



La salud
es de todos

Minsalud



Documento que da cuenta de la evaluación de las metas de las líneas estratégicas 1 - 6 del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Septiembre 2021

Bogotá D.C.



FERNANDO RUIZ GÓMEZ.
Ministro de Salud y Protección Social.

LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO.
**Viceministro de Salud Pública y Prestación
de Servicios**

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA.
Viceministra de Protección Social.

GERARDO BURGOS BERNAL.
Secretario General.

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Directora de Promoción y Prevención

NUBIA BAUTISTA
**Subdirector de enfermedades no
transmisibles**

HEIDY GARCÍA OROZCO
**Coordinadora grupo de gestión
integrada de la salud cardiovascular,
Cáncer y otras condiciones crónicas**



Contenido

Abreviaturas.....	5
INTRODUCCIÓN	7
1. Evaluación de la línea estratégica 1. Control del riesgo (Prevención primaria) del PDCCC 2012-2021.....	9
1.1 Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados.....	9
1.2 Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol.....	17
1.3 Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable.....	18
1.4 Promoción de la actividad física.....	21
1.5 Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales.....	25
1.6 Control del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta	29
1.7 Protección específica a virus relacionados con cáncer	32
2. Línea estratégica 2. Detección temprana de la enfermedad	35
2.1 Cáncer de Cuello Uterino.....	35
2.2 Cáncer de mama.....	39
2.3 Cáncer de próstata.....	41
2.4 Cáncer colorrectal.....	42
2.5 Cáncer infantil.....	43
3. LÍNEA ESTRATÉGICA 3. ATENCIÓN, RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR CÁNCER	44
3.1 Habilitación de servicios oncológicos	44
3.2 Organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos.....	50
3.3 Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos.....	58
4. LÍNEA ESTRATÉGICA 4. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES Y SOBREVIVIENTES CON CÁNCER	69
4.1 Organización de la oferta y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer.....	70
5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA TECNOLOGÍA PARA EL CONTROL DEL CÁNCER.....	81



Dentro de las metas definidas en el plan, se encuentran:	81
5.1 Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio de Cáncer	81
5.2 Investigación en Cáncer	91
6. LÍNEA ESTRATÉGICA 6. FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.	97
6.1 Formación básica y continua del talento humano en oncología.	98
6.2 Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología.	103



Abreviaturas

ALH	Ambientes Libres de Humo
ACGIH	American Conference of Governmental Industrial Hygienist
ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
APME	Alimentos para Propósitos Médicos Especiales
ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CODACAI	Consejos Departamentales Asesores de Cáncer infantil
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
ECO	Entidades Obligadas a Compensar
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENT	Enfermedades no Transmisibles
ENTAJ	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
EEVV	Estadísticas Vitales
EM	Equivalente de Morfina
EPS	Empresa Promotora de Salud
FCTC	Convenio marco de la OMS para el Control del Tabaco
FNE	Fondo Nacional de Estupefacientes
GPC	Guía de Práctica Clínica
HB	Hepatitis B
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPC	Índice de Precio al Consumidor
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
INC	Instituto Nacional de Cancerología
IVA	Impuesto al Valor agregado
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
LAP	Leucemia Aguda Pediátrica
LLA	Leucemia Linfoide Aguda
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MIPRES	Mi Prescripción
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica



OMS

Organización Mundial de la Salud

PDCCC	Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia
PEDT	Detección Temprana y Protección Específica
PPPT	Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco.
PPAM	Programa de Prevención de Accidentes Mayores
PSS	Prestadores de Servicios de Salud
RAIS	Sistema de Información para Autoridades Regulatorias
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RN	Recién Nacido
SGA	Sistema Globalmente Armonizado
SGSSS	Sistema de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
SIVECAO	Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional
SG-SST	Sistema General de Seguridad de Salud en el Trabajo
SOGCS	Sistema Obligatoria de Garantía de Calidad en Salud
TLV	Threshold Limit Values
UACAI	Unidades de atención de cáncer infantil
UFCA	Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VLP	Valores Límites Permisibles
VPH	Virus del Papiloma Humano



Evaluación de las metas de las líneas estratégicas 1 a la 6 del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. La carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad. Actualmente, el avance en el conocimiento científico, el ritmo en el desarrollo de nuevas tecnologías y el cambio en los sistemas de salud, imponen retos específicos para el control del cáncer¹

Teniendo en cuenta que el año 2021 es un período en donde se requiere trabajar en el aprestamiento a lo que será la evaluación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021 (PDCCC) y que conforme a lo establecido en el artículo 2 del Decreto 4107 del 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene, entre otras funciones:

1. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social.

(...)

4. Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de

¹ GAVIRIA URIBE Alejandro. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2022. Agosto 2013.
2ª. Edición.



enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.

A su vez, acogiendo lo dispuesto en la resolución 1383 de 2013 “*Por el cual se adopta el Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia, 2012-2021*” el cual describe en su anexo que la evaluación y seguimiento al plan se centrará en cuatro aspectos fundamentales: (1) monitoreo y seguimiento a las metas; (2) participación efectiva de actores involucrados en la ejecución del plan; (3) estudios de caso definidos como procesos trazadores, y (4) una evaluación de medio término, el presente documento presenta el análisis de los aspectos relacionados con las metas definidas en las líneas de estrategia 1 “Control del riesgo (Prevención primaria) y 2 “Detección temprana de la enfermedad”, en la cual se realizó un análisis con el equipo técnico de las diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social y la participación activa del Instituto Nacional de Cancerología. Como actor clave en el trabajo para el control integral del cáncer a través de la atención y cuidado de los pacientes, investigación, formación del talento humano y desarrollo de acciones en salud Pública.

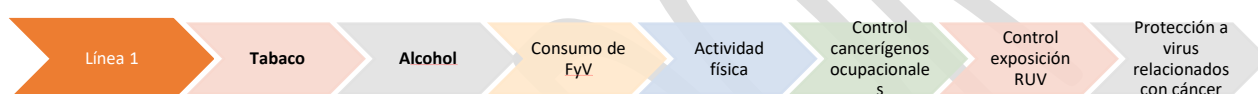
Los resultados que se presentarán a continuación serán soporte de la evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 e insumo para la construcción del Plan Decenal de Salud Pública en Colombia 2022-2031.

El seguimiento a estos indicadores se concentró en;

- Verificación del tablero de indicadores del anexo 1 del PDCCC 2012-2021
- Actualización de la fuente de información disponible para la medición de los indicadores, en particular para aquellos cuya fuente de información no fue localizada en el 2016.
- Identificación del nivel de desagregación del indicador a partir de la fuente de información disponible.
- Inclusión de la última medición disponible para los indicadores que cuenten con información
- Definición del cumplimiento de la meta a partir del cambio con respecto a la línea de base definida
- Generación de un informe que, de cuenta del seguimiento y monitoreo, así como de la medición al final del periodo de implementación del PDCCC 2012-2021.

1. Evaluación de la línea estratégica 1. Control del riesgo (Prevención primaria) del PDCCC 2012-2021.

El Plan Decenal de Cáncer definió como línea estrategia No 1, el control del riesgo (prevención Primaria), el cual buscó reducir la incidencia de algunas neoplasias a través de la identificación de factores de riesgo intervenirlos en la promoción de la salud y protección específica:



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

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ocasionan graves consecuencias en la salud, en la economía, al ambiente y la sociedad. Esto, lleva a que todas las personas fumadoras tengan derecho de recibir información acerca de los efectos negativos, los beneficios de dejar este hábito y a ser atendidos para tratar su adicción. Para la mayoría de los consumidores de tabaco, el conocimiento de estos efectos es un elemento determinante en la motivación para dejar el consumo, siendo importante que la población y las instancias gubernamentales del nivel nacional y local, lo comprendan para que se implementen dichas intervenciones².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS-2019), aproximadamente 8 millones de personas mueren al año por enfermedades asociadas al consumo de tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco y alrededor de 1,2 millones son consecuencia de la exposición de no fumadores al humo ajeno³. Más del 80% de los 1300 millones de consumidores de tabaco que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos. Las muertes atribuidas a este factor se relacionan principalmente con el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares, el deterioro de la salud mental global y el incremento en el uso de otras drogas, entre otras. Su

² Posada-Villa J, Cheng HG, Martins SS, Storr CL, Aguilar-Gaxiola SA, Anthony JC. The tobacco dependence dimension in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(1):52–6

³ Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



consumo está creciendo en forma constante, sobre todo entre la población adolescente⁴

En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas la prevalencia de tabaquismo viene en descenso pasando del 12,9% (2013) al 9.7% (2019). La carga de enfermedad atribuible al tabaquismo ocasiona aproximadamente 26.460 muertes por año (evitables), se pierden en promedio 674.262 años de vida por muerte prematura o discapacidad y son elevados costos al sistema de salud para atender a las personas con enfermedades prevenibles provocadas por el consumo de tabaco.⁵

Teniendo en cuenta, la globalización de la epidemia del tabaquismo y sus consecuencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso a los países desarrollar acciones para su control. A partir de esto, surge el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS), que es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. Este es un tratado basado en pruebas que reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible.

Siendo su objetivo, el proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

La importancia del control del tabaco en la promoción del desarrollo se reconoce en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, y se recoge en dos metas del objetivo de desarrollo sostenible 3 sobre salud y bienestar (la plena aplicación del CMCT de la OMS, meta 3.a, y la reducción en un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, meta 3.4). El control del tabaco tendrá un papel destacado en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

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.

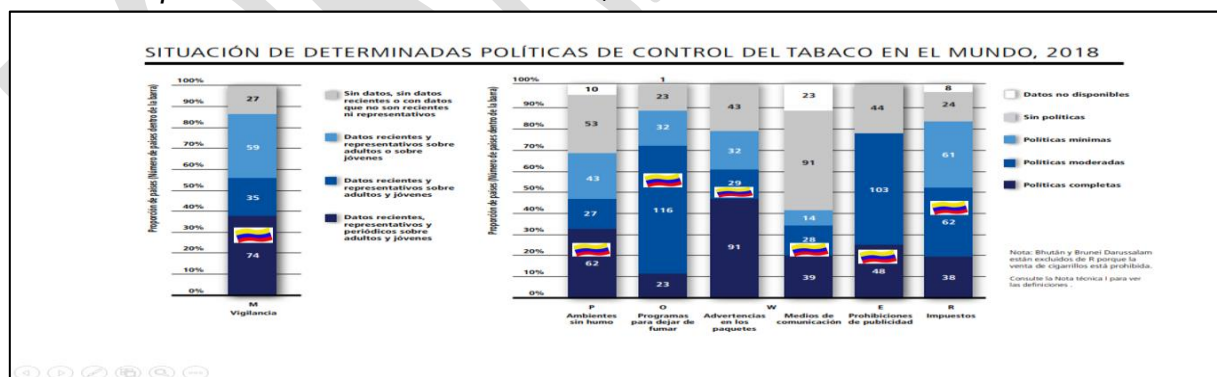
⁴ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Tabaco. Nota Descriptiva N° 339, 2015
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

⁵ Reporte del consumo de tabaco en cumplimiento de la resolución 202 de 2021

Frente al cumplimiento de los convenios internacionales vinculantes ratificados por el Gobierno colombiano relacionados con el control del tabaco, Colombia comprometido con este proceso, adoptó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco mediante la Ley 1109 de 2006 *“por medio de la cual se aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco”, hecho en Ginebra, el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003)”*. Más adelante, el país promulga la ley 1335 de 2009 *“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”* con el objetivo de prevenir los 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.

Con este marco normativo, las políticas públicas y planes como el Plan Decenal para el Control de Cáncer 2012-2021, el Gobierno ha desarrollado diversas acciones de política pública para lograr el máximo control del consumo de tabaco en el país, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, lo cual le ha permitido dar cumplimiento a los compromisos internacionales e incluso sus avances evidenciados en los informes de la OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo en donde se describen los logros por la aplicación de la estrategia MPOWER. (Figura 1).

Figura 1. Cumplimiento del CMCT de la OMS, Colombia 2018



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2019.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326072/WHO-NMH-PND-2019.5-spa.pdf?ua=1>

Resultado de este cumplimiento, el informe epidemia mundial de tabaquismo de la OMS (2019), reporta los progresos en el control mundial del tabaco, los cuales se han mantenido firmes desde la puesta en marcha en el 2007 del paquete de medidas MPOWER como instrumento para ayudar a los países a aplicar medidas para reducir la demanda de productos de tabaco contenidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Es decir, 36 países han aplicado una o más



medidas MPOWER al nivel de mejores prácticas entre el 2016 y el 2018. Colombia viene avanzando en esa implementación. A continuación, se describen los avances de Colombia:

- **Monitoreo y vigilancia de las políticas.** Colombia mediante la aplicación de encuestas poblacionales realiza el monitoreo puede medir la prevalencia de tabaquismo en la población colombiana.
- **Ambientes 100% libres de humo de tabaco.** Con respecto a la adopción de leyes integrales sobre espacios sin humo que abarcan todos los lugares públicos cerrados y todos los lugares de trabajo, Colombia también cumple con esta medida en su totalidad a partir de la expedición de la ley 1335 del 2009.
- **Ofrecer ayuda para la cesación del consumo de tabaco.** A través del proyecto de asistencia para el desarrollo llamado FCTC 2030, la Secretaría del Convenio apoya a 15 países de bajos y medianos ingresos para fortalecer implementación del CMCT de la OMS. Muchos de los países del FCTC 2030 están trabajando para desarrollar e implementar programas para dejar de fumar, ejemplos de resultados del proyecto incluyen el desarrollo de un curso virtual sobre el abandono del tabaco en Colombia.
- **Advertencias Sanitarias.** Estas proporcionan información crítica sobre los riesgos asociados con el consumo de tabaco. En el marco de la ley 1335 de 2009, Colombia adoptó el tamaño mínimo recomendado por la OMS es decir 30% de la cara anterior y posterior de los productos de tabaco y sus derivados.
- **Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco.** El país, ha introducido la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (PPPT), incluso en los puntos de venta desde la expedición de la ley 1335 de 2009.
- **Incremento a los impuestos a los productos de tabaco.** Colombia se encuentra dentro de los países (Andorra, Australia, Brasil, **Colombia**, Egipto, Macedonia del Norte, Mauricio, Montenegro, Nueva Zelandia y Tailandia) que subieron recientemente los impuestos para que representen, como mínimo, el 75% del precio de venta al por menor.

A la vez y con la finalidad de impulsar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que en su meta 3.a. se refiere específicamente a la aplicación del CMCT de la OMS para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los países con grandes avances en el CMCT recibirían un apoyo para ayudar a las Partes a fortalecer la aplicación del tratado. En 2017, Colombia fue uno de los países beneficiados con el proyecto FCTC 2030 por los logros alcanzados en materia de control de tabaco.

El informe Bienal de implementación de Convenio Marco para el control del tabaco de la OMS del año 2020 ya está disponible en el link: <https://untobaccocontrol.org/impldb/colombia/>

En consecuencia, con lo anterior y el avance normativo en relación al consumo de tabaco, se considera una **META CUMPLIDA**

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: ENTAJ 2008).

La última publicación presenta la siguiente información:

Tabla 1. Prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes escolares en el último mes. Año 2016

Grupos de edad	Prevalencia
12-14	4,68
15-16	9,54
17-18	13,51
Total	8,06

Fuente: Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2016

La información suministrada no está procesada con los rangos propuestos en el indicador del plan (13 a 15 años), se encuentra dividido por grupos de 12 -14,15-16,17-18, el indicador corresponde a la prevalencia del último mes. Sin embargo, en los resultados del estudio se puede observar una disminución de la prevalencia en esta última década, por lo que se considera una **META CUMPLIDA**.

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%)

En la encuesta nacional de tabaquismo en Jóvenes del año 2016, la prevalencia de consumo de cigarrillo es de 9,0% ([Resultados Encuesta Nacional Tabaquismo en Jóvenes \(untobaccocontrol.org\)](https://untobaccocontrol.org)).

Tabla 2. Prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes desagregados de 15 a 16 y de 17 a 18 años. Colombia 2016.

Grupos de edad	Prevalencia
15-16	9,54
17-18	13,51

Fuente: Encuesta nacional de tabaquismo en jóvenes escolares. Colombia 2016

En la desagregación por edades se puede observar la disminución en la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes, siendo las edades de 15 a 16 años la más baja 9,54%. por lo que se considera una **META CUMPLIDA**

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: EMTAJ 2008***

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2016, se encontró que la edad promedio del primer uso de cigarrillo fue 13,10 años, tanto para hombres como para mujeres y la mediana de 13 años, así mismo, se concluyó que el 50% de los escolares que han consumido tabaco, lo hicieron por primera vez a los 13 años o menos.

Tabla 3. Edad promedio del primer uso de cigarrillo

Promedio	Mediana
13,10	13

Fuente: Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2016

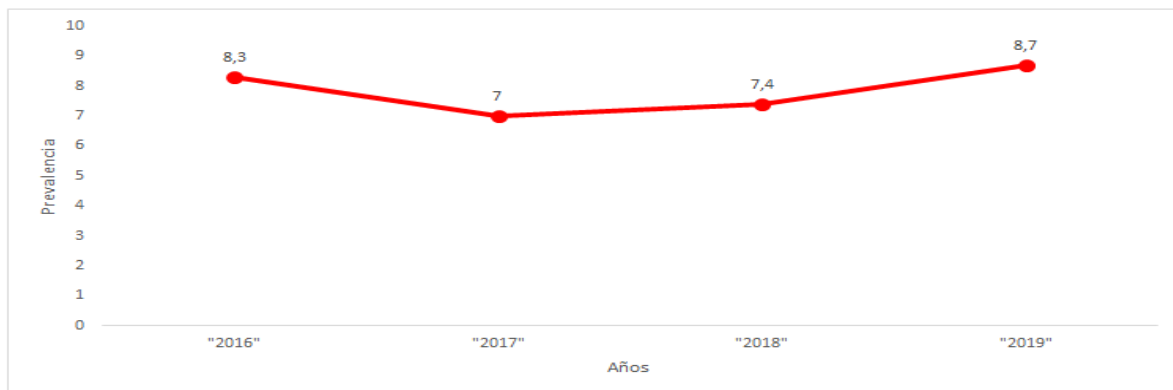
En consideración con el análisis presentado se considera una **META NO CUMPLIDA**.

1.1.5 ***Disminuir la prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años al 10% en los próximos 10 años***

La disminución de la prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años al 10% como lo define la meta se encuentra en ejecución tomando como línea de base 12.8 Fuente ENSIN 20017.

Por lo anterior se opta por hacer el seguimiento mediante la encuesta de calidad de vida del DANE, encuesta poblacional que es realizada anualmente y cuyo resultado indica que la prevalencia de consumo de tabaco de las personas de 10 años y más que fuman actualmente, muestra una tendencia a la baja si se compara el año 2016 a 2019. Figura 2.

Figura 2. Prevalencia de consumo de tabaco actual en edades de 10 y más años. Colombia 2019.



ECV-DANE-Tabaco Fumadores actuales. Colombia año 2019

En consecuencia, con lo anterior y el avance normativo en relación al consumo de tabaco, se considera una **META CUMPLIDA**

La meta de disminuir la prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años al 10% en los próximos 10 años y tomando como línea de base 12.8%. Fuente: ENS 2007) y que aún no se ha terminado, se opta por hacer el seguimiento mediante la encuesta de calidad de vida del DANE, encuesta poblacional que es realizada anualmente a partir de ella la prevalencia de consumo de tabaco de las personas de 10 años y más que fuman actualmente, muestra una tendencia a la baja si se compara el año 2016 a 2019. Figura 2.

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

Una de las apuestas del país es alcanzar el 100% de los ambientes libres de humo de tabaco y sus derivados en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009. Para ello el MSPS propuso la señalización de los espacios 100% libres de humo y gestionar de manera continua la inclusión expresa del componente de ambientes libres de humo de tabaco, en los planes territoriales de salud.

Como parte de las acciones, se realizó un pilotaje del Acta de Inspección y Vigilancia de la Ley 1335 de 2009, en 5 ciudades, en el marco de la modificación de la Resolución 1229 de 2013 por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para productos de consumo humano y los procedimientos de denuncia del incumplimiento de los ambientes libres de humo, ajustados con el nuevo Código de Policía.

Se efectuó la declaratoria de establecimientos educativos 100% libres de humo de tabaco, de conformidad con el artículo 19 de la Ley 1335 de 2009 y un Plan de formación en inspección, vigilancia y control sanitario de la Ley 1335 de 2009; en el marco de este Plan, se están realizando talleres de capacitación a entidades



territoriales municipales y departamentales, incluyendo a la Policía Nacional, con recursos del proyecto de cooperación internacional “FCTC 2030”

Existe la Línea nacional 123 de Seguridad y emergencias en la que cualquier ciudadano puede reportar situaciones que requieran la intervención de la policía, como es el caso de la protección de los ambientes libres de humo de tabaco a nivel nacional.

Es importante mencionar que en todos los departamentos vienen trabajando en garantizar los ambientes 100% libres de humo en lugares definidos por la Ley, pudiendo evidenciarse a lo largo del cuatrienio mediante los Planes Territoriales de Salud. En este sentido se considera como una **META CUMPLIDA.**

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.*

Los impuestos al tabaco son el medio más costo eficaz de reducir el consumo de tabaco y los costos de la atención de salud, sobre todo entre los jóvenes y la población de bajos ingresos, a la vez que permiten incrementar los ingresos fiscales en muchos países. Los aumentos de impuestos deben ser suficientemente altos con el fin de empujar los precios por encima del crecimiento de los ingresos. Un 10% de aumento en el precio del tabaco reduce el consumo de tabaco en aproximadamente un 4% en los países de ingresos altos y en cerca de un 5% en los países de ingresos medianos y bajos⁶.

El Ministerio de Salud y Protección Social se propuso aumentar a 100% los 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, para ello se presenta al Ministerio de Hacienda y a la comisión de expertos de la reforma tributaria el documento justificativo para el incremento de los impuestos de tabaco (Capítulo III), el incremento del IVA al 19%, y la modificación del componente Ad valorem y se incrementa el valor en \$ 700 para el año 2019. Ley 1819 de 2016 “*Por medio de la cual se adopta una Reforma Tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones*” aumentó el impuesto a los productos de tabaco en 2.100 pesos. De acuerdo con el análisis anterior se considera. **META CUMPLIDA.**

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.*

⁶ Ibid. OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Julio 2019.

Las advertencias sanitarias con gráficos o imágenes de gran tamaño, junto con el empaquetado neutro y los mensajes impactantes, pueden convencer a los fumadores de que deben proteger a los demás no fumando en el interior de las viviendas, fomentan el cumplimiento de la legislación sobre los espacios sin humo y alientan a más personas a dejar de consumir tabaco.

Con respecto a las advertencias sanitarias, la Ley 1335 de 2009 estableció que todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, incluyera las frases de advertencia y pictogramas, las cuales deberán aparecer en las superficies de cada una de las dos (2) caras principales, ocupando el 30% del área de cada cara.

El Ministerio de Salud y Protección Social gestionó en 2015 la iniciativa legislativa para el aumento de las advertencias sanitarias de manera que ocupen el 80% de las dos caras principales de la cajetilla de cigarrillos. Esta iniciativa fue de suma importancia, debido a que las advertencias sanitarias resultan determinantes a la hora de evitar el inicio del consumo en edades tempranas, pues dan a conocer el contenido nocivo de los productos de tabaco y eliminan la publicidad engañosa que hace creer que el producto es atractivo o inocuo. Sin embargo, esta no fue aprobada por el Congreso de la República. **META NO CUMPLIDA**

1.2 Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol.

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).*

De acuerdo con el estudio de sustancias psicoactivas en escolares del año 2016, la edad del primer consumo se ubica a los 13 años, tanto en hombres como en mujeres y a esa edad o menos ya lo habían probado el 50% de los estudiantes que tomaron alguna bebida alcohólica alguna vez en su vida, sin diferencias por sexo.

Tabla 4. Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes colombianos por encima de 14 años. Colombia 2016.

Promedio	Mediana
13,10	13

Fuente: Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2016

En la tabla número 5 se puede observar que la mediana de edad de inicio de consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres es a los 13 años.

Tabla 5. Edad de inicio del consumo de alcohol, según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	12,98	13	12	15
Mujeres	13,20	13	12	15
Total	13,10	13	12	15

Fuente: Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia 2016

De acuerdo al análisis de la meta se considera META NO CUMPLIDA

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

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

Producto de la gestión realizada desde el Ministerio de Salud y Protección Social se logra que, en los Planes de Desarrollo Territorial y Planes Territoriales de Salud, los departamentos incluyeran de manera directa o indirecta la promoción del consumo de frutas y verduras en estrategias tanto sectoriales (Dimensión 2 y Dimensión 4 del PDSP) como intersectoriales, a su vez, se hizo proceso de socialización, desarrollo de capacidades y acompañamiento a la formulación de planes, proyectos y programas así:

- ✓ Proyecto de Alimentación saludable en 9 Departamentos: Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Guajira, Valle y Vichada.
- ✓ Proyecto de Entornos saludables: en 15 departamentos y el Distrito Capital.
- ✓ -Proyecto de CERS en 5 Deptos.: Boyacá, Huila, Amazonas, Sucre, Valle.

La inclusión en los planes intersectoriales territoriales de intervenciones para la promoción de la alimentación saludable:

- 2 Agricultura: San Andrés, Santander, Caldas, Risaralda y Tolima.
- 3 Seguridad alimentaria: San Andrés, Tolima y Valle
- 4 Desarrollo social: Tolima y S. Andrés.

Se crea la submesa para la promoción del consumo de frutas y verduras incluida en el marco de las acciones intersectoriales de la submesa de la alimentación saludable y sostenible, ésta hace parte de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

De los 36 territorios (32 Departamentos y 7 Distritos), concretamente se estima que 33 territorios (30 departamentos y 3 Distritos) generaron acciones encaminadas a diversas estrategias promocionales sectoriales o intersectoriales para la promoción del consumo de frutas y verduras (Intersectoriales porque implican acciones con otros sectores o actores). Es decir, el 84, 6 %.



Sin embargo, no se tiene sistematizada la información sobre puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras por lo que no es posible definir el cumplimiento de esta meta.

1.3.2 Incrementar el consumo diario de frutas en la población de 5 a 18 años, por encima del 43%

Tabla 6. Prevalencia de consumo de frutas. Población de 5 a 18 años. Colombia 2015

Consumo de frutas enteras

Edad	Prevalencia
5 a 12	85,4
13 a 17	82,3

Fuente: ENSIN 2015

Consumo de frutas en jugo

Edad	Prevalencia
5 a 12	89,8
13 a 17	89,2

Fuente: ENSIN 2015

La encuesta nacional de la situación nutricional 2015 divide el consumo de frutas enteras y en jugo, observando que no hay una diferencia importante entre los que consumen fruta entera y/o en jugo. La población se encuentra desagregada de 5 a 12 años y de 13 a 17 años, si se tiene en cuenta la meta establecida en el plan, quedaría sin incluir la población de 18 años, la cual en esta encuesta está en la población de 18 a 64 años. De cualquier forma, se considera **META CUMPLIDA** dado que el incremento del consumo diario de frutas supero el 43% definido en la meta

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

En la meta propuesta en el PDCCC 2012-2021 está el incremento del consumo diario de frutas en población de 19 a 64 años, de acuerdo con lo anterior, la ENSIN 2015 reportó la prevalencia en población de 18 a 64 años obteniendo la siguiente información:

La prevalencia de consumo de frutas enteras en edades de 18 a 64 años fue del 75,9% y el consumo de frutas en jugo del 89,3%. Por lo que se considera **META CUMPLIDA** dado que supero el 41% propuesto en la meta.

1.3.4 Incrementar el consumo de verduras en la población de 5 a 18 años, por encima del 12%

El análisis de los datos de la ENSIN 2015 se realizó por curso de vida y es así, como se desagregaron en dos grupos de análisis: edad entre 5 a 12 años y de 13 a 17 años.

En el grupo de 5 a 12 años La prevalencia total de consumo de verduras crudas fue de 69,9 % y de verduras cocidas de 65,3 % con una frecuencia día de 0,4 para la primera y 0,3 para la segunda. En cuanto al análisis por regiones se encontró que



la prevalencia y frecuencia/día del consumo de verduras cocidas y crudas en la región Atlántica fue menor comparado con las demás regiones y las regiones de mayor prevalencia fueron Bogotá y Oriental.

La prevalencia de consumo de verduras crudas en personas entre 13 a 17 años fue del 73,2% y en cocinadas del 59%. Por región se encontró que la prevalencia y frecuencia/día del consumo tanto de verduras cocidas y crudas en la región Orinoquia - Amazonia fue menor comparado con las demás regiones. El consumo de verduras fue mayor en Bogotá. Dado que se esperaba incrementar el consumo por encima de 12% se considera una **META CUMPLIDA**.

1.3.5 Aumentar el consumo de verduras en la población de 19 a 64 años por encima del 41% Fuente: ENSIN 2010).

La encuesta ENSIN 2015 desagrega las edades entre 18 a 64 años en consumo de verduras crudas y cocidas; difiere de la meta propuesta en el PDCCC la cual contempla edades de 19 a 64; sin embargo, de acuerdo a los datos registrados por la encuesta la prevalencia de consumo de verduras crudas es de 80,3% y de verdura cocida 72,4%. Los departamentos que están por debajo de la línea de base son: Vichada (9,5%), Guainía (18,4%), Guaviare (22,6%), Vaupés (19,9%), Caquetá (16,5%) entre otros. Dado que se esperaba incrementar el consumo por encima de 41 % .se considera una **META CUMPLIDA**

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.

Esta meta propone como indicador “Número de departamentos con implementación y evaluación de la estrategia promocional intersectorial para la oferta y consumo de frutas y verduras.” Si bien es cierto no se cuenta con esta información específica, es importante mencionar la gestión realizada frente a las estrategias promocionales intersectoriales para mejorar la oferta y el consumo de frutas y verduras en los diferentes entornos y es así como se trabaja de la mano con el Ministerio de Educación en la implementación por parte del Programa de Alimentación Escolar, un lineamiento de adquisición y preparación de alimentos saludables en los programas de apoyo y/o complementación alimentaria, en donde se promueve el consumo de alimentos naturales y frescos. Como parte de esta implementación se ha incrementado el número de porciones semanales de frutas (2 a 3 porciones) en la ración industrializada del Programa de Alimentación Escolar.

Como propuesta al desarrollo, implementación y evaluación de estrategias promocionales e intersectoriales para mejorar la oferta y el consumo de frutas y verduras en los diferentes entornos, el MSPS ha desarrollado documentos como una guía de alimentación saludable, lineamientos técnicos de alimentación saludables para adultos mayores, entre otros. Con el Programa de Alimentación Escolar del Ministerio de Educación que en el marco del lineamiento de adquisición y preparación de alimentos saludables en los programas de apoyo y/o complementación alimentaria, se ha logrado el incremento en el número de porciones semanales de frutas (2 a 3 porciones) en la ración industrializada del Programa de Alimentación Escolar. Pese a los avances en las estrategias diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación en relación a mejorar la oferta y consumo de frutas y verduras esta meta se considera **META NO CUMPLIDA** dado que el indicador establecido se determinó de acuerdo a número de departamentos

1.4 Promoción de la actividad física.

1.4.1 Incrementar la prevalencia de actividad física global por encima de 53,5% en adultos entre 18 y 64 años.

El resultado de la ENSIN 2015 fue de 56,9% observando un incremento de 1,4 puntos porcentuales y se considera una **META CUMPLIDA**.

Es importante mencionar que en el marco de la actividad física se suscribió el Convenio Interadministrativo número 749 de 2019 entre Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Ministerio del Deporte, con el objetivo de aunar esfuerzos interministeriales para promover los hábitos y estilos de vida saludable con énfasis en la actividad física mediante incidencia en planeación conjunta territorial y expansión del espacio de acción.

El convenio propone mediante un modelo de gestión que concibe tres niveles de intervención (estratégico, técnico y operacional) el desarrollo de un plan de acción que permita la planeación y ejecución de intervenciones poblacionales y colectivas para la promoción de la actividad física que se logren apalancar en los departamentos a instrumentos de política pública como los Planes de desarrollo Territorial, los Planes de Ordenamiento Territorial y los Planes Territoriales de Salud para favorecer infraestructura, bienes y servicios para el fomento de la actividad física.

Así mismo se vienen fortaleciendo las capacidades de las entidades territoriales en cuanto al mejoramiento de los conocimientos, comprensión y valoración de los beneficios de la actividad física sobre la disminución de la carga de morbi-mortalidad



por enfermedades no transmisibles y la necesidad de trascender en sinergias intersectoriales que promuevan entornos favorables para un acceso equitativo para las personas que les permitan realizar actividad física de manera regular.

Para favorecer las intervenciones colectivas a través de los entornos existen procesos de articulación a nivel nacional con el Ministerio de Educación, tanto a nivel escolar como universitario para adoptar e implementar estrategias conjuntas en promoción de la actividad física y los estilos de vida saludable; con el Ministerio de Transporte y el co-liderazgo de la Embajada del Reino de Países Bajos para la construcción de una política que favorezca la movilidad activa y fortalezca las medidas y acciones que se han venido desarrollando a través de la estrategia de movilidad saludable, segura y sostenible; con Parques Nacionales Naturales de Colombia para ser reconocidos como escenarios para la promoción de la actividad física, el aprovechamiento del tiempo libre y como actor aliado para la difusión de mensajes de estilos de vida saludable.

Igualmente se viene dando una participación activa a través de desarrollos realizados desde la academia como fue la intervención en la calificación de indicadores para el monitoreo de cumplimiento de recomendaciones de actividad física en niños y adolescentes en Colombia en conjunto con el Centro de Investigación Epiandes de la Universidad de los Andes y expertos a nivel Nacional y construcción del Report Card Colombia 2018, además de otros escenarios compartidos con este mismo grupo de investigación para el análisis y construcción de estrategias a partir de los resultados del capítulo de actividad física que arrojó la última encuesta de salud Nutricional ENSIN 2015.

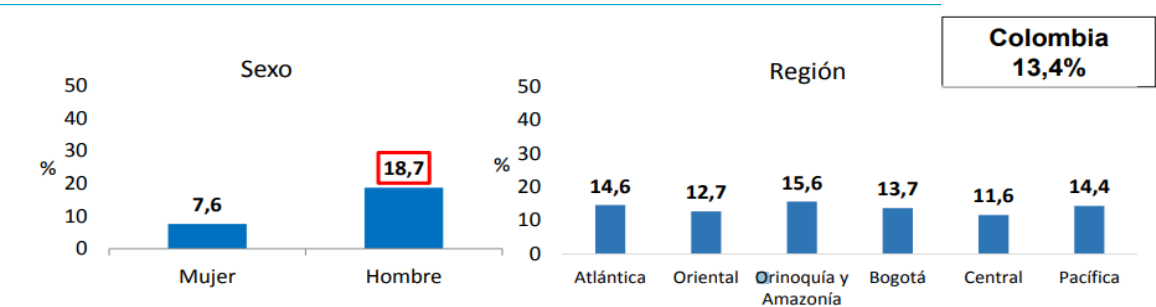
El país cuenta con el ABC-actividad-física-para-la-salud, ABC de actividad física en el entorno laboral, ABC de pausas activas, un documento con Orientación-técnica-promoción-transporte-activo⁷ y otro documento de orientaciones para la gestión territorial de la promoción de la actividad física.

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

La ENSIN 2015 nos reporta una prevalencia de 13,4%. La mayor adherencia a esta recomendación se presenta en hombres (18,7%) que en mujeres (7,6%) y en la región que mayor respuesta se tiene es en la Orinoquía y Amazonía (15,6%), seguida de la Atlántica (14,6%) y Pacífica (14,4%). Figura 3

⁷ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-actividad-fisica-para-la-salud.pdf>
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-gestion-territorial-promocion-actvidad-fisica.pdf>

Figura 3. Actividad Física global en adolescentes entre 13 y 17 años por departamento, Colombia 2015.



Fuente: ENDS 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

En razón a lo anterior se considera una **meta no cumplida**, dado que no se logró el incremento de la prevalencia de actividad física por encima de 26%.

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

La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud.

Entre las actividades físicas más comunes cabe mencionar caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deportes, participar en actividades recreativas y juegos; todas ellas se pueden realizar con cualquier nivel de capacidad y para disfrute de todos.⁸

De acuerdo con lo definido en la meta; la prevalencia de actividad física en tiempo libre fue de 23,5% para el año 2015, resultado de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2015 por lo cual se considera **META CUMPLIDA**.

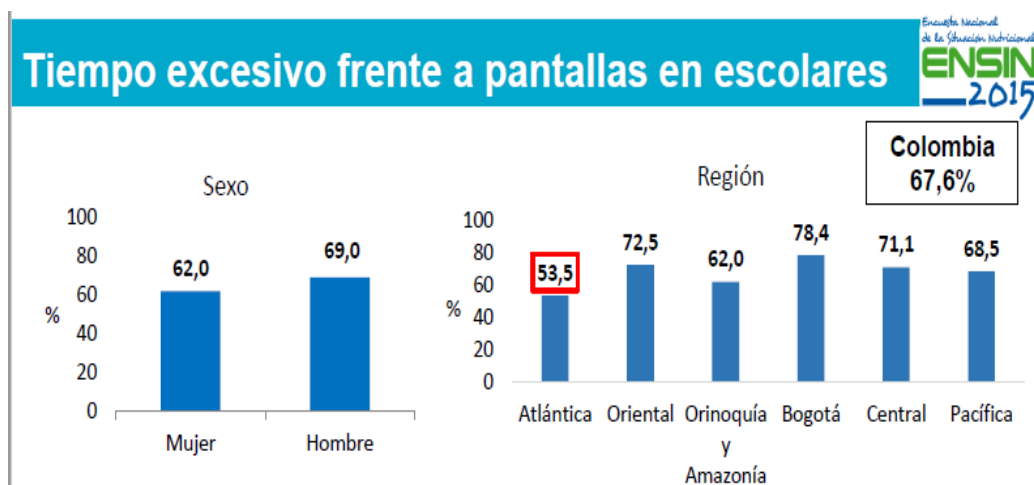
1.4.4 Disminuir la prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos durante menos de 2 horas al día en niños de 5 a 12 años, por debajo de 42,1 (línea de base 42,1%. Fuente: ENSIN 2010)

El 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 de 42,1, es otra **META NO**

⁸ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

CUMPLIDA, mostrando un aumento en el año 2015, de la prevalencia (67,6%).
Figura 4

Figura 4. Prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos niños de 5 a 12 años. Colombia. Año 2015

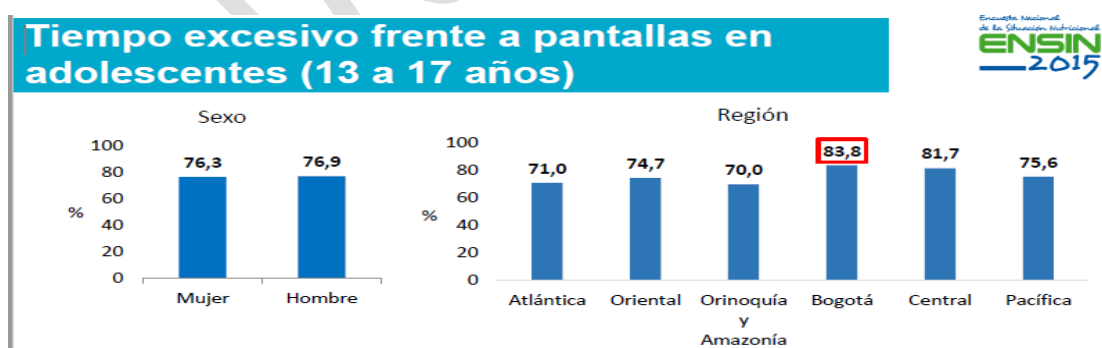


Fuente: ENSIN 2015

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)

Similar comportamiento se presenta en los niños de 13 a 17 años, cuya meta era mantenerla por debajo del 33% (línea de base 33%. Fuente: ENSIN 2010), el resultado muestra un incremento alcanzando el 76% de tiempo que dedican a estar frente a las pantallas. **META NO CUMPLIDA**. Figura 9

Figura 5. Prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos en población de 13 a 17 años. Colombia. Año 2015



Fuente: ENSIN 2015

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)

Según la ENSIN 2015 la prevalencia de caminar como medio de transporte fue de 31,7%, observándose un leve decremento respecto al año 2010 (33,8%). No se observaron diferencias entre la zona urbana, rural. Por lo cual se considera **META NO CUMPLIDA**.

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).

Según la encuesta ENSIN 2015, la prevalencia en el uso de la bicicleta como medio de transporte fue de 4,9% en personas entre 18 a 64 años. A la fecha la **meta no se ha cumplido**.

1.5 Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales

1.5.1 Lograr que entre 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 y radiación ionizante) tengan niveles de exposición menores al valor límite permisible.

La dirección de Epidemiología del MSPS, ha venido trabajando en la construcción de una resolución por medio de la cual se establece la obligatoriedad de reportar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional (SIVECAO) por parte de las empresas.

La información a notificar al SIVECAO para la vigilancia de los ambientes de trabajo incluye un inventario de agentes cancerígenos ocupacionales presentes en los ambientes laborales (radiaciones ionizantes, bencenos, sílice), operaciones y procesos industriales que involucran a los agentes carcinógenos informados en el inventario, indicando los centros de costos o dependencias implicados, cantidades fabricadas o utilizadas de cada agente carcinógeno, en términos de volumen o peso promedio mensual.

A su vez, en cumplimiento de la Resolución 007 de 2011 por medio de la cual se adoptó el Reglamento de Higiene y Seguridad del Crisolito y otras Fibras de uso similar, una de las responsabilidades de las ARL era suministrar matrices de exposición al asbesto. Para el año 2020 el marco de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo de agentes neumoconioticos se estructuró un documento que contiene la caracterización de asbesto en Colombia desde los años

2015-2020 en el marco del artículo 6º la ley 1968 de 2019. En este informe se pudo identificar la población expuesta en cada una de las ARL y las acciones de Vigilancia epidemiológica realizada por cada empresa.

En relación con Sílice, se tiene un avance en política pública en la cual se encuentra en adopción del manual de exposición de sílice el cual tiene un trabajo de 7 años. En el año 2019 se publicó el documento para comentarios de diferentes sectores económicos e industrial, se realizaron los ajustes y se volvió a publicar en el año 2021. en estos momentos se encuentra en ajustes con las nuevas observaciones para que se regule conjuntamente con el Ministerio de Salud en el segundo semestre del 2021. **Aún pendiente de evaluar la meta.**

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

Esta meta tiene una connotación importante dado que el líder de gestión principal es el Ministerio del Trabajo por sus competencias; aunque el trabajo intersectorial entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible ha apalancado el desarrollo de un marco político y normativo enfocado a disminuir el riesgo de exposición a cancerígenos ocupacionales (Asbesto, Silice, benceno, plomo compuesto inorgánico y radiación ionizante).

A continuación, se relacionan algunos desarrollos normativos y políticas relacionados con la exposición a cancerígenos ocupacionales:

- Código Sustantivo del Trabajo (Artículo 348): los empleadores son responsables de la seguridad y salud de sus trabajadores y de proveerles condiciones seguras de trabajo.
- Resolución 2400 de 1979: Colombia se acoge a los valores límites permisibles (VLP) o Threshold Limit Values (TLV) establecidos por la American Conference of Governmental Industrial Hygienist (ACGIH), la cual los publica en forma anual. Y de los Artículos 80, 81 y 84, referentes a la responsabilidad de los empleadores de la seguridad y salud de sus trabajadores.
- Artículo 66 de la ley 1562 del año 2012 *“por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”*, contempla la supervisión de las empresas de alto riesgo. Las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y el Ministerio de Trabajo, supervisarán en forma prioritaria y directamente o a través de terceros



idóneos, a las empresas de alto riesgo, especialmente en la aplicación del Programa de Salud Ocupacional según el Sistema de Garantía de calidad, los Sistemas de Control de Riesgos Laborales y las Medidas Especiales de Promoción y Prevención.

Las empresas donde se procese, manipule o trabaje con sustancias tóxicas o cancerígenas o con agentes causantes de enfermedades incluidas en la tabla de enfermedades laborales de que trata el artículo 9 de la presente ley, deberán cumplir con un número mínimo de actividades preventivas de acuerdo a la reglamentación conjunta que expida el Ministerio del Trabajo y de Salud y Protección Social. Decreto 1477

- En el 2013, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible – Minambiente, inicia el proyecto “Apoyo a la implementación del Sistema Globalmente Armonizado (SGA) y el enfoque estratégico para la gestión de sustancias químicas a nivel internacional (SAICM) en Colombia”, el cual se desarrolló en convenio con United Nations Institute for Training and Research – UNITAR y la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia – APC, que entre sus productos tenía este análisis de situación, vacíos y la estructuración de la estrategia nacional para la implementación del SGA en Colombia.

Se buscó hacer un análisis concreto de la situación actual de Colombia frente al manejo de productos químicos y de manera particular destacar lo que respecta a la clasificación y etiquetado de los mismos; con base en el análisis de situación se hace la identificación de los vacíos existentes con el fin de conocer qué tan alejado está el país actualmente de poder llegar a una eficaz implementación del SGA y vislumbrar las actividades más relevantes que tendrá que desarrollar para el logro de este objetivo.

- Decreto 1352 de 2013: referente al proceso de determinación de origen, desde la calificación en primera oportunidad el origen de las contingencias y la pérdida de la capacidad laboral, hasta llegar a las Juntas de Calificación de Invalidez (32).
- En el año 2014 el Ministerio de Trabajo expide el Decreto 1477 “por el cual se expide la tabla de Enfermedades Laborales”, definiendo en su anexo técnico en la sección II “Grupo de enfermedades para determinar el diagnostico medico” Parte A Enfermedades Laborales Directivas:
 - Asbestosis
 - Silicosis



- Neumoconiosis del minero de carbón
 - Mesotelioma maligno por exposición a asbesto
- En el año 2018 el Ministerio de Trabajo expide el decreto 1496 del 6 de agosto del 2018 por el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos de la Organización de las Naciones Unidas, sexta edición revisada (2015), con aplicación en el territorio nacional, para la clasificación y la comunicación de peligros de los productos químicos y establecer las disposiciones para tal fin y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química.

En relación a Asbesto, Silice y Benceno se cuenta con:

- Resolución 007 de 2011 por medio de la cual se adoptó el Reglamento de Higiene y Seguridad del Crisolito y otras Fibras de uso similar
- En el año 2019, se expide la Ley 1968 del 11 de julio, por el cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos. La presente ley tiene por objeto preservar la vida, la salud y el ambiente de los trabajadores y todos los habitantes del territorio nacional frente a los riesgos que representa la exposición al asbesto para la salud pública, colectiva e individual en cualquiera de sus modalidades o presentaciones.

En paralelo el Ministerio de Trabajo (MinTrabajo), desde la dirección de riesgos laborales, en coordinación con la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) POSITIVA y el Instituto Nacional de Cancerología (INC) elaboraron material educativo para la prevención del riesgo químico por exposición a asbesto, benceno y sílice en talleres de mecánica automotriz en Bogotá. Este trabajo es fundamental para que las empresas del sector formal que manejan los cinco principales carcinógenos ocupacionales incluyan dentro del Sistema General de Seguridad de Salud en el Trabajo (SG-SST) acciones preventivas orientadas a la disminución de la exposición de estas sustancias y a la vez que en las “Acciones del Nivel Comunitario” dispone desarrollar estrategias de información, comunicación y educación para centros de trabajo a través de las ARL.

Igualmente, el Ministerio de Trabajo y el IETS, elaboraron una guía para prevenir exposición a sustancias químicas como silice, asbesto, polvo de madera, fibras sintéticas entre otras, que pueden desencadenar el cáncer de pulmón y la guía de exposición a benceno.

El Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza de la subdirección de salud ambiental diseñó los lineamientos para la implementación del sistema

globalmente armonizado de clasificación y etiquetado de productos químicos en Colombia competencias del sector salud.

- Resolución 773 de 2021 “Por la cual se definen las acciones que deben desarrollar los empleadores para la aplicación del Sistema Globalmente Armonizado (SGA) de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos en los lugares de trabajo y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química”; como norma reglamentaria del Decreto 1496 de 2018 y de la Ley 55 de 1993, entre otras relacionadas con el tema.
- Actualmente se viene trabajando reglamentación “Por el cual se adiciona el Capítulo 12 al Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, para adoptar el Programa de Prevención de Accidentes Mayores – PPAM”, lo anterior hace parte de la gestión integral de las sustancias químicas de uso industrial, lo cual se adelanta de manera conjunta con los Ministerios de Trabajo, Ambiente y Desarrollo Sostenible, de Comercio, Industria y Turismo. Norma que actualmente se encuentra en Presidencia de la República.
- Proyecto de Resolución “Por el cual se adopta el reglamento de higiene y seguridad para la prevención y control de riesgo por exposición a sílice cristalina respirable” el Ministerio de Trabajo publicó para comentarios entre el 22 marzo y el 06 de abril de 2019 el proyecto fue sujeto de análisis e inclusión de los comentarios, considerando que debía realizarse ajustes al proyecto.
- Proyecto de Resolución “Por la cual se adopta el reglamento de higiene y seguridad para la prevención y el control del riesgo por exposición a sílice cristalina respirable” el Ministerio de Trabajo publicó para comentarios entre el 27 marzo y el 12 de abril de 2021 el proyecto actualmente está en etapa de análisis e inclusión de los comentarios. **Pendiente definir cumplimiento de la meta.**

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

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.*

La gestión para el cumplimiento de la meta, se ha basado en el desarrollo de estrategias con el fin de apoyar a las Entidades territorial y demás actores del SGSSS, así:

Guías de práctica clínica:



- Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: queratosis actínica. Año 2014.
- Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel. Año 2014
- Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Año 2014

Materiales Educativos como:

- Manual para la prevención del cáncer de piel dirigido al entorno laboral. Año 2015.
- Manual para la prevención del cáncer de piel no melanoma dirigido al entorno educativo. Año 2015
- Manual para la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer de piel no melanoma dirigido a profesionales de la salud. Año 2015
- Rotafolio para la prevención y diagnóstico temprano del cáncer de piel no melanoma dirigido a profesionales de la salud. Año 2015
- Video Educativo para Prevención del Cáncer de Piel

Con el apoyo del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta desde el 2012, se acompaña el proceso de implementación territorial mediante entrenamiento a 850 profesionales de la salud en ejercicio, con el fin de brindar conceptos, etiología, mecanismos patogénicos, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, enfoque de diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel.

También se capacita docentes y estudiantes de medicina de últimos semestres de Universidades que no cuentan con especialidad en Dermatología, con el fin de brindar herramientas técnicas para la prevención, diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del cáncer de piel no melanoma, a fin de incluir dichas herramientas en su currículo regular. A la fecha se han capacitado alrededor de 1.742 estudiantes y 50 docentes.

El Instituto Nacional de Cancerología aportó las siguientes acciones a esta meta en el marco de actividades de educación y proyectos de investigación:

1. CAPACITACIÓN A PROFESIONALES DE SALUD EN PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE PIEL

DEPARTAMENTO	CIUDAD	AÑO	# DE PROFESIONALES CAPACITADOS Y CERTIFICADOS



Meta	Villavicencio	2018	23
Vichada	Puerto Carreño	2019	24
Chocó	Quibdó	2019	23
Guajira	Riohacha	2019	21
Cesar	San Alberto	2019	21
Guaviare	San José del Guaviare	2019	21
Caquetá	Florencia	2019	22
Boyacá	Tunja	2019	19
Guaína	Puerto Inírida	2020	15
Vaupés	Mitú	2020	14
Arauca	Arauca	2021	20
Cauca	Popayán	2021	21
Huila	Neiva	2021	18
Caquetá	San Vicente del Caguan	2021	15
TOTAL			277

Fuente: INC

2. BRIGADAS EN PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PIEL

DEPARTAMENTO	CIUDAD	AÑO	# DE PACIENTES ATENDIDOS	# DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER
Meta	Villavicencio	2018	33	4
Vichada	Puerto Carreño	2019	52	3
Chocó	Quibdó	2019	50	2
Guajira	Riohacha	2019	30	0
Cesar	San Alberto	2019	52	8
Guaviare	San José del Guaviare	2019	55	6
Caquetá	Florencia	2019	50	7
Boyacá	Tunja	2019	60	6
Guaína	Puerto Inírida	2020	33	5
Vaupés	Mitú	2020	33	8
Arauca	Arauca	2021	51	9
Cauca	Popayán	2021	28	12
Huila	Neiva	2021	43	31
Caquetá	San Vicente del Caguan	2021	65	34
TOTAL			635	135

Fuente: INC

Cabe destacar que dichas acciones no fueron iniciativa de los departamentos mencionados, por lo que no definen el cumplimiento de la meta.

3. DISEÑO Y DIVULGACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO



- Manual para la Detección Temprana del Cáncer de Piel, y recomendaciones para la disminución de exposición a la radiación ultravioleta – 2015
- Hechos y Acciones: Cáncer de Piel, una enfermedad silenciosa que requiere control- 2015

4. DISEÑO Y DIVULGACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA POBLACIÓN GENERAL- INFOGRAFÍAS

- Carcinoma Basocelular- 2020
- Evite el Carcinoma Escamocelular-2020
- ¿Qué es el Melanoma? -2021
- Rayos Ultravioleta- Cuídate de los Rayos UV-2019

5. GENERACIÓN DE CONTENIDOS- CURSOS

- Diseño e implementación curso presencial en detección temprana de cáncer de piel, dirigido, a profesionales de la salud – Disponible desde 2017
- Diseño e implementación curso virtual en detección temprana de cáncer de piel, dirigido, a profesionales de la salud – Disponible desde 2019

El 16% de los departamentos implementaron estrategias de intervención sectorial e intersectorial para la prevención del cáncer de piel ((Atlántico, Boyacá, Caldas, Guaviare, Guainía y Nariño), los cuales se pueden encontrar en los Planes Territoriales de Salud, dado que no fue el 100% de los departamentos se considera. **Meta no cumplida.**

1.7 Protección específica a virus relacionados con cáncer

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

Al año 2020 la cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) fue de 26,8% con la segunda dosis. Las coberturas por encima del 100% están dadas en los departamentos de Guainía (155%), Amazonas (104,8%) y Boyacá (122,8%) y los departamentos con menor cumplimiento fueron Bogotá (0.2%), Cartagena (1.2%). Barranquilla (1%), (tabla 7), razón a lo anterior la meta se considera Meta **no cumplida**

Tabla 7. Consolidado Nacional Coberturas de Vacunación contra VPH año 2020

Vacuna contra el VPH Niñas de 9 años Coberturas 2020



No	DEPARTAMENTOS	Pob. VPH Niñas de 9 años (Censo DANE 2018)	VPH 1a Dosis	% 1a Dosis	VPH 2a Dosis	% 2da Dosis
1	AMAZONAS	942	470	49,9	987	104,8
2	ANTIOQUIA	45.937	15.320	33,4	11.215	24,4
3	ARAUCA	2.735	1.782	65,2	681	24,9
4	ATLANTICO	12.421	1.812	14,6	2.027	16,3
5	BARRANQUILLA	9.677	1.324	13,7	98	1,0
6	BOGOTA D.C.	47.205	9.176	19,4	83	0,2
7	BOLIVAR	10.743	2.112	19,7	3.968	36,9
8	CARTAGENA	8.125	1.015	12,5	96	1,2
9	BOYACA	9.412	4.357	46,3	11.558	122,8
10	CALDAS	6.400	2.348	36,7	2.338	36,5
11	CAQUETA	4.032	1.325	32,9	1.425	35,3
12	CASANARE	3.803	1.285	33,8	1.830	48,1
13	CAUCA	11.889	4.785	40,2	3.721	31,3
14	CESAR	12.458	3.084	24,8	2.489	20,0
15	CHOCO	5.989	1.743	29,1	3.057	51,0
16	CORDOBA	15.836	3.777	23,9	2.575	16,3
17	CUNDINAMARCA	23.714	5.000	21,1	10.310	43,5
18	GUAINIA	661	289	43,7	1.025	155,0
19	GUAVIARE	886	255	28,8	357	40,3
20	HUILA	9.831	3.103	31,6	3.312	33,7
21	LA_GUAJIRA	10.700	2.925	27,3	1.494	14,0
22	MAGDALENA	8.869	3.211	36,2	2.761	31,1
23	SANTA MARTA	4.481	987	22,0	101	2,3
24	META	8.777	2.541	29,0	2.920	33,3
25	NARIÑO	12.239	6.272	51,2	5.404	44,2
26	NORTE DE SANTANDER	13.179	3.351	25,4	3.991	30,3
27	PUTUMAYO	3.292	1.394	42,3	1.231	37,4
28	QUINDIO	3.226	1.291	40,0	1.029	31,9
29	RISARALDA	6.126	1.618	26,4	1.270	20,7
30	SAN_ANDRES_ISLAS	455	103	22,6	154	33,9
31	SANTANDER	16.440	4.002	24,3	7.932	48,2
32	SUCRE	8.301	2.246	27,1	2.552	30,7
33	TOLIMA	9.818	3.360	34,2	4.266	43,4
34	VALLE_DEL_CAUCA	31.016	7.468	24,1	3.911	12,6
35	BUENAVENTURA	3.514	606	17,2	80	2,3
36	VAUPES	676	188	27,8	437	64,6
37	VICHADA	1.375	360	26,2	381	27,7
TOTAL		385.180	106.285	27,6	103.065	26,8

Fuente: Sistema de información PAI- MSPS Año 2020

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

En el año 2020, la cobertura de vacunación contra el virus de la Hepatitis B e Recién Nacidos fue del 87,7% y con Pentavalente en menor de un año 87,9%. Los departamentos que cumplieron con la meta fueron Arauca (104% y 97,4%), Atlántico 107,7% y 101,0%) y Casanare (97,1% y 96,6%), los departamentos con menor cumplimiento fueron los departamentos fueron Antioquia (45%), Córdoba (56.8%) y Tolima con el 52.8% para vacunación a recién nacidos. Amazonas y Antioquia. (58.9) y Arauca (65.9%) para pentavalente en menor de un año. De acuerdo con lo anterior se considera la **Meta no cumplida**. Tabla 8

Tabla 8. Consolidado Nacional de dosis aplicadas de vacuna contra HB en RN y Coberturas de Vacunación contra HB en menores de un año, año 2020.

Entidades Territoriales	Población Menor 1 año		HB aplicadas en RN	PENTAVALENTE MENOR DE UN AÑO
	(Meta 2020)	Programática	%	%
AMAZONAS		1.587	64,5	74,8
ANTIOQUIA		75.375	87,5	84,0
ARAUCA		5.212	104,0	97,4
ATLANTICO		20.905	107,7	101,0
BARRANQUILLA		20.285	100,8	93,9
BOGOTA_D_C		96.506	95,2	81,6
BOLIVAR		19.500	56,8	87,1
CARTAGENA		17.054	102,6	84,7
BOYACA		14.373	92,3	93,8
CALDAS		9.309	82,9	85,3
CAQUETA		6.943	92,5	81,6
CASANARE		6.629	97,1	96,6
CAUCA		20.635	73,1	85,1
CESAR		23.168	88,9	92,7
CHOCO		9.768	65,7	70,9
CORDOBA		28.893	82,1	84,7
CUNDINAMARCA		34.712	52,8	94,4
GUAINIA		921	73,6	75,9
GUAVIARE		1.367	96,3	89,5
HUILA		18.408	92,5	88,4
LA_GUAJIRA		21.165	93,2	95,4
MAGDALENA		16.433	84,7	94,0
SANTA_MARTA		8.532	98,7	90,3
META		15.130	98,9	88,1
NARIÑO		19.577	82,8	82,1
NORTE_DE_SANTANDER		23.389	106,7	91,3

PUTUMAYO	4.748	87,7	91,2
QUINDIO	5.497	102,5	91,2
RISARALDA	10.263	97,9	89,9
SAN_ANDRES_ISLAS	787	90,7	87,2
SANTANDER	29.492	83,5	81,9
SUCRE	14.354	92,6	93,1
TOLIMA	16.766	84,8	90,3
VALLE_DEL CAUCA	51.266	85,2	95,8
BUENAVENTURA	4.751	84,6	58,9
VAUPES	753	63,1	65,9
VICHADA	1.700	45,0	58,9
TOTAL	676.153	87,7	87,9

Fuente: Sistema de información PAI- MSPS Año 2020

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

Las acciones realizadas para la vacunación contra la Hepatitis B a profesionales de salud es una competencia de los empleados y por lo cual las ARL no reportan esta información al Ministerio de Trabajo. Dado lo anterior se considera **META NO CUMPLIDA**.

2. Línea estratégica 2. Detección temprana de la enfermedad

El plan Decenal de Cáncer definió como línea estrategia No 2, la Detección temprana de la enfermedad, la cual 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 línea definió 5 cánceres priorizados los cuales cuyo análisis de cumplimiento se refleja a continuación:



2.1 Cáncer de Cuello Uterino

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

A raíz de la expedición del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS se regularon las rutas integrales de atención en Salud como una herramienta “*que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación*”

Dado lo anterior, a través de la expedición de la resolución 3202 de 2012 se definió la ruta de promoción y mantenimiento de la salud la cual fue regulada a través de la resolución 3280 de 2018 y la cual contiene las intervenciones para la detección de cáncer de cuello uterino, a su vez, definió las rutas integrales por grupos de riesgo entre ellos priorizando el cáncer y adoptó la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer de cérvix.

Por otro lado, se cuenta con Guías de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino expedidas en el año 2013 las cuales son aplicadas los diferentes actores del SGSSS.

En consecuencia, a los mecanismos que regulan la detección temprana expedidos por el MSPS se considera **META CUMPLIDA**.

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

De Acuerdo al análisis de las fuentes de información, el resultado de la reducción de la tasa de mortalidad fue de 6,48% año 2019- Fuente Cubos-EEVV. Razón a lo anterior se considera una **Meta no cumplida**.

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

Siendo la estrategia “Ver y Tratar” una alternativa de tamización de cáncer de cuello uterino, por medio de la inspección visual, enfocada para las zonas con menos densidad poblacional, regiones apartadas del país, que presentan una clara limitación con la tamización por medio de la citología y que tienen un alto grado de padecimiento de este tipo de cáncer, ya se cuenta con la implementación en los departamentos priorizados de Caquetá, Guajira, Nariño, Valle del Cauca y Amazonas, con un despliegue aproximado de dos municipios por departamento; ante la buena respuesta a la estrategia por parte de la población y el interés de los actores del sistema en participar en la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, se incluyeron tres departamentos más con las mismas

características geográficas y sociales: Vichada, Casanare y Arauca.” (Wiesner, Castañeda, Millán & Ardila, 2013). Por lo que se considera que es una meta cumplida, sin decir que hasta 2021 se puede ampliar la cobertura.

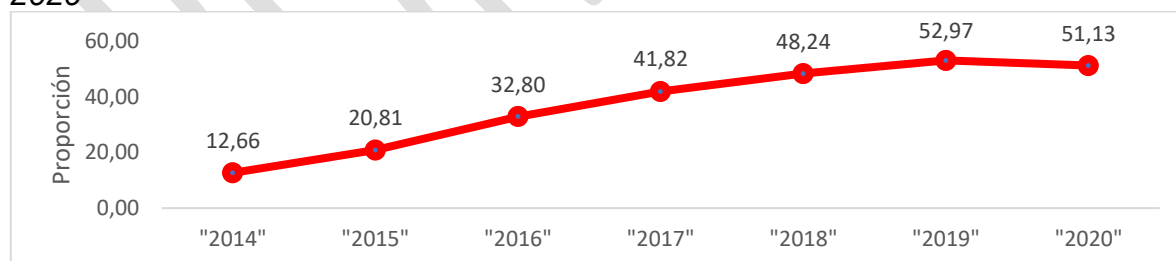
Revisando el registro de cubos RIPS del SISPRO, se observa en 21 departamentos que efectivamente están empleando esta técnica de detección temprana incluidos los que inicialmente se incluyeron en el proyecto (Antioquia, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Putumayo, Guaviare y Vaupés). **Meta cumplida.**

2.1.4 *Alcanzar coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino en el 80% de la población objeto (mujeres de 21 a 69 años)*

La tamización con citología consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática, definida de acuerdo con el perfil de riesgo. La meta propuesta en mujeres entre 21 a 69 años fue del 79% (línea de base: **ENDS 2010**), en el año 2015 fue del 94,6% por ciento de mujeres que responden haberse realizado la citología alguna vez en la vida.

Actualmente se cuenta con otra fuente que es la de protección específica y detección temprana del SISPRO y se inició la recolección de la información a partir del año 2014. En este año, el porcentaje de tamización fue del 12,66% y a 2020, la cobertura se incrementó en un 35,7% alcanzando una cobertura del 51,13% de las mujeres tamizadas entre 21 y 69 años. Figura 6

Figura 6. Actividades de tamización en cáncer de cuello uterino. Colombia 2014-2020



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PEDT- Colombia 2014-2020. Consultado el 6 de julio del 2021.

Dado lo anterior se considera **META NO CUMPLIDA**

2.1.5 *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 alcanzar una cobertura del 80% de la población objeto (mujeres 30 a 65 años en el 2021).*

En cuanto a la tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas VPH ya se encuentra incluida en la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud con lo cual se pretende detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estados tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual a saber: citología vaginal pruebas ADN-VPH o técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol.

En la resolución 3513 del 2019, por la cual se fijan los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2020 se aprobó la progresividad para el 2020 alcanzar el 4,8% de cobertura en tamizaje con ADN-VPH.

Dentro de la detección oportuna del cáncer de cuello uterino se incluye las pruebas de VPH y según los datos suministrados por la dirección de Epidemiología y Demografía datan desde el año 2015. Tabla 9.

Tabla 9. Número de personas atendidas a quienes se les tomo la prueba ADN-VPH. Colombia 2015-2020

Año	Número de Personas Atendidas
2015	62
2016	3.226
2017	19.094
2018	50.177
2019	88.599
2020	66.390

Fuente: RIPS-CUBOS-MSPSP

En razón a los resultados obtenidos de los últimos 5 años. Se considera **META NO CUMPLIDA.**

2.1.6 Incrementar la proporción de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente en un 80% (LB: 58,3% Observatorio de Calidad.

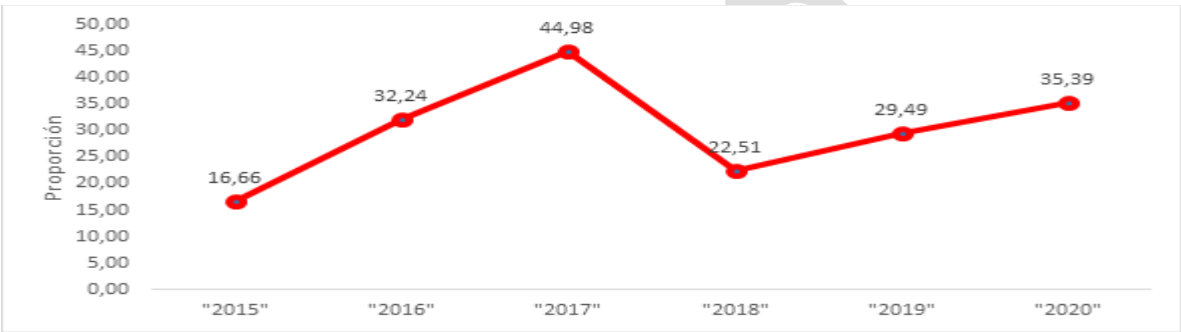
En cuanto a la detección oportuna del cáncer in situ. En el registro de cáncer de cuello uterino de la Cuenta de Alto Costo (CAC) año 2019, del total de casos estadificados (1.814), el 29,49% (535) personas correspondieron a **carcinoma in situ**⁹ y para el año 2020 fue del 35,39% (901 personas). Si tomamos como

⁹ CUENTA DE ALTO COSTO.

<https://cuentadealtocosto.org/site/wpcontent/uploads/2020/09/CANCER2019COM-3.pdf>. Año 2019

referencia el año 2015 con registros de la CAC, podemos observar un incremento del 18,73%. La meta fue la de incrementar en 80% la proporción de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente por lo que se considera una **META NO CUMPLIDA**. Figura 7

Figura 7. Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ (NIC alto grado). Colombia 2015-2020



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Dato suministrado por la DEYD. Año 2021

2.2 Cáncer de mama.

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

A raíz de la expedición del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS se regularon las rutas integrales de atención en Salud como una herramienta *“que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación”*

Dado lo anterior, a través de la expedición de la resolución 3202 de 2012 se definió la ruta de promoción y mantenimiento de la salud la cual fue regulada a través de la resolución 3280 de 2018 y la cual contiene las intervenciones para la detección de cáncer de cuello uterino, a su vez, definió las rutas integrales por grupos de riesgo entre ellos priorizando el cáncer y adopto la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer de mama.

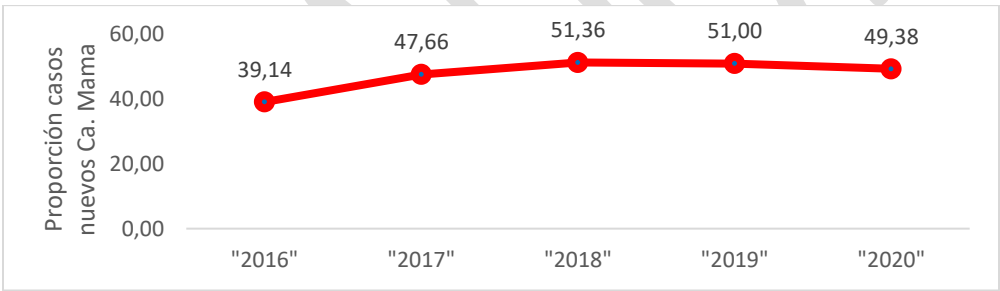
Por otro lado, se cuenta con Guías de Práctica Clínica para la detección y manejo del cáncer de mama expedidas en el año 2013 las cuales son aplicadas los diferentes actores del SGSSS.

En consecuencia, a los mecanismos que regulan la detección temprana expedidos por el MSPS se considera **META CUMPLIDA**.

2.2.2 ***Incrementar la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 60% antes del 2021.***

La proporción de casos nuevos con cáncer de mama detectadas en estadios tempranos al momento del diagnóstico (I a IIA) en el año 2020 fue del 49,38% (2.331 mujeres), si observamos el porcentaje desde el año que la CAC inició el reporte (año 2016), se puede observar un incremento del 10,24%, sin embargo, **NO SE CUMPLIÓ LA META**. Figura 8

Figura 8. Proporción de casos nuevos con cáncer de mama detectadas en estadios tempranos al momento del diagnóstico (I a IIA). Colombia 2016-2020

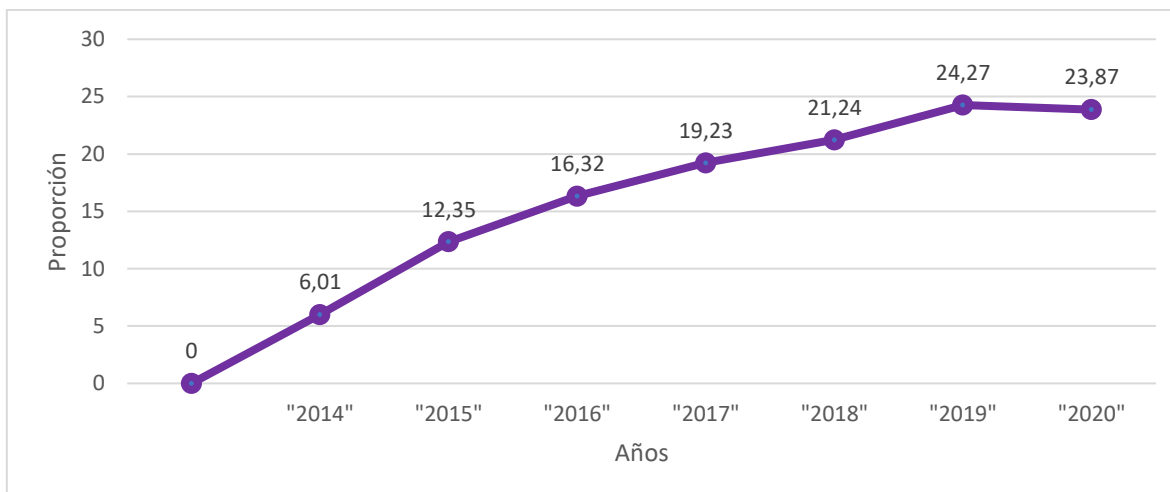


Fuente: Cuenta de Alto Costo. Dato suministrado por la DEYD. Años 2016-2020

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 (LB: 48,9% ENDS).***

A 2015, según la ENDS la proporción de mujeres que se han tomado la mamografía fue de 62,5%, se observa un incremento importante y se esperaba que a 2021 puede alcanzar la meta propuesta. Sin embargo, revisando la información reportada por la base de datos de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) la Proporción de mujeres con toma de mamografía en el año 2020 alcanzó apenas el 23,87%. **Meta no cumplida**. Figura 9

Figura 9. Proporción de mujeres con toma de mamografía. Colombia 2014-2020



FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD). Con corte a 6/07/2021

La detección temprana del cáncer de mama busca la detección en un momento de la enfermedad en que esta tenga mejor probabilidad de tratamiento y curación. Esto se logra mediante reconocimiento y atención oportuna ante los síntomas y mediante tamización.

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***

Es un dato pendiente teniendo en cuenta que la solicitud se debe hacer a la Cuenta de Alto Costo (CAC).

2.3 Cáncer de próstata.

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

A través de la expedición de la resolución 3202 de 2012 se definió la ruta de promoción y mantenimiento de la salud la cual fue regulada a través de la resolución 3280 de 2018 y la cual contiene las intervenciones para la detección de cáncer de próstata, a su vez, definió las rutas integrales por grupos de riesgo entre ellos priorizando el cáncer, por lo cual se generó la ruta integral para la atención del cáncer de próstata, la cual si bien no está adoptada mediante resolución, se encuentra validada por expertos y aplicándose en el territorio nacional

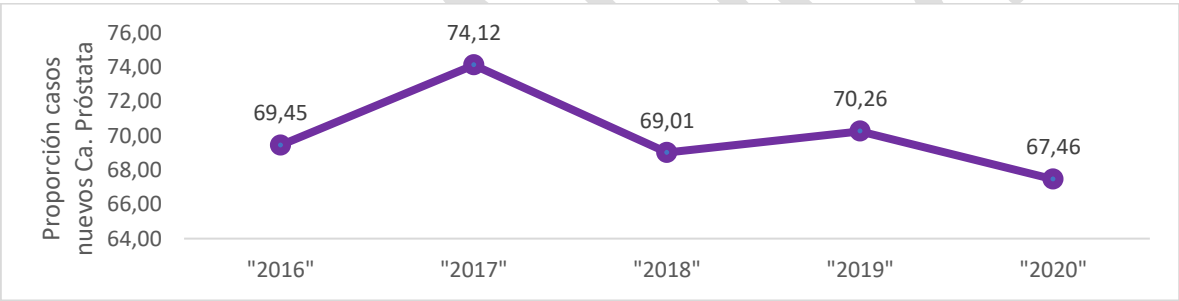
Por otro lado, se cuenta con Guías de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata expedidas en el año 2013, Manual para la detección temprana de cáncer de próstata", manual para la toma de biopsia prostática y documento que contiene objetivos, contenidos, material para un curso dirigido a médicos generales en detección temprana de cáncer de próstata

En consecuencia, a los mecanismos que regulan la detección temprana expedidos por el MSPS se considera **META CUMPLIDA**.

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

La proporción de casos nuevos de cáncer de próstata para el año 2020 fue de 67,46% (1.893 hombres), si observamos el año anterior, la captación fue más elevada (70,26), probablemente pueda estar relacionada con la aparición de la pandemia del COVID19. Como en el momento cero de iniciar la ejecución del PDCCC no se contaba con línea de base, se puede tomar como referencia el año 2016 donde se cuenta con información (69,5%), siendo así sería una **meta no cumplida**. Figura 10

Figura 10. Proporción de casos nuevos de cáncer de próstata en estadios tempranos, Colombia 2016-2020.



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Dato suministrado por la DEYD. Año 2021

2.4 **Cáncer colorrectal.**

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

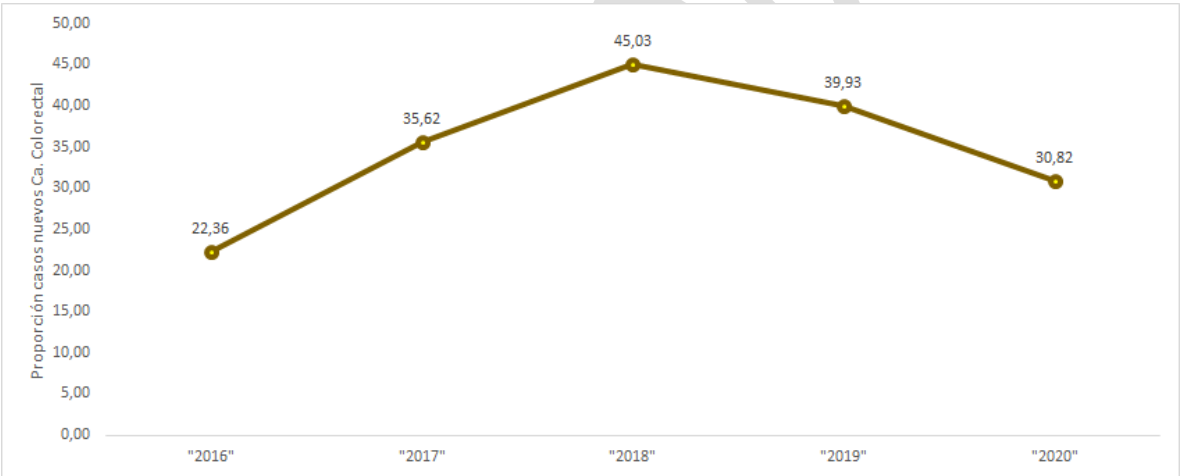
A través de la expedición de la resolución 3202 de 2012 se definió la ruta de promoción y mantenimiento de la salud la cual fue regulada a través de la resolución 3280 de 2018 y la cual contiene las intervenciones para la detección de cáncer Colón-rectal, a su vez, definió las rutas integrales por grupos de riesgo entre ellos priorizando el cáncer, por lo cual se generó la ruta integral para la atención del cáncer de colon y recto, la cual si bien no está adoptada mediante resolución, se encuentra validada por expertos y aplicándose en el territorio nacional.

Además, se cuenta con la GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, **Meta cumplida**.

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

La proporción de casos nuevos de cáncer colorectal para el año 2020 fue de 30,82% (751 personas), si observamos el año anterior, la captación fue más elevada (39,93%), probablemente pueda estar relacionada con la aparición de la pandemia del COVID19. Como en el momento cero de iniciar la ejecución del PDCCC no se contaba con línea de base, se puede tomar como referencia el año 2016 donde se cuenta con información (22,36%), siendo así sería una **meta cumplida**. Figura 11

Figura 11. Proporción de casos nuevos con cáncer de colon y recto identificados en estadios tempranos. Colombia 2016-2020



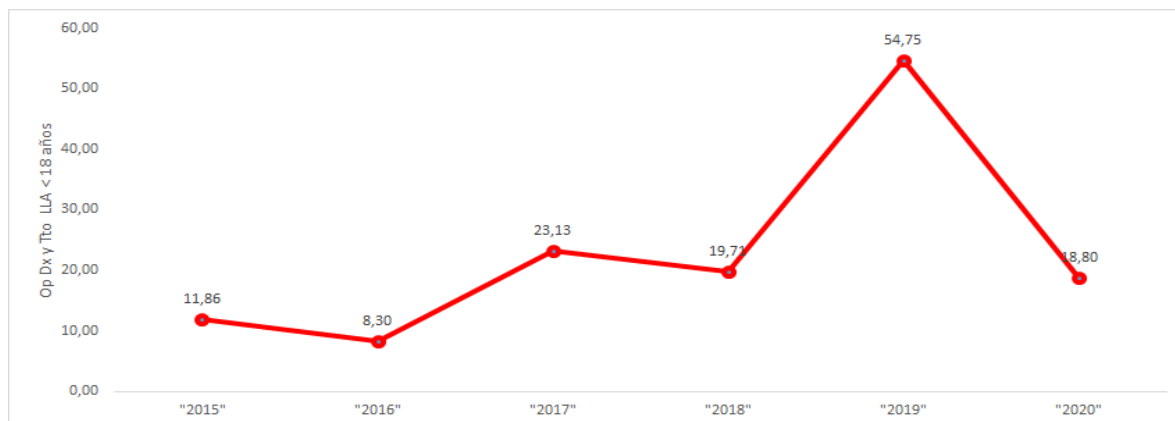
Fuente: Cuenta de Alto Costo. Dato suministrado por la DEYD. Año 2021

2.5 **Cáncer infantil.**

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

La oportunidad en el diagnóstico y acceso al tratamiento de los menores de 18 años con sospecha de LLA (en días) para el año 2020 fue de 18,8 días, inferior al año 2019 (54,75 días). Figura 12

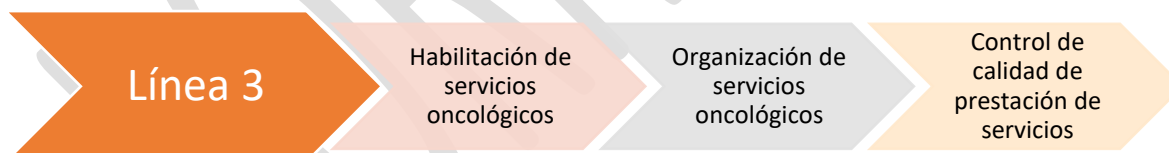
Figura 12. Oportunidad en el diagnóstico y acceso al tratamiento de los menores de 18 años con sospecha de LLA (en días). Colombia 2015-2020



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Dato suministrado por la DEYD. Año 2021

En Sivigila para el año 2020 la presunción del diagnóstico es del 84,8% y el de confirmación está en el 72,3%. **Meta no cumplida.**

3. LÍNEA ESTRATÉGICA 3. ATENCIÓN, RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR CÁNCER



La línea 3 – Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer, está orientada a 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 el soporte físico, los servicios necesarios para que el paciente y su familia, satisfagan sus necesidades de diferente orden en todos los momentos de la enfermedad¹⁰

3.1 Habilitación de servicios oncológicos

¹⁰ Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social.



3.1.1 Actualizar los estándares de habilitación y los modos de verificación de los servicios oncológicos para el año 2014. Continuar con la periodicidad definida en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

En el tema de gestión de la verificación de los servicios de salud es importante mencionar la resolución 077 del 2007 *“por la cual se adoptan los lineamientos técnicos para el programa de verificadores de las condiciones para la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*. Esta resolución tuvo tres modificaciones mediante las resoluciones 2869 de 2012, la resolución 2837 de 2014 y la resolución 3126 de 2016 relacionadas a la derogación o modificación de artículos relacionados a los procesos de capacitación y entrenamiento de los servidores públicos responsables de la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación.

Ahora bien, dado que el artículo 118 de la ley 019 del 2012, preciso en su párrafo la habilitación de prestadores de servicios de salud, la cual fue modificada en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011

“Párrafo. Toda nueva institución prestadora de servicios de salud, los nuevos servicios de urgencias, alta complejidad y oncología, para el inicio de actividades y para que el prestador de servicios de salud pueda ofertarlos y contratar, deberán contar con verificación previa del cumplimiento de condiciones de habilitación expedida por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, para lo cual dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud”

El Ministerio de Salud y Protección Social procedió a elaborar lineamientos y documentos que permitirán regular los procesos normativos relacionados anteriormente, lo cual concluyó en la expedición de la resolución 1043 del 2006, la cual estableció las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones y en donde las entidades departamentales y distritales de salud, deberán efectuar las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud y reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que este defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación.

Frente a otras normas de habilitación de servicios, se encuentra la resolución 1441 de 2013 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir*



los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones” la cual fue derogada por la resolución 2003 de 2014 la cual definía los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, por último la expedición de resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”

Ahora, en relación con las unidades funcionales se expidieron las resoluciones 1419 de 2013, la cual estableció los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer, y resolución 4502 de 2013 que definió la habilitación de las UACAI, la cuales fueron derogadas por la resolución 1477 de 2016 frente a las parámetros de habilitación y verificación de las UFCA-UACAI y la cual se si tiene proyección de ajustes los cuales no se han surtido por la emergencia sanitaria, esta modificación nace por la necesidad de definir la taxonomía de los servicios que puede impactar los proceso de habilitación y algunos contenidos de sus criterios estándares..

Para los años 2016-2021 se expidieron las resoluciones 1441 de 2016 que regula la verificación y habilitación de las redes de prestación de servicios de salud entre ellos los oncológicos.

Año 2012: Se expidió el Manual de procedimientos para la verificación de condiciones de habilitación de servicios de oncología el cual se elaboró a través de un convenio con el INC el cual tuvo una vigencia hasta el año 2016, en el cual en conjunto con las dos instituciones se verifico las condiciones de habilitación.

Año 2016: El MSPS elaboró el procedimiento PSSP01 Gestión de actualización de las normas de habilitación de servicios de salud, organizaciones funcionales y redes integrales de prestadores de servicios de salud y el procedimiento PSSP02 relacionado con la habilitación de servicios oncológicos y otras formas funcionales y la guía para la habilitación de servicios nuevos de oncología, las cuales cuentan con dos versiones dado la competencia que ahora ejerce las Entidades Territoriales.

En el año 2020 se elaboró el procedimiento PSSP02 Habilitación de Unidades funcionales para la atención de cáncer UFCA Y UACAI.

En año 2013 al 2015 se expidieron las resoluciones 1441 del 2013, la 1419 del 2013, 4502 del 2013 y la 2003 del 2014 que fue deroga la 1441 y finalmente la resolución 3100 del 2019: nueva habilitación de servicios y es un instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en todo el territorio nacional.

En materia de unidades funcionales se expide la resolución 1419 del 2013, por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones y la resolución 4502 de 2013.

En el año 2016 se expide la resolución 1441, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones y en su artículo 3.8 define la red de Prestación de Servicios Oncológicos como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud para la atención integral de cáncer, en lo correspondiente a la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, como parte de las RIPSS.

La resolución 1477 del 2016 por la cual se definen los procesos, criterios y estándares que deben cumplir las IPS que desean habilitar los servicios de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer tanto infantil como de adultos.

Finalmente, y se avanza en unas modificaciones normativas de la resolución 1477 de 2014 y se avanza en la modificación de la resolución 077 de 2007 la cual define los perfiles de los verificadores, actualmente se está en proceso de análisis de las observaciones realizadas. Por lo anterior se considera una **meta cumplida**.

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

En el año 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social realizó el convenio con el INC por medio del cual se expidió un manual de procedimientos para la verificación de condiciones de habilitación de servicios de oncología. En el año 2016 la dirección de Prestación de Servicios de Salud, elaboró el procedimiento para la gestión y actualización de normas incluidas las de habilitación y la guía para habilitación de servicios oncológicos y otras formas funcionales y las guías de servicios nuevos de oncología dando así lineamientos claros frente a la habilitación y rol de las entidades



territoriales y el MSPS.

En el año 2020, se actualiza el procedimiento para habilitación de unidades funcionales en su versión número 3. se habilitaron 1050 servicios oncológicos de salud desde el año 2012 al 2021 y actualmente se cuenta con dos UFCA; la Clínica Somer y Fundación Hospital San Pedro en Pasto-Nariño y UACAI: El Hospital infantil los Ángeles de Nariño. Ahora se resalta que El REPS no tiene la manera de señalar la proporción de instituciones prestadoras de servicios de salud que prestan servicios de oncología, si no lo servicios habilitados (1050 servicios desde el año 2012); No se tiene un lineamiento exclusivo para la verificación de criterios exclusivos para cáncer, dado que esta actividad le compete a las entidades territoriales. **Meta que no se puede definir el cumplimiento.**

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.

En el año 2006 se expide la resolución 1043 *“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”* y la resolución 077 de 2017 en la cual definen los lineamientos para la verificación de servicios de salud y los perfiles de los verificadores, la cual tuvo tres modificaciones (resolución 2696 de 2012, Resolución 2837 de 2014 y Resolución 3128 de 2016) y la cual se encuentra en proceso de observaciones para su modificación.

Mediante el decreto 019 de 2012 se precisó que el Ministerio de Salud debía habilitar los servicios de oncología, lo cual implicó el desarrollo de una serie de documentos y lineamientos, tarea que concluyó en el año 2019 con la expedición del decreto 2106 de 2019 la cual le asigna la responsabilidad a las Entidades Territoriales.

Frente a otras normas expedidas por el MSPS , se encuentra la resolución 1441 de 2013 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”* la cual fue derogada por la resolución 2003 de 2014 la cual definía los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, por último la expedición de resolución 3100 de 2019 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación*



de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

Ahora, en relación con las unidades funcionales se expidieron las resoluciones 1419 de 2013, la cual estableció los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer, y resolución 4502 de 2013 que definió la habilitación de las UACAI, la cuales fueron derogadas por la resolución 1477 de 2016 frente a las parámetros de habilitación y verificación de las UFCA-UACAI y la cual se tiene proyección de ajustes los cuales no se han surtido por la emergencia sanitaria, esta modificación nace por la necesidad de definir la taxonomía de los servicios que puede impactar los proceso de habilitación y algunos contenidos de sus criterios estándares..

Para los años 2016-2021 se expidieron las resoluciones 1441 de 2016 que regula la verificación y habilitación de las redes de prestación de servicios de salud entre ellos los oncológicos.

La Dirección de prestación de servicios de salud presenta la organización de la oferta y demanda de las redes de servicios oncológicos, en la cual indica que la resolución 1441 de 2016 definió que la redes integradas de prestadores de servicios cuenta con la red de prestadores de servicios oncológicos teniendo en cuenta que los servicios complementarios está conformado por los UFCA y UACAI o las EPS deben disponer y organizar los servicios oncológicos requeridos en el componente primario y complementario. **Meta cumplida**

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.*

Para la habilitación de redes el procedimiento se encuentra en el anexo técnico de la resolución 1441 de 2016. Las EPS deben conformar sus redes a través de las IPS disponibles.

En cuanto a la gestión y consolidación de la verificación en la construcción de los lineamientos y procedimiento se cuenta con:

Año 2012: Se expidió el Manual de procedimientos para la verificación de condiciones de habilitación de servicios de oncología el cual se elaboró a través de un convenio con el INC el cual tuvo una vigencia hasta el año 2016, en el cual en conjunto con las dos instituciones se verifico las condiciones de habilitación.



Año 2016: El MSPS elaboró el procedimiento PSSP01 Gestión de actualización de las normas de habilitación de servicios de salud, organizaciones funcionales y redes integrales de prestadores de servicios de salud y el procedimiento PSSP02 relacionado con la habilitación de servicios oncológicos y otras formas funcionales y la guía para la habilitación de servicios nuevos de oncología, las cuales cuentan con dos versiones dado la competencia que ahora ejerce las ET

Año 2020 se elaboró el procedimiento PSSP02 Habilitación de Unidades funcionales para la atención de cáncer UFCA Y UACAI.

Ahora, en relación con la habilitación de servicios, se habilitaron 1050 servicios oncológicos de salud desde el año 2012 al 2021, aclarando que le MSPS habilitó hasta el 2019. Actualmente se cuenta con dos UFCA; la Clínica Somer y Fundación Hospital San Pedro en Pasto-Nariño y UACAI: El Hospital infantil los Ángeles de

A la fecha se cuenta con 323 redes que han sido registrado por las EPS en el módulo de redes del REPS. En los departamentos y distritos donde se encuentra autorizadas para operar y 211 redes han sido habilitadas por la SNS. Sin embargo, se realizará una nueva consulta en el REPS de los servicios certificados, la **meta queda pendiente**.

3.2 Organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos

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

La resolución 1441 de 2016 por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones, establece los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPSS, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación, así como, adopta el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud" que hace parte integral del presente acto administrativo. A la fecha se han habilitado 323 redes por parte de las EPS y se tienen 211 habilitadas por la Superintendencia de Salud.

A partir del año 2016 el grupo de cáncer de la subdirección de enfermedades no transmisibles, vienen desarrollando planes de asistencia técnica con las Direcciones Territoriales de Salud, con el fin de fortalecer las capacidades de asistencia técnica con los prestadores de servicios de salud de cada jurisdicción y de verificación de condiciones de habilitación con énfasis en el proceso de habilitación de las UFCA y

UACAI. Mediante un trabajo coordinado con la Dirección de prestación de servicios se pudo establecer que en Colombia hay 32 IPS inscritas en el REPS que podrían llegar a ser UACAI y 19 cumplen para ello, dado que cuentan con los servicios solicitados en la misma infraestructura para una **UACAI**, por lo que se esperaría que estas instituciones gestionen la habilitación como tal. **Meta cumplida.**

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

El país cuenta con una Política Farmacéutica Nacional (Documento CONPES 155 de 2012), en lo relacionado con la gestión y control de medicamentos. Esta política plantea diez estrategias que buscan mejorar el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago en donde están por supuesto incluidos los medicamentos oncológicos.

El 19 de octubre de 2015, se expide la resolución 4245, la cual tiene por objeto establecer los requisitos para obtener el certificado en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER que expide el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA y adoptar el instrumento para la verificación de las mismas, contenido en el Anexo Técnico que hace parte integral de este acto administrativo.

En este marco político está inmerso lo relacionado con la gestión y control de medicamentos oncológicos y así es como en el mes de agosto de 2019 había 5 biosimilares aprobados incluyendo Trastuzumab, Adalimumab, Bevacizumab. Se cumple la meta.

Referente a Información de precios de medicamentos, en el 2014 se creó la herramienta TERMÓMETRO DE PRECIOS que permite consultar los precios más bajos, moderados, y más altos para cada presentación de un medicamento con actualizaciones anuales (URL: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/termometro-de-precios.aspx>). De otra parte, mediante la Circular 06 de 2018 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se modificó el Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED, que está en proceso de fortalecimiento desde 2019 a la fecha, desde el nivel técnico.

Estándar de datos de medicamentos: Con el fin de contar con una herramienta que permita la identificación, descripción, significado y relación de los datos utilizados

para el intercambio de información de medicamentos en Colombia, se definió en el año 2014, el estándar de datos de medicamentos y se realizó un piloto de levantamiento de información con la industria farmacéutica. Posteriormente, en 2015 mediante las Resoluciones 3166 y 5161, se realizó la primera fase de la implementación del estándar de datos en el país, recolectando toda la información disponible de medicamentos y estandarizándolos según los lineamientos definidos en las precitadas resoluciones. En el año siguiente se llevó a cabo la segunda fase de cargue periódico, asignando el Identificador Único de Medicamento - IUM a los medicamentos que requieran nuevo registro sanitario, que soliciten modificación del registro o renovación y a los medicamentos vitales no disponibles. Finalmente, con la Resolución 3311 de 2018 se definió que el INVIMA es responsable de la asignación del IUM. Información técnica y farmacológica sobre medicamentos; En el año 2016 se creó la plataforma de consulta "*Medicamentos a un Clic*" dirigida a pacientes y a profesionales de la salud.

En relación con la Regulación de precios de medicamentos: En 2013, mediante la Circular 03 de la Comisión de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se estableció la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios de medicamentos. Entre 2013 y 2020, se han sometido a control directo los precios de 2.500 presentaciones comerciales de medicamentos, con ahorros de más de \$5,3 billones. Mediante los Decretos 433 y 710, ambos de 2018, se estableció la competencia para el control de precios de medicamentos nuevos a partir de su valor terapéutico.

Es por esto que, desde el año 2013 se han sometido a control directo de precios 174 presentaciones comerciales de medicamentos oncológicos correspondientes a 39 moléculas, con una contención del gasto, que se estima en COP \$2.648.771.428.670 (2,6 billones de pesos) como resultado del control de precios. A continuación, se presentan las molecular intervenidas:

Temozolomida, Capecitabina, Cetuximab, Sorafenib, Bortezomib, Bevacizumab, Nilotinib, Imatinib, Trabectedin, Brentuximab, Vedotina, Afatinib, Vemurafenib, Axitinib, Ruxolitinib, Azacitidina, Cabazitaxel, Ipilimumab, Irinotecan, Nivolumab, Panitumumab, Tretinoin, Lapatinib, Trastuzumab, Emtasina, Blinatumomab, Bosutinib, Citarabina, Dabrafenib, Gefitinib, Nintedanib, Olaparib, Palbociclib, Pegaspargasa, Ribociclib, Rituximab, Trastuzumab, Doxorubicina, Idarrubicina, Oxaliplatino y Paclitaxel.

Desde 2016 se realiza vigilancia activa por parte de la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos a los actores que sobrepasan los precios injustificadamente por encima de la variación

del índice de Precios del Consumidor y sobre los precios máximos de venta establecidos por la Comisión. Desde 2018 se elaboran boletines informativos derivados de la información registrada en SISMED (URL: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>).

Acciones para favorecer las flexibilidades de propiedad intelectual: Mediante la Resolución 2475 de 2016 se determinó la declaratoria de existencia de razones de interés público para el medicamento Imatinib, que llevó al establecimiento de una metodología para regulación de precios de medicamentos en situaciones especiales (Circular 03 de 2016 de la CNPMDM), y al sometimiento a control directo de precios del Imatinib (Circular 04 de 2016 de la CNPMDM).

Desarrollos normativos de medicamentos:

En materia de medicamentos de síntesis, en 2016 se expidieron las Resoluciones 1160 de 2016 y 886 de 2019, que establecieron la Guía de Buenas Prácticas Manufactura de Medicamentos de Síntesis, y la Resolución 1124 de 2016 definió los criterios y requisitos para el estudio de Biodisponibilidad y Bioequivalencia. Así mismo, en 2018 la Resolución desarrolló los aspectos normativos en materia de estabilidad de medicamentos de síntesis. Por otro lado, las Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos fueron establecidas mediante la Resolución 4245 de 2015.

Para medicamentos biológicos, en 2014 el Decreto 1782, estableció la regulación para el registro de medicamentos de origen vivo. En 2015, se inició la reglamentación de este decreto con la emisión de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura de Medicamentos Biológicos mediante la Resolución 5402. En el 2016, con la Guía de Estabilidad de Medicamentos Biológicos mediante la Resolución 3690 y la Guía de Evaluación de Inmunogenicidad para los Medicamentos Biológicos con la Resolución 4490. En 2017, se regularon los aspectos de Inmunogenicidad mediante la Resolución 553 y en 2019, se expidió la Guía de Comparabilidad de Medicamentos Biológicos con la Resolución 2950.

En cuanto a los medicamentos no contemplados en el plan básico de salud, en 2015, se establecieron las variables necesarias para la creación de la herramienta MIPRES, para la prescripción de medicamentos fuera del plan básico de salud, hoy Plan de Beneficios en Salud no financiados con recursos de la UPC. Entre 2016 y 2019, se definió e implementó el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios para



régimen contributivo y subsidiado, mediante las Resoluciones 1328, 2158 y 3951, todas de 2016; 1885, 2438 y 5871, todas de 2018, y 1343 de 2019.

Así mismo, dentro de las precitadas Resoluciones 1885 y 2438, ambas de 2018 se estableció el procedimiento de nominación, evaluación y aprobación de medicamentos con Usos no Incluidos en el Registro Sanitario – UNIRS que permite al Ministerio de Salud y Protección Social por iniciativa propia o a solicitud de las sociedades científicas, reportar al INVIMA los usos no incluidos en los registros sanitarios de los medicamentos que considere necesarios para salvaguardar la vida y salud de los pacientes. adjuntando la evidencia científica que soporte la eficacia o efectividad y seguridad del uso no incluido en el registro; esta solicitud es evaluada por INVIMA quien determina si debe incluir en el registro o en el listado UNIRS. A la fecha se cuentan con 176 usos disponibles para la prescripción por parte del profesional de la salud, dentro de las cuales el 50% aproximadamente es para indicaciones oncológicas.

Como quiera que mediante la Ley 16 de 1960 ⁽¹¹⁾, Colombia es uno de los estados miembros del Organismo Internacional de Energía Atómica -OIEA- y en armonía con lo establecido por esta instancia para el manejo de los equipos generadores de radiaciones ionizantes, y con el fin de posibilitar el cumplimiento nacional de las normas básicas internacionales de seguridad radiológica, este Ministerio celebró el proyecto de cooperación técnica con el OIEA, denominado “Generación de infraestructura reguladora para el control de equipos emisores de radiaciones ionizantes”, el cual se ejecutó entre los años 2014 y 2015, brindándose el apoyo técnico al Ministerio de Salud y Protección Social, para la reestructuración de la infraestructura sostenible para el control de las exposiciones a radiaciones ionizantes, particularmente en las prácticas médicas.

Este proyecto permitió iniciar la actualización de la normativa nacional, relacionada con radiología y radioterapia; la cual se materializó inicialmente mediante la promulgación de la Resolución 482 de 2018 ⁽¹²⁾, con la que se modificó la Resolución 9031 de 1990 ⁽¹³⁾, actualizando la reglamentación para el uso de equipos generadores de radiación ionizante, mediante el licenciamiento de esta tecnología en salud, así como la prestación de servicios de protección radiológica en prácticas médicas. Esta actualización permite iniciar la sistematización de la

¹¹ “Por la cual se aprueba el Estatuto del Organismo Intercontinental de Energía Atómica, suscrito en la Ciudad de New York el 26 de octubre de 1956”

¹² “Por el cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiaciones ionizantes, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones

¹³ “Por la cual se dictan normas y se establecen Procedimientos relacionados con el funcionamiento y operación de equipos de rayos X y otros emisores de radiaciones ionizantes y se dictan otras disposiciones”

información sobre las tecnologías biomédicas para atención del cáncer, mediante la estructuración de un sistema que permita un censo de la capacidad instalada nacional y regional de la tecnología biomédica en mención. De igual forma, con la utilización de ese sistema, se permite la vigilancia del estado actual del equipamiento en servicios para la atención integral del cáncer, por parte de las Entidades Territoriales de Salud, dado que cuentan con los estándares para realizarlos, denominados protocolos de control de calidad. **Meta Cumplida.**

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

En el marco del desarrollo del proyecto de cooperación técnica con el OIEA, mencionado en el punto anterior, se solicitó y obtuvo desde ese organismo internacional, el aplicativo RAIS (Sistema de Información para Autoridades Regulatorias), el cual se instaló en un servidor del Ministerio de Salud y Protección Social, sistema que se encuentra en proceso de adaptación y adopción para el país; con el fin de sistematizar el inventario de licencias de servicios de protección radiológica y control de calidad, establecidas así:

- Licencia de prestación de servicios de protección radiológica y control de calidad: Otorgada por la entidad territorial de salud de carácter departamental o distrital (según la jurisdicción en la que se encuentre las instalaciones a las cuales se otorgue), a la persona natural o jurídica que preste servicios de protección radiológica y control de calidad a los equipos generadores de radiación ionizante.
- Licencia de práctica médica. Otorgada por la entidad territorial de salud de carácter departamental o distrital (según la jurisdicción en la que se encuentre la instalación), a través del cual se faculta al prestador de servicios de salud a hacer uso de equipos generadores de radiación ionizante durante un período determinado.

Esa sistematización posibilitará contar con un inventario de la capacidad instalada nacional y regional, para prestación de servicios de diagnóstico, diagnóstico temprano de cáncer, así como su tratamiento.

Con el fin de contar con un inventario inicial de la capacidad instalada, se realiza una encuesta a las IPS que reportan en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) servicios de radiología y radioterapia; el resultado de esta se está procesando.

De igual manera, la Resolución 482 de 2018 establece la adopción de protocolos de control de calidad para las familias de equipos con radiaciones ionizantes, que se utilizan en el diagnóstico y tratamiento del cáncer; lo que permite que se cuente con los estándares mediante los cuales se realiza seguimiento al estado de los mismos, como requisito para la emisión y conservación de las licencias de prácticas médicas.

El tema específico de protocolos de control de calidad nacionales, así como guía para garantía de calidad para mamografía, se desarrolla en un grupo de trabajo sectorial, conformado entre la Dirección de Medicamentos y Tecnología en Salud, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, invitación a la Dirección de Promoción y Prevención, y el Instituto Nacional de Cancerología. El mencionado grupo de trabajo desarrolla el “Programa para la garantía de calidad en radiología y radioterapia en Colombia”, cuyas características se describen a continuación.

Objetivo General del programa: Conformar, implementar, articular y promulgar el control y la garantía de la calidad para radiología y radioterapia en Colombia, iniciando con mamografía.

Objetivos específicos:

- ✓ Implementar el marco normativo actualizado, articular el mismo para que responda a la necesidad nacional y al estándar internacional de seguridad y calidad para radiaciones ionizantes utilizadas en radiología y radioterapia.
- ✓ Implementar y actualizar el sistema de autorización, vigilancia, y control para la seguridad radiológica en Colombia.
- ✓ Diseñar, articular e implementar el sistema de información para la protección y seguridad radiológica.
- ✓ Armonizar la autoridades institucionales, sectoriales, intersectoriales e internacionales para la protección y seguridad radiológica
- ✓ Cumplir con la implementación del mandato establecido en la resolución 482 de 2018, en lo relacionado con la implementación de los protocolos de control de calidad para servicios de radiología y radioterapia, así como la estructuración de la garantía de calidad y la protección radiológica en los servicios antes mencionados.
- ✓ Dar cumplimiento al acuerdo 98 de la Negociación Colectiva 2019, según el cual se debe de estructurar un programa para determinar las características actuales de la prestación de los servicios y operación de los equipos de Rayos x, que propenda por el mejoramiento de las condiciones de operación del servicio, en cumplimiento de la resolución 482 de 2018.



- ✓ Estructurar, implementar, validar y promulgar las guías de garantía de la calidad, protocolos de control de calidad y protección radiológica, mediante un piloto para las redes regionales de prestadores de servicios con esta tecnología.
- ✓ Estructurar una red con los responsables de realizar y auditar la garantía de calidad en radiología y radioterapia, que permita la instrumentación y el seguimiento la mencionada garantía; aplicando los lineamientos del decreto 2106 de 2019.

A la fecha el grupo de trabajo tiene en revisión los protocolos nacionales de control de calidad para mamografía analógica, CR y Digital; de igual manera está en revisión la guía para garantía de calidad de mamografía. Para las demás familias de equipos, se cuenta con una propuesta inicial de protocolos, presentada por la Universidad Nacional, sede Medellín, producto de contrato celebrado con la mencionada Institución. Hasta tanto se oficialice las versiones nacionales de los protocolos de control de calidad, la norma precitada contempla la utilización como mínimo, lo establecido en el ARCAL XLIX y el TECDOC 1151 del OIEA¹⁴.

El Instituto Nacional de Cancerología (INC), como institución adscrita al MSPS cuenta con una Unidad de vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva en donde se realiza de forma periódica la Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos, en el marco del Sistema de Gestión de Tecnología.

En cuanto al uso de tecnologías para la atención integral del cáncer, Colombia aún no cuenta con experiencias de la aplicación de telemedicina en cáncer, pero dispone de un marco normativo, la telesalud se estableció como política bajo la Ley 1419 de 2010, en la que determina la telemedicina como la modalidad de provisión. En el caso específico de oncología, la transición y adopción de formas de prestación por telemedicina ha iniciado de forma paulatina con una cobertura exigua de 1,3% de los servicios oncológicos habilitados bajo el modo de telemedicina, donde el 65% actúa como centro de referencia y el 35% como institución remisor. El mayor número de servicios corresponden al grupo de consulta externa especializadas: dolor y cuidados paliativos, oncología clínica, cirugía oncológica, hematología pediátrica, hematología oncológica y radioterapia; otros servicios pertenecen del

¹⁴ Idem. Referencias 9,10 y 11



grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: quimioterapia, radioterapia y medicina nuclear¹⁵. **Se cumple parcialmente la meta.**

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

3.3.1 Garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de 5 cánceres con mortalidad prematura evitable (mama, cuello uterino, colon y recto, próstata, y leucemias agudas pediátricas) en el 100% de los casos.

La meta relacionada con garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de 5 cánceres con mortalidad prematura evitable (cuello uterino, mama, colon y recto, próstata, y leucemias agudas pediátricas) en el 100% de los casos se puede analizar mediante la información suministrada por la Cuenta de Alto Costo. Es importante mencionar que, en el año 2015, el cálculo del diagnóstico al tratamiento se realizaba discriminado en inicio a quimioterapia, radioterapia y otras, las figuras muestran para el año en mención los días transcurridos desde el diagnóstico y hasta el inicio del tratamiento con quimioterapia. En adelante ya el dato corresponde al tratamiento en general.

Las rutas de atención tienen establecido unos hitos que definen los tiempos entre la sospecha al diagnóstico para cada cáncer e inicio de tratamiento y propone incrementar progresivamente la oportunidad en la confirmación de casos de cáncer de cuello uterino, próstata, colon-recto- mama y LAP hasta lograr que esta sea inferior a 30 días al igual que en la oportunidad del inicio del tratamiento.

En cuanto a la oportunidad en la atención del cáncer de cuello uterino; la Cuenta de Alto Costo la define como la posibilidad que tienen los individuos para acceder al sistema de salud y la expresan como el número de días a partir de un evento temporal pasado y hasta un evento temporal posterior. En el año 2019 se encontró que entre la sospecha médica hasta el diagnóstico transcurrieron 34 días (mediana). En cuanto al tiempo entre diagnóstico y primer tratamiento la mediana fue de 70,5 días¹⁶. Figura 13 y 14

En el año 2018 los tiempos fueron superiores respecto al año 2019, entre la sospecha médica hasta el diagnóstico (43 días-mediana), caso contrario entre el diagnóstico y primer tratamiento (69 días-mediana).

¹⁵ Instituto Nacional de Cancerología. Boletín de Vigilancia Tecnológica. Sistema de Gestión de Tecnología. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología ESE. Grupo de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos. Diciembre de 2017 - Vol. 3 No.2- ISSN:2463-2244.

¹⁶ Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Año 2019.

Figura 13. Oportunidad de la atención en cáncer de cuello uterino en los casos nuevos reportados (In situ e invasivos) de la sospecha al diagnóstico. Colombia 2015-2019.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019
Elaboración Observatorio Nacional de Cáncer, Ministerio de Salud y Protección Social.

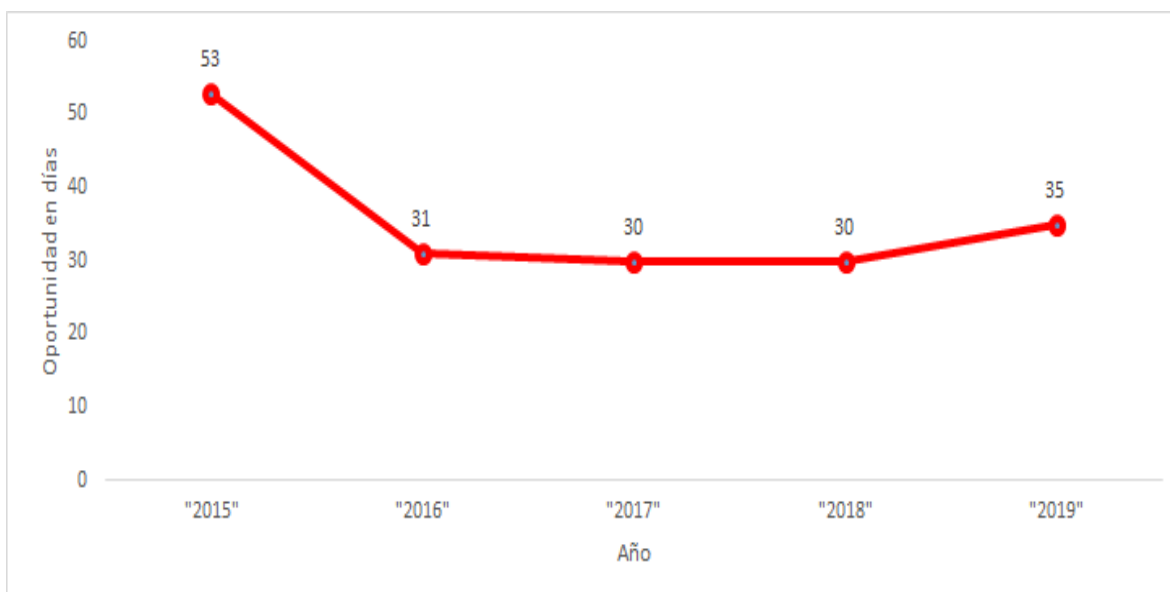
Figura 14. Oportunidad de la atención en cáncer de cuello uterino en los casos nuevos reportados (In situ e invasivos) del diagnóstico al primer tratamiento. Colombia 2015-2019.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019
Elaboración Observatorio Nacional de Cáncer, Ministerio de Salud y Protección Social.

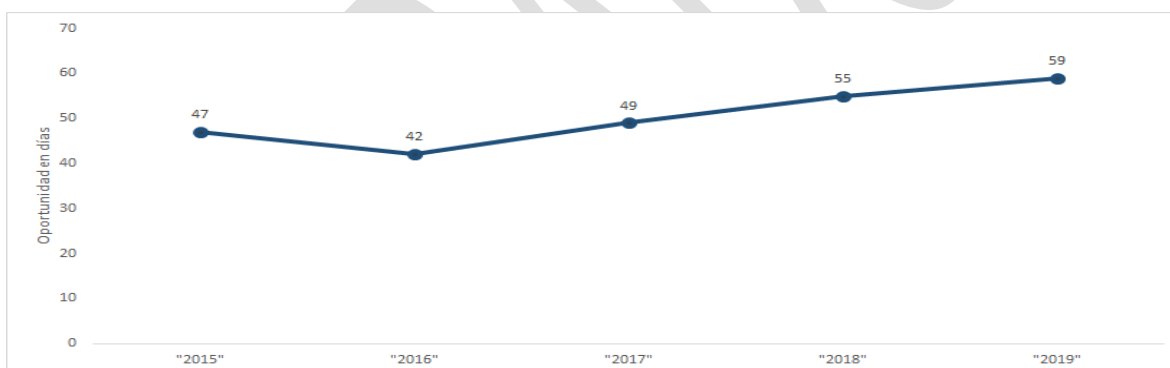
La oportunidad en la atención del **cáncer de mama**, para los casos nuevos reportados, se encontró que, entre la sospecha médica y el diagnóstico oncológico en el año 2019, transcurrieron 35 días (mediana) y una media de 57,2 días. En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento fue de 59 días (mediana) y una media de 70,51 días. Figura 15 y 16

Figura 15. Oportunidad de la atención en cáncer de mama en los casos nuevos reportados de la sospecha al diagnóstico. Colombia 2015-2019.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019

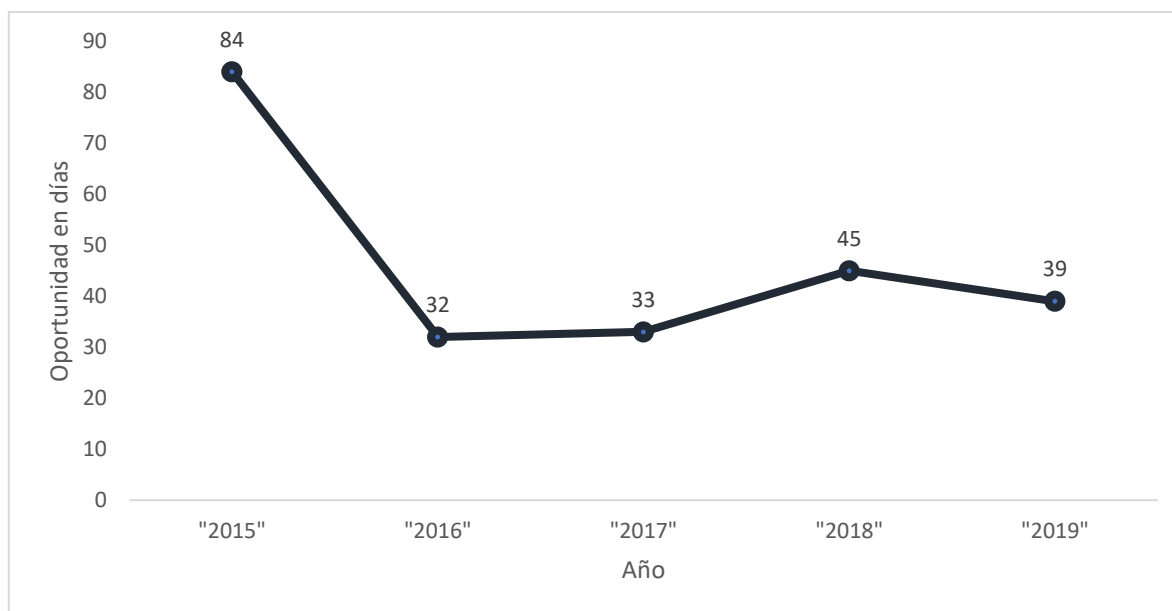
Figura 16. Oportunidad de la atención en cáncer de mama en los casos nuevos reportados del diagnóstico al primer tratamiento. Colombia 2015-2019.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019

En la oportunidad de la atención del **cáncer de próstata**, para los casos nuevos reportados en el año 2019, se estableció que desde la sospecha médica hasta el diagnóstico oncológico transcurrieron 39 días (mediana) y una media de 71 días y entre el diagnóstico y el primer tratamiento, 68,9 días (mediana) y una media de 81,8 días. Figura 17 y 18

Figura 17. Oportunidad de la atención en cáncer de próstata en los casos nuevos reportados de la sospecha al diagnóstico. Colombia 2015-2019.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019

Figura 18. Oportunidad de la atención en cáncer de próstata en los casos nuevos reportados del diagnóstico al primer tratamiento. Colombia 2015-2019.



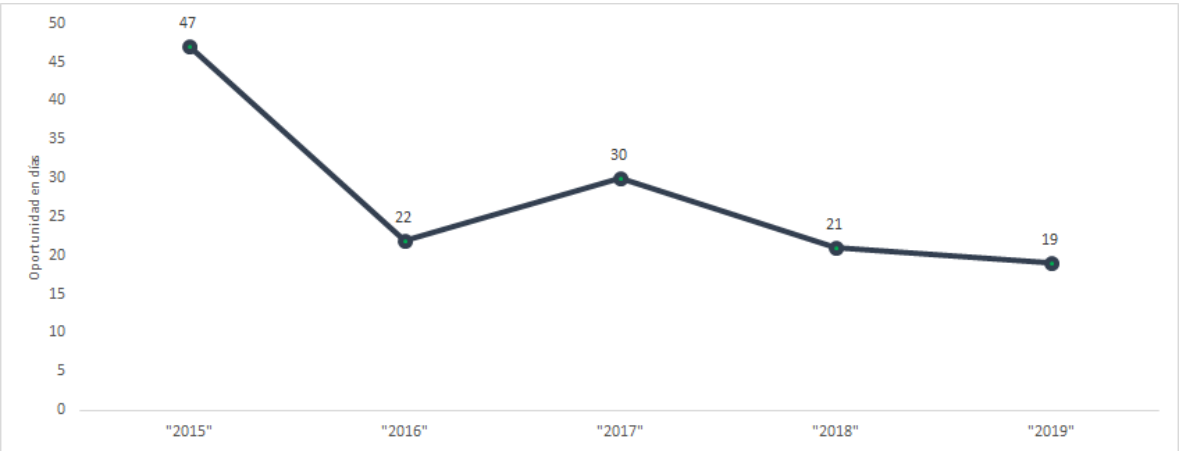
Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019
Elaboración Observatorio Nacional de Cáncer, Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el **cáncer de colon y recto**, el valor de la oportunidad, la Cuenta de Alto Costo la toma a partir de la diferencia entre un punto temporal ulterior menos un punto temporal antecedente, generando estimaciones en días que determinan el tiempo transcurrido entre los eventos, para cada grupo considerado en el análisis.

El rango temporal la sospecha hasta el diagnóstico fue definida como el tiempo que transcurre entre la nota de remisión o interconsulta por parte del médico o institución general, hasta el momento en el que se realiza el diagnóstico oncológico, mientras que el rango temporal del diagnóstico al tratamiento fue definido como el tiempo que transcurre entre el diagnóstico oncológico hasta el inicio del primer tratamiento.

Para el año 2019, la mediana es de 19 días entre la sospecha clínica hasta el diagnóstico. Con relación al tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento, la mediana fue de 51 días. Figura 19 y 20

Figura 19. Oportunidad de la atención en cáncer de colon y recto en los casos nuevos reportados de la sospecha al diagnóstico. Colombia 2015-2019.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019
Elaboración Observatorio Nacional de Cáncer, Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 20. Oportunidad de la atención en cáncer de colon y recto en los casos nuevos reportados del diagnóstico al primer tratamiento. Colombia 2015-2019.



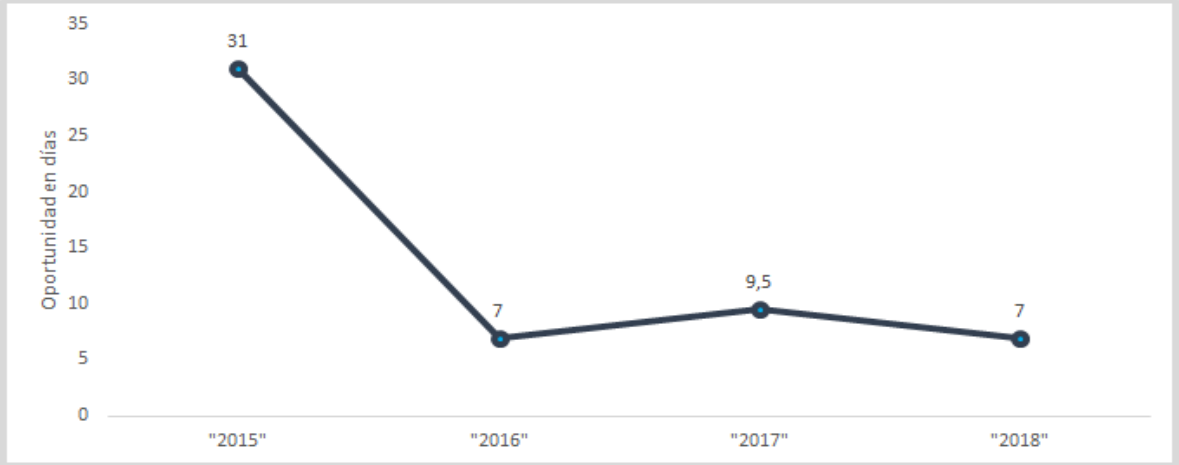
Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019
Elaboración Observatorio Nacional de Cáncer, Ministerio de Salud y Protección Social.

En general es más oportuna la atención entre la sospecha y el diagnóstico que entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. **Meta no cumplida.**

Y, la oportunidad de la atención en **leucemias agudas pediátricas** en el 2018 fue de 21,8 días entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica con una mediana de 7 días. La oportunidad entre el diagnóstico y el primer tratamiento mostró una media de 23,1 días y una mediana de 3 días. La Cuenta de alto Costo

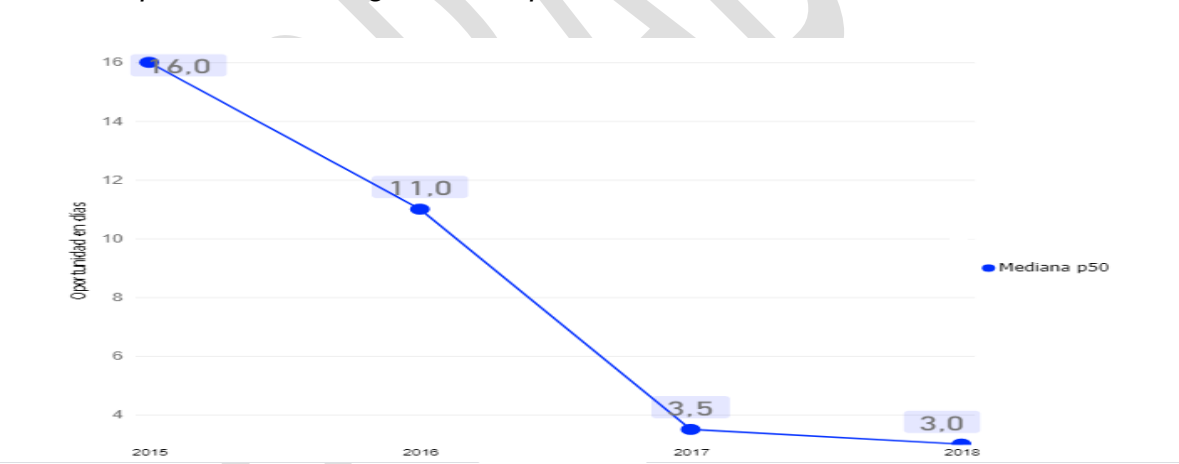
recomienda dar prioridad a la mediana dada la dispersión de datos y la presencia de datos extremos. Figura 21 y 22

Figura 21. Oportunidad de la atención en Leucemia Aguda Pediátrica en los casos nuevos reportados de la sospecha al diagnóstico. Colombia 2015-2018.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2018

Figura 22. Oportunidad de la atención en Leucemia Aguda Pediátrica en los casos nuevos reportados del diagnóstico al primer tratamiento. Colombia 2015-2018.



Fuente: Situación del Cáncer en población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Cuenta de Alto Costo. Año 2015-2019
Elaboración Observatorio Nacional de Cáncer, Ministerio de Salud y Protección Social.

3.3.2 **Desarrollar acciones encaminadas a aumentar la supervivencia de los menores de 18 años con leucemia aguda pediátrica (LAP) en 2021. (Línea de base: 41% - Registro Poblacional de Cáncer de Cali 2009).**

Teniendo en cuenta que el cáncer infantil no es una enfermedad prevenible, la supervivencia es la medida más relevante para evaluar los avances en el control de este grupo de enfermedades. En este sentido de acuerdo con los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Cali, se observa una mejora en la supervivencia global a 5 años, en los últimos años, pasando de 40% entre 1994 y 2003 a 53%, en el periodo

2009 a 2018 (Boletín de resultados, febrero 2019. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer Pediátrico de Cali - VIGICANCER). Esta mejora está relacionada con avances importantes en la cobertura de aseguramiento, incorporación de nuevas tecnologías y tratamientos, centros especializados de alta calidad, talento humano entrenado, entre otros.

El país desde lo político también cuenta con avances relacionados con la reglamentación de la ley 1388 del 2010 y es así como se expedieron los siguientes actos administrativos:

- **Resolución 163 del 1 de febrero de 2012**, *“Por la cual se reglamenta el Consejo Nacional y Departamentales de Cáncer Infantil”*.
- **Resolución 2590 de agosto 31 de 2012**, *“Por la cual se constituye 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, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010”*.
- **Resolución 4496 de diciembre 28 de 2012**, *“Por la cual se organiza el sistema de información del cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer”*.
- **Resolución 4331 del 21 de diciembre de 2012**, *“Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. En su artículo 10 define que las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia en pacientes con cáncer (niños y adultos) que sigan guías o protocolos se harán por una única vez incluyendo la totalidad del tratamiento definido en la guía o protocolo. En aquellos casos de cáncer sin guía o protocolo, la autorización a expedir deberá cubrir al menos 6 meses”*.
- **Resolución 1383 del 2 de mayo de 2013**, *“Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021”*.
- **Resolución 1440 del 6 de mayo de 2013**, *“Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010 y 13 de la Ley 1388 del mismo año (Se definen las condiciones bajo las cuales deben funcionar los hogares de paso)”*.
- **Resolución 1442 del 6 de mayo de 2013**, *“Por la cual se adoptan las Guías de práctica clínica –GPC para el manejo de las Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata y se dictan otras disposiciones”*.
- **Resolución 1552 del 14 de mayo de 2013**, *“Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-Ley 019 del 2012 (Tiempos máximos en la asignación de citas de pacientes con cáncer)”*.



- **Resolución 1604 del 17 de mayo de 2013**, “Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto-Ley 0019 de 2012 (Entrega de medicamentos)”.
- **Resolución 247 del 04 de febrero de 2014**, “Por la cual se establece el registro de pacientes con cáncer (Cuenta de Alto Costo)”.
- **Resolución 2003 del 28 de mayo del 2014**, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud”. Derogada por la actual **Resolución 3100 de 2019**.
- **Circular 4 del 17 de julio de 2014**, “Por la cual se imparten instrucciones respecto de la prestación de servicios de salud de personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer”.
- **Resolución 418 del 14 de febrero de 2014**. “Por la cual se adopta la ruta de atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia en Colombia”.
- **Resolución 1868 de 2015**, “Por la cual se establecen los criterios para la conformación de la Red virtual de las Unidades de Cáncer Infantil UACAI”.
- **Resolución 5283 de 2015**, “Por la cual se designan los representantes ante el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil”.
- **Resolución 1441 de 2016**, “[...] estándares y criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de salud”
- **Resolución 1477 de 2016**, “[...] habilitación de Unidades Funcionales para la Atención del Cáncer de Adulto y Unidades de Atención de Cáncer Infantil”.
- **Resolución 256 de 2016**, “Por la cual se dictan disposiciones en relación al Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo”.
- **Resolución 3280 de 2018**, “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud [...] Se adoptan los procedimientos de obligatorio cumplimiento para la detección de cáncer de mama, cuello uterino, próstata y colon y recto”.
- **Resolución 1918 de 2019**, “Por la cual se nombran representantes ante el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil”.
- **Resolución 3339 de 2019**, “Por la cual se establece e Implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - ECO, para los cánceres priorizados”.
- **Resolución 2263 de 2020** “Por la cual se establecen disposiciones para la selección de miembros y funcionamiento del Consejo Nacional Asesor en Cáncer Infantil y de los Consejos Asesores en Cáncer Infantil a nivel territorial



- *Ley 2026 de 2020 “Por medio de la cual se modifica la ley 1388 de 2010, se establecen medidas para garantizar la prestación de servicios de salud oncopediátrica y se declara la atención integral como prioritaria a los menores con cáncer y se dictan otras disposiciones” -ley Jacobo*

Por otro lado, con la expedición de la Ley 1733 de 2014 “Ley Consuelo Davis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”, este Ministerio adelantó de forma colegiada con las entidades del sector, la sociedad científica y civil el proceso reglamentario, que a la fecha incluye la adopción de las siguientes normas:

- **Circular 022 de 2016**, Lineamientos y Directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor.
- **Circular 023 de 2016**, Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos.
- **Resolución 1441 de 2016**, “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de la Redes Integrales de Prestaciones de Servicios de Salud”.
- **Resolución 1051 de 2016**, “Por medio de la cual se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada”. Derogada.
- **Resolución 1416 de 2016**, “Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014”.
- **Resolución 2665 de 2018**, “Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Deroga la Resolución 1051 de 2016”.

Este robusto marco normativo ha sido difundido entre los actores del sistema, no obstante, aún se documentan situaciones de incumplimiento en el proceso de atención en este grupo de población. Por lo anterior, impera que las entidades competentes para la Inspección, Vigilancia y Control (IVC), a saber, Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de Salud, fortalezcan su quehacer, con el desarrollo de las acciones correspondientes para vigilar el cumplimiento de dichas normas.

Por otro lado, en los últimos años, y dada la relevancia del cáncer en la salud pública colombiana, se han adoptado un conjunto de instrumentos de política pública en los cuales se posiciona el cáncer como una prioridad del Gobierno y se establecen metas, intervenciones y estrategias para avanzar en la reducción de la incidencia y

mortalidad por esta causa. A la fecha se encuentra definidos los siguientes instrumentos que permiten fortalecer la gestión del cáncer infantil y las Leucemias Agudas Pediátricas:

- Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021
- Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
- Política Integral de Atención en Salud
- Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 Pacto por Colombia – Pacto por la Equidad.

En la tabla 12 se puede analizar la supervivencia observada donde la supervivencia global a 5 años más elevada está dada en los niños diagnosticados con carcinomas y melanomas con un 94,7%, seguida del retinoblastoma es del 74,2% y los linfomas y neoplasias relacionadas (68,9%), en cambio las leucemias en menores de 18 años o alcanzan ni siquiera el 60% de supervivencia (55,6%), siendo el diagnóstico de mayor frecuencia en estas edades. Tabla 10

Tabla 10. Frecuencia de casos de cáncer infantil y supervivencia global observada a 5 años. Cali, Colombia 2009-2013

Frecuencia de casos de Cáncer Infantil y supervivencia global observada a 5 años. Cali, Colombia 2009-2013

Grupo ICC-3	Niños (%)	Adolescentes (%)	SO	IC 95%
I Leucemia	37.6	26.7	55.6	48.9-61.0
II Linfomas y neoplasias relacionadas	11.4	14.1	68.9	60.0-76.2
III Neoplasias del SNC	18.7	13.6	31.8	24.0-39.9
IV Neuroblastoma	2.9	0.4	40.9	22.6-58.3
V Retinoblastoma	5.3	0.0	74.2	59.0-84.5
VI Tumores renales	5.0	0.4	63.8	47.1-76.5
VII Tumores hepáticos	1.4	0.0	55.0	25.8-76.8
VIII Tumores del hueso	4.8	14.8	34.0	21.9-46.5
IX Sarcomas de tejidos blandos	5.7	5.1	37.2	24.3-50.0
X Tumores de células germinales	3.9	10.1	60.2	44.2-72.9
XI Carcinomas y melanoma	2.4	14.1	94.7	68.1-99.2
XII Otros tumores malignos y los no especificados	1.0	1.1	44.9	17.2-69.4

ICC-3: Clasificación Internacional Cáncer Infantil versión 3. ICC-3 por su sigla en inglés (ICC-3, International Classification of Childhood Cancer)
SO: Supervivencia observada global a 5 años. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Bravo LE/et al/Colombia Médica –Vol. 49 No.1 2018

Otra gestión importante frente a la supervivencia de menores de 18 años diagnosticados con cáncer infantil está el funcionamiento del Consejo nacional asesor de Cáncer Infantil y los departamentales de acuerdo con lo reglamentado en la Resolución 163 de 2012. A la fecha están en funcionamiento el Consejo nacional asesor de Cáncer Infantil y 18 Consejos Departamentales Asesores de Cáncer infantil (CODACAI), en los departamentos de Antioquia, Santander, Norte



de Santander, Huila, Quindío, Cesar, Atlántico, Nariño, Caldas, Bolívar, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca, Meta, Cundinamarca, Magdalena, Sucre y Bogotá D.C.

Para el seguimiento y monitoreo del funcionamiento de los CODACAI, a partir del 2019, se desarrolló un formulario virtual de reporte semestral, con corte 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, el cual permite verificar además de la información del funcionamiento, ver la conformación y el cumplimiento del Plan de Acción Anual de los CODACAI. En vista que la gestión ha sido muy nutrida se considera **cumplida la meta**.

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

El país con un **modelo de atención integral**, el MSPS adopta, por medio de la resolución 429 de 2016, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en donde se incluyen a los pacientes con cáncer y que fue modificada mediante la resolución 2626 del 27 de septiembre de 2019 y se adopta el modelo de acción integral territorial MAITE.

Actualmente se cuenta con 5 Rutas Integrales de Atención en Salud para las personas en riesgo o con presencia de cáncer, las cuales acogieron para su construcción la metodología presentada en la Resolución 3202 de 2016 (cáncer de mama y cuello uterino), cáncer de próstata y colon y recto (resolución 3280 de 2016) y 5 rutas que ya se encuentran validadas (pulmón, estómago, cáncer de piel no melanoma, leucemias y linfomas en adulto, tumores hematolinfoides en menores de 18 años).

Desde al año 2014, el país cuenta con la **Ruta Integral de Atención para niños con presunción o diagnóstico de Leucemia**, que ha permitido organizar los procesos dentro de las instituciones (IPS y EAPB), agilizar los trámites administrativos para la autorización de los tratamientos de niños y niñas con leucemias y fortalecer la exigencia de derechos por parte de los usuarios y sus familias, entre otros aspectos, la cual conto con una modificación en el año 2018 incluyendo linfomas Hodkin y no Hodkin.

Se cuenta con el **Módulo de Cáncer en la niñez de la Estrategia AIEPI**, el cual permite la incorporación de herramientas para el diagnóstico temprano de cáncer infantil a nivel del prestador primario, constituyéndose como un instrumento clave para las intervenciones de valoración integral y educación definidas en la **Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud** y las Guías de Práctica Clínica de leucemias linfoides aguda, leucemia mieloide aguda, linfomas Hodgkin y no Hodgkin. Y se cuenta con las rutas integral de atención del cáncer de cuello uterino y de



mama para mujeres, cáncer de próstata para hombres, y colon y recto para las dos poblaciones. **Meta cumplida.**

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

Mediante la resolución 2590 de agosto 31 de 2012, se constituye 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, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010.

A partir de lo definido en la Resolución 4496 de 2012 y en coordinación con la Dirección de Epidemiología y Demografía se avanzó en la definición de la Guía metodológica para la constitución del Observatorio Nacional de Cáncer, dicho documento sentó las bases para dar paso al desarrollo del sitio web del Observatorio el cual ya tiene un avance del 95% en su implementación.

De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección social expidió la resolución 1419 del 6 de mayo de 2013, en donde establece los parámetros y las condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y las unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación; la resolución 256 de 2016, que dicta disposiciones en relación al Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo; en la resolución 3280 de 2018, en la ruta de promoción y mantenimiento contempla indicadores de monitoreo (Cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colon y recto), de igual forma en la resolución 3339 del año 2019 “mecanismo de distribución de la UPC para EPS de los cánceres priorizados. **Se cumple la meta**

4. LÍNEA ESTRATÉGICA 4. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES Y SOBREVIVIENTES CON CÁNCER





La línea 4- Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer se encuentra orientada a la atención integral del paciente oncológico la cual debe estar enfocada desde el punto de vista biológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente.

4.1 Organización de la oferta 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.

La ley 1733 de 2014, Ley Consuelo Devis Saavedra “mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”, determina la importancia de que los pacientes afronten estas enfermedades, así como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, desde los aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. De igual forma, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

El artículo 5° de la Ley en mención describe los derechos de los pacientes, relacionados con el cuidado paliativo:

1. *Derechos al cuidado Paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.*
2. *Derecho a la información: Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas*



terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información sobre los cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

3. *Derecho a una segunda opinión: El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.*
4. *Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada*
5. *Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo: Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.*
6. *Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.*
7. *Derecho de los familiares. Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad.*

El artículo 6° establece las Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud EPS y las Instituciones Prestadoras de Salud IPS Públicas y Privadas.

En el Parágrafo 2°. la Superintendencia Nacional de Salud vigilará que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), del Régimen Subsidiado, Contributivo y Especial incluyan en sus redes integradas la atención en Cuidados Paliativos según los criterios determinantes de las redes integradas de servicios de salud que garanticen el acceso a este tipo de cuidados de forma especializada, a través de sus profesionales y sus Unidades de Atención. Además, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán en cuenta el mismo criterio, referente a las redes integradas, al aprobar y renovar el funcionamiento de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), tanto públicas como privadas, salvo las



excepciones definidas en la norma que competan al Ministerio de Salud y Protección Social.

En lo relacionado a formación del Talento Humano la Resolución 1416 de 2016 en el artículo 1° “Adiciónese en el numeral 2 Condiciones de Habitación, numeral 2.3 Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica, numeral 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio”, numeral 2.3.2.1 “Todos los Servicios” del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado en la Resolución 2003 de 2014, los siguientes criterios en los estándares que a continuación se señalan: Talento humano: *En los servicios diferentes a consulta externa especialidades médicas, donde se atienden pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se les decida como conducta médica o por solicitud del paciente, el manejo del dolor y cuidado paliativo el médico tratante deberá contar con certificado de formación para el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuando no sea especialista en dolor y cuidado paliativo.*

En relación con la Resolución 1441/16, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones, en los estándares de operación de la red se incluye la atención oncológica y cuidado paliativo y la circular 023 del 2016, se imparte instrucciones para garantizar derechos a pacientes en cuidado paliativo.

Se cuenta también con lineamientos para la atención integral de cuidados paliativos y se definieron y establecieron las intervenciones e individuales de atención en cuidados paliativos transversales a las RIAs. Se elaboró la Herramienta Técnica para la autoevaluación e implementación de procesos de Atención Integral en Cuidados Paliativos, con pilotaje en 8 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Se expidió la resolución 2665 de 2018, documento de voluntad anticipada, que derogó la resolución 1051 de 2016 y se elaboró la Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción) en el año 2016.

La circular 022 de 2016 describe los Lineamientos y Directrices para la Gestión del Acceso a Medicamentos Opioides para el Manejo del Dolor. En el marco de las competencias asignadas en el Decreto 4107 de 2011 y atendiendo lo dispuesto en el artículo 80 de la Ley 1733 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social exhorta al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), Direcciones Territoriales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de los Regímenes Contributivo, Subsidiado, Especial y de



Excepción, Prestadores de Servicios de Salud, Establecimientos Farmacéuticos Mayoristas y Minoristas y Usuarios, a dar cabal cumplimiento al deber de garantizar la distribución, accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos opioides para el manejo del dolor y dependencia, sus antagonistas o antídotos, las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana, cuyo manejo adecuado debe estar a cargo de personal capacitado y entrenado para la prestación de servicios a nivel hospitalario y ambulatorio.

En el año 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes en cumplimiento de lo ordenado en la Sentencia T-544 de 2017 proferida por la Corte Constitucional y teniendo en cuenta el interés superior del menor. Este acto administrativo se aplicará a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, públicas y privadas, y a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los regímenes especiales y de excepción. Entre otras contempla el derecho a cuidados paliativos pediátricos.

Finalmente se expide la Ley 2055 del 2020, donde aprueba la «Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo. En su artículo 12, numeral E, refiere que se debe adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su, entorno y su familia. En el artículo 19 “Derecho a la Salud”, refiere que los Estados parte, deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. **Se cumple la meta.**

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

El Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), como una Unidad Administrativa Especial adjunta de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud cuyo objetivo es la vigilancia y control sobre la importación, la exportación, la distribución y venta de drogas, medicamentos, materias primas o precursores de control especial, a que se refiere la [Ley 30 de 1986](#) y las demás disposiciones que expida



el Ministerio de Salud y Protección Social, así como apoyar a los programas contra la farmacodependencia que adelanta el Gobierno Nacional.

Bajo este contexto el FNE, garantiza en todo el territorio nacional el abastecimiento de medicamentos opioides mediante el Fondo Rotatorio de Estupefacientes dentro de la Secretaría, Instituto o Dirección de Salud a nivel departamental, que ejerce la vigilancia, seguimiento y control a las entidades públicas, privadas y personas naturales que procesen, manipulen, sinteticen, fabriquen, distribuyan, vendan, consuman, dispensen sustancias sometidas a fiscalización y medicamentos que las contengan; así como garantizar la disponibilidad de medicamentos Monopolio del Estado a través de la dispensación y distribución en su jurisdicción y las demás funciones que le sean asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, o la institución competente.

En la resolución 1478 del 2006, artículo 75 menciona claramente que para el uso ambulatorio e intrahospitalario de medicamentos monopolio del Estado, las EPS, ARS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Establecimientos Farmacéuticos, deben inscribirse en la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes o en los Fondos Rotatorios de Estupefacientes a nivel departamental quien expedirá el correspondiente acto administrativo siendo una manera efectiva de control frente al uso de estos medicamentos de control.

Los medicamentos opioides actualmente distribuidos por el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) son:

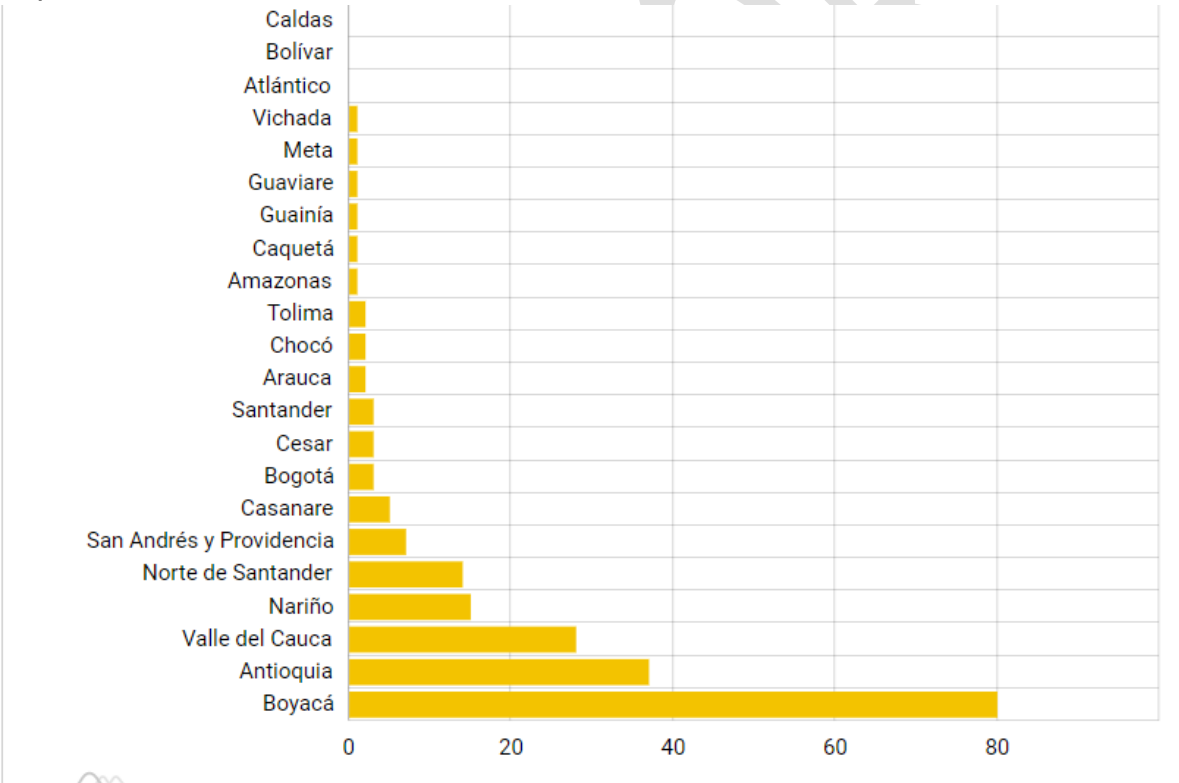
1. Morfina clorhidrato, solución inyectable 10 mg/ml
2. Morfina clorhidrato, solución inyectable 3%, vial multidosis
3. Morfina clorhidrato, solución oral 3%
4. Hidromorfona clorhidrato, tabletas 2,5 mg
5. Hidromorfona clorhidrato, tabletas x 5 mg
6. Hidromorfona clorhidrato, solución inyectable 2 mg/ml, Ampolla
7. Meperidina clorhidrato, solución inyectable, 100mg/2ml
8. Metadona clorhidrato, Tableta x 10mg
9. Metadona clorhidrato, Tableta x 40mg

Desde 2015 se inició la integración del SGC del FNE al Sistema Integrado de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social. En marzo de 2018 se logró la aprobación y publicación en el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, el Procedimiento “Gestión del Laboratorio Farmacéutico del FNE de *los medicamentos monopolio del Estado*” el cual incluye todas las actividades necesarias para gestionar las existencias de medicamentos opioides del monopolio del Estado para responder a la demanda nacional de los

mismos. Como parte de esta articulación se realizó la gestión para la implementación y seguimiento al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) en el almacén del FNE, lo que garantiza las condiciones de almacenamiento de los medicamentos y se incrementó la capacidad de almacenamiento. A través de la Circular 003 de 2017 el FNE, garantiza la disponibilidad de los medicamentos opioides monopolio del Estado.

A continuación, se presenta la relación de departamentos que tienen farmacias disponibles las 24 hora y los 7 días de la semana para dispensación de opioides, figura 23.

Figura 23. Farmacias disponibles las 24 horas para dispensación de opioides por departamento.



Fuente: Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. Consultado el 8/8/2021. <https://occp.com.co/dominios/medicamentos-y-tecnologias/farmacias-disponibles/>

El consumo de opioides – en equivalente de morfina (EM) excluyendo metadona – per cápita según lo informado a la JIFE-2012-2019, figura 24.

Figura 24. Consumo de opioides – en equivalente de morfina (EM) excluyendo metadona – per cápita según lo informado a la JIFE-2012-2019 por departamento.

Departamento	2012 ME (mg)/PER CÁPITA	2013 ME (mg)/PER CÁPITA	2014 ME (mg)/PER CÁPITA	2015 ME (mg)/PER CÁPITA	2016 ME (mg)/PER CÁPITA	2017 ME (mg)/PER CÁPITA	2018 ME (mg)/PER CÁPITA	2019 ME (mg)/PER CÁPITA
Quindío	46,40	49,81	21,64	21,52	28,09	35,90	25,15	46,04
Bogotá	9,52	11,09	11,51	11,36	16,39	19,23	22,03	24,83
Risaralda	13,31	17,10	20,24	20,13	21,61	20,38	22,95	22,51
Antioquia	8,81	14,57	16,84	16,64	18,66	13,68	13,05	17,43
Atlántico	1,50	3,19	1,37	1,36	2,11	3,26	3,32	16,92
Santander	5,81	6,29	10,68	10,63	10,09	4,04	8,40	9,90
Caldas	4,02	3,62	5,14	5,13	8,78	8,72	4,79	9,17
Valle del Cauca	1,62	4,65	5,11	5,06	4,47	10,08	9,75	5,51
Norte de Santander	3,97	5,16	5,44	5,40	4,99	2,99	5,35	4,27
Huila	0,65	–	0,95	0,94	0,68	0,78	3,81	3,81
Caquetá	0,93	0,59	0,88	0,87	2,85	2,10	1,18	3,56
Tolima	3,50	3,24	2,79	2,79	4,85	2,81	2,95	3,12
Cauca	1,17	1,06	1,85	1,83	2,64	2,05	2,59	2,20
Boyacá	1,49	1,58	1,24	1,24	2,09	3,28	1,59	1,92
Nariño	0,55	0,66	0,83	0,82	0,57	2,34	1,07	1,92

Fuente: Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. Consultado el 8/8/2021.
<https://occp.com.co/dominios/medicamentos-y-tecnologias/farmacias-disponibles/>

Por lo anterior se considera haber **cumplido la meta**.

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

No se conoce una política de reincorporación a la vida laboral de sobrevivientes de cáncer en el país. **Meta no cumplida.**

4.1.4 Contar con servicios de apoyo social y consejería para pacientes con cáncer y sus cuidadores.

En el país se cuenta con la resolución 1440 de 2013¹⁷ en donde se define las condiciones mediante las cuales deben funcionar los hogares de paso que brindarán

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1440 de 2013. *Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010 y 13 de la Ley 1388 del mismo año.*



la atención como un servicio de apoyo social para los menores de 18 años, con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de cáncer. Sin embargo, esta es sólo para niños con leucemia y no trata del tema de consejería para cuidadores. Dichos servicios corresponden a los servicios de alojamiento y alimentación prestada por un hogar de paso, así como a la garantía de los servicios de desplazamiento no incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (en adelante UPC), durante el tiempo requerido para el tratamiento. Los beneficiarios de los servicios del hogar de paso, son las personas menores de 18 años con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de cáncer, conforme a lo establecido en el artículo 2° de la Ley 1388 de 2010 y el numeral 3 del artículo 24 de la Resolución 2590 de 2012, cuya atención en salud deba realizarse en lugar diferente al de su residencia y que no cuente con las condiciones socioeconómicas, ni red de apoyo social para sufragar los gastos de alojamiento, también serán beneficiarios un familiar o acudiente quien será su acompañante.

En el párrafo 2 artículo 14 Servicio de apoyo Social de la ley 1388 de 2010: El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad no afecten de manera significativa su rendimiento académico, así como lo necesario para que el colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias. Respecto a lo anterior el ministerio de educación estableció el decreto 1470 de 2013, Por medio del cual se reglamenta el Apoyo Académico Especial regulado en la Ley 1384 de 2010 para la población menor de 18 años apoyo de entidades escolares públicas y privadas.

El decreto 1470 Define en el artículo 5, El Apoyo Académico Especial, constituye una estrategia educativa diseñada con el objetivo de garantizar el ingreso o la continuidad en el sistema educativo de la población menor de 18 años que por motivos de exámenes diagnósticos y procedimientos especializados por sospecha de cáncer, o tratamiento y consecuencias de la enfermedad, se encuentren en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Aulas Hospitalarias Públicas o Privadas y no pueden asistir de manera regular al establecimiento educativo. Este decreto incluye apoyo psicológico y asesoría desde las instituciones educativas a los niños para garantizar continuidad, adherencia y reinserción a sus actividades.

La Ley 1636 de 2013 Protección al cesante en Colombia, además de garantizar al desempleado por 6 meses la cotización a salud, pensión y subsidio familiar, le permite acceder a servicios de capacitación en competencias básicas y laborales, además de un auxilio económico La finalidad del mecanismo de protección al cesante que estableció la ley 1636 es articular y ejecutar un sistema integral de políticas activas y pasivas de mitigación de los efectos del desempleo y facilitar la



reinserción de la población cesante en el mercado laboral. El apoyo social es parcial en los niños con cáncer y no está claramente reglamentado en adultos con cáncer.

Por otro lado, la determinación del beneficiario de los servicios de apoyo social está a cargo del funcionario de la institución tratante que lo detecta, a partir de criterios socioeconómicos de la familia, entre otros la incapacidad de pago y la no disponibilidad de red de apoyo social en el lugar de la atención, situación a verificar por la EAPB o Entidad territorial que autoriza la prestación del servicio de apoyo social.

En relación con los recursos para el cumplimiento del artículo 13 de la ley 1388, es importante tener en cuenta lo siguiente:

Es así que la Ley Jacobo 2026 del 22 de julio 2020 en artículo 3 Atención prioritaria y continuidad en la prestación de los servicios. La atención de los niños con cáncer será integral, prioritaria y continuada. Para tal fin, los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud ajustarán sus procesos a la atención integral prioritaria y continuada que comprenderá presunción de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, seguimiento y control y asistencia psicosocial y familia. Aspectos que se encuentra en proceso de regulación por parte del Ministerio de Salud y Protección social.

Para el caso del transporte de paciente ambulatorio, se encuentra financiado con los recursos con cargo a la UPC (mecanismo de protección colectiva) en los municipios y corregimientos que reciben UPC adicional por dispersión geográfica para la cobertura de este transporte; y para aquellos municipios que no reciben esa prima adicional por dispersión geográfica pueden ser prescritos a través de MIPRES (mecanismo de protección individual).

Adicionalmente, en virtud a la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, y a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales en torno a la salud, gestionadas de forma diferente, y que las EPS son funcionalmente las responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.

El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto a cargo de las EPS para que estas



gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC).

Así, al equiparar el mecanismo individual con el colectivo se fortalecerá la gestión de la EPS y profundizará la atención integral del paciente. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, el 17 de febrero de 2020 expidió las Resoluciones 205 y 206, las cuales tienen por objeto establecer las disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, estas disposiciones incluyen, además de los medicamentos, los alimentos para propósitos médicos especiales (APME) y los procedimientos en salud, también a los servicios complementarios.

Efectivamente, los servicios complementarios que se gestionen y financien a través de presupuestos máximos, corresponden a aquellos prescritos por profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente, asociados a una condición de salud, prestados por la red de prestación de servicios de salud de la EPS o EOC, de conformidad con la referencia que sobre estos se disponga en la herramienta MIPRES.

Es importante señalar que la iniciativa de presupuestos máximos, es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios de salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la ley Estatutaria.

Esta estrategia cambia la forma como se gestionaban un conjunto de servicios y tecnologías en salud, incluidos los servicios complementarios en salud asociados a una condición de salud, caso particular del cáncer en la población infantil, las que se prescribían por la herramienta MIPRES. Se avanza de un mecanismo individual que en la operación causaba problemas en el flujo de recursos, en la financiación de parte de los actores, interpretación del derecho, ambiguo en las responsabilidades y gestión fraccionada, a uno integral, con un flujo de recursos expedito, evitando ambigüedades en la garantía del derecho. Es decir, que se avanza de un mecanismo individual a uno colectivo.

Por otra parte, el presupuesto máximo parte del hecho que las personas residentes en el país tienen derecho a las tecnologías y servicios en salud que estén autorizadas en el país, con lo cual los derechos de la población infantil con cáncer



adquieren especial atención. En este sentido, los actos administrativos en mención precisan que tecnologías se financian con una fuente determinada, evitando ambigüedades e interpretaciones subjetivas y sobre todo solucionan desde la perspectiva de los medios un problema que hoy afecta la gestión de la salud en la cadena, como es la disponibilidad de recursos. **Se cumple parcialmente la meta.**

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

La resolución 1441 de 2016 se adopta, conforme a lo previsto en la ley 1733 del 2014, que las entidades promotoras de SALUD-EPS están en la obligación de garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo. Además, se definen los lineamientos referentes a los servicios de cuidado paliativo, el ABC, la GPC para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción).

Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el MSPS para cada patología.

Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida¹⁸, y la Circular 023 de 2016, emite instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos.

El Instituto un documento denominado “Modelo de soporte integral y cuidado paliativo al enfermo crónico”, donde da unas pautas orientadas a satisfacer las necesidades físicas, emocionales, espirituales, sociales o de información relacionadas con la enfermedad, durante el diagnóstico y el tratamiento, desde un enfoque de prevención terciaria. Para ambos Nacional de Cancerología publicó tipos de pacientes la intervención comprende toda la trayectoria de la enfermedad

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Evaluación PDCCC año 2015.

(etapa temprana, avanzada, muerte y duelo). Los servicios de soporte incluyen CP y de final de vida. Este último conocido también como cuidados de hospice.

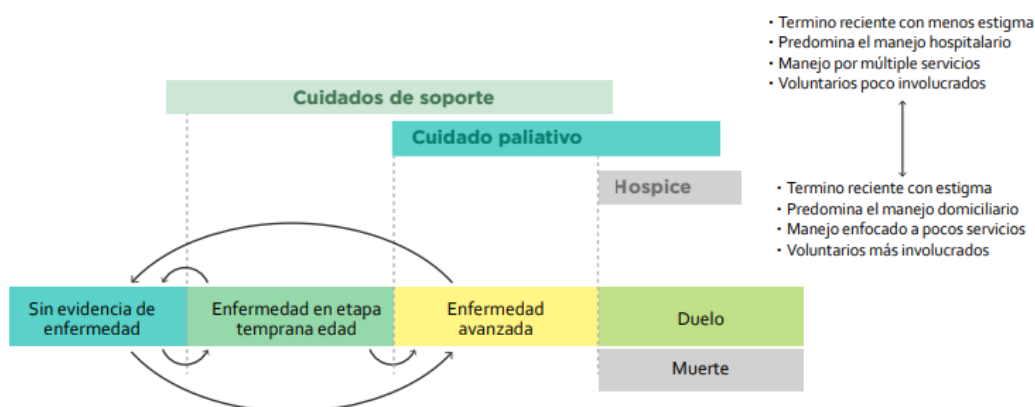


Figura 3. Modelo de integración entre cuidados de soporte y paliativos
Fuente: adaptación de Hui D, Support Care Cancer. 2013. Reproducido con autorización del autor.

Fuente: Tomado del documento “Modelo de soporte integral y cuidado paliativo al enfermo crónico”. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, D. C., octubre de 2017.

También se está trabajando en la construcción de las Rutas integrales de atención al paciente paliativo oncológico y no oncológico, adulto y pediátrico. Se considera **meta cumplida**.

5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA TECNOLOGÍA PARA EL CONTROL DEL CÁNCER



la línea 5. Gestión del conocimiento hace referencia a una información estructurada y organizada, que constituye un nivel superior en la entrega y análisis de la información. Se entiende esta gestión como "la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura, generación y difusión de conocimiento.

Dentro de las metas definidas en el plan, se encuentran:

5.1 Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio de Cáncer

Meta

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

La resolución 004496 de 2012, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer en su artículo 6, fija responsabilidades al Instituto Nacional de Cancerología relacionados con organizar, ejercer control de calidad de la información, facilitar asistencia técnica a los registros poblacionales

Frente a esto, el Instituto Nacional de Cancerología como entidad adscrita al MSPS creó la página denominada “INFOCANCER”, que es el sistema de información de cáncer en Colombia (<https://www.infocancer.co/portal/#!/home>), una iniciativa de trabajo colaborativo entre el Instituto Nacional de Cancerología - ESE y los registros poblacionales de cáncer de: Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y Pasto, que tienen como objetivo poner a disposición de la comunidad científica y en general, información de calidad sobre incidencia y mortalidad por cáncer en Colombia que permita el desarrollo de la investigación y generación de conocimiento que contribuya al control del cáncer en el país¹⁹. **Meta cumplida.**

5.1.2 Constituir y operar el Observatorio Nacional de Cáncer en 2014.

El MSPS cuenta con el Observatorio Nacional de Cáncer (ONC), (<https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Cancer.aspx>). Este observatorio es un sistema que estructura y organiza la información en cáncer en adultos y niños del país, destacando la gestión del conocimiento como rol principal. El ONC monitoriza indicadores en cáncer así como otras condiciones que pueden influir en el desarrollo de esta condición de salud entre los colombianos. Este es un medio para motivar la investigación del cáncer en todas sus etapas, su abordaje biopsicosocial y el direccionamiento de políticas. **Meta cumplida.**

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

Mediante el decreto 780 de 2016, en el Artículo 2.5.1.5.1 que determina diseñar e implementar un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar

¹⁹ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Información de cáncer en Colombia-INFOCANCER. Colombia 2018

decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es así como la resolución 0256 del 2016 dicta disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.

El Observatorio Nacional de Calidad en Salud, siendo una instancia a cargo de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social que dispone y divulga información sobre la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos también monitorizan a las EAPB mediante cinco indicadores relacionados con los servicios oncológicos: (1) Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes . (2) Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama, (3) Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino. (4) Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata y (5) Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP). Actualmente la Resolución 256 de 2016 contempla los siguientes indicadores que responden a patologías relacionadas con oncología, tanto a nivel de prevención primaria como secundaria, en la siguiente tabla se detallan estos indicadores:

Los indicadores con código D, corresponden a reporte por ente territorial; Código E, reporte por EAPB; código P, reporte por IPS. Es importante señalar que la Resolución 256 de 2016 no cuenta con metas de cumplimiento para dichos indicadores. La Información puede ser consultada en la página web del Observatorio Nacional de Calidad en Salud, o en el CUBO de SISPRO para la R.256. Tabla 11

Tabla 11. Indicadores Resolución 256 de 2016. Observatorio Nacional de Calidad en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

C O D I G O	NOMBRE INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	NUMERADOR	FUENTE NUMERA DOR	DENOMI NADOR	FUENTE DENOMI NADOR	U N I D A D D E M E D I D A	NIV EL DE DES AG RE GA CIÓN	P E R I O D I C I D A D
D . 1 . 1 4	Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres	Cociente entre el número de muertes por cáncer de mama en mujeres y la población total de mujeres por 100.000	Número de muertes por tumor maligno de mama en mujeres	Estadísticas Vitales (EEVV). Dispuesto en SISPRO	Población total de mujeres	Proyecciones Departamental Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Dispuesto en SISPRO	P o r 1 0 0 0 0	Nac ion al- Dep arta me ntal - Mu nici pio	A n u a l
D . 1 . 1 5	Tasa de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino	Cociente entre el número de muertes por cáncer de cuello uterino y la población total de mujeres. Para la estandarización se usa el método directo con población del país como referencia por 100.000 mujeres	Número de muertes por cáncer de cuello uterino	Estadísticas Vitales (EEVV). Dispuesto en SISPRO	Población total de mujeres	Proyecciones Departamental Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Dispuesto en SISPRO	P o r 1 0 0 0 0	Nac ion al- Dep arta me ntal - Mu nici pio	A n u a l
D . 1 . 1 6	Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata	Cociente entre el número de muertes por cáncer de próstata y la población total de hombres. Para la estandarización se usa el método directo con población del país como referencia por 100.000 hombres	Número de muertes por cáncer de próstata	Estadísticas Vitales (EEVV). Dispuesto en SISPRO	Población total de hombres	Proyecciones Departamental Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Dispuesto en SISPRO	P o r 1 0 0 0 0	Nac ion al- Dep arta me ntal - Mu nici pio	A n u a l
D . 1 . 1 7	Proporción de abandono de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)	Cociente entre número de menores de 18 años con diagnóstico confirmado de LAP que abandonan el tratamiento y el número de menores de 18 años con diagnóstico confirmado de LAP,	Número de menores de 18 años con diagnóstico confirmado de LAP que abandonan el tratamiento	Cuenta de Alto Costo-Dispuesta en SISPRO	Número de menores de 18 años con día	Cuenta de Alto Costo-Dispuesta en SISPRO	P o r 1 0 0	Nac ion al- Dep arta me	A n u a l



	en un periodo determinado	multiplicado por 100 expresado como porcentaje (%).	durante un periodo determinado.	Ministerio de Salud y Protección Social	diagnóstico confirmado de LAP en un periodo determinado.	Ministerio de Salud y Protección Social	(%)	Municipal - Municipio	
E. 2. 9	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha de diagnóstico de cáncer de mama y la fecha de remisión con diagnóstico presuntivo y el número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha de diagnóstico de cáncer de mama y la fecha de remisión con diagnóstico presuntivo.	CUENTA DE ALTO COSTO Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo	CUENTA DE ALTO COSTO Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Días	Nacional - Departamento - Municipal - EAP B	Anual
E. 2. 10	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de mama y el número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de mama incidentes.	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Días	Nacional - Departamento - Municipal - EAP B	Anual
E. 2. 11	Proporción de mujeres con citología cervico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Cociente entre el número de mujeres que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia y el número de mujeres con citología anormal por 100 expresado como porcentaje (%).	Número de mujeres que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Reporte Resolución 4505- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Número de mujeres con citología anormal	Reporte Resolución 4505- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Porcentaje	Nacional - Departamento - Municipal - EAP B	Semestral
E. 2. 12	Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	Cociente entre el número de casos nuevos del tumor maligno de cérvix en estadio invasivo y el número total de mujeres afiliadas que se mantuvieron afiliadas a la EAPB al menos 3 meses durante el periodo de reporte por 100.000 mujeres.	Número de casos nuevos de cáncer de cérvix en estadio invasivo	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.	Número total de mujeres afiliadas	BDUA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Porcentaje	Nacional - Departamento - Municipal - EAP B	Semestral
E. 2.	Tiempo promedio de espera para el inicio del	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de cuello	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de	Registro Cáncer (Cuenta de Alto	Número total de casos de cáncer	Registro Cáncer (Cuenta de Alto	Días	Nacional - Departamento	Anual



13	tratamiento en cáncer de cuello uterino	uterino y el número total de casos de cáncer de cuello uterino diagnosticados en un periodo determinado.	tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.	Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	de cuello uterino diagnosticados en el periodo	Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social		arta me ntal - Mu nicipio-EAP B	a l
E . 2 . 1 4	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento en cáncer de próstata	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de próstata y el número total de casos de cáncer de próstata diagnosticados en un periodo determinado.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de cáncer de próstata en el periodo	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Número total de casos de cáncer de próstata diagnosticados en el periodo	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Dí a s	Nac ion al- Dep arta me ntal - Mu nicipio-EAP B	A n u a l
E . 2 . 1 5	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de Leucemia Aguda Pediátrica en menores de 18 años y el número total de casos de Leucemia Aguda Pediátrica en menores de 18 años diagnosticados en un periodo determinado.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre fecha de inicio de tratamiento y fecha de diagnóstico de LAP en menores de 18 años.	Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Número total de casos de LAP en menores de 18 años diagnosticados en el periodo	Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Dí a s	Nac ion al- Dep arta me ntal - Mu nicipio-EAP B	A n u a l
P . 1 2 1	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años.	Cociente entre el número de mujeres de 50-69 años que cuentan con toma de mamografía en los últimos dos años y el total de mujeres entre 50-69 años que fueron asignadas a la IPS, por 100 expresado como porcentaje (%).	Número de mujeres de 50-69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años	PEDT cruzado con BDUa y RIPS	Total de mujeres entre 50-69 años que fueron asignadas a la IPS	BDUA - Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	P o r 1 0 0 (%)	Nac ion al- Dep arta me ntal - Mu nicipio- IPS	A n u a l
P . 1 2 2	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha de inicio de tratamiento y la fecha de diagnóstico de cáncer de mama y el número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en un periodo determinado.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha de inicio de tratamiento y la fecha de diagnóstico de cáncer de mama incidentes.	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.	Número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	Dí a s	Nac ion al- Dep arta me ntal - Mu nicipio- IPS	A n u a l
P . 1 3	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de	Cociente entre el número de mujeres entre 25 y 69 años a quienes se les ha tomado la citología en el último año y el total de mujeres entre 25 y 69 años	Número de mujeres de entre 25 y 69 años que se ha tomado la citología	PEDT cruzado con BDUa y RIPS	Total de mujeres entre 25 y 69 años	BDUA - Dispuesta en SISPRO Ministerio	P o r 1 0 0	Nac ion al- Dep arta	A n u a l



2	citología en el último año.	asignadas a la IPS por 100 expresado como porcentaje (%)	en el periodo definido.		asignadas a la IPS.	o de Salud y Protección Social	0 (%)	mental - Municipal-IPS	
P	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo	Cociente entre la sumatoria de la diferencia en días transcurridos entre la primera consulta del menor de 18 años con manifestaciones clínicas para LAP y la fecha en que se reporta el resultado del hemograma con Blastos positivo y el número total de menos de 18 años con diagnóstico de LAP	Sumatoria de la diferencia en días transcurridos entre la primera consulta del menor de 18 años con manifestaciones clínicas para LAP y la fecha en que se reporta el resultado del hemograma con Blastos positivo.	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.	Número total de menores de 18 años con diagnóstico de LAP	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.	Dí	Nacional-Departamental - Municipal-IPS	A
1	Leucemia Aguda								
2	Pediátrica (LAP)								
4	en menores de 18 años								
P	Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda	Cociente entre el número de menores de 18 años con LAP incidentes en el periodo con una diferencia en días entre el inicio de tratamiento y la fecha de diagnóstico menor o igual a 5 (asumiendo como fecha de inicio de tratamiento en los casos que no se tiene dato la fecha de corte del reporte) y el número de menores de 18 años con LAP incidentes en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%).	Número de menores de 18 años con LAP incidentes en el periodo con una diferencia en días entre el inicio de tratamiento y la fecha de diagnóstico menor o igual a 5 días.	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.	Número de menores de 18 años con LAP incidente s en el periodo	Registro Cáncer (Cuenta de Alto Costo)-Dispuesta en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.	Dí	Nacional-Departamental - Municipal-IPS	A
1	inicio de								
2	tratamiento de								
5	Pediátrica-LAP								

Por otra parte, El Instituto Nacional de Cancerología, desde el año 2016, implementó el seguimiento al comportamiento de servicios oncológicos en Colombia, a través del Boletín de Servicios Oncológicos (boletín electrónico) con periodicidad anual, ISSN 2590-4884. En él se observa el comportamiento de la oferta de servicios y se abordan temas de relevancia a nivel normativo, estructural y organizacional en el marco de la prestación de servicios de salud en cáncer. Un ejemplo en el siguiente link:

https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/2017.Bolet%C3%ADn%20de%20servicios%20onc%C3%B3logicos

Para el 2020 se tiene la primera versión del documento “Modelo de evaluación de servicios de salud en cáncer” el cual presenta en primer lugar unos antecedentes orientados a describir la situación epidemiológica del cáncer en Colombia, así como los determinantes generales y la situación de los servicios oncológicos. Posteriormente se hace un recuento de las principales normas relacionadas con la prestación de los servicios de manera general y específica para los servicios oncológicos. En el capítulo cuarto se describen los aspectos centrales de la atención del cáncer, que permiten entender de forma ágil su complejidad y posteriormente se presenta el modelo, con los principales aspectos que deberán tenerse en cuenta



tanto en la evaluación de las IPS como en la evaluación de satisfacción de los pacientes con cáncer²⁰. **Meta cumplida**

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.

El Instituto Nacional de Cancerología E. S. E (INC) ha venido fortaleciendo el sistema de vigilancia de medios de comunicación, políticas públicas y legislación del cáncer y sus factores de riesgo, lo anterior, con la finalidad de establecer el contexto político y social del control del cáncer en el país e incidir en la toma de decisiones relacionadas.

Desde el 2018, el Grupo Área de Salud Pública realiza dicha actividad, localizando en los principales medios de comunicación, noticias de interés para el control del cáncer en Colombia (relacionadas con factores de riesgo, carga de la enfermedad, atención, normatividad y sistema de salud en general).

En este mismo año, se emitieron 12 boletines, uno por cada mes. Estos fueron enviados directamente por correo electrónico a las bases de datos de actores clave del instituto. La misma dinámica fue repetida en los años 2019 y 2020.

A 2021, el seguimiento está a cargo del grupo de Comunicaciones, quien recopila la información y se encarga de procesarla y difundirla²¹.

Por otra parte, el Observatorio Nacional de Cáncer implemento en su plataforma la expedición de boletines para los cánceres principales, esto en concordancia con los días de conmemoración mundial estipulados por la Organización Panamericana de Salud (OPS) **Pendiente definir si se cumple o no la meta.**

5.1.5 Implementar al 2014 el sistema de vigilancia epidemiológica sobre exposición ocupacional a los cinco agentes carcinógenos ocupacionales de

²⁰ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Boletín de Servicios Oncológicos en Colombia 2017; Modelo de evaluación de servicios de salud en cáncer Versión 0.1 2020- Instituto Nacional de Cancerología.

²¹ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Información tomada del Grupo de Políticas y Movilización Social INC.



mayor relevancia para el país (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico y radiación ionizante).

El MSPS en coordinación con el Ministerio de Trabajo adelantan la gestión para la implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre exposición ocupacional a los 5 agentes cancerígenos ocupacionales de mayor relevancia para el país (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico y radiación ionizante). Actualmente se cuenta con un proyecto de resolución por medio de la cual se establece la obligatoriedad de reportar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional (SIVECAO) y las variables de interés para este sistema, el cual aún está en revisión. **Meta no cumplida.**

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

El INVIMA es quien evalúa la calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias para autorizar su introducción en el país y su posterior, comercialización y uso. Sin embargo, cada institución prestadora de servicios de salud tiene la obligación de desarrollar la política del sistema de gestión de la tecnología médica.

Desde el año 2009 el Instituto cuenta con un sistema de gestión de tecnología respaldado por una política institucional que para el 2021 está en su tercera versión. Este sistema, establece los lineamientos para la planeación, adquisición, capacitación para uso seguro, mantenimiento monitoreo y disposición final de la tecnología del instituto, gestionando los riesgos asociados al uso y contribuyendo a mejorar la oportunidad de la prestación de los servicios de salud. Los objetivos del sistema de gestión de tecnología son:

1. Realizar evaluación de la tecnología para la incorporación de nueva tecnología para el instituto nacional de cancerología.
2. Realizar renovación y reposición de la tecnología que satisfaga las necesidades del instituto nacional de cancerología
3. Diseñar, desarrollar e implementar planes de mantenimiento preventivo y metrológico de la tecnología del instituto.
4. Implementar programas de capacitación con el objetivo de promover e incentivar el manejo seguro de la tecnología para mitigar riesgos asociados al uso.
5. Disponer de planes de contingencia que garanticen la continuidad en la prestación del servicio en caso de fallas de la tecnología.
6. Realizar identificación, registro, evaluación y seguimiento de los eventos e incidentes adversos que puedan causar los equipos durante su uso.



7. Realizar estudio de obsolescencia para la renovación y reposición de la tecnología.

Desde el año 2010, el sistema de gestión de tecnología del Instituto Nacional de Cancerología ha sido referente de cerca de 20 instituciones de mediana y alta complejidad en todo el país, contribuyendo a fortalecer el acceso a tecnología segura para los pacientes y colaboradores, a partir de la gestión del ciclo de vida de la tecnología, cumplimiento de los estándares de calidad y promoviendo la innovación.

Mediante la Ley 16 de 1960, Colombia es uno de los estados miembros del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), y en armonía con lo establecido por esta instancia para el manejo de los equipos generadores de radiaciones ionizantes, y con el fin de posibilitar el cumplimiento nacional de las normas básicas internacionales de seguridad radiológica, este Ministerio celebró el proyecto de cooperación técnica con el OIEA, denominado “Generación de infraestructura reguladora para el control de equipos emisores de radiaciones ionizantes”, el cual se ejecutó entre los años 2014 y 2015, brindándose el apoyo técnico al Ministerio de Salud y Protección Social, para la reestructuración de la infraestructura sostenible para el control de las exposiciones a radiaciones ionizantes, particularmente en las prácticas médicas. Este proyecto permitió iniciar la actualización de la normativa nacional, relacionada con radiología y radioterapia; la cual se materializó inicialmente mediante la promulgación de la Resolución 482 de 2018[2], la cual modificó la Resolución 9031 de 1.990[3], actualizando la reglamentación para el uso de equipos generadores de radiación ionizante, mediante el licenciamiento de esta tecnología en salud, así como la prestación de servicios de protección radiológica en prácticas médicas. Esta actualización permite iniciar la sistematización de la información sobre las tecnologías biomédicas para atención del cáncer, mediante la estructuración de un sistema que permita un censo de la capacidad instalada nacional y regional de la tecnología biomédica en mención. De igual forma, con la utilización de ese sistema, se permite la vigilancia del estado actual del equipamiento en servicios para la atención integral del cáncer, por parte de las Entidades Territoriales de Salud, dado que cuentan con los estándares para realizarlos, denominados protocolos de control de calidad, Respecto al programa de vigilancia radiológica que se encuentra como requisito en el numeral 24.7 del artículo 24 de la Resolución 482, en la práctica médica categoría 11, este hace referencia a las actividades contempladas en el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. En este sentido, el programa de vigilancia contendrá documentos o registros como: - El registro de que se han realizado exámenes médicos iniciales, periódicos y de retiro de los trabajadores ocupacionalmente expuestos, realizados conforme a la normativa de la seguridad y

salud en el trabajo. - Las actividades de vigilancia epidemiológica, - Las acciones en caso de sobrepasar los niveles de investigación o intervención, de la dosimetría personal, - Las restricciones de dosis para trabajadores ocupacional mente expuestos y, - Contar con los certificados de calibración de los equipos usados para protección radiológica o control de calidad, cuando aplique, en los términos mencionados en el parágrafo 1 del artículo 21 y el parágrafo del artículo 23, de la Resolución 482 de 2018. **Aún no se puede evaluar la meta.**

5.2 Investigación en Cáncer

Meta

5.2.1 Incrementar la productividad científica de los grupos dedicados a investigación en cáncer y,

5.2.2 Mejorar la difusión, uso y apropiación de la información y el conocimiento generado en cáncer.

El Instituto Nacional de Cancerología (INC) como entidad especializada en cáncer, del orden nacional adscrito al Ministerio de Salud y Protección, es el principal líder en investigación sobre el cáncer en Colombia. En el informe de gestión del año 2019 el INC refiere haber iniciado 38 proyectos de investigación y en marcha 130. Figura 25.

En 2015 se llevó a cabo la convocatoria para el reconocimiento y medición de grupos de investigación, desarrollo tecnológico o de innovación, en la cual se realizó el proceso de revisión y de análisis de la información registrada en la Plataforma ScienTI- Colombia en los aplicativos CvLAC (currículos) y GrupLAC (grupos de investigación) de acuerdo con los términos de referencia de la Convocatoria 737 de 2015.

De los 5.796 registros de grupos inscritos al proceso de clasificación, 4.458 cumplieron con las condiciones para reconocimiento. La categorización de grupos se distribuyó así:

Grupos A1: 408

Grupos A: 549

Grupos B: 952

Grupos C: 1.939

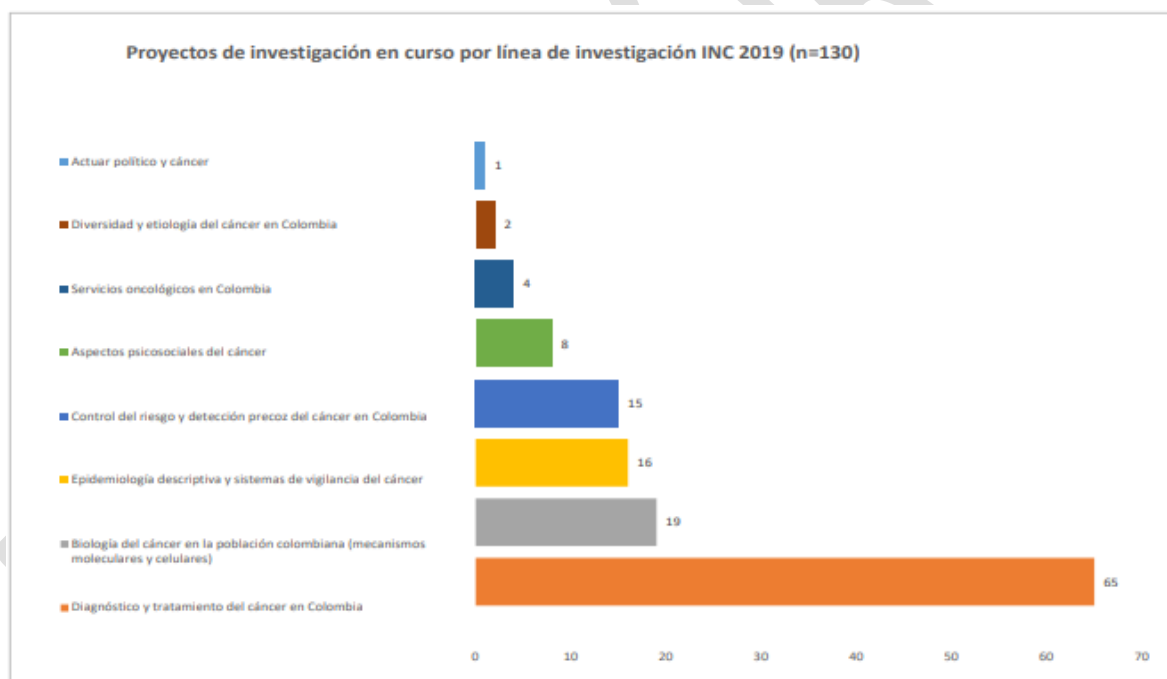
Grupos D: 610

Fuente: <https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/paginas/conv-medicion-737-2015.pdf>

El INC informa que a 2019, la línea que mayor número de proyectos de investigación posee en curso en el momento, es la línea de diagnóstico y tratamiento del cáncer

en Colombia con el 50% de los proyectos, lo cual está relacionada con los trabajos de promoción de los especialistas y subespecialistas del área clínica. Sin embargo, como ha ocurrido de manera histórica, las líneas de Actuar Político y Cáncer y Servicios Oncológicos en Colombia, se encuentran muy rezagadas, lo cual hay que mirar desde distintos ángulos, empezando por considerar la revisión de líneas que se realizará en 2020. La línea de Diversidad y Etiología del Cáncer en Colombia, si ha sido una línea que ha venido disminuyendo su productividad desde hace más de cinco años y en la cual se debe promover de manera especial en trabajo en red a nivel nacional e internacional²².

Figura 25. Proyectos de investigación por línea. Instituto Nacional de Cancerología 2019.



Fuente: INC. Informe de gestión 2019.

La generación de conocimiento para el control del cáncer en estas ocho líneas de investigación se produce a través del desarrollo de proyectos de investigación institucional, independientes de la industria farmacéutica; proyectos extra institucionales realizados en cooperación con universidades, organizaciones nacionales e internacionales y proyectos de la industria farmacéutica. Figura 26

Figura 26. Porcentaje de estudios de investigación cerrados en los últimos cinco años. Instituto Nacional de Cancerología 2019.

²² INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. INFORME DE GESTIÓN AÑO 2019.



Fuente: INC. Informe de gestión 2019.

Tabla 12. Proyectos nuevos de Investigación INC por la línea de Investigación

Líneas de Investigación	2019	2020
Diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia	28	37
Control del riesgo y detección precoz del cáncer en Colombia	4	5
Aspectos psicosociales del cáncer	2	5
Epidemiología descriptiva y sistemas de vigilancia del cáncer	8	4
Biología del cáncer en la población colombiana	5	3
Actuar político y cáncer	1	0
Diversidad y etiología del cáncer en Colombia	0	1
Servicios oncológicos en Colombia	0	1
Total	48	56

Fuente: informe de Gestión y Rendición de Cuentas del Instituto Nacional de Cancerología ESA vigencia 2020

Según la revista colombiana de cancerología en el artículo especial "Investigación en cáncer en Colombia 2000-2010", se identificaron 1.982 personas asociadas a 546 grupos, 129 instituciones avaladoras y 2.481 productos de investigación en cáncer. Los tipos de cáncer más estudiados correspondieron a: cuello del útero, estómago, mama, leucemias e hígado. Las líneas de investigación más desarrolladas fueron diagnóstico, tratamiento y biología del cáncer. Los tipos de publicación más frecuentes fueron pruebas diagnósticas, series de casos y los artículos de opinión. El promedio del factor de impacto de las revistas donde se hicieron publicaciones fue de 2,5323.

Otras investigaciones en Colciencias El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación

²³ <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-investigacion-cancer-colombia-2000-2010-S0123901514000559>.



Documento	Tema	Año
Revista Colombiana de Cancerología.	Importancia del acceso de los registros de cáncer de base poblacional a las estadísticas vitales: barreras identificadas en Colombia.	2019
Revista Avances en Salud	Abrazando mi historia de vida: la experiencia de vivir con cáncer siendo adolescente	2018
Revista Colombiana de Anestesiología	Intubación despierto con videolaringoscopio y traqueostomía percutánea guiada por ecografía en una paciente con cáncer anaplásico de tiroides y vía aérea difícil: reporte de caso	2018
Revista Nacional de Odontología	Cáncer bucal: conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, 2016	2018
Revista colombiana de cancerología	Embolia pulmonar tumoral: una manifestación inicial infrecuente del cáncer	2018
Investigaciones Andina	Incertidumbre frente a la enfermedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno	2018
Revista Colombiana de Psiquiatría.	Association Between Religion and Suicidal Behaviors in Cancer Patients.	2017
Medicina	Cáncer de piel no melanoma: riesgos e itinerarios	2016
Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología	Síndrome de cáncer hereditario de mama y ovario: aplicación clínica	2016
Universidad y Salud	MicroRNAs asociados al Cáncer de Cuello Uterino y sus lesiones precursoras: Una revisión sistemática	2016
Revista Médica SANITAS	Concordancia diagnóstica entre tomosíntesis y biopsia en mujeres con lesiones sospechosas de cáncer de mama.	2016
Avances en Enfermería	Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con	2016



	cáncer de mama: una revisión integrativa	
Revista colombiana de cancerología	Productividad científica de las líneas de investigación y su contribución para el control del cáncer en Colombia	2016
Revista colombiana de cancerología	La atención del cáncer desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Colombia	2016
MedUNAB	Clasificación inmunohistoquímica del cáncer de mama y su importancia en el diagnóstico, pronóstico y enfoque terapéutico	2016
Revista Urología Colombiana	EDITORIAL EN INGLES - Castration-resistant prostate cancer: Why should urologists care?	2016
Universitas Médicas	Cambios radiográficos después de radiocirugía/radioterapia estereotáctica corporal en cáncer de pulmón estadio I: reporte de caso	2016
Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica	Guía de atención integral con evaluación económica para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular	2015
Investigación y Educación en Enfermería	Coping with the diagnosis and hospitalization of a child with childhood cancer.	2015
Revista Colombiana de Cancerología.	Biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama después de neoadyuvancia en una población latinoamericana	2015
Medicina	Cáncer de tiroides e indicaciones de tiroidectomía. Experiencia de 10 años en el Departamento del Cauca, Colombia, periodo 2004-2013	2015



Revista colombiana de neumología.	Diagnóstico y estadificación del cáncer pulmonar mediante ultrasonido endobronquial en comparación con técnicas convencionales.	2015
MedUNAB	Virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino ¿Vacunar o no vacunar?	2015
Aquichan	Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia	2014
Medicina	Cáncer de mama en Colombia	2014
Investigación y Educación en Enfermería	Development of a functional model of nursing care in cancer	2014
Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica	Evaluación económica del trastuzumab como tratamiento adyuvante en cáncer de mama HER2-positivo en Colombia	2013
Revista Facultad Nacional de Salud Pública	Registros poblacionales de cáncer: avances en Colombia, Chile y Brasil	2013
Biomédica	Evaluación del trastuzumab como tratamiento adyuvante en cáncer de mama HER2-positivo en Colombia	2013

Fuente: <https://scienti.minciencias.gov.co/publindex/#/revistasPublindex/buscador>

Se consideras las **dos metas cumplidas**.

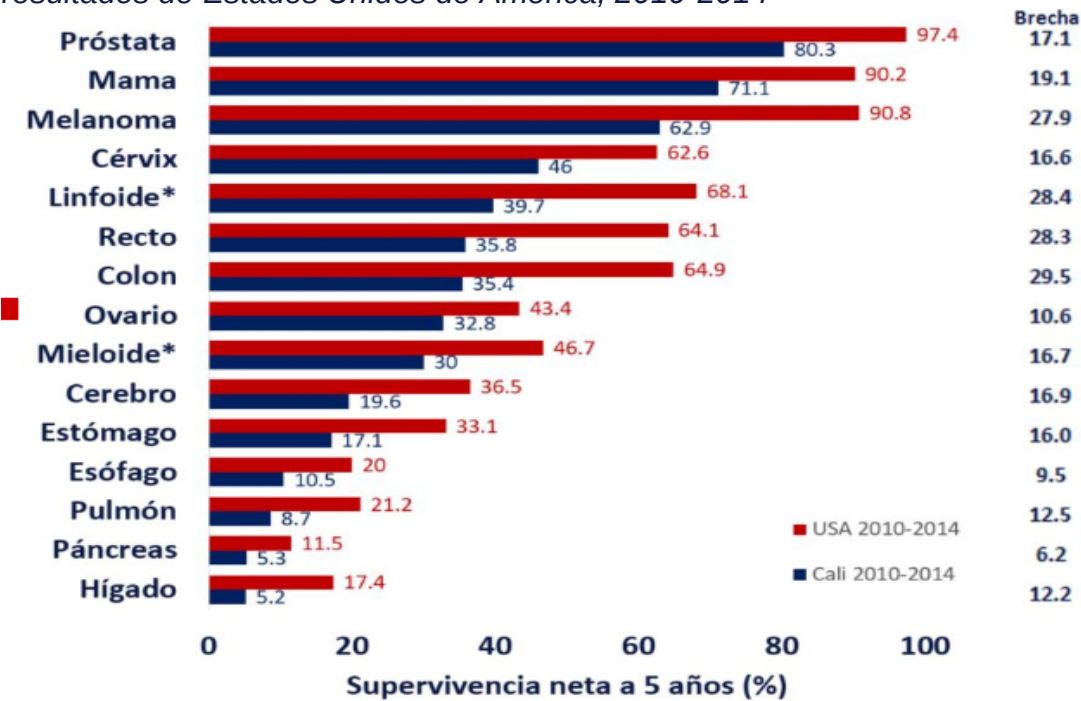
5.2.3 Contar al 2015 con información sobre supervivencia para los 5 principales cánceres.

La facultad de salud de la Universidad del Valle, mediante los registros poblacionales de cáncer en Cali, muestra resultados de supervivencia de los principales cánceres.

La supervivencia al cáncer en Cali muestra una amplia brecha cuando se compara con Estados Unidos y alcanza varios puntos porcentuales en los cánceres priorizados por el plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia: Próstata (17.1), mama (19.1), cérvix (16.6), colon (28.3) y recto (29.5), Figura 27²⁴.

²⁴ UNIVERSIDAD DEL VALLE. Facultad de Salud. Registros Poblacionales de Cáncer en Cali. Años 2010-2014

Figura 27. Cali, Colombia. Supervivencia al cáncer a 5 años y comparación con los resultados de Estados Unidos de América, 2010-2014

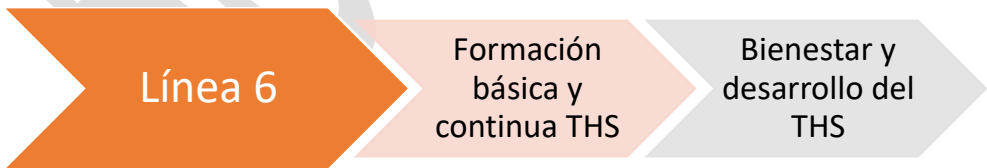


CONCORD-3. Lancet. 2018;391(10125).
Colomb Med (Cali). 2018; 49(1): 23-34.

Fuente: Registros Poblacionales de Cáncer en Cali. 2010-2014

Meta cumplida.

6. LÍNEA ESTRATÉGICA 6. FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO.



La **línea 6** determina la formación del talento humano y 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 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.

Dentro de las mestas establecidas se encuentran:

6.1 Formación básica y continua del talento humano en oncología.

Meta

6.1.1 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.

Dado que El Instituto Nacional de Cancerología es la institución líder en los procesos de formación y según el informe de gestión del año 2019, estos se han capacitado en cursos presenciales CpreD 579 profesionales. A continuación, se presentan los registros de formación al Talento Humano realizado desde el año 2014

- **2014:** 48 cursos, con 622 profesionales del área de la salud certificados.
- **2015-2016:** 1.154 profesionales de la salud capacitados en cursos virtuales y presenciales.
- **2017:** 566 profesionales capacitados en modalidad presencial (cursos en detección temprana de cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer infantil, cáncer de piel, cáncer de colon y recto, Estrategia Ver y Tratar Vía-Vili, toma de citología, y formación de capacitadores en detección temprana de cáncer de mama). Se certificaron 560 estudiantes en modalidad virtual.
- **2018** En modalidad presencial se certificaron 1097 profesionales, técnicos y estudiantes en salud, en las diferentes líneas de detección temprana de cáncer ofertadas.

Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos presenciales	Certificados /Inscritos
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer mama para médicos	71/71
	Capacitación a capacitadores para la detección temprana de cáncer de mama	15/15
	Detección temprana de cáncer mama para enfermeros	63/63
Cáncer de colon y recto	Detección temprana de cáncer de colon y recto para médicos	34/34
	Detección temprana de cáncer de colon y recto para enfermeros	43/43
Cáncer de pulmón	Consejería breve de cesación de tabaco	59/59
Cáncer	Detección temprana de cáncer para médicos y enfermeros	118/118
	Detección temprana de cáncer para auxiliares	100/100
Cáncer oral	Detección temprana de cáncer oral	66/66
Cáncer de cuello uterino	Técnicas de inspección visual VÍA VILI	65/65
	Detección temprana de cáncer de cuello uterino para enfermeros	45/45
	Detección temprana de cáncer de cuello uterino para médicos	53/53
	Actualización en toma de citología	165/165
Cáncer de próstata	Detección temprana de cáncer de próstata para enfermeros	50/50
	Detección temprana de cáncer de próstata para médicos	16/16
Cáncer infantil	Detección temprana de cáncer infantil para enfermeros	42/42
	Detección temprana de cáncer infantil para médicos	43/43
Cáncer de piel	Detección temprana de cáncer de piel para médicos	29/29
	Detección temprana de cáncer de piel para enfermeros	20/20
Total		1097/1097

En modalidad virtual se certificaron 331 profesionales, técnicos y estudiantes en salud en las diferentes líneas de detección temprana de cáncer.



Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos virtuales	Certificados/ inscritos
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	110/130
	VPH	41/60
	Técnicas de inspección visual VIA VILI	68/83
	Actualización en lectura de citología	1/1
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama para médicos	69/94
	Detección temprana de cáncer de mama para enfermeros	34/47
	Estandarización en el reporte de mamografía	8/11
Total		331/426

- **2019** se certificaron en modalidad presencial 579 profesionales, técnicos y estudiantes en salud.

Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos presenciales	certificados /inscritos
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	44/44
	Técnicas de inspección visual VIA VILI	15/15
Cáncer de Pulmón	Consejería Breve de Cesación de Tabaco	17/17
Cáncer de mama	Capacitando a capacitadores en detección temprana de cáncer de mama	15/15
Cáncer de Próstata	Detección temprana de cáncer de próstata	16/16
Cáncer infantil	Detección temprana de cáncer infantil	12/12
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	15/15
Cáncer de Pulmón	Consejería Breve de Cesación de Tabaco	212/212
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	43/43
Cáncer de Pulmón	Consejería Breve de Cesación de Tabaco	36/36
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama	46/46
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	25/25
	Detección temprana de cáncer de cuello uterino	16/16
Cáncer de Colon y recto	Detección temprana de cáncer de colon y recto	26/26
Cáncer de próstata	Detección temprana de cáncer de próstata	16/16
Cáncer de pulmón	Cesación de tabaco	14/14
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama	11/11
Total		579/579



En modalidad virtual se certificaron 465 profesionales, técnicos y estudiantes en salud en las diferentes líneas de detección temprana de cáncer, de 480 inscritos

Líneas de detección temprana de cáncer	Cursos virtuales	Certificados/ inscritos
Cáncer de cuello uterino	Actualización en toma de citología	76/77
	VPH	72/75
	Técnicas de inspección visual VIA VILI	100/103
	Actualización en lectura de citología	0/0
Cáncer de mama	Detección temprana de cáncer de mama para médicos	96/100
	Detección temprana de cáncer de mama para enfermeros	35/36
	Estandarización en el reporte de mamografía	77/78
Cáncer de colon y recto	Detección temprana de cáncer de colon y recto	9/11
Total		465/480

- **2020: Para este año** se continuó con la oferta de cursos a través del campus virtual, y para la cual se certificaron 2.530 profesionales de la salud

Nombre del curso	Profesionales certificados
Actualización en lectura de citología	13
Actualización en toma de citología	327
Tabaco	32
Curso Regional en Prevención y Detección Temprana del Cáncer	152
Detección temprana del cáncer de colon y recto	182
Detección temprana del cáncer de la cavidad oral y orofaringe	4
Detección Temprana del cáncer para enfermeros	196
Detección Temprana del cáncer de mama para médicos	425
Estandarización del reporte de mamografía	145
Prevención y Detección temprana del cáncer de piel	203
Técnicas de Inspección Visual Vía-Vili	228
Test de proeficiencia de Vía-Vili	13
Virus del Papiloma Humano	610
TOTAL	2530

Adicional a esto se realizaron otras capacitaciones de tipo webinar

Nombre del curso	Perfil	Aprobados
Detección temprana del cáncer de mama	Médicos generales, Ginecólogos, Cirujanos generales, médicos familiares	340
Detección temprana del cáncer de piel	Médicos generales y enfermeras profesionales	217
Detección temprana del cáncer de Próstata	Médicos generales y enfermeras profesionales	150

Detección temprana del cáncer Infantil	Médicos generales y enfermeras profesionales	164
Detección temprana del cáncer de Colon y Recto	Médicos generales y enfermeras profesionales	171
Total		1042

Fuente: Informes de gestión - Instituto Nacional de Cancerología ESE – 2014-2020

Para este mismo año el laboratorio farmacéutico Bristol contrató dos (2) cursos dirigidos a médicos generales sobre detección temprana del cáncer de piel, los cuales estuvieron organizados en 3 fases: a) en curso virtual en plataforma, b) interacción con el especialista; semiología dermatológica, carcinoma basocelular, melanoma y carcinoma escamocelular y c) estudios de casos clínicos que debían cumplir cada uno de los profesionales inscritos para poder adquirir su certificación. Se certificaron 25 médicos generales. **Meta cumplida**

6.1.2. 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.

El Ministerio de Educación Nacional (MEN) es la entidad responsable de la convalidación de títulos de educación superior otorgados en el exterior. El MEN realiza la actualización de la reglamentación para ésta convalidación, definiendo los trámites, requisitos y modelos de evaluación que se aplican para primera especialidad médica o medico quirúrgica y subespecialidad o segunda especialidad. **Pendiente definir el cumplimiento de la meta.**

6.1.3 Desarrollar 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, en el 2014.

No existe una fuente primaria que permita contar con la información, por lo que es necesario diseñar y aplicar una encuesta a las IES con programas activos de formación en medicina, enfermería y odontología para caracterizar la incorporación en los currículos de competencias para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la atención integral en cáncer.

Hay dificultades para la medición por cuanto no existe un sistema que permita conocer la oferta de programas de formación continua, se requiere recopilar la información de las instituciones y entidades formadoras de talento humano en salud (THS).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado la gestión junto con el SENA como una institución formadora del Gobierno Nacional, para el diseño y apertura de acciones de formación continua para responder a necesidades del Sistema de Seguridad Social en Salud y de los territorios, en lo relacionado con la atención integral en cáncer, por lo que se ha realizado la formación del Talento Humano en Salud con los siguientes resultados:

Curso	2019	2020	2021
Cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo	2.740	673	150
Actualización de hábitos de vida saludable y prevención del cáncer	123	96	-
Atención integral a la persona con enfermedad oncológica	104	-	-
Toma de muestra para citología cervicouterina	-	-	40
Total de Talento Humano formado	2.967	796	190

Fuente: *Sofía Plus* – SENA

También, el INC tiene un programa de capacitaciones de forma presencial y virtual para los profesionales de la salud del país y en las brigadas de salud que programan especialmente en los departamentos de Vichada, Chocó, La Guajira, Cesar, Guaviare, Caquetá, Boyacá y Bogotá D.C., también realizan capacitación del talento humano y es así como en el año 2019 el INC capacitó a 182 profesionales: médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería y se diagnosticaron 31 casos de cáncer de piel. Tabla 13. **Se considera meta cumplida.**

Tabla 13. programa de capacitaciones de forma presencial y virtual para los profesionales de la salud. Instituto Nacional de Cancerología. Año 2019

Bogotá	Curso teórico: 11 de diciembre de 2019	20	Curso sin tamización	Curso sin tamización	Curso sin tamización	Curso sin tamización	Curso sin tamización
Total		182	349	40	40	45	31

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. Informe de gestión 2019.

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

Desde el 2014 se inició el Registro del Talento Humano en Salud (ReTHUS) que cumple con los requisitos para ejercer una profesión (Ley 1164 de 2007). A través



de las actualizaciones que realizan los Colegios profesionales de medicina, enfermería y odontología, se promueve el registro de especialidades, por lo que no es necesario diseñar y realizar un estudio de oferta del talento humano en oncología. Se considera **meta cumplida**.

6.2 Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología.

Meta

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

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Trabajo, y demás actores involucrados, implementarán el [Plan Nacional de Cáncer Ocupacional](#), dirigido a reducir la exposición al asbesto, sílice, benceno, radiaciones ionizantes y demás sustancias cancerígenas, con el objeto de proteger la salud de la población trabajadora colombiana expuesta a los diferentes carcinógenos. Carga de estrés a trabajador. Política de talento humano en salud.

Hay un proyecto de resolución que retoma el Decreto 1072 de 2015, en el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), entre otros establece que se deben involucrar los agentes potencialmente cancerígenos identificados en la evaluación de riesgos del proceso productivo priorizando su intervención y también establece lo pertinente a la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.

También la resolución 6045 de 2014 se adoptó el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2021 que busca el fortalecimiento de la promoción de la seguridad y la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos laborales.

El objeto de esta resolución es adoptar el Reglamento de Higiene y Seguridad contenido en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, para prevenir y controlar la exposición laboral a sílice cristalina respirable con el fin de:

- Reducir la exposición al polvo de sílice cristalina respirable, en los lugares o actividades de trabajo en donde esta se pueda dar, tales como la explotación, comercialización, transporte, fabricación, transformación, disposición de materiales, productos o residuos que lo contengan.
- Establecer procedimientos y prácticas de control factibles y razonables para reducir la exposición ocupacional a sílice cristalina respirable, a niveles



que no superen los valores límites permisibles vigentes fijados de acuerdo en el artículo 154 de la resolución 2400 de 1979 o las normas que la modifique, sustituya o complemente.

Y el alcance del reglamento será de obligatorio cumplimiento y debe ser aplicado por las empresas públicas y privadas; los trabajadores dependientes e independientes; los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo ; las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo; las administradoras de riesgos laborales; la Policía Nacional en lo que corresponde a su personal no uniformado y las Fuerzas Militares en lo que hace al personal civil, que realicen actividades u operaciones que impliquen exposición laboral a sílice cristalina respirable. Refieren que el presente reglamento se utilizará con enfoque de control integral del riesgo²⁵. **Meta cumplida.**

6.2.2 Ampliar al 2014, la cobertura de las becas crédito del ICETEX para la formación del talento humano en oncología, en las subespecialidades críticas para el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social puede reportar el número de profesionales mediante el RETHUS.

Con el inicio de la operación del Sistema Nacional de Residencias Médicas (Ley 1917 de 2018), el 1 de Julio de 2020, el programa becas crédito finalizó, sin embargo, se inició el apoyo económico a los residentes de primeras especialidades, algunas de ellas que son pre-requisitos para las subespecialidades oncológicas. No se tiene la información completa para definir cumplimiento de la meta.

²⁵<https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59926232/Proyecto+Resolucion+Reglamento+de+higiene+y+seguridad+-+prevenci%C3%B3n+y+control+de+riesgo+por+exposici%C3%B3n+a+s%C3%ADlice+cristalina+respirable.pdf>