en la operación y uso de tecnologías para la atención integral del cáncer.

Evaluación y seguimiento al Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021

CONSULTAR TABLAS EN EL ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra: OMS; 2005.

2. Murillo R., Quintero Á., Piñeros M., Bravo MM., Cendales R., Wiesner C. y cols. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Serie de documentos técnicos INC (1). Bogotá: Escala Ltda.; 2006.

3. Rivera DE, Cristancho A., González JC. Movilización Social para el control del cáncer en Colombia. Serie de documentos técnicos INC (2). Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2006.

4. Wiesner C., Cortés CM, Donoso IA. Guía para la comunicación educativa en el marco del control del cáncer. Serie de documentos técnicos INC (3). Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2006.

5. Piñeros M., Murillo R., Porras A. Guía de análisis de situación de cáncer. Serie de documentos técnicos INC (4). Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2011.

6. Instituto Nacional de Cancerología. El cáncer en cifras. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co>

7. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto [3039](#) de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

8. Pardo C., Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006 Bogotá, INC 2010.

9. Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Universidad del Valle. Estadísticas, incidencia. Consultado: marzo, 2012. Disponible en <http://rpcc.univalle.edu.co/es/incidencias/Estadisticas/index.php>.

10. Uribe C., Meza E. Incidencia del cáncer en Bucaramanga. Med. Unab 2007; 108(3): 147-172.

11. Piñeros M., Gamboa O., Suárez A. Mortalidad por cáncer infantil en Colombia durante 1985 a 2008. Rev. Panam Salud Pública 2011; 30 (1):15-21.

12. Bravo, L. E., García, L. E., Gutiérrez, A., & Collazos, P. A. (2008). Cáncer infantil en Cali: un estudio de base poblacional 1994-2003. Cali: Universidad del Valle.

13. Suárez A., Guzmán C., Villa B., Gamboa O. Abandono del tratamiento: una causa evitable de muerte en el niño con cáncer Rev. Colomb. Cancerol 2011; 15(1):22-29.

14. Raba M. Informe del evento leucemias agudas pediátrico, consolidado 2010. Instituto Nacional de Salud 2011 (sin publicar).

15. Piñeros M., Pardo C., Gamboa O., Hernández G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi; Bogotá: Imprenta Nacional; 2010.
16. Murillo R., Díaz S., Sánchez O., Perry F., Piñeros M., Poveda C., *et al.* Pilot Implementation of Breast Cancer Early Detection Programs in Colombia. *Breast Care* 2008; 3:29-32.
17. Piñeros M., Hernández G., Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia. an emerging problem. *Cáncer* 2004; 101(10):2285-2292.
18. González M., y cols. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia 1985-2005. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003; 8(3):41-50.
19. Piñeros M., Sánchez R., Cendales R., Perry F., Ocampo R., García AO. y cols. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev. Colomb. Cancerol* 2008; 12(4):181-190.
20. Bravo LE., Carrascal E., García LE., Collazos T. Gutiérrez A. Supervivencia de cáncer de cuello uterino en Cali: un estudio de base poblacional. Informe técnico Convenio 941 – 2006 suscrito entre el INC y la Universidad del Valle.
21. Quinn MA., Benedett JL., Odicino F., Maisonnueve P., Beller U., Creasman, WT *et al.* Carcinoma of the cervix uteri. FIGO 6th Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 95 (Suppl. 1) S43-103.
22. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Bases para el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para Todos. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2011.
23. Bray F., Moller B. Predicting the future burden of cancer. *Nat Rev Cancer* 2006; 6(1):63-74.
24. Harvard School of Public Health, Harvard Center for Cancer Prevention. Causes of Human Cancer. *Cancer Causes and Control* 1996; 7(1):S3-S4.
25. Anand P., Kunnumakkara AB., Sundaram C., Harikumar KB., Tharakan ST., Lai OS, *et al.* Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharm Res* 2008; 25(9):2097-2115.
26. República de Colombia, Ministerio de Salud. I Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades crónicas. ENFRECI Colombia, Ministerio de Salud 1995.
27. República de Colombia, Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSABIII. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, Serie Documentos Técnicos. ENFRECII Colombia, Ministerio de Salud 1999.
28. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud, Resultados nacionales. En prensa Bogotá, 2008.
29. Pardo C., Piñeros M. Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes de cinco ciudades colombianas. *Biomédica*, en prensa.
30. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2005. Bogotá: 2006.
31. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2010. Bogotá: 2010.
32. República de Colombia, Presidencia de la República. Álvaro Uribe Vélez. Informe al Congreso 2009. Bogotá: Imprenta Nacional, 2009, p. 82-85.
33. García MA., Rivera DE., Marín Y., González JC., Murillo RH. Las iniciativas para el control del tabaco en el Congreso de Colombia: 1992-2007. *Rev. Panam Salud Pública* 2009; 25(6):471-480.
34. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 1335 “Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana”. Julio 21 de 2009.

35. Grupo de Políticas, Legislación y Movilización Social. Directorio de las Fundaciones y Organizaciones que trabajan por el Control del Cáncer en Colombia. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/> Consultado: marzo de 2012.
36. Piñeros M., Cendales R., Murillo R., Wiesner C., Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados. Colombia 2005. Rev. Salud Pública 2007; 9 (3):327-341.
37. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capítulo XV. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. 2010
38. Murillo R., Almonte M., Pereira A., Ferrer E., Gamboa OA., Jerónimo J. *et al.* Cervical cancer screening programs in Latin America and The Caribbean. Vaccine 2008; 26S: L37-L48.
39. Cendales R., Wiesner C., Murillo R., Piñeros M., Tovar S., Mejía JC. La calidad de las citologías para tamización de cáncer de cuello uterino en Colombia: un estudio de concordancia. Biomédica 2010; 30(1).
40. Wiesner C., Cendales R., Murillo R., Piñeros M., Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev. Salud Pública 2010; en prensa.
41. Arboleda W., Murillo R., Piñeros M., Perry F., Díaz S., Salguero E. y cols. Cobertura de examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en mujeres bogotanas Rev. Colomb. Cancerol 2009; 13(2):69-76.
42. Piñeros M., Sánchez R., Cendales R., Perry F., Ocampo R., García AO. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de pacientes con cáncer de mama en Bogotá. Rev. Colomb. Cancerol 2008; 12(4):181-190.
43. Circular 008 de febrero de 2008...
44. Wiesner C., Tovar S., Cendales R., Vejarano M. Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Soacha. Rev. Colomb. Cancerol 2006; 10(2):98-108.
45. Wiesner C., Murillo RH., Piñeros M., Tovar SL., Cendales R., Gutiérrez MC. El control del cáncer cervicouterino en Colombia: percepción de los actores del sistema de salud. Rev. Panam Salud Pública 2009; 25(1):1-8.
46. Pérez, N., Quintero, Á., & Schoonewolff, J. (2008). Estudio de oferta y demanda de servicios oncológicos en Colombia 2005. Bogotá, D. C: INC.
47. Mora Mh, Ruiz IC. Servicios Oncológicos en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; documento interno sin publicar; 2013.
48. República de Colombia. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 29 de 2011 por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud"; 28 de diciembre de 2011.
49. Rivera D. La Política del cáncer. Rev. Colomb. Cancerología; 2005; 9 (1): 29-33.
50. Conpes Social 80 de 2004 Disponible en <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos>
51. Vicepresidencia de la República de Colombia. Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. Programa de Derechos Humanos y Discapacidad: Discapacidad. Información en línea. Disponible en: http://www.discapacidad.gov.co/p_publica/index.htm [Fecha de acceso: Enero 18 de 2009]
52. República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 91. Bogotá: Imprenta Nacional, 2005.
53. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008. New York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2008. p.3.
54. Presidencia de la República. Programa Presidencial Colombia Joven. Bases para el Plan Decenal de Juventud 2005-2015. Bogotá: La Imprenta Editores, 2004. p 40-42
55. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Ministerio de la Protección Social: 2003.

56. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Secretarías de Agricultura. Bogotá: Ministerio de la Protección Social: 2005.

57. Rivera DE., Marín Y., Niño A., Laserna A., Otálora J. Control del Cáncer en Colombia. Recomendaciones de Lineamientos de Política Pública. Bogotá: Procuraduría General de la Nación, 2012.

* * *

1. La cifra expuesta no incluye el cáncer más frecuente, el de piel, ya que los sistemas de información existentes no contemplan su recolección en razón a su alta frecuencia y baja mortalidad.

2. Esta tasa se calculó con redistribución de las muertes por cáncer de útero mal definido (C55), de forma proporcional entre cáncer de cuerpo de útero (C54) y cáncer de cuello de útero (C53).

3. Cálculos hechos por el Instituto Nacional de Cancerología con base en información del DANE y revisión de la literatura sobre % de muertes atribuibles a tabaco.

4. Línea de base 12,59 sobre 100.000 mujeres, construida con las estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Cancerología para el período 1990 – 1994, consolidados en los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), ajustados por edad.

5. Hace referencia a los pactos, protocolos, acuerdos, cartas, convenciones o tratados que comprometen a los Estados a proteger y promover el respeto por los mismos. Los Estados que forman parte de estos instrumentos están obligados a garantizar que las leyes, políticas, planes y prácticas del gobierno cumplan con lo dispuesto en los mismos.

6. Alude a resoluciones, pautas, recomendaciones o comunicaciones oficiales similares, emitidas por organismos internacionales, que proporcionan sugerencias, pautas y estrategias para el control del cáncer. Estos instrumentos son útiles para la interpretación de las obligaciones internacionales en materia de seguimiento del cáncer.

7. Aprobado por la Ley 378 de 1997 y promulgado mediante Decreto 873 de 2001.

8. Aprobado por la Ley 436 de 1998 y promulgado mediante Decreto 875 de 2001.

9. Aprobado por la Ley 1196 del 2008. Colombia es parte del convenio a partir del 20 de enero de 2009.

10. Aprobado por la Ley 1109 de 2006. Colombia es parte del convenio desde el 10 de julio de 2008.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
n.d.
Última actualización: 30 de agosto de 2024 - (Diario Oficial No. 52.847 - 13 de agosto de 2024)

