



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Vergara-Dagobeth, Edgar; Suárez-Causado, Amileth; Gómez-Arias, Rubén Darío
Plan Control del cáncer en Colombia 2012-2021. Un análisis formal
Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 16, núm. 33, julio-diciembre, 2017, pp. 6-18
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54553416001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Plan Control del cáncer en Colombia 2012-2021. Un análisis formal*

Cancer Control Plan in Colombia 2012-2021. A Formal Analysis

Plano Controle do cancro na Colômbia 2012-2021. Análise formal

Fecha de recepción: 08-10-2016 Fecha de aceptación: 09-03-2017 Disponible en línea: 30-05-2017
doi:10.11144/Javeriana.rgps16-33.pccc

Cómo citar este artículo:

Vergara-Dagobeth E, Suárez-Causado A, Gómez-Arias RD. Plan Control del cáncer en Colombia 2012-2021. Un análisis formal. Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (33): 16-18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.pccc>

Edgar Vergara-Dagobeth**
Amileth Suárez-Causado***
Rubén Darío Gómez-Arias****

* Artículo de revisión. Correspondencia: Edgar Vergara Dagobeth, carrera 49 No. 25-78, Sincelejo, Sucre. Correo electrónico: edgar.vergara@unisucra.edu.co

** Médico, cirujano oncólogo, director del Grupo GICLIM, Universidad de Sucre, Colombia.

*** Químico farmacéuta, Ph.D., directora del Grupo Prometheus, Universidad de Cartagena, Colombia.

**** Médico, MSP, DSP, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.



Resumen

En Colombia el cáncer es un problema de salud pública. Su incidencia y mortalidad afectan tanto a la población adulta como a la población pediátrica. Desde el año 2010 el país se viene preparando para afrontar este problema. El Instituto Nacional de Cancerología (INC) ha realizado investigaciones para caracterizar epidemiológicamente el cáncer, así como otros factores que inciden en su letalidad. Las leyes 1384 y 1388 de 2010 fijaron las bases para el control integral del cáncer y designaron al INC para asesorar al Ministerio de Salud y Protección Social en esta tarea. Se analizó el contenido del plan, con base en una guía elaborada por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Debido a la importancia del problema y la complejidad de la política, se concluye: solo con un sistema estricto de monitoreo, una evaluación permanente de las actividades del plan y la aplicación de correctivos oportunos, Colombia podría alcanzar las metas en el control del cáncer.

Palabras claves: política pública; salud; factores de riesgo; mortalidad; control del cáncer; calidad de vida

Abstract

In Colombia, cancer is a public health problem. Its incidence and mortality affects both adult and pediatric population. Since 2010 the country has been preparing to address this problem. The National Cancer Institute (NCI) has conducted research to characterize epidemiologically cancer as well as other factors that influence their lethality. 1384 and 1388 laws of 2010 laid the foundation for comprehensive cancer control and designated the INC to advise the Ministry of Health and Social Protection in this task. We analyzed the contents of the plan, based on a guide developed by the School of Public Health at the University of Antioquia. Because of the importance of the problem and the complexity of the policy concludes: Only a strict monitoring system, continuous evaluation and timely corrective plan of activities, Colombia could reach targets in cancer control.

Keywords: Public policy; health; risk factors; mortality; cancer control; quality of life

Resumo

Na Colômbia, o câncer é um problema de saúde pública. A incidência e a mortalidade afectar ambos os adultos e a população pediátrica. Desde 2010 o país tem vindo a preparar para resolver este problema. O Instituto Nacional do Câncer (INC) realizou uma pesquisa para caracterizar epidemiologicamente câncer, bem como outros fatores que influenciam sua letalidade. 1384 e 1388 leis de 2010 lançou as bases para o controle integral de câncer eo INC nomeado para assessorar o Ministério da Saúde e Protecção Social nesta tarefa. o conteúdo do plano foi analisado, com base em um guia desenvolvido pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Antioquia. Devido à importância do problema e da complexidade da política, ele conclui: Colômbia poderia atingir as metas para o controle do câncer se aplicado rigoroso sistema de monitorização, uma avaliação contínua das actividades do plano ea implementação de medidas corretivas adequadas.

Palavras chave: políticas públicas; saúde; Fatores de risco; mortalidade; controlo do cancro; qualidade de vida

Introducción

En Colombia en el año 2010 se expidieron dos leyes para lograr el control integral del cáncer, tanto en adultos —Ley 1384 de 2010 (1)— como en población pediátrica —Ley 1388 de 2010 (2)—. En estas queda consignada la designación del Instituto Nacional de Cancerología (INC) como asesor científico-técnico del Ministerio de Salud para el control integral de dicha enfermedad.

Ya en 2006 el INC había presentado un Modelo para el Control del Cáncer (3), resultado de una revisión de la literatura científica, que daba cuenta de las experiencias en otros países. Los documentos preliminares se socializaron en varios debates realizados en el INC, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín, con actores involucrados en el problema (entidades territoriales, representantes de la academia, grupos de investigación, profesionales del área de oncología, representantes de empresas promotoras de salud, representantes de instituciones prestadoras de servicios y grupos de abogacía de las principales ciudades del país) (3). El siguiente paso fue la elaboración del Plan Decenal para el Control del Cáncer, 2012-2021.

Este ensayo se apoya en la revisión narrativa de las siguientes fuentes secundarias: las leyes 1384 y 1388 de 2010, el Modelo para el control del cáncer, presentado por el INC en 2006 y el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, mecanismo administrativo para poner en práctica la política (4). Se analizó su contenido, con base en una guía elaborada por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (5). El objetivo de este ensayo es analizar el Plan Decenal Contra el Cáncer en Colombia 2012-2021, con énfasis en su contenido formal.

Sinopsis del problema (4)

El cáncer se ha convertido en un problema de salud pública a escala mundial (6,7). En Colombia el aumento de la incidencia y de la mortalidad ha visibilizado este problema. En el periodo 1995-1999, la incidencia estimada a partir de mortalidad reportó una tasa ajustada por edad (TAE) en hombres de 248.5/100 000, en mujeres de 238.86/100 000 (8), y una mortalidad de 23 053 casos/año (9). En el periodo 2000-2006 se presentaron 70 887 casos nuevos por año, con una leve mayor incidencia en mujeres, y una mortalidad de 32 000 casos/año (10), un 18 % del total de defunciones (11). En 2010 se registraron 33 450 muertes por cáncer, un 16.9 % del total de defunciones, lo que representa una tasa cruda de mortalidad de 72.9 por 100 000 en hombres y 74.1 en mujeres (12). Las localizaciones anatómicas más frecuentes en hombres son: próstata, estómago, pulmón, colon-recto y linfoma no-Hodgkin. Y en las mujeres: mama, cuello uterino, tiroides, estómago y colon-recto. En niños las principales localizaciones son hematológicas (leucemias y linfomas) y sistema nervioso central. A pesar de que la incidencia del cáncer pediátrico en Colombia no supera el 3 %, aún se presenta una mortalidad alta; solo las leucemias agudas aportan el 59 % de la mortalidad por cáncer pediátrico. En comparación con otros países, Colombia tiene elevadas tasas de incidencia de cáncer de estómago, cuello uterino y leucemia aguda pediátrica (13). En cuanto a la mortalidad por regiones, la Andina obedece a cáncer de estómago (14); Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla se han visto afectadas por cáncer de mama; en las zonas de fronteras y riberas de grandes ríos se reporta cáncer de cuello uterino. La incidencia, según el estrato social y afiliación, muestra que los pobres en régimen subsidiado presentan cáncer de cuello uterino, en tanto que los afiliados al régimen contributivo padecen cáncer de mama (15). La mortalidad asociada al consumo de tabaco



es del 10 % de la mortalidad global, debido a cáncer de esófago, páncreas, vejiga, pulmón y cavidad oral (16-18). La edad se considera el factor de riesgo de mayor efecto sobre el riesgo de cáncer. Al respecto, Colombia ha presentado en los últimos cincuenta años cambios sociales y demográficos que explican parcialmente el aumento en el riesgo: la población se triplicó, la esperanza de vida pasó de 48 a 72 años y se incrementó notablemente la población mayor de sesenta años (19). El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) proyecta para el 2020 una pirámide poblacional basada en una población de 51 millones de habitantes, con una base del 50 % compuesta por menores de treinta años y su extremo superior compuesta por 30 % de mayores de cincuenta años (20).

Entre las condiciones que se han identificado como factores de riesgo de cáncer (21-27), en Colombia el tabaquismo y la dieta aportan cada uno un 30 %. El tabaquismo se inicia a edades tempranas y va aumentando con la edad; la prevalencia en adolescentes de once a dieciocho años es cercana al 10 %, y en mayores de dieciocho años ha pasado de 21.4 % en 1993 a 12.8 % en 2007 (28). En el país el nivel socioeconómico, las infecciones y la exposición ocupacional a cancerígenos influyen en la incidencia de cáncer en mayor medida que en otros países; sin embargo, se presenta una leve mejoría por la implementación de nuevas políticas de salud pública (29-33). Los hábitos alimentarios son otro factor de riesgo importante para cáncer. En Colombia la prevalencia de sobrepeso-obesidad es 51 % y es mayor en mujeres; el 38 % de la población adulta no consume frutas; solo un 53 % de hombres y un 43 % de mujeres realizan un mínimo de actividad física. La población se expone a niveles altos de luz ultravioleta porque en todo el país los niveles de ozono en la atmosfera están por debajo de los niveles mínimos recomendados.

Una evaluación de 2010 sobre 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, reportó, entre otros los siguientes problemas cuya solución resulta prioritaria: concentración de la oferta de servicios oncológicos en las principales capitales del país; falta de recurso humano subespecializado en oncología; 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; e inexistencia de rutas críticas de atención integradas. Para citar un caso, los servicios oncológicos en Bogotá son en su gran mayoría privados y se evidencia una falta de integración entre las especialidades (34).

Contenidos formales del Plan Decenal de Control del Cáncer en Colombia 2012-2021 (4)

El objeto de este plan es el control integral del cáncer en la población colombiana. Sus directrices se basan en el principio del respeto y las garantías al derecho a la vida de todo colombiano en estado de pérdida de la salud. Su propósito es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar al Estado y las demás fuerzas vivas de la sociedad para el control de la enfermedad. Entre sus objetivos incluye reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables y las muertes evitables por cáncer; mejorar la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes de cáncer; garantizar la generación de conocimiento científico, su disponibilidad y utilidad en la toma de decisiones para el control del cáncer; y, por último, fortalecer la gestión del talento humano para el control de dicha enfermedad.

El Plan contempla seis líneas estratégicas con resultados esperados, definidos y evaluables:

Línea estratégica 1: control del riesgo (prevención primaria). Define como productos esperados: disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en menores de dieciocho años y el tabaquismo en la población de 18 a 69 años; ambientes 100 % libres de humo de tabaco; posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol por encima de catorce años; incrementar el consumo diario de frutas y verduras en niños y adultos; aumentar la prevalencia de actividad física global en niños y adultos; aumentar la prevalencia de uso de la bicicleta o caminar como medio de transporte; disminuir el tiempo de ver televisión en niños y adultos; lograr niveles de exposición menores al valor límite permisible de carcinógenos ocupacionales en empresas formales; lograr que el 100 % de departamentos del país implementen estrategias para prevención del cáncer de piel; y lograr y mantener coberturas útiles de vacunación contra virus del papiloma humano (VPH) y virus de la hepatitis B (HBV).

Línea estratégica 2: detección temprana de la enfermedad. Busca contar en 2016 con un programa nacional de detección temprana del cáncer que incluya cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colorrectal; bajar la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino; incrementar coberturas de citología cérvico-uterina; iniciar en 2013 tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas de VPH; incrementar el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colorrectal en estadio clínico temprano, *in situ*; aumentar la cobertura de mamografía bianual; acceso oportuno a confirmación diagnóstica; tratamiento al 100 % de mamografías reportadas BIRADS IV; y diagnóstico oportuno y acceso a tratamiento del 100 % de pacientes menores de dieciocho años con sospecha de leucemia aguda pediátrica.

Línea estratégica 3: atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer. Se propone verificar los estándares de habilitación en el 100 % de los prestadores de servicios oncológicos; verificar los estándares de habilitación de redes u otras formas funcionales de servicios oncológicos; organizar redes de servicios para atención integral del cáncer; aplicar sistemas de gestión y control de medicamentos oncológicos; asegurar la disponibilidad de tecnología biomédica de calidad para atención integral del cáncer; mejorar el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento con calidad de los cinco cánceres con mortalidad prematura evitable; aumentar la supervivencia de menores de dieciocho años con leucemia aguda pediátrica; y organizar un sistema de monitorización sobre la calidad de los tratamientos oncológicos.

Línea estratégica 4: mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer. Centra sus resultados en la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación y reconstrucción para pacientes con cáncer; reincorporación de sobrevivientes de cáncer a la vida laboral y disponibilidad de servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y a sus cuidadores.

Línea estratégica 5: gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer. Se propone organizar un sistema nacional de información en cáncer; un observatorio nacional de cáncer; un sistema de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos; un sistema de vigilancia de medios de comunicación, políticas públicas y legislación del cáncer y sus factores de riesgo; un sistema de vigilancia epidemiológica sobre exposición ocupacional a carcinógenos ocupacionales y un sistema de evaluación y vigilancia de la tecnología biomédica. Adicionalmente, se propone lograr un nivel alto de producción científica en investigaciones sobre cáncer.



Línea estratégica 6: formación y desarrollo del talento humano. Se dirige a los egresados de programas de salud, buscando mejorar sus competencias para prevención y detección precoz del cáncer, promoción de la salud y seguridad laboral del talento humano de servicios oncológicos, así como organizar una oferta de becas-crédito con el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior (Icetex) para formación en subespecialidades oncológicas.

La población objeto. El Plan incluye, en primera instancia, a la población colombiana en general, buscando disminuir los factores de riesgo modificable para cáncer y priorizando algunos grupos específicos: todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, para tamización con citología cérvico-uterina; las mujeres asintomáticas de cincuenta a setenta años para tamización con mamografía; la población menor de dieciocho años con leucemias agudas pediátricas, para tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad;

y la población mayor de dieciocho años con cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colorrectal, para tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. El Plan también pretende beneficiar al talento humano dedicado a la atención en oncología y a los investigadores sobre cáncer.

Ámbito de aplicación. La política pública en salud materializada en las leyes 1384 y 1388 de 2010 y el Plan que las pone en operación definen como ámbito de acción todo el territorio nacional colombiano, por un tiempo indefinido, para el control integral del cáncer en adultos y niños. Las demás disposiciones del Plan se proyectan a diez años, asumiendo que deberán adaptarse a las circunstancias del momento histórico.

Recursos financieros. La política pública en salud y su plan contra el cáncer, mediante la Resolución 1383 de 2013 (35), han definido el origen de los recursos financieros para su aplicación y sostenibilidad (véase tabla 1).

TABLA 1. RECURSOS FINANCIEROS PLAN CONTRA EL CÁNCER

Fuente / cobertura	Sistema General Seguridad Social	Sistema General Participación	Plan Nacional Salud Pública	Presupuesto General de la Nación	Recursos propios entes territoriales	Aseguradoras riesgos laborales	Recursos Ley 643/2001
Plan beneficio asegurado	X						
Población pobre no asegurada		X					
Promoción y prevención			X	X	X	X	
Prestación servicios salud					X		X
Investigación				X			X

Fuente: elaboración propia

Actores involucrados. La política colombiana para el control del cáncer involucra de manera explícita varios actores y define sus respectivas responsabilidades y competencias. La nación tiene, entre otras responsabilidades,

diseñar, socializar, implementar y evaluar el desarrollo normativo de carácter técnico-científico, administrativo y financiero para el cumplimiento de las metas esperadas. Las entidades territoriales deben, por su parte,

adoptar y adaptar el plan decenal a su territorio y formular su plan de salud territorial y su plan operativo anual. Las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB o EPS) deben adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales y el manejo integral del cáncer según el Plan Obligatorio de Salud (POS) establecido por la normatividad para los regímenes contributivo y subsidiado. Las empresas administradoras de riesgos laborales (ARL) deben definir y desarrollar el plan anual de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de las empresas afiliadas, a partir de sus riesgos prioritarios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) tienen a su cargo adoptar y aplicar las políticas y las normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridas para el cumplimiento de las metas del plan control del cáncer. Por otro lado, la política reconoce la importancia de otros ámbitos y sectores relacionados con el control del cáncer, como seguridad alimentaria —agricultura, alimentación, veterinaria—, salud humana, medio ambiente e industria.

Soporte jurídico-normativo. La política para el control del cáncer define también directrices específicas relacionadas con estándares, objetivos, modelos básicos de atención para el control del riesgo modificable, detección temprana, manejo clínico oportuno, rehabilitación y cuidado paliativo de pacientes con cáncer. En particular, el Plan Decenal de Control del Cáncer se acoge a las metas nacionales relacionadas con salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas no transmisibles, seguridad nutricional, seguridad sanitaria y del ambiente, seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

La política para el control del cáncer se fundamenta explícitamente en principios éticos y jurídicos. Inicialmente, se reconocen los principios de equidad que garantizan la integralidad del

control, la calidad en la atención y la información veraz y oportuna (1,2,35).

Adicionalmente, la política coincide con las siguientes disposiciones jurídicas y administrativas:

- El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, “Prosperidad para Todos”, el cual incluye el control del cáncer en su estrategia 1: “Promover el bienestar y una vida saludable basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”, que hace parte del pilar de igualdad de oportunidades. Esta norma busca implementar el Plan decenal de actividad física, envejecimiento sano y vejez activa, el Plan Decenal de Cáncer y la reglamentación de leyes de cáncer y obesidad.
- El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que integra el mandato constitucional del derecho a la salud (Ley 1122 de 2007, capítulo VI, artículo 33).
- La Política Pública Nacional de Discapacidad, que a partir de la Constitución de 1991 determina los derechos de la población con discapacidad y las obligaciones que tienen el Estado y la sociedad con ella.
- Las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015, las cuales incluyen el control del cáncer en el objetivo 5, en relación con el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, la tamización con citología cérvico-uterina y la adhesión a detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer.
- La Política Nacional de Juventud 2005-2015.



- La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003, la cual privilegia, entre otros aspectos, el control del cáncer de cuello uterino y enfermedades de transmisión sexual.
- La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- El Plan de Acción Mundial de Salud de los Trabajadores 2008-2017.
- El Plan decenal del deporte, la recreación, la educación física y la actividad física para el desarrollo humano, la convivencia y la paz 2009-2019, que incluye una línea de promoción y fomento de la recreación, la educación física, la actividad física y el deporte estudiantil y social-comunitario.

El Plan para el Control del Cáncer se apoya en una base normativa nacional e internacional (véase tabla 2).

TABLA 2. SOPORTE NORMATIVO PLAN CONTROL DEL CÁNCER 2012-2021

Internacional	Nacional
Organización Internacional del Trabajo	Constitución Política 1991
Organización Mundial de la Salud	Ley 30-1986 Estatuto Nacional Estupefacientes
Organización Panamericana de la Salud	Ley 100-1993 SGSSS
Acuerdos multilaterales factores riesgo de cáncer	Ley 52-1993 Seguridad en construcción
	Ley 375-1995 Ley de juventud
	Ley 430-1998 Desechos peligrosos
	Ley 715-2001 Organización y prestación servicios educación y salud
	Ley 1109-2006 Control del tabaco
	Ley 1122-2007 Reforma SGSSS
	Ley 1196-2008 Contaminantes orgánicos
	Ley 1335-2009 Protección a no fumadores
	Ley 1355-2009 Obesidad y ECNT
	Ley 1384-2010 Atención integral cáncer
	Ley 1388-2010 Derecho a la vida niños con cáncer
	Ley 1438 Reforma SGSSS

SGSSS: Sistema General Seguridad Social en Salud; ECNT: enfermedad crónica no transmisible.

Fuente: elaboración propia

Evaluación. La normatividad vigente establece que la evaluación y el seguimiento del Plan Control del Cáncer se realicen centrados en cuatro aspectos fundamentales: monitoreo y seguimiento de las metas; participación efectiva de los actores involucrados en la ejecución del plan; procesos trazadores como la citología cérvico-uterina y la mamografía y

continuidad en la atención de los pacientes pediátricos con leucemia aguda pediátrica; y evaluación de medio término (2017) para evaluar la ejecución del plan y reajustar las estrategias y metas que se consideren necesarias. La evaluación y el seguimiento del plan estarán a cargo de un comité coordinador integrado por el Ministerio de Salud y Protección

Social, el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud. Este comité tendrá una reglamentación especial para su funcionamiento.

Debido a su complejidad, es necesario reconocer que el éxito del plan contra el cáncer dependerá de la participación decidida, continua y responsable de los ámbitos político, comunitario, de la sociedad civil y de los servicios de salud.

Análisis

En la actualidad, en Colombia el cáncer empieza a constituirse en una problemática visible a escala general y sectorial. A pesar de su dispersión, las diferentes disposiciones sobre el control de esta enfermedad, emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Cancerología como asesor científico, pueden analizarse integralmente como una política de salud pública particularmente compleja en sus contenidos y alcances (5) que viene tomando fuerza como directriz desde el año 2006 cuando el Instituto Nacional de Cancerología (INC) propuso un modelo de control del cáncer, con previa socialización y evaluación con actores representativos del sector salud, la academia y representantes de la comunidad (3); en 2010 se promulgaron las leyes 1384 y 1388 para el manejo integral del cáncer y para el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, respectivamente (1,2). En 2011 el Gobierno Nacional retoma un plan de control del cáncer que venía perfeccionando el INC, y el Ministerio lanza el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021 (35).

El propósito del Modelo del Control del Cáncer en Colombia se basa en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de la población, ofreciendo servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno,

adecuado y efectivo, dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta patología (36,37).

Para valorar el alcance de la política nacional es necesario reconocer que Colombia es un país de regiones heterogéneas, donde el cáncer es también un problema heterogéneo con incidencias y prevalencias dispares (13,31,37-46). A pesar de la heterogeneidad epidemiológica, los datos sugieren que la mujer es el grupo poblacional más afectado por los cinco cánceres con mayor mortalidad prematura evitable, exceptuando el de próstata (12,47). Adicionalmente, las regiones más apartadas y pobres aportan más a la mortalidad por cáncer, porque allí la tamización, el diagnóstico oportuno y la oferta de servicios oncológicos para tratamiento integral presentan mayores limitaciones (48).

El modelo base del Plan toma las estrategias de principios generales de salud pública, como son comunicación, educación y movilización social (49,50), que pudieran, particularmente, ser más débiles en las regiones pobres de Colombia (51,52). Asimismo, la gestión de los recursos económicos previstos para desarrollar las acciones del Plan Control del Cáncer ha mostrado resultados poco alentadores en cuanto a impactar los determinantes de salud de las regiones más desfavorecidas del país (53,54). Sin embargo, el cubrimiento de tratamientos de quimioterapia y radioterapia sigue incluido como evento de alto costo (55).

El desarrollo de una red integral que asegure el acceso y el flujo de la población en riesgo o afectada por el cáncer, es uno de los mayores retos que debe resolver la política nacional. Los servicios oncológicos se concentran en las grandes ciudades y su disposición obedece más a los criterios de mercado y a los intereses de la industria médico-farmacéutica que a la situación epidemiológica de las regiones. Para el 2015 el Ministerio de Salud y Protección



Social programó un proceso de socialización y discusión con grupos focales de interés, a fin de armonizar los elementos esenciales para la habilitación de servicios oncológicos, unidades funcionales, unidades de atención de cáncer infantil (UACAI) y redes de prestación de servicios oncológicos; pero no hay publicaciones del adelanto de esta tarea (56). Con referencia a la formación de pregrado en medicina, se está incluyendo en el currículo rotaciones por unidades de oncología (57). En Colombia, la oferta de instituciones formadoras de subespecialistas en oncología es muy limitada (58), y la vinculación de médicos formados en otros países, donde la situación epidemiológica del cáncer es diferente, podría no ser la solución más apropiada (59). Frente a un incremento en la carga de enfermedad por cáncer, el país debería asegurar su autonomía y suficiencia en la provisión de personal idóneo y no depender del mercado internacional de los recursos humanos.

A escala internacional se reconoce la importancia de la investigación en cáncer como soporte de la gestión y orientadora de la toma de decisiones en prevención, diagnóstico, tratamiento y organización de los servicios de salud para la atención integral del cáncer (60). A este respecto, el INC realizó ya un estudio donde detecta las preguntas sobre cáncer que ameritan investigaciones y que deberían llevarse a cabo (61). Además, la Convocatoria 744-2016 de Colciencias incluyó en investigación en salud el tema del cáncer (62). Adicionalmente, el Plan Contra el Cáncer sugiere las posibles fuentes que permitirían financiarlas, entre ellas recursos del Presupuesto General de la Nación y de la Ley 643 de 2001. Desde 2012 la fuente y el uso de los recursos financieros del SGSSS han aumentado porque se igualaron los beneficios de los dos regímenes (63). Aun así, la política nacional de cáncer no se ha beneficiado lo suficiente y esto demandaría una mejor gestión de los recursos y las intervenciones.

El control del cáncer, como conjunto de patologías crónicas de etiología multifactorial y de alto costo (64-67), amerita una política pública muy bien estructurada, que no deje vacíos y que oriente efectivamente la gestión de los recursos. Por sus implicaciones sobre la carga de la enfermedad y sobre los costos del sistema de salud, esta política debería ser objeto de un sistema cuidadoso de seguimiento y evaluación capaz de introducir correcciones y ajustes puntuales oportunos; en esta dirección se creó el Observatorio Nacional del Cáncer (68,69). Aunque el Plan de Control del Cáncer esboza unos mecanismos referentes a este punto, sería importante fortalecer el componente y asegurar que sus recomendaciones sean tenidas en cuenta por la autoridad sanitaria. Hasta junio de 2016 no se ha puesto en marcha el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que el Plan anunció.

Aunque varias directrices de la política nacional reconocen la situación descrita, se hace necesario desarrollar disposiciones más concretas y específicas, dirigidas a enfrentar las necesidades detectadas en cada uno de los grupos y regiones prioritarias.

El análisis formal de las fuentes consultadas sugiere que las disposiciones jurídicas y el Plan Nacional para el Control del Cáncer de Colombia recogen la mayoría de los componentes formales de una política pública y podrían constituir un punto de referencia para orientar la gestión tanto nacional como internacional (5,70). Sin embargo, su desarrollo y su implementación pudieran demandar aún esfuerzos adicionales.

Conclusión

A pesar de su dispersión y heterogeneidad, las disposiciones del Gobierno colombiano en materia de control del cáncer configuran

una política pública susceptible de ser analizada como tal. Dicha política se justifica plenamente en la medida en que responde a un problema creciente en salud pública y en varios de sus apartes logra captar la magnitud y el comportamiento del problema en el país. La política se ajusta a un marco político y normativo explícito y se construyó con participación de actores involucrados. En general, se observa coherencia entre el problema por resolver y los diferentes elementos incluidos en el abordaje metodológico de las estrategias planteadas. En el mismo sentido, las disposiciones regulatorias analizadas pretenden dar cuenta de algunos de los problemas específicos identificados, siendo ahí donde los lineamientos se quedan cortos frente a la complejidad y heterogeneidad de la problemática. La red de servicios para prevención y atención del cáncer es fragmentada, dispersa y se concentra en las grandes ciudades. La oferta de servicios oncológicos es insuficiente y no llega oportunamente a toda la población. Las disposiciones son relativamente más débiles en lo que se refiere a la calidad de vida del paciente con cáncer. La formación del recurso humano y la investigación en el control del cáncer merecen un mayor desarrollo regulatorio. La importancia del problema y la complejidad de la política ameritan un sistema estricto de monitoreo y evaluación.

Referencias bibliográficas

1. Ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos), Congreso de la República de Colombia, 2010 [acceso: 10 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/lhtmley_1384_2010
2. Ley 1388 de 2010 (Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia), Congreso de la República de Colombia, 2010 [acceso: 10 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1388_2010.html
3. Murillo R. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Bogotá: INC, INC-MSyPS, Serie Documentos Técnicos; 2006.
4. Ministerio Salud y Protección Social e Instituto Nacional Cancerología. Plan Decenal Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. 2012 [acceso: 10 de agosto del 2016]. Disponible en: <https://www.min-salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
5. Facultad Nacional Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
6. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. The global burden of cancer 2013. *JAMA Oncology*. 2015;1(4):505-27.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2016;66(1): 7-30.
8. Piñeros MRH. Incidencia de cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de cifras estimativas. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2004; 8(1).
9. Piñeros M, Hernández G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia. *Cancer*. 2004;101(10):2285-92.
10. Piñeros M, et al. Patterns and trends in cancer mortality in Colombia 1984-2013; *Cancer Epidemiol*. 2008;37(3):233-9.
11. Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, editores. Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia; 2010.
12. Pardo C, et al. Vigilancia de la supervivencia global por cáncer en Colombia: utilidad de los registros rutinarios. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2015;19(02):81-89.
13. Pardo C. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Bogotá: INC; 2015.
14. Ángel Arango LA, Pardo Turriago CE. Mortalidad por cánceres del aparato digestivo en Colombia entre 1980 y 1998. Análisis de tendencias y comparación regional. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2004;52(1).
15. Murillo R, et al. Increased breast cancer screening and downstaging in Colombian women: A randomized trial of opportunistic breast-screening. *Int J Cancer*. 2016;138(3):705-13.
16. Pineros M, Hernández G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia: an emerging problem. *Cancer*. 2004;101(10):2285-92.
17. Pineros M, et al. Patterns and trends in cancer mortality in Colombia 1984-2008. *Cancer Epidemiol*. 2013;37(3):233-9.
18. Ordóñez, D, et al. Oral cancer in Cali, Colombia: a population-based analysis of incidence and mortality trends. *Salud Publica Mex*. 2014;56(5):465-72.
19. Ministerio Salud Pública y Protección Social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica y estructuras poblacionales. Bogotá: Ministerio Salud Pública y Protección Social; 2013.
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Bogotá: DANE, Estudios Postcensales No. 7; 2009.
21. Huxley RR, et al. The impact of dietary and lifestyle risk factors on risk of colorectal cancer: A quantitative



- overview of the epidemiological evidence. *International Journal of Cancer*. 2009;125(1):171-80.
22. Karahalios A, English DR, Simpson JA. Weight change and risk of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2015;181(11):832-45.
23. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97(22):1679-87.
24. Gunter MJ, Leitzmann MF. Obesity and colorectal cancer: epidemiology, mechanisms and candidate genes. *Journal of Nutritional Biochemistry*. 2006;17(3):145-56.
25. Bella F, et al. Impact of diabetes on overall and cancer-specific mortality in colorectal cancer patients. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2013;139(8):1303-10.
26. Lim U, et al. Susceptibility variants for obesity and colorectal cancer risk: the Multiethnic Cohort and PAGE Studies. *International Journal of Cancer. Journal International du Cancer*. 2012;131(6):E1038-E1043.
27. Moghaddam AA, Woodward M, Huxley R. Obesity and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of 31 studies with 70,000 events. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16(12):2533-47.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Socialización del informe final de evaluación de necesidades para la ampliación del Convenio Marco de Control del Tabaco. 2011 [acceso: 9 de marzo del 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Cifras-tabaco-Colombia.pdf>
29. Pasetto R, et al. Occupational burden of asbestos-related cancer in Argentina, Brazil, Colombia, and Mexico. *Ann Glob Health*. 2014;80(4):263-8.
30. Torres J, et al. Gastric cancer incidence and mortality is associated with altitude in the mountainous regions of Pacific Latin America. *Cancer Causes & Control*. 2013;24(2):249-56.
31. Bravo LE, et al. Trends of cancer incidence and mortality in Cali, Colombia. 50 years experience. *Colombia Médica*. 2012;43(4):246-55.
32. Bravo LE. Estimating the incidence and mortality of cancer in Colombia: What are the best data for public policies? *Colombia Médica*. 2016;47(2):71-73.
33. Muñoz N, Bravo LE. Epidemiology of cervical cancer in Colombia. *Salud Publica Mex*. 2014;56(5):431-9.
34. González-Mariño M. Diagnóstico de instituciones prestadoras de salud con habilitación de servicios oncológicos en Bogotá, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2012;11(22):92-106.
35. Resolución 1383 de 2013, se adopta el Plan Nacional Contra el Cáncer 2012-2021, Ministerio de Salud y Protección Social. 2013 [acceso: 11 de agosto del 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201383%20de%202013.pdf
36. Pedroza-Penagos YN. Modelo del control del cáncer en Colombia y Perú: aproximación comparativa de un problema de salud pública. Trabajo de Investigación presentado como requisito, para optar al título de Especialista en Administración en Salud Pública y Gerencia en Servicios de Salud. 2013, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública [acceso: 11 de agosto del 2016]. Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/11759/1/282783.2013.pdf
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación en salud Colombia 2013. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
38. Ministerio Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud según regiones Colombia. 2013: Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
39. Uribe C, Osma S, Herrera V. Cancer incidence and mortality in the Bucaramanga metropolitan area, 2003-2007. *Colombia Médica*. 2012;(43): 290-7.
40. Rocha-Buelvas A, Hidalgo-Patiño C, Hidalgo-Eraso A. Carga de cáncer del departamento de Nariño y subregiones, Colombia 2010. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):340-54.
41. Saavedra MA, López DM, Zorrilla CE, Gómez R, Velasco MM, Gómez Á, Huertas F, Hernández I, Idrobo H, Rodas Cortés Y. Caracterización de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal en el periodo 2010-2012 en Hematooncólogos S. A. *Rev Colomb Cancerol*. 2013;17(4).
42. López Guarnizo G, Arias Ortiz N, Arboleda Ruiz W. Cancer incidence and mortality in Manizales 2003-2007. *Colombia Médica*. 2012;43(4): 281-9.
43. Contreras E, Redondo C, Yepes I. Características epidemiológicas e histopatológicas del adenocarcinoma colorrectal en Cartagena de Indias, Colombia, 2010-2012. *Rev Colomb Cancerol*. 2013;17(4).
44. Beltrán O. ¿Está cambiando la epidemiología del cáncer de colon en Colombia? *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2005;(20):5-6.
45. Armando C, et al. Incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer colorrectal en Cali, Colombia, 1962-2012. *Salud Pública de México*. 2014;(56):457-64.
46. Huertas Salgado A, Farfán YA, Olaya N, Barbosa Serrano G, Mesa JA, Mejía JC, Gómez J, Castro Africano M, Serrano ML. Detección de mutaciones en el gen kras en tejido FFEP en pacientes con adenocarcinoma colorrectal avanzado en el INC. *Rev Colomb Cancerol*. 2013;17(4).
47. Cortés A, García LS, Collazos P. Incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer colorrectal en Cali, Colombia, 1962-2012. *Salud Publica Mex*. 2014;(56):457-64.
48. Barrero DC, et al. Características epidemiológicas y clínicas del cáncer colorrectal en pacientes de la ciudad de Ibagué durante el periodo 2000-2006. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2008;(23):315-26.
49. Rodríguez DR. Movilización social para el control del cáncer en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2007.
50. González-Molina J. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Revista Médica del Uruguay*. 2002;(18):192-7.
51. Ministerio Nacional Educación. ¿Cómo avanzan las regiones de Colombia en materia de educación superior? 2013 [acceso: 11 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-324491.html>



52. de Vries E, Arroyave I, Pardo C. Time trends in educational inequalities in cancer mortality in Colombia, 1998-2012. *BMJ Open*. 2016;6(4).
53. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá: Fedesarrollo; 2012.
54. Arroyave I, et al. Socioeconomic inequalities in premature mortality in Colombia, 1998-2007: the double burden of non-communicable diseases and injuries. *Prev Med*. 2014; (64):41-7.
55. Resolución 5521 de 2013 (actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS)), Ministerio Salud y Protección Social. 2013 [acceso: 14 de septiembre del 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
56. Ministerio Salud y Protección Social. Hacia un nuevo modelo de prestación de servicios de salud en cáncer. 2015 [acceso: 14 de septiembre del 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hacia-un-nuevo-modelo-de-prestacion-de-servicios-de-salud-en-cancer.aspx>
57. Universidad Nacional de Colombia. Proyecto educativo del Programa de Medicina. 2014 [acceso: 14 de septiembre del 2016]. Disponible en: http://www.pregrado.unal.edu.co/docs/pep/pep_2_10.pdf
58. Instituto Nacional de Cancerología. Plan de Desarrollo Institucional 2012-2014. 2012 [acceso: 11 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/images/pdf/POLITICA-PLANES-PROGRAMAS-Y-COMPRAS/planes%20y%20programas/Plan_de_Desarrollo_Institucional_2012-2014.pdf
59. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana Salud (OPS); 2004.
60. Carreño Dueñas Alexander, Lucio-Arias D, Serrano ML, Piñeros M. Investigación en cáncer en Colombia, 2000-2010. *Rev Colomb Cancerol*. 2015;19(1):39-46.
61. Arias S, Piñeros M, Bravo M, Hernández G, Pardo C et al. Prioridades de investigación para el control del cáncer en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2007;11(3):155-67.
62. Colciencias. Convocatoria 744: Para proyectos de ciencia, tecnología e innovación en Salud - 2016. 2016 [acceso: 14 de septiembre del 2016]. Disponible en: http://www.colciencias.gov.co/sala_prensa/convocatoria-744-para-proyectos-de-ciencia-tecnolog%C3%ADa-e-innovaci%C3%B3n-en-salud-2016
63. Ministerio Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud. Boletín bimestral 1. 2013 [acceso: 14 de septiembre del 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Boletin%20Cifras%20finacieras%20del%20Sector.pdf>
64. Organización Panamericana Salud, Organización Mundial Salud (OPS-OMS). La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas. 2010 [acceso: 24 de marzo del 2016]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rFnMLCCHutkJ:www.paho.org/hq/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D14371%26Itemid%3D+%&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=co
65. Ospina ML, Montaña JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Rev Fac Nac. Salud Pública*. 2015;33(2): 262-76.
66. Instituto Nacional Salud-Observatorio Nacional Salud (INS-ONS). Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional Colombia; 2015.
67. Resolución 247 de 2014 (Registro de pacientes con cáncer), Ministerio Salud y Protección Social. 2014 [acceso: 12 de septiembre del 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%202014.pdf
68. Resolución 4496 de 2012 (Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio Nacional de Cáncer), Ministerio Salud y Protección Social (MSyPS). 2012 [acceso: 12 de septiembre del 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204496%20de%202012.pdf
69. Ospina M. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015; 33(2).
70. Bardaeh E, editor. Los 8 pasos para el análisis de políticas públicas un manual para la práctica. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE);1998.

