

RESULTADOS DIÁLOGOS DE POLÍTICA PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO Y PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER – VALLE DEL CAUCA

PARTICIPACIÓN

IPS: UNICANCER de la Liga Colombiana contra el Cáncer, clínica General del Norte, VIDANOVA, Virrey Solís, clínica nuestra señora de los remedios, e Instituto oncológico Ospedale

ENTIDADES TERRITORIALES: Secretaria de Salud de Jamundí, Cali, Valle del Cauca y las redes de salud de Ladera y Centro.

SOCIEDAD ACADÉMICA: Universidad del Valle

EPS: Sanitas, SOS, Nueva EPS, Comfenalco Valle, Salud Total y Cosmitet.

SOCIEDAD CIVIL: de Funcancer fundación PHOEMA y Propacifico

SOCIEDAD CIENTÍFICA: ASOCUPAC

RESULTADOS DE LA SESIÓN

Continuum

Mesa 1	Mesa 2
Continuum de la atención - Para la población en general no es entendible el continuum de la atención, se sugiere dejarlo como continuidad Escenarios Dejar el escenario cultural en los espacios Herramientas - Actualización de GPC y rutas con la posibilidad de incluir Termografía - Elastografía - Actualización de CUPS y protocolos	Aspectos generales Clarificación del concepto de "Continuum del cáncer" - Se recomienda clarificar y definir el término "continuum", ya que no es ampliamente comprendido. El continuum hace referencia a la continuidad del cuidado sin barreras ni interrupciones, desde la prevención del riesgo hasta la atención al final de la vida. - Hablar del continuum implica garantizar la atención integral del paciente a lo largo de todas las fases del proceso oncológico. Por ello, es necesario fomentar la apropiación del conocimiento en todos los niveles, teniendo en cuenta las características de cada territorio. Educación como componente transversal - La educación en salud debe atravesar todas las etapas del continuum: desde la prevención hasta el seguimiento y cuidados paliativos. Debe ser responsabilidad de los

	profesionales de salud, con inversión en formación continua. • Es necesario incorporar un enfoque intercultural en los procesos educativos, teniendo en cuenta las creencias, prácticas culturales y particularidades territoriales de poblaciones indígenas, afrodescendientes, rurales, entre otras. • Se debe promover el uso de un lenguaje positivo, resaltando factores protectores y mensajes de salud, no solo desde el miedo o la enfermedad. Articulación del sistema • Se requiere una interoperabilidad real entre la red primaria y las IPS, promovida por el asegurador, pero con la participación del ente territorial como garante. • Propuesta: acuerdos tripartitos entre departamento, aseguradoras y red primaria. • La contratación no debe ser una barrera. Es necesario revisar el modelo de contratación para evitar la fragmentación. • Asegurar una comunicación efectiva entre los actores, con soporte tecnológico adecuado (interoperabilidad de historia clínica). Observaciones finales • Incluir un componente bioético en el diagnóstico, que oriente las decisiones en situaciones clínicas complejas. • Incorporar estrategias de facilitación de la ruta para evitar barreras administrativas y mejorar la experiencia del paciente. • Fomentar la medición de la adherencia y seguimiento a la red de apoyo del paciente.
Control del riesgo • Incluir vapeadores • Incluir VIH • Dejar Promoción de la actividad física • Se sugiere modificar a control del consumo de tabaco y promoción de la alimentación saludable • Componente psicosocial.	Control del riesgo como eje transversal • El control del riesgo no debe limitarse a la prevención primaria o a evitar la aparición del cáncer, sino que debe incluir al entorno familiar del paciente, ya que su influencia es determinante en la toma de decisiones frente al diagnóstico y tratamiento. • A pesar de que el cáncer hereditario es muy bajo, las pruebas moleculares permiten

• Exposición ocupacional se puede atender • Especificar la exposición ambiental y la ocupacional	identificar riesgos, se necesita enviar a la familia pero la atención está fragmentada. Adicionalmente, un paciente con cáncer diagnosticado debe implementar factores protectores, que no solo lo prehabiliten para su tratamiento sino que le ayuden a prevenir otras enfermedades distintas al cáncer; adicional, las familias de los pacientes deben adoptar estas conductas saludables, porque seguramente están expuestos a los mismos determinantes sociales que llevaron al paciente a su patología. • La caracterización familiar es clave: se debe analizar no solo los antecedentes hereditarios, sino también la conformación del núcleo familiar, su experiencia previa con el cáncer, y el entorno psicosocial. Esto permitirá identificar: • Paciente sano • Paciente sano con factores de riesgo • Paciente sospechoso • Paciente diagnosticado • Aunque el cáncer hereditario tiene baja prevalencia, las pruebas moleculares permiten detectar riesgos familiares. Sin embargo, la atención está fragmentada y no se está abordando al grupo familiar de forma sistemática. • Es fundamental que tanto los pacientes como sus familias adopten factores protectores que les permitan reducir riesgos, no solo de cáncer, sino también de otras patologías. Esto implica reconocer que comparten los mismos determinantes sociales que influyeron en el desarrollo de la enfermedad.
Detección temprana • Incluir cáncer Gástrico, colon - pulmón • Existen más barreras. • fortalecer las capacidades del TH - Signos bandera para el diagnóstico temprano • La población para acceder a las pruebas de tamización no tiene el autoconocimiento de las necesidades de la prueba • Dejar una política de incentivos que se quiera hacer el tamizaje • Ayudas condiciones de acuerdo con el cumplimiento (autocuidado)	Detección temprana y diagnóstico • Se requiere clarificar quién da el diagnóstico, y asegurar que el paciente esté acompañado por una persona de apoyo, como ocurre en protocolos para VIH. • El modelo debe contemplar un sistema de navegación desde la sospecha diagnóstica, no solo desde la confirmación. • Incluir pruebas de autotoma o domiciliarias, tanto en áreas rurales como urbanas, y actualizar los CUPS para permitir su implementación. • Es importante priorizar pruebas de costo-efectividad, así como fortalecer la

• Unidades especializadas para algunos eventos - Concentrar los servicios • Paquetes mínimos de atención	formación del talento humano en el primer nivel de atención, que muchas veces no cuenta con herramientas para enviar o interpretar estas pruebas. • Se deben tener en cuenta las Guías de Práctica Clínica (GPC) en todo el proceso. • Fortalecer el rol del auditor médico, especialmente en rutas integradas de atención en salud.
Diagnóstico y tratamiento • La estadificación debe estar en las IPS complementarios • Se debe dejar la estadificación en el tratamiento • los biomarcadores deben pasar a estadificación (Tratamiento) • Manejo de recaídas y progresión	Diagnóstico, estadificación y tratamiento • El diagnóstico y la estadificación deben ir juntos; el tratamiento, en un componente separado. • Incluir el consentimiento informado como parte esencial del proceso. • El componente de diagnóstico debe garantizar la calidad en patología e imágenes diagnósticas, incluyendo: tamaño de biopsia, marcadores tumorales, estandarización de reportes. • En tratamiento, se debe considerar la inclusión de: • Línea de incapacidades médicas • Calidad y oportunidad del tratamiento • Soporte interdisciplinario • Valoración odontológica preventiva • Acompañamiento psicosocial (separar psicología de trabajo social) • En tumores ocupacionales, se debe definir desde la primera consulta el posible origen laboral o ambiental del cáncer. • Tener en cuenta tumores que están generando incidencia alta. Costo efectividad en pruebas diagnóstico, aplicar pruebas que pueden salir más baratas que la enfermedad. A nivel de médicos y de primer nivel, falta fortalecer educación, fortalecer. Educación continua del profesional de la salud. Barreras para enviar dichas pruebas. Abarcar recursos del sistema, evaluarlo. Hay que mirar de que forma no abrimos esa puerta para desgastar.
Soporte oncológico • Ampliar a supervivencia y cuidado al final de la vida • Albergues con cuidadores capacitados • Incluir el apoyo espiritual	Soporte oncológico y cuidados paliativos • El soporte oncológico debe ser transversal a todo el modelo, incluyendo el manejo de comorbilidades, la movilidad del paciente, y un enfoque integral e interdisciplinario. • Incorporar desde el inicio del tratamiento el componente de salud sexual y

	reproductiva, así como la educación sobre cuidados paliativos, desmitificando el término. • La planificación anticipada del tratamiento y el pronóstico debe abordarse desde fases tempranas, con comunicación clara y empática. • Incluir la voluntad anticipada en vez de cuidado anticipado. • Incluir la muerte digna como opción válida, incluyendo la posibilidad de morir en casa si es el deseo del paciente. • Ampliar el componente de manejo del duelo, no solo para la familia, sino también para el paciente sobreviviente
Supervivencia y calidad de vida • Cuidado y voluntad anticipada • Incluir la salud mental para las personas y su familia • apoyo de equipos • Estandarizar protocolos de seguimiento a comorbilidades de acuerdo con el tipo de cáncer • Pensiones anticipadas	Supervivencia y calidad de vida • Incorporar un eje de calidad de vida transversal, con temas como: • Continuidad académica y laboral • Salud mental y apoyo familiar • Seguimiento a la adherencia • Salud sexual y reproductiva desde el inicio del tratamiento • Expectativas y preferencias del paciente • La supervivencia global debe incluir indicadores de seguimiento a largo plazo y no centrarse exclusivamente en tasas de curación.
Cuidado al final de la vida • Incluir la salud mental para las personas y su familia	Cuidado al final de la vida • Quitar cuidado anticipado y colocar voluntad anticipada. • Manejo del duelo: ampliarlo a familia, sobreviviente. • Muerte digna: contemplar muerte en casa.

Escenario de intervención

MCC - 2006



MCC - 2025



Para el Departamento de Valle del Cauca, se generó una mesa de escenarios

- Revisar redacción segundo párrafo: "El modelo para el control del cáncer..."

Políticas públicas:

- Las decisiones legislativas juegan un factor prioritario. Financiamiento punto clave, de donde se está sacando el recurso para la implementación de políticas públicas
- Se hace mucho énfasis a las fuentes de financiación, que se pueda definir de donde van a salir
- políticas para establecer mecanismos para una UPC diferencial para oncología por diagnóstico y para todos los regímenes, esto apalancaría el fortalecimiento de los servicios de salud
- políticas públicas que empoderen a la comunidad y fortalezcan su educación frente a la identificación de signos y síntomas de alerta. Fortalecer las labores educativas. Los prestadores deben educar a su población, más allá de un folleto
- Las políticas públicas deben ser intersectoriales y no cargar todo al sector salud, debe haber gobernanza y rectoría para otros sectores por ejemplo en la educación de pacientes, eso no es solo responsabilidad de los servicios de salud, sino también de la familia y el sector educativo
- Incluir políticas multidisciplinarias que incluyan otros sectores, toda la carga económica recae en salud (Transporte, alimentación) Esto para minimizar el abandono al tratamiento. Hay sectores que pueden apalancar acciones para ayudar a fortalecer el acceso a tratamiento ayudando a intervenir los determinantes sociales como la pobreza, la dispersión geográfica, la falta de apoyo de cuidadores, acciones que faciliten ese tránsito de los pacientes por la enfermedad. El sector salud no puede cubrir todo. No tiene recursos.
- políticas para fortalecer la humanización de los servicios de salud. Profesionales con habilidades asertivas para manejo de emociones
- Políticas para fortalecer el rol del navegador oncológico
- Políticas para la reincorporación laboral. Existen dificultades en el ámbito laboral y no hay protección para los trabajadores diagnosticados con cáncer, y los cuidadores

Entornos

NIT: 899.999.092-7
Calle 1 # 9-85 · PBX: (601) 4817000
www.cancer.gov.co
Bogotá D.C., Colombia

 @incancerologia



- Entornos comunitarios: El cáncer infantil es raro, pero tiene una carga de morbilidad. La comunidad no está empoderada con la identificación temprana de signos y síntomas de este tipo de cáncer
- Escasa educación de los profesionales de la salud.
- Hogares de paso, no los soportan el asegurador, son acciones de las fundaciones, sobre todo para adultos
- Entorno digital: el enfoque debe también incluir en promoción y mantenimiento de la salud. Así como le están invirtiendo al tema de la disminución de violencia en la mujer en medios masivos, se debe fortalecer la promoción de la salud
- Las estrategias educativas no solo deben enfocarse a mostrar la mortalidad, se debe mostrar la supervivencia para no mostrar el cáncer como un sinónimo de muerte. Enfocarse en lo positivo
- De manera individual que puedo aportar yo, ese ámbito individual también debe tenerse en cuenta. Yo también tengo deberes

Servicios de salud:

- Es importante el desarrollo de las acciones de manera interinstitucional, la parte administrativa no debe recaer sobre el usuario. Intersectorialidad
- El modelo debe dar lineamientos para el manejo oncológico para establecer un manejo unificado
- Exigibilidad de las responsabilidades de cada actor IPS, EPS, minimizar el gasto de bolsillo. El modelo debe apalancar la reducción de mecanismos judiciales tipo tutela para lograr la atención del paciente
- Navegación para mejorar el acceso y el seguimiento. No hay recursos para los programas de navegación y educación. La UPC diferencial debe contemplar esto
- Promoción y prevención tampoco está contemplada en los contratos está a cargo de los prestadores y estos tienen pocos recursos
- Dejar muy claro el financiamiento
- Equipos interdisciplinarios para hacer ese acompañamiento del proceso del paciente y trabajar en la restitución de derechos de ellos y la educación
- El pagador no paga, la IPS asume costos que no le corresponde y el paciente queda en el medio
- Fragmentación de los servicios de salud
- La contratación debería ser integral para que fluya la ruta de atención
- Falta formación en oncología desde el pregrado para medicina y enfermería. No se prioriza el cáncer, como se ha hecho con la mortalidad infantil y materna en la formación de los profesionales y es muy necesario con la transición epidemiológica y la cantidad de factores de riesgo a lo que se está expuesto
- El cuidado paliativo está abordado solo para el final de la vida, debe hacerse otro abordaje como eje transversal del proceso oncológico
- Navegación que también acerque al paciente con los profesionales de salud e intervengan las barreras desde los diferentes entornos y empoderen a los pacientes. Es decir, enfocar la navegación no solo para trámites sino para esa parte de acompañamiento social. Hay estudios que han mostrado su efectividad en este tipo de pacientes. Un referente disminuye la ansiedad y angustia
- Articular la parte emocional con la física. Programas con enfoque holístico
- Proceso de comunicación del diagnóstico debe estar acompañado por un equipo multidisciplinario
- UFCA y UACAI falta de implementación de la ley que reglamenta la conformación de estas unidades. Existen falta de incentivos. El modelo debe proponer mecanismos para apalancar su implementación, no hay interés de parte de los actores para su conformación. Rectoría para el cumplimiento de la ley. Las Entidades territoriales deben ejercer rectoría. Incentivos como giro directo y contratación
- Las UFCA Y UACAI deben tener de manera obligatoria programas de navegación
- Cumplimiento de indicadores. Pago por resultados

- Construcción de indicadores (mal formulados no miden lo que se quiere) se propone que sean cualitativos y cuantitativos para el Plan Decenal para el Control del Cáncer
- Carga laboral para profesionales de salud y bajos salarios, este escenario debe contemplar la situación de los trabajadores de salud. De hecho, esto tópico es transversal a las políticas, entornos y servicios de salud
- Corrupción en la encuesta del SISBEN desangre de recursos. Ejercer mayor rectoría por parte de los entes de control
- Revisar conceptos de estilos de vida, modos de vida

Transversales

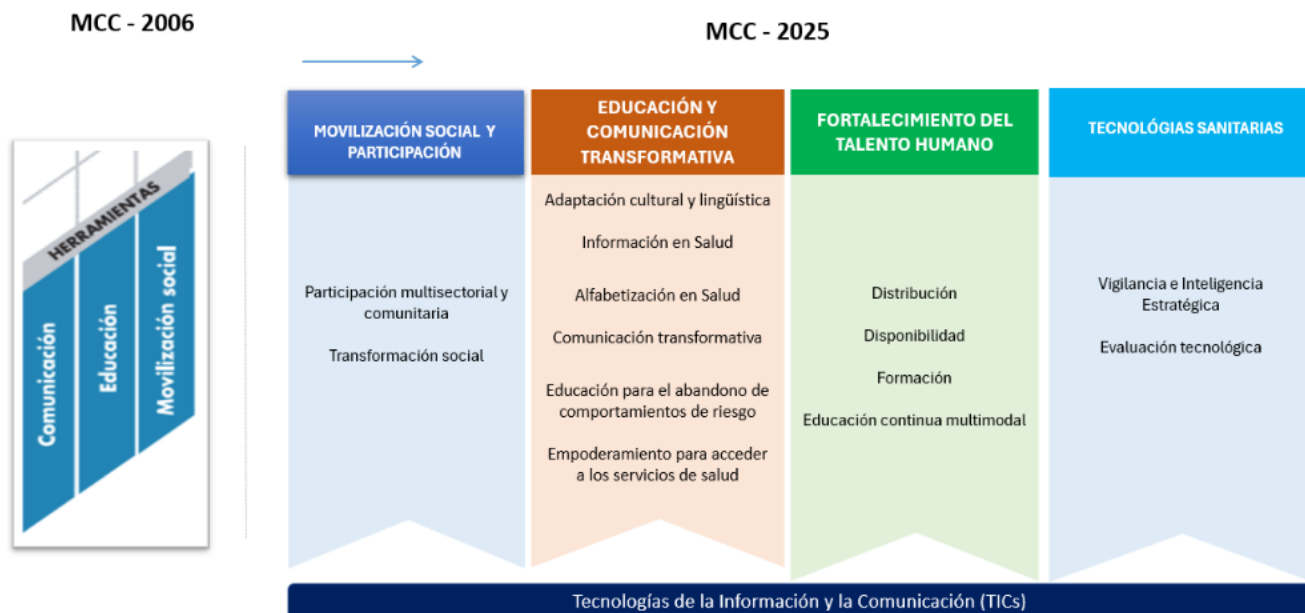
- Navegador
- Financiamiento
- Taller de navegación oncológica

Como parte de la conclusión:

Se hace énfasis en financiamiento, navegación. En conjunto, un modelo de control del cáncer debe plantearse como una política pública intersectorial, sostenible y centrada en la persona, donde el sector salud asuma su rol rector pero apoyado por otros sectores que contribuyan a la prevención, continuidad del tratamiento y calidad de vida de los pacientes y sus familias. El modelo debe abordar la política pública desde una perspectiva integral que combine decisiones legislativas y financiamiento sostenible —incluyendo una UPC diferencial en oncología— con estrategias de educación comunitaria que empoderen a la población en la detección temprana. Debe promover la intersectorialidad para que áreas como transporte, educación, trabajo y desarrollo social apoyen la reducción de barreras y determinantes sociales que afectan la continuidad del tratamiento. Asimismo, requiere políticas que fortalezcan la humanización de los servicios, la formación en habilidades emocionales de los profesionales, la consolidación del rol del navegador oncológico y la protección laboral para pacientes y cuidadores, garantizando una atención centrada en la persona, equitativa y sostenible. En cuanto a los entornos la discusión se centró en el entorno comunitario y digital. Se propone un entorno individual. En los entornos comunitarios, se debe priorizar la educación y el empoderamiento de la población en la identificación temprana de signos y síntomas, especialmente en cáncer infantil, donde el diagnóstico oportuno marca la diferencia, al tiempo que se fortalece la capacitación de los profesionales de salud en competencias específicas. Además, es clave incluir políticas que apoyen iniciativas como los hogares de paso, que actualmente dependen de fundaciones, para reducir inequidades y garantizar continuidad en el tratamiento. En el entorno digital, el modelo debe promover el uso de plataformas y medios masivos para la prevención, el autocuidado y la detección temprana, con campañas que no solo se enfoquen en la mortalidad, sino que transmitan mensajes positivos sobre la supervivencia y la esperanza, contribuyendo a disminuir el estigma del cáncer. Finalmente, desde el ámbito individual, el modelo debe reconocer que cada persona tiene deberes en el autocuidado, la prevención, la participación en actividades comunitarias de salud y la búsqueda oportuna de atención, entendiendo que el control del cáncer es corresponsabilidad de todos los actores sociales. Desde los servicios de salud el modelo debe incorporar elemento que promuevan la atención interinstitucional e intersectorial, evitando que la carga administrativa recaiga sobre el paciente y garantizando rutas unificadas de manejo oncológico. El abordaje de los servicios de salud debe establecer con claridad las responsabilidades de EPS e IPS, reducir el gasto de bolsillo y minimizar la necesidad de tutelas mediante mecanismos ágiles de acceso. El modelo debe promover una UPC diferencial que financie programas de navegación, educación y equipos interdisciplinarios que acompañen integralmente al paciente, incluyendo la restitución de derechos, el abordaje emocional y la articulación de cuidados paliativos desde etapas tempranas del proceso oncológico. Para superar la fragmentación de servicios, se propone avanzar hacia la contratación integral, con incentivos como el giro directo, que fortalezcan las UFCA y UACAI, asegurando su implementación obligatoria con programas de navegación. Es fundamental además reforzar la formación en oncología desde el pregrado, construir indicadores cualitativos y cuantitativos que midan resultados reales, y aplicar pago por desempeño. El modelo debe también contemplar la situación laboral de los profesionales de la salud, hoy afectados por sobrecarga y bajos salarios, y avanzar hacia un sistema más humano y holístico en el acompañamiento al diagnóstico y tratamiento. Finalmente, debe garantizar una rectoría efectiva

frente a problemas como la corrupción y el mal uso de recursos, a fin de que las políticas y acciones realmente fortalezcan el acceso, la calidad y la equidad en la atención del cáncer.

Herramientas



Para el Departamento de Valle del Cauca, se generó una mesa de herramientas

Movilización social y Participación

- Articulación entre los diferentes actores para la participación y la movilización social.
- Unir esfuerzos para el desarrollo de actividades de promoción de la salud, control del cáncer e incidencia política.
- Visibilizar y actualizar el mapa de actores clasificados.
- La movilización social no puede depender de las orientaciones políticas individuales.
- Definir y posicionar el concepto de determinantes comerciales de la salud.

Fortalecimiento del talento humano

- Incorporar el uso de inteligencia artificial en la formación y práctica en salud.
- Fortalecer la capacidad de los médicos generales para la detección temprana del cáncer.
- Incluir en los planes de estudio de medicina y enfermería entrenamientos específicos en promoción de la salud, control del riesgo y diagnóstico temprano
- Involucrar a la academia como actor clave en el fortalecimiento del talento humano y flexibilizar los pénsum académicos para adaptarse a las necesidades del territorio.
- Promover la formación integral de diferentes perfiles en gestión del riesgo, evitando delegar exclusivamente en enfermería.
- Formalizar el talento humano y revisar los tipos de contratación que garanticen continuidad en la atención.
- Definir perfiles con roles integrales y programas de formación específicos.
- Revisar incentivos para fomentar la capacitación y el fortalecimiento de capacidades.

- Implementar redes de especialistas que apoyen a médicos generales en territorios dispersos, fortaleciendo el diagnóstico y la atención.
- Desarrollar formación técnico-administrativa sobre el sistema de salud y sus rutas de atención.
- Mejorar la distribución de profesionales mediante alianzas interadministrativas y esquemas de compensación salarial.
- Crear un programa nacional de cáncer con talento humano exclusivo.
- Certificar entrenamiento en detección de cáncer como requisito de contratación.
- Diseñar PTS (Planes Territoriales de Salud) aterrizados a las dinámicas locales.

Tecnologías sanitarias

- Fortalecer la interoperabilidad de los sistemas y garantizar una historia clínica integral y unificada.
- Definir cómo se aterrizan las nuevas tecnologías en los territorios.
- Planificar el trabajo en red desde los aseguradores, con estándares nacionales de equipos y tecnologías.
- Realizar georreferenciación de oferta y demanda de tecnologías por territorio, para crear centros de referencia en cáncer.
- Desde el Ministerio asegurar la adquisición de tecnologías acorde con los avances científicos, y no solo en función de los recursos disponibles.
- El ente territorial debe direccionar recursos y monitorear que las tecnologías adquiridas sean pertinentes.
- Ampliar los reportes en SIVIGILA a otros tipos de cáncer, más allá de mama, cérvix e infantil.
- Garantizar atención integral en red con programas bandera, navegación de pacientes y especialización de servicios.

Educación y comunicación transformativas

- Incluir equipos interdisciplinarios con enfoque social que comprendan las dinámicas territoriales y diferenciales.
- Establecer programas de alfabetización en salud desde la educación media (bachillerato).
- Impulsar la figura del “paciente experto”, empoderado y con rol de padrino/madrina de pacientes recién diagnosticados.
- Promover redes de pacientes voluntarios capacitados para orientar a otros en el sistema de salud.
- Adaptar experiencias exitosas, como el modelo de alfabetización en salud de Argentina.
- Crear piezas comunicativas claras, ajustadas a las realidades territoriales.
- Cambiar las estrategias de comunicación para que partan de lo que motiva al ser humano, movilizándolo desde el empoderamiento.
- Actualizar medios y procesos de información y comunicación.
- Incorporar estrategias de demanda inducida con un enfoque comercial innovador para “vender” la salud como un valor positivo.

Aportes de la mesa continuum

- Termografía - Elastografía- Ibrex
- Quien define la aplicación de nuevas técnicas
- Actualización de GPC y rutas
- Actualización de CUPS y protocolos

Núcleo del modelo



- En VIGILANCIA incluir la Vigilancia epidemiológica de base comunitaria priorizada según las características epidemiológicas y necesidades específicas de la región.
- En VIGILANCIA se interroga la operativización del ítem de 'costos económicos' y se sugiere incorporarlo en Análisis de Situación de Cáncer - ASIC
- No hay comentarios de la mesa sobre ID+I
- En la figura adicionar a Concreción la frase 'para la investigación en cáncer'
- Adicionar una línea en ID+I sobre Innovación en análisis y modelos de la economía de la salud con el propósito de fortalecer la sostenibilidad del sistema
- En la figura adicionar a Programas Piloto la palabra 'regionales'
- En Análisis de Situación de Cáncer adicionar una línea de análisis de las intervenciones intersectoriales
- En ASIC la palabra 'estructurales' que es redundante
- En el diseño de un Observatorio Epidemiológico del Cáncer se tener en cuenta la medición de las capacidades territoriales y fomentar la creación de registros institucionales

MOMENTO 2 - PDCCC 2025

Pregunta Orientadora ¿Utilizando la estructura del PDCCC 2012-2021 y teniendo en cuenta la actualización del modelo para el control del cáncer, proponga los cambios pertinentes en líneas, componentes y acciones estratégicas?

Línea estrategia 1 – Control del riesgo

El enfoque es más hacia lo negativo que hacia lo positivo. Solo el título está orientado hacia lo negativo. Debería enfocarse hacia la promoción de estilos de vida saludable. Involucrar factores protectores. Autocuidado

Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol.

Acciones estratégicas

- Políticas para aumento de impuestos, estos dan renta para financiar educación y salud
- Etiquetado en envases de los efectos nocivos del alcohol de manera visible, de manera legible con imágenes

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

Acciones estratégicas

- Promoción de loncheras saludables en el entorno escolar
 - políticas para apalancar la disponibilidad de frutas y verduras a precios asequibles
 - Lineamientos para alimentación sana y asequible
 - Regular la información de redes sociales sobre alimentación saludable
 - Regulares máquinas dispensadoras de alimentos en los diferentes entornos con comida no sana.
- Promoción de entornos saludables

- Espacios saludables en colegios, universidades y ámbito laboral

Promoción de la actividad física.

Acciones estratégicas

- Continuar incentivando el deporte desde el ámbito familiar
- Mejorar espacios para la práctica de ejercicio, lugares seguros desde la parte vial y social
- Fomentar entornos saludables comunitarios

Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales

Acciones estratégicas

- Incluir a quienes están de manera indirecta a este tipo de carcinógenos, por ejemplo los niños campesinos expuesto a fumigación
- Articulación con ARL
- Vigilancia de trabajadores informales

Control del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta

Sin comentarios de la mesa

Protección específica a virus relacionados con cáncer

- Obligatoriedad en los colegios de la vacunación contra el VPH, deben pedirse los carnets para el ingreso
- Campañas de vacunación contra VPH que contemplen el enfoque cultural y territorial. Población rural dispersa
- Disponer de recursos para llevar la vacunación a zonas dispersas

La mesa propuso algunas acciones puntuales dentro de cada componente y otras transversales a los todos los componentes que se describen a continuación:

- Debe apuntar a la promoción de estilos de vida saludable.
- La política no es solo promover sino generar espacios
- Determinantes sociales no hay seguridad alimentaria
- políticas orientadas a la situación del país en relación con los determinantes sociales y las condiciones de vida de la población
- Formular acciones de cara a los determinantes sociales
- La familia es un entorno muy importante para fomentar el control del riesgo
- Están de acuerdo en cómo está planteada la línea, no es formular más acciones sino implementar las ya propuestas
- Articulación institucional
- Fortalecer en todos los componentes la educación en todo nivel y todos los ámbitos

- política de salud mental para manejar algunas situaciones que llevan al consumo de alcohol y tabaco
- Incluir un componente de control a la exposición ambiental (gases generados por vehículos y fabricas). Que se hace con esas personas que dispensan gasolina
- Incluir a influencia para la promoción de estilos de vida saludables
- Llegar a públicos masivos por redes sociales
- políticas de regulación de información en redes sociales y debe incluir un mínimo de mensajes de promoción de hábitos de vida saludable, para ayudar a amplificar la información. Como una cuota de responsabilidad social
- Se considera que las acciones de educación y promoción de entornos saludables son transversales para control del riesgo de todos los componentes de la línea
- Estrategias puntuales para cambio de comportamiento
- Abordaje con enfoque cultural para población indígena

Línea estratégica 2 - Detección temprana

Mesa 1	Mesa 2
1. Concepto de detección temprana • Se sugiere modificar el concepto para que quede más claro y completo. Propuesta: “La detección temprana se realiza mediante la tamización y/o la canalización oportuna de personas que presentan síntomas incipientes de la enfermedad, a través de estrategias basadas en programas de base poblacional y en contacto con servicios de salud.” • Eliminar la frase “únicamente personas que entran en contacto con los servicios”, ya que limita la visión poblacional y puede excluir grupos con barreras de acceso. • Cambiar la conjunción “o” por “y/o”, para no condicionar una vía sobre la otra, sino contemplar ambas posibilidades complementarias (tamización y síntomas). 2. Componente político y normativo • Actualmente, la tamización organizada solo se realiza para cáncer de cuello uterino. Es necesario ampliar la cobertura a otros tipos de cáncer como: ○ Cáncer anal (especialmente en poblaciones con mayor riesgo como HSH o personas con VIH). ○ Cáncer de cabeza y cuello. ○ Cáncer de colon y recto. • Respecto a la vacunación contra VPH, se debe garantizar su implementación	cáncer de cuello uterino Continúa • Fomenta la autotomía desde las políticas publicas • GPC enfoque en gestión del riesgo y más sencilla, desarrollar flujogramas para que los médicos lo tengan de manera practica • Potenciar las acciones de APS con EBS • Fortalecimiento del Talento Humano extramural • Control de calidad a los reportes de las pruebas de tamización y de patología • Hacer proceso de inspección, vigilancia y control para que el cumplimiento sobre la ruta de atención, principalmente a los hitos Cáncer de mama Continúa • Incorporar las nuevas tecnologías en ciudades apartadas para la detección temprana a nivel política e incorporarla dentro de las rutas • Fortalecer los programas de garantía de la calidad • "Desarrollar estudios que permitan contar con la información sobre estadio clínico al momento del diagnóstico de cáncer de mama" • Fortalecer los programas de garantía de la calidad

efectiva, y construir consensos claros sobre: - o Edad mínima y máxima para vacunación. - o Inclusión por género (niñas, niños y personas no binarias). - o Reforzamiento para grupos de riesgo. - o Buscar consenso desde donde hasta donde debe hacerse la vacunación por edades y género. 3. Componente comunitario y educativo • Se debe diferenciar entre comunicar y educar. Ambas son necesarias y complementarias. Se recomienda reforzar la educación a padres de familia como primer paso, antes de retomar acciones en entornos escolares. • Promover la articulación efectiva entre los sectores de salud y educación, para generar una cultura de prevención desde edades tempranas. • Incluir en los mensajes a la comunidad el enfoque en derechos y deberes del paciente, y explorar el debate sobre incentivos (positivos o sancionatorios) para promover conductas preventivas. • La comunicación en salud debe: - o Usar un lenguaje positivo y empático. - o Evitar competencias entre actores y generar mensajes unificados. - o Incorporar enfoque diferencial con perspectiva de género, familia y comunidad. - o Promover el empoderamiento ciudadano con enfoque en géneros compartidos, no solo por órganos reproductivos. 4. Servicios de salud y operatividad a. Rutas de atención • Clarificar si la organización será por género o por órgano blanco. Por ejemplo: - o Citología anal: no existe ruta clara para su procesamiento ni para el manejo posterior de resultados positivos. - o Cáncer de colon y recto: definir protocolos y periodicidad en función de la evidencia y el riesgo. b. Detección en cánceres específicos	Cáncer de próstata Continúa • Implementar estrategia para impactar los indicadores de oportunidad y estadios temprana • " Contar con datos de incidencia y prevalencia de cáncer de mama por estadio clínico, al 2014." • Desarrollar estrategias comunicativas basadas y evaluar su impacto y lograr innovación en las estrategias de innovación • Incidencia de la población en al autocuidado a través de la movilización social y comunitaria • Manejo de la corresponsabilidad de los usuarios Cáncer colorrectal Continuar • Fortalecer la telemedicina • Fortalecimiento del TH en los territorios rural y rural dispersa Cáncer infantil • Fortalecer los programas de garantía de la calidad Incluir • Cáncer gástrico validando valor específico para los tamizajes. Cálculo de los costos a partir del cálculo de la UPC • Pulmón por la severidad: Definir criterios de riesgo e incluir los programas de calidad
--	---

• Cáncer de mama: se recomienda establecer como tamizaje la primera mamografía a los 45 años en mujeres sin antecedentes personales ni familiares. • VPH positivo: se sugiere que el resultado positivo lleve a colposcopia directa, sin necesidad de citología intermedia, siguiendo guías internacionales. • Adolescentes (menores de 18 años): es necesario establecer una ruta clara de detección temprana para este grupo, actualmente desdibujada. c. Tamizaje poblacional • Se evidencia que las EPS no tienen actualizadas sus bases de datos, lo cual dificulta la identificación de población objetivo para tamización. • Requiere reforzar estrategias de identificación activa, no pasiva, para superar esta barrera estructural. 5. Determinantes sociales y acceso a servicios • Evaluar cómo las condiciones sociales, ambientales y territoriales afectan la detección temprana, por ejemplo: ○ Acceso en zonas dispersas (urbanas marginales o rurales). ○ Violencias territoriales. ○ Infraestructura vial deficiente. • Incorporar enfoques de multiculturalidad, garantizando acceso adecuado a comunidades indígenas, afrodescendientes, campesinas, entre otras. 6. Capacidad instalada y recurso humano • Evaluar la capacidad instalada para responder a una expansión real del tamizaje. Es necesario: ○ Estimar la cantidad de talento humano requerido. ○ Asegurar la formación continua en tamización, diagnóstico temprano y consejería. ○ Mejorar condiciones laborales del personal, incluyendo salarios dignos y condiciones adecuadas. ○ Evitar que la educación quede como una “lista de chequeo” sin impacto real.	
---	--

7. Evaluación de nuevas tecnologías • Incluir la evaluación permanente de tecnologías emergentes para la detección temprana (por ejemplo, pruebas moleculares, auto toma, inteligencia artificial). • Asegurar su inclusión en el POS (CUPS) y su adopción equitativa, evitando que solo lleguen a centros de alta complejidad. Cáncer de mama • Evaluación continua de nuevas tecnologías para diagnóstico. • Acceso a población dispersa (urbana o dispersa, en condiciones de violencia, etc.) con enfoque de multiculturalidad. • Tener en cuenta barreras de determinantes sociales - entorno - carreteras, etc. • En cáncer de mama: 45 años primera mamografía en pacientes sin antecedentes. Cáncer de próstata • Colposcopia: vph positivo ---- pasar a colposcopia directo • Adolescencia: no es clara la ruta de detección en menores de 18 años Incluir Estómago Piel - sólo melanoma Pulmón Cabeza y cuello Dejar lineamiento sobre territorios	
---	--

Línea estratégica 3 - Atención, recuperación y superación del daño causados por cáncer

La línea estratégica se debe mantener, sin ajustes

Habilitación de servicios oncológicos

Acciones estratégicas

Acciones político–normativas

- Las acciones contempladas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 deben mantenerse
- Para el nuevo plan se sugiere garantizar la implementación y el seguimiento de cada acción propuesta, utilizando verbos más claros y orientados a la gestión: diseñar, actualizar, revisar, definir.

Acciones a nivel comunitario

- Ajustar y fortalecer las acciones estratégicas.
- Desarrollar espacios para la capacitación de la comunidad en derechos y deberes, así como en el conocimiento de los servicios oncológicos.

- Promover la participación de equipos de veeduría ciudadana y ligas de usuarios en estos procesos.

Acciones en servicios de salud

- En la acción estratégica sobre acreditación, cambiar el énfasis de “propender por” a garantizar o incentivar que los servicios oncológicos obtengan acreditación.
- Incluir un componente de seguimiento continuo a la habilitación, con criterios claros y específicos, ya que actualmente los servicios se habilitan sin verificación permanente.
- Incorporar acciones de seguimiento del asegurador hacia el prestador, para verificar el cumplimiento de los criterios de habilitación de servicios de oncología
- Asignar recursos específicos para la implementación de los servicios de telemedicina, dado que actualmente los lineamientos son amplios, pero no cuentan con financiación para su ejecución.
- Diseñar y aplicar una herramienta estandarizada que facilite dicho seguimiento.

Organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos

Criterios de habilitación y talento humano

- Incluir dentro de los criterios de habilitación el fortalecimiento del talento humano en oncología, garantizando que los profesionales estén certificados, formados y/o entrenados.

Acciones político–normativas y del Plan Decenal

- Mantener las acciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, ajustando la redacción con verbos orientados a la gestión: diseñar, actualizar, revisar, definir.
- En el nuevo plan se debe garantizar la implementación y seguimiento de cada acción, incorporando además la identificación explícita de los actores responsables, de manera que estos sean visibles.
- En la actividad 3.2.2: ajustar el verbo a garantizar el cumplimiento, incluir monitoreo permanente y hacer explícita la normatividad vigente.

Acciones comunitarias

- Ajustar y fortalecer las acciones estratégicas a nivel comunitario.
- Desarrollar espacios de fortalecimiento de capacidades en derechos y deberes, y en el conocimiento de los servicios oncológicos.
- Promover la participación de equipos de veeduría ciudadana y ligas de usuarios en el seguimiento de estas acciones.

Servicios de salud y tecnologías

- Establecer estándares mínimos (variables y criterios) para el inventario del equipamiento biomédico (actividad 3.2.4).
- Regular el uso de tratamientos o tecnologías no registradas en INVIMA que, sin embargo, tienen evidencia científica y se utilizan en el país con base en avales internacionales.
- Revisar y ajustar la prestación de servicios por redes, ya que actualmente no funciona de manera efectiva. Se debe considerar la realidad de cada territorio, garantizando el cumplimiento de la normativa que regula la prestación por redes.
- En la actividad 3.2.3: garantizar la entrega oportuna de los medicamentos oncológicos.

Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos

Se mantiene sin ajustes

Acciones estratégicas

- Actividad 3.3.1
- Incluir los once tipos de cáncer priorizados en el PDSP 2022–2031.
- Actualizar las guías de práctica clínica, ya que las guías del Ministerio están desactualizadas.

- "Actividad 3.3.2
- Garantizar la implementación y el seguimiento oportuno de las acciones planteadas.
- Actualizar los indicadores y fortalecer el monitoreo de remisiones, cumplimiento de protocolos, agendas de citas, asistencias domiciliarias, entre otros."
- "Actividad 3.3.3
- Fortalecer y describir claramente las acciones de inspección, vigilancia y control.
- Crear lineamientos nacionales que garanticen la implementación y seguimiento del programa de navegación de pacientes, tomando como referencia modelos internacionales exitosos.
- Normatizar la navegación de pacientes para estandarizar su aplicación en el país."
- "Actividad 3.3.4
- Definir y socializar los parámetros de seguimiento.
- En caso de que ya existan, fortalecer el monitoreo a la oportunidad y calidad de los tratamientos oncológicos."
- Actividad transversal (acciones político–normativas y servicios de salud)
- Mantener las acciones del Plan Decenal 2012–2021, ajustando la redacción con verbos de gestión (diseñar, actualizar, revisar, definir).
- Para el nuevo plan, se sugiere garantizar la implementación y el seguimiento de cada acción, con responsables claramente definidos y visibles.
- Actualizar, publicar, socializar y garantizar el seguimiento al modelo de atención en cáncer para Colombia.

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

Mesa 1	Mesa 2
Organización de la oferta y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer. • Experiencia de familia sobreviviente. • Servicios de salud: facilitar la atención del duelo. Todo cubre el paciente, pero si el paciente fallece, se deja solo al sobreviviente. Seguimiento post duelo con tiempo definido. • Incluir cuidado paliativo desde el inicio. • Servicios de cuidado paliativo muy orientados al manejo del dolor, debe ampliarse. • Vinculación laboral, contemplar todo el tema que no se cumplió. El plan de reincorporación laboral solo para el sobreviviente, pero debe contemplar el paciente y la familia. Las incapacidades se vuelven un problema. Deben generarse desde el diagnóstico. Contemplar incluso un salario para el cuidador. • Seguimiento del riesgo del sobreviviente.	Mantener la línea de mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes de cáncer y fortalecerla con los temas de recaídas Organización de la oferta y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer. • Trabajo con la academia para tener más oferta de paliativitas • Garantizar la suficiencia de medicamentos opioides - Mejorar la oferta • Mantener los documentos de cuidado paliativo • "Formular la política de reincorporación a la vida laboral de sobrevivientes de cáncer., definir su pensión, potenciarlas con la ley de olvido oncológico " • Dar cumplimiento a la ley sobre los servicios de apoyo social • Supervisar y ser visible en la red los servicios de apoyo social, los recursos y fuentes de financiación

1. Acompañamiento a la familia y al sobreviviente • Actualmente, los servicios están diseñados principalmente para el paciente. Sin embargo, cuando el paciente fallece, la familia queda desprotegida. • Se propone incluir una ruta formal de atención al duelo, con: ○ Seguimiento post-duelo con tiempos definidos (mínimo 6 meses). ○ Apoyo psicológico y social para los familiares sobrevivientes. ○ Enlace con programas comunitarios para reconstrucción del proyecto de vida. • La experiencia de la familia sobreviviente debe ser sistematizada y tenida en cuenta para mejorar los procesos de atención y humanización del cuidado. 2. Cuidados paliativos como parte integral desde el inicio • El cuidado paliativo debe dejar de ser visto únicamente como manejo del dolor en etapa terminal. • Se recomienda incluir cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico, como parte de un enfoque integral que contemple: ○ Control de síntomas. ○ Soporte emocional. ○ Planificación anticipada del tratamiento. ○ Comunicación clara sobre pronóstico. ○ Educación a la familia y al paciente sobre el proceso de enfermedad. 3. Reincorporación laboral y sostenibilidad social • El plan de reincorporación laboral está planteado solo para el sobreviviente, pero es necesario que también se contemple: ○ Al paciente durante tratamiento (flexibilización laboral, trabajo remoto, adaptaciones). ○ A la familia cuidadora, especialmente cuando hay impacto económico directo. • Se recomienda evaluar la viabilidad de incluir un salario para el cuidador principal, o apoyo económico formal, especialmente en casos donde el tratamiento implique ausentismo laboral prolongado. • Las incapacidades laborales deben generarse desde el diagnóstico, y no	• "Definir lineamientos para la implementación de servicios de • apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus • cuidadores." • "Definir los lineamientos técnicos - normativos, incluyendo el • desarrollo de guías y protocolos para la atención integral en • cuidado paliativo y rehabilitación de los pacientes con cáncer." • "Realizar mediciones de calidad de vida en pacientes y sobre- • vivientes de cáncer aclara responsabilidades y el cómo " • Posibilidad de auxilios a pacientes y familiares
---	--

dependen exclusivamente del tipo de tratamiento o de la etapa clínica. 4. Seguimiento al sobreviviente • Incluir en el modelo un componente claro de seguimiento del riesgo del sobreviviente, teniendo en cuenta: ○ Riesgo de recurrencia. ○ Comorbilidades asociadas. ○ Riesgos emocionales o psicológicos (depresión, ansiedad, miedo a la recurrencia). ○ Necesidades de salud sexual y reproductiva. ○ Adherencia a hábitos saludables y controles periódicos.	
--	--

Línea estratégica 5 - Gestión del conocimiento y las tecnologías para el control del cáncer

Se considera pertinente la línea, cambiar la denominación a Gestión y apropiación transectorial del conocimiento para el desarrollo e innovación

Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio de Cáncer

- Fomentar los sistemas de información territoriales en cáncer como fuente de información para la toma de decisiones locales y el sistema de información nacional
- Plantear una Acción estratégica que desarrolle la vigilancia de los factores de riesgo
- Integrar a los sistemas de información las variables que den cuenta de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial
- Consolidar líneas de investigación en salud pública sobre estudios con alcance nacional, territorial y local para la generación de conocimiento sobre las prácticas implicadas en los determinantes comerciales de la salud
- Desarrollar, fortalecer e implementar el diseño de tecnologías para la investigación en cáncer

Investigación en Cáncer

- Armonizarlo con Investigación, desarrollo e innovación para el abordaje integral en cáncer

Línea estratégica 6 - Fortalecimiento del talento humano en salud

Mantener la línea estratégica, sin ajustes

Formación básica y continua del talento humano en oncología

Acciones estratégicas

- "Acciones político–normativas
- Mantener las acciones existentes, realizando los ajustes necesarios en la redacción para que se orienten a implementar, garantizar y realizar seguimiento de manera efectiva."
- "Actividad 6.1.1
- Implementar y fortalecer la rotación de perfiles médicos por los servicios de oncología.

- Facilitar procesos de formación, actualización y fortalecimiento de capacidades del talento humano, asegurando entrenamientos y formación continua en oncología."
- "Actividad 6.1.4
- Actualizar la información de manera que permita la georreferenciación por territorios, facilitando la planeación y el monitoreo."
- "Actividad 6.1.5
- Actualizar y socializar la información en todos los territorios, garantizando que sea una herramienta útil para la toma de decisiones en la implementación y seguimiento de las redes de atención."

Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología.

Mantener la línea estratégica, sin ajustes

Accione estratégicas

- Revisar y actualizar los lineamientos de seguridad laboral, incorporando acciones diferenciales para el talento humano que trabaja en oncología, considerando la alta carga emocional y de salud mental asociada a la atención de esta enfermedad.
- Revisar y ajustar los modelos de contratación y pago, promoviendo la estabilidad laboral del talento humano en oncología.
- Fomentar la formación y práctica en salud pública, así como la integralidad del talento humano en acciones de promoción, control del riesgo y detección temprana del cáncer.
- Exigir la actualización permanente del personal en oncología, incluyendo avances científicos y experiencias internacionales.
- En la actividad 6.2.2, se sugiere suprimirla por no aportar valor agregado.

Se da inicio a la plenaria de discusión, la cual plantea las siguientes conclusiones:

Para el modelo para el control del cáncer

- En nuevas tecnologías recomiendan, poder articularse con el INVIMA para poder conocer mejor estas tecnologías.
- Definir quienes actualizan las GPC para actualizarlas prontamente
- Actualizar cups y recomendaciones

Para el Plan decenal

- Para plan decenal dejar criterios claros de capacidad instalada para expansión del proceso de tamizaje
- Talento humano con formación continua
- Evaluación de nuevas tecnologías que puedan ayudar a hacer tamización a poblaciones dispersas, acompañado de CUPS, para que haya resultado financiero que ayude a sostener el sistema
- Reevaluar edad de inicio de tamización de cáncer de mama
- Adolescentes menores de 18 (14/18) establecer ruta para revisión de sus hemogramas
- Bases de datos, comunicación entre prestadores, base única de contractibilidad y poder hacer actividades de salud con captación de pacientes e invitación a acceder a programas de tamizaje
- Sospecha de cáncer desde un dispositivo social y comunitaria
- Sobre el concepto de Detección temprana, mejor designarlo **Detección oportuna**, porque en temprana ya es cáncer
- Rehabilitación oncológica: el sistema debe reconocer como algo transversal este proceso.

- No hablar de la atención del cáncer como algo regido por el sistema sino por el estado porque se amarra el modelo a una política
- En el proceso de la línea de cuidado, seguimiento a la sobrevivencia.
- Que tanto se cuida la supervivencia, es decir cómo se atiende a pacientes con antecedente de cáncer
- Nuevamente, el aseguramiento no debe supeditarse al modelo de salud sino a la normatividad.
- Fortalecer sistema de vigilancia con navegación, sistema interoperable para monitorear desde variables administrativas, clínicas, etc. (minuto 50)
- Propuesta: centro oncológico continuo para la atención de cáncer infantil (varios)
- Pago por desempeño, gran parte de metas incumplidas y barreras, como le van a pagar a los especialistas, en Uruguay no ha funcionado
- Revisión “estilo de vida”
 - a. Estilo se elige; es culpar a la gente por sus enfermedades; pero muchos no están de acuerdo con esto, reconocen que la gente es responsable por sus elecciones