

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

PARTICIPACIÓN

IPS: IPS Salud Medical, Clínica Guane ESE, Asalud, ISABU, Clínica Integral del Dolor – PAINFREE, Foscal, Hospital Universitario de Santander y Hospital Internacional de Colombia. Liga Santandereana Contra el Cáncer

ENTIDADES TERRITORIALES: Gobernación de Santander, Secretaría de Salud de Santander, Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga

EPS: Saludmia, Coosalud y Sanitas EPS.

SOCIEDAD ACADEMICA: Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, la Universidad Industrial De Santander.

SOCIEDAD CIENTÍFICA: Asociación Colombiana de Hematología y Oncología ACHO y Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – ACHOP

SOCIEDAD CIVIL: Fundación Senosama.

RESULTADOS DE LA SESIÓN

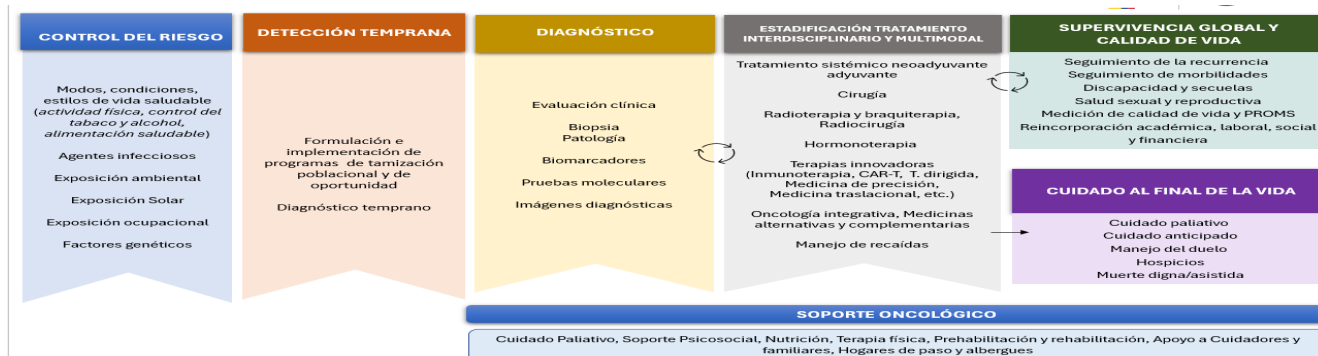
1. Resultados de la sesión

MOMENTO 1 - MCCC 2025

Pregunta orientadora - ¿Cuál son los aspectos que se deberían ajustar y que le parece necesario incorporar?

Cada mesa de trabajo abordará esta pregunta orientada de acuerdo con la componente asignada

Mesa 1 y 2 – Continuum de la atención



Control del riesgo:

Ministerio de educación, formación a nuestros profesionales de salud, nuestros médicos generales que van a orientar en sus poblaciones. Min Educación integrado.

Control del riesgo:

- Patología: parte educativa hacia el personal de salud.
- Integración del Ministerio de Educación en la formación de profesionales de la salud
- nuestros médicos generales que van a orientar en sus poblaciones
- La línea es lógica, pero la parte de control del riesgo se debe conocer cuál es el factor de riesgo.
- El médico general que vaya al puesto de salud tiene que estar informado.
- Necesidad de identificar factores de riesgo para orientar acciones.
- Riesgos no controlables: abordarlos desde promoción de la salud o medidas preventivas o promoción y prevención.
- Considerar otras enfermedades (salud mental, factores psicosociales dinámicas comunitarias, estrato socioeconómico, determinantes).
- Enfoque intercultural
- Intersectorialidad: definir responsabilidades más allá del sector salud.
- Mayor énfasis en cáncer: cátedras, bases de conocimiento, diagnóstico y herramientas.
- Articulación departamental y municipal como elemento transversal.
- Enfoque educativo hacia el personal de salud
- Hacer énfasis en los cánceres prevenibles (temas de vacunación - VPH), componente psicosocial, temas transversales, el componente psicosocial está en la detección temprana.
- Tener en cuenta las condiciones geográficas, componentes ambientales, información disponible.
- Poner juntas exposición ocupacional y ambiental.
- Es necesario describir los agentes infecciosos
- Componente de educación: educación sobre GPC, conocimiento a otros actores del sistema, que tienen que ver con el manejo de salud.
- Controles de herbicidas, plaguicidas, no hay campañas frente a otros aspectos importantes como ocupacionales y laborales.
- Georreferenciación dentro del continuum

Detección temprana

- Estudiante de medicina, el mejor diagnóstico está en manos de médicos.
- No limitarse a tamizajes convencionales: incluir cánceres hematológicos y otras enfermedades de alto costo.
- Fortalecer examen físico, formación y recurso humano.
- En formulación e implementación de programas de tamización poblacional y oportunidad: tamización en pacientes asintomáticos, tamización de oportunidad, que la debe dirigir el médico general. Modelo de consultorio oncológico, (consultorios rosados como ejemplo). Identificación y remitir a consultorios rosados.
- Modelo de navegación del paciente.
- Articulación
- Incluir criterios de calidad de exámenes de tamización, es importante la calidad en detección temprana. Controversia en edades de tamización. Equipo, quien lo toma y quien lo lee.
- Tamización poblacional y de oportunidad liderada por médicos generales.

- Modelos innovadores: consultorios oncológicos/rosados, navegación del paciente.
- Incluir criterios de calidad en tamizajes (edades, equipos, toma y lectura de pruebas).

Diagnóstico:

- Diagnóstico y estadificación deben ir juntos, diferente es el sitio en donde se va hacer y la calidad. Pueden juntarse, pero dependiendo nivel, oportunidad y sitio. No excluir que en donde se haga el diagnóstico se haga estadificación
- Unidades funcionales? Disgregación, pierde enfoque de diagnóstico y tratamiento integral.
- Centro regulador oncológico, en
- Evitar fragmentación en unidades funcionales que separen diagnóstico y tratamiento.
- Propuesta de un centro regulador oncológico con alianzas público-privadas, donde hay un centro que prioriza, para regular y manejar adecuadamente.
- Asegurar calidad y oportunidad según nivel y lugar donde se realicen.

Soporte oncológico y cuidado paliativo

- Soporte oncológico como componente transversal.
- cuidado paliativo: resignificar el concepto, porque los pacientes lo ven como el fin de la vida
- Cuidado paliativo: debe ser circular. Diferencia entre cuidado paliativo y cuidado anticipado. Cambiar cuidado anticipado por voluntad anticipada.
- Cuidado paliativo desde el diagnóstico.
- Voluntad anticipada desde el diagnóstico.
- Solo dejar la supervivencia.
- Muerte asistida: eutanasia como un tema que debe abordarse desde el marco ético y legal, respetando los derechos de los pacientes y el marco normativo vigente.

Gestión de la información

- Unidad de historia clínica integral. Integralidad, tener en cuenta en escenarios.
- Interoperabilidad y datos integrados entre actores.

Perspectivas Transversales:

- Enfoque intercultural en estrategias de prevención y control del cáncer.
- Incorporar factores psicosociales y su relación con otros riesgos como salud mental.
- Articulación intersectorial: definir claramente las responsabilidades de otros sectores (más allá del sector salud).

Mesa 2 y 3 – Escenario de intervención

MCC - 2006



MCC - 2025



Políticas públicas:

- Hay brechas en implementación; muchas políticas quedan en documentos sin aterrizar al territorio.
- *Misiones transformativas:* deben desarrollarse y explicitar cómo encajan en el modelo.
- Implementación: el principal problema es el recurso (financiero, humano y técnico) que limita la implementación de la política.
- *Centralización y despliegue territorial:* las políticas deben ser nacionales pero adaptadas y aterrizadas a las necesidades locales.
- *Armonización nacional-territorial:* existen desajustes (por ejemplo, en indicadores y prioridades). Falta regulación que unifique criterios. como un tema que debe abordarse desde el marco ético y legal, respetando los derechos de los pacientes y el marco normativo vigente.
- El cambio de políticas dificulta la ejecución del recurso financiero y económico que ya estaba armonizado a otras política.
- *Indicadores:* Los indicadores nacionales deben ser de obligatorio cumplimiento; los territoriales pueden añadir otros según particularidades.
- *Financiación:* debe incluirse como un aspecto puntual en el modelo, con administración clara de recursos.
- *Rectoría y gobernanza:* deben bajar en cascada, con lineamientos claros, intersectorialidad y coaliciones locales fortalecidas.
- *Continuidad:* las políticas deben trascender los cambios de gobierno (mínimo 10 años).
- *Compromiso profesional:* el problema no es solo normativo, también de quienes ejercen y aplican la política. El compromiso
- *Desarticulación PDSP:* debido a que la implementación por ejes se ha dificultado.
- Incluir el estado actual de las políticas públicas en Colombia, con un análisis de brechas y avances.
- Adaptar las políticas públicas al avance tecnológico, garantizando la interoperabilidad, el uso de evidencia científica y la confiabilidad de la información digital.
- Fortalecer la vigilancia del cumplimiento normativo, con reglas claras para que los entes de control ejerzan una rectoría efectiva.
- Integrar de manera explícita la academia y la investigación en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas.

- Clarificar los actores del sector económico, incluyendo al sector productivo y empresarial.
- Reforzar la gobernanza y gobernabilidad, con rectoría sólida, articulación intersectorial y diferencial, y gestión intersectorial clara que defina actores, roles y procesos.
- Incorporar de forma explícita las inequidades territoriales en las políticas públicas, reconociendo diferencias urbano-rurales y regionales.

Entornos

Institucional

- Incluir el entorno intrahospitalario, articulando de manera interinstitucional e interdisciplinaria la atención

Comunitario:

- Existe falta de credibilidad de la comunidad hacia las instituciones de salud. Eso dificulta el despliegue de las actividades de promoción. La comunidad se siente utilizada. Se debe hacer procesos educativos, no charlas. Se recopila mucha información entre la comunidad y no se dan resultados, no ven ninguna utilidad. Se considera este entorno uno de los más relevantes para hacer control del riesgo y promoción de la salud. En este entorno los determinantes sociales dificultan las intervenciones, por ello el modelo debe hacer este abordaje; perciben ser usadas sin ver resultados.
- Se requieren procesos educativos reales, no solo charlas.
- Es uno de los entornos más relevantes para control del riesgo y promoción de la salud.
- Determinantes sociales dificultan la efectividad; deben abordarse.
- Se ha invisibilizado y no se han vinculado de manera adecuada las ARL y cajas de compensación al proceso de promoción en salud.
- Explicitar diferencias urbano-rurales, con enfoque diferencial y fortalecimiento de redes comunitarias.

Hogar:

- El hogar es el entorno que menos se interviene, aquí las estrategias deben orientarse a la regulación y no a la prohibición
- Las campañas no deben hacerse desde la prohibición. Las campañas no deben orientarse hacia lo negativo, sino a hacia lo positivo. Existe falta de coherencia en las campañas. El modelo debe visibilizar esta problemática y orientar como llegar a estos entornos
- Solo cuando se hayan modificado determinantes sociales intermedios se va a poder lograr el éxito de las intervenciones de promoción de salud
- Estrategias deben orientarse a regulación y no a prohibición.
- Campañas deben ser positivas y coherentes, no basadas en lo negativo.
- Promover hábitos saludables en las familias, articulando este entorno con el comunitario y el institucional.

Educativo:

- La academia está muy medicalizada y curativa, con poca orientación preventiva.
- Debe fortalecer la salud pública e incluir articulación con el sector deportivo.
- Abarcar todos los niveles (jardines, colegios, universidades), fortaleciendo la formación, educación continua y herramientas de detección temprana.

Digital:

- Problemas: exceso de datos sin veracidad comprobada, falta de interoperabilidad en historia clínica, debilidad de sistemas.
- Asegurar la confiabilidad y veracidad de la información en salud, basada en evidencia científica
- Urge regular el uso de Big Data y garantizar información confiable.

Aspectos transversales:

- Solo si se modifican determinantes sociales intermedios, las intervenciones tendrán éxito.
- Necesidad de enfoques intersectoriales y diferenciales.
- Abordaje interdisciplinario, salud del cuidador, redes de apoyo y manejo del duelo desde el momento del diagnóstico.
- Enfatizar en detección temprana y prevención, no limitarse a la atención curativa.
- Incluir centros de investigación como eje de monitoreo para la toma de decisiones en salud
- Potenciar el abordaje integral de los entornos, con enfoque intersectorial y diferencial.

Servicios de Salud

- El modelo contempla elementos que no existen en la práctica como las Redes integrales e integradas , lo que no hace visible su incorporación
- Falta de humanización y vocación
- Priorizar la humanización, este debe ser un elemento clave del modelo dentro de este escenario
- Indicadores de adherencia a guías y rutas es un punto frágil por parte de las IPS
- Articulación de la academia con los servicios de salud es clave para la formación adecuada, y actualizada de los profesionales de la salud.
- La academia está fallando en la formación de los profesionales, se hace esta desde una dimensión medicalizada perdiendo lo esencial del ser humano y su dimensión social, cultural y personal

Modelo y práctica: se contemplan elementos como redes integrales e integradas, pero no se reflejan en la práctica.

Humanización: falta vocación; debe ser un eje central del modelo.

Es clave la articulación para formar profesionales actualizados, con visión integral humana, social y cultural (no solo médica).

Telesalud:

- Riesgo de deshumanización de la atención.
- Limitaciones por obsolescencia de equipos en muchos territorios.
- No debe aplicarse de forma general a toda la población.

Población vulnerable: la población que ni estudia ni trabaja (Ninis) puede convertirse en carga de salud pública por hábitos no saludables; vida sedentaria y alimentación poco saludable, requiere abordaje específico.

- Establecer atributos de calidad específicos para cáncer, que superen las barreras administrativas, geográficas y de fragmentación.
- Unificar protocolos basados en la patología y evidencia científica, no en la contratación.
- Garantizar la continuidad e integralidad de los servicios, con historia clínica digital interoperable y sin barreras.
- Convertir la navegación del paciente en política oficial, que incluya gestión del riesgo, acceso oportuno, disminución del riesgo y acompañamiento integral
- Definir indicadores específicos de calidad e implementar un sistema de monitoreo para evaluar la capacidad de gestión de las IPS en cáncer.
- Fortalecer la articulación de redes de servicios, que actualmente son cerradas o inoperantes, incluyendo la relación asegurador-prestador y la articulación con el PIC y equipos básicos de salud.

- Mejorar el sistema financiero: garantizar pagos, resolver carteras y costos de la atención, eliminando la gestión oculta de medicamentos y redes.
- Reconocer el apoyo psicosocial a pacientes con bajos recursos como parte integral del servicio.
- Implementar un sistema único de información en salud, interoperable y central para la toma de decisiones.
- Definir paquetes mínimos de atención en cáncer, diferenciales por territorio, viables financieramente, basados en guías de práctica clínica actualizadas y cambios epidemiológicos.
- Nivelar la cobertura de medicamentos con los avances científicos, incluyendo aquellos que no están en MIPRES o INVIMA, garantizando acceso equitativo

Mesa 5 – Herramientas

MCC - 2006



MCC - 2025



Movilización Social y participación: (Aprobado como herramienta)

- Dividir en movilización social y transformación social, considerando ciclos de vida.
- Existen barreras de apoyo, comunicación, interés y gobernanza. Se requiere diálogo cordial y articulación institucional como parte de la ruta, evitando respuestas que bloqueen la colaboración para la humanización.
- Se deben diferenciar participación multisectorial y comunitaria, promover empoderamiento en derechos, veedurías ciudadanas, líderes comunitarios capacitados y reconocimiento a fundaciones de apoyo. Se requiere articulación de sectores como industria, salud, trabajo y educación para mejorar mecanismos de participación.
- Entidades sin ánimo de lucro vinculadas al sector salud, sinergia colectiva.
- Incluir a los líderes comunitarios en los diálogos de política.

Aporte mesa núcleo

- En movilización social se debe incluir el tema de vulnerabilidad y la problemática social

Fortalecimiento del talento humano: (Aprobado como herramienta)

- La capacitación del talento humano debe iniciar desde las universidades, promoviendo sensibilización, empatía, accesibilidad y políticas de humanización en todos los actores del proceso asistencial.
- Se requiere formación continua en oncología con certificaciones especializadas y lineamientos educativos.
- Se necesita motivación, incentivos y buena remuneración para retener el talento humano en salud.
- Tener en cuenta la salud mental de los profesionales en salud. Bienestar del talento humano, cuidado al cuidador.
- Hacer énfasis en el fortalecimiento de capacidades en los territorios.

Educación y comunicación transformativa: (Aprobado como herramienta)

- Incluir la salud emocional y mental, educar para la gestión de las emociones que afectan la salud de los pacientes.
- Usar en el componente el termino educación en salud ya que esa incluye la alfabetización en salud.

Evaluación Tecnológica y Vigilancia e Inteligencia Estratégica: (Aprobado como herramienta)

- Historia clínica interoperable
- Estrategias para financiar la salud y lograr equidad en los territorios

Tecnologías de la información y la comunicación

- Vigilancia comunitaria en factores de riesgo, con enfoque de prevención, mediante el uso de aplicaciones y redes sociales.
- Historia clínica interoperable

Mesa 6 y 7 – Núcleo del modelo



Observaciones generales

- Los registros nacionales de cáncer deben ser más visibles.

- El modelo se fundamenta en el Código europeo, pero no es cierto porque ya está el código latinoamericano y caribeño, que se encuentra adaptado a nuestra región, el referente debe ser el modelo latinoamericano y caribeño. Hay varios elementos que aplican a nuestra región

Vigilancia

- Incluir el componente de vigilancia comportamental que sirve como monitoreo (ej. monitoreo telefónico de riesgos).
- Se debe incluir vigilancia de registros clínicos hospitalarios.
- Se debe incluir la investigación clínica enfocada a sobrevivencia de los pacientes con cáncer.
- Problemas de calidad y validez en los registros: falta de coincidencia en datos, ausencia de validación.
- No hay socialización de resultados de registros hospitalarios e investigaciones clínicas hacia la población.
- En el componente de registros clínicos hay falencias, no se puede arrastrar u hacer uso del dato, porque no siempre corresponde; no hay coincidencia en la información, como por ejemplo, en las fechas para medir indicadores, los datos no son reales, no hay validación de la información, la validación del dato se debe realizar de manera manual.
- Propuesta: debe haber un programa piloto de articulación de registros en instituciones de Bucaramanga (HIC, FUSCAL, HUS) con plataforma tecnológica.
- La interoperabilidad del sistema de información debe llegar a todos los niveles de atención, a veces se pierde la información de esa primera fase y trazabilidad del paciente desde la atención primaria en salud como por ejemplo la información del tamizaje
- Observatorio Epidemiológico del Cáncer, no debe tener el nombre de epidemiológico para no sesgar solo a lo epidemiológico ya que el modelo propone que el observatorio sea transversal. El nombre debe ser Observatorio Nacional de Cáncer. Debe tener interoperabilidad con los diferentes sistemas de información, debe tener sinergia.
- El observatorio debe tener soporte financiero, sería una ventaja al centralizar la información para que funcione y sea sostenible en el tiempo.

Investigación

- Se debe incluir la discusión de los dilemas éticos, que vamos a permitir? Eso no se ha visualizado, todo el mundo debe tener acceso a la prestación de los servicios de salud; pero la realidad es que se tiene un acceso limitado.
- Incluir el componente de Integridad científica y dilemas éticos en cáncer. Vamos a seguir trabajando en moléculas que no se van a utilizar?
- Incluir componente de ética, bioética e integridad científica en cáncer como ejes del modelo. La actualización del modelo debe tener presente la bioética, ética e integridad científica en cáncer. ¿hasta donde vamos a llegar? ¿cómo el modelo vela por la ética en investigación en cáncer, por el respeto a las personas que participan en los proyectos de investigación? debemos contarle a los participantes de los proyectos de investigación, que paso con los resultados, cuál fue el impacto de la investigación.
- Transparencia: los investigadores deben socializar resultados con los participantes.
- Vigilancia de los comités de investigación.
- Fortalecer capacidades en investigación para profesionales de salud: doctorados, competencias, formación desde el INC.
- Un modelo debe incluir el fortalecimiento de las capacidades en investigación a los profesionales de la salud; el INC debe evaluar los programas de doctorado ¿están bien posicionados? Desde el INC se debe postular el doctorado, orientar las competencias para investigación, y las capacidades que deben tener los profesionales en investigación.
- Incluir el componente de Gestión de la Información. El modelo debe tener en cuenta la estructura organizacional que se requiere para que la investigación fluya, con el fin de tener una estrategia más ambiciosa.
- Articulación entre clínicos e investigadores básicos.

- Establecer nodos de investigación en servicios oncológicos y centros de alta complejidad, ligados a los registros hospitalarios y estándares de habilitación.
- La investigación debe abarcar prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo (incluyendo fase terminal).
- Cuidado paliativo: debe ser integral (espiritual, familiar, psicológico), incluir investigación sobre intervenciones en casa y buen morir.
- Falta motivación y apoyo para investigar; estancamiento en capacidades de investigación.
- Implementar una línea de trabajo de generación del conocimiento dentro de los servicios oncológicos y centros de alta complejidad, por medio de los registros hospitalarios de cáncer. Dentro de la vigilancia de los servicios oncológicos que realiza el INC, se debería revisar que los servicios oncológicos y los centros de alta complejidad cuenten con una línea de trabajo de generación de conocimiento, que hagan parte de un nodo de investigación; debe ser un requisito en los estándares de habilitación, debe incluir la información de los registros clínicos, para sentir que es un modelo nuevo, este enfoque le daría un mayor impacto al modelo. Debe estar ligado a los servicios de salud, en el componente de escenarios de intervención.
- La investigación en el núcleo se centra en el antes y durante en prevención, DX, TTO. ¿Cuáles son las mejores intervenciones paliativas?; el paciente queda abandonado en la fase terminal; ¿Qué se puede hacer en investigación al final de la vida? En el continuum de la atención se debe generar conocimiento en este tema.
- Las unidades se integran en dolor y cuidado paliativo. El modelo debe impactar en este tema, ya que actualmente se enfoca en el dolor y no en cuidado paliativo, ya que es un hueso, se debe mejorar, debe tener otro diseño enfocado en la parte espiritual, integrar la familia.
- El modelo debe trabajar el cuidado paliativo en casa, actualmente eso no se da, no hay integralidad, no se vela por el buen morir.
- La investigación debe aportar y sistematizar el conocimiento y generar ese conocimiento social en el cuidado paliativo, mejorar el conocimiento para saber que intervenciones deben servir desde la psicología, espiritualidad, etc.; los resultados de esta investigación en cuidado paliativo debe decir que componentes nuevos se requieren abordar, que recursos se necesitan y cuál es la capacidad que se debe contemplar para ofrecer al paciente de un buen morir en casa.

ASIS-C

- El modelo no contempla los determinantes ambientales en el ASIS-C.
- Segmentación de los sistemas de información en cáncer: falta integración entre DANE, CAC y otros.
- Necesidad de interoperabilidad real entre sistemas de información para trazabilidad y confiabilidad de datos.
- Debe haber una integración de los RPC, con otros sistemas de información, con la atención, está el DANE y CAC, pero no están integrados, no se ve reflejada esta integración en la actualización del modelo ni en la política, los sistemas de información en cáncer están segmentados y se pierde la trazabilidad y confiabilidad de los datos, no hay seguimiento de la información.
- La interoperabilidad debe integrar los sistemas de información en cáncer.
- Santander es centro de referencia que tiene dificultades en cáncer infantil, en los traslados de los pacientes, no se garantizan los viáticos y hogares de paso, no les dan lo de los transportes; debe haber mayor atención desde el punto de vista social, las EPS no quieren asegurar los traslados.
- Se debe hacer un estudio para saber que ha pasado con esos servicios sociales, lo dirige un juez pero no hay un curso de jurisprudencia, en un estado social de derecho alguien debe hacerlo.
- Desarrollo social, debe haber alguien que permita que el presupuesto se incluya otros costos como los albergues, servicios funerarios; se debe incentivar un lineamiento que permita gastar el dinero en viáticos, debe existir otro rubro para salud, se maneja desde tutelas, la responsabilidad es de las EPS. el modelo debe garantizar el cumplimiento de las condiciones sociales que requieran para el adecuado diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo en cáncer.

- Los centros de referencia nacionales deberían tener una connotación especial en el manejo de recursos para la problemática social.
- ¿Cómo se va a implementar este ejercicio que se está realizando?, independiente del nombre el modelo debería tener un estudio de factibilidad, un instrumento financiero, ¿Cuál será el impacto? ¿Cómo será el sostenimiento financiero del modelo? para dar continuidad con lo que propone; para garantizar el continuum que presupuesto se debería tener. El INC debería informar en el lanzamiento del nuevo modelo cuanto le cuesta al país. ejemplo: el INC lanza el nuevo modelo que en 10 años le cuesta esto (\$\$\$\$) al país. involucrar la factibilidad o gestión financiera y política del modelo para el control del cáncer, esta información debe ser transversal a todo el modelo.

Otros:

Problemas Sociales y Movilización

- El modelo debe contemplar rubros específicos para necesidades sociales en cáncer.
- Los centros de referencia nacionales deben tener recursos diferenciados para estas problemáticas sociales.
- Movilización social: incluir vulnerabilidad y problemática social como eje.
- Necesidad de un estudio de factibilidad y sostenibilidad financiera del modelo, con estimaciones de costos a mediano y largo plazo.
- El observatorio y el modelo deben tener soporte financiero para ser sostenibles

Entornos

- Hace falta incluir explícitamente el entorno social, con enfoque en población migrante y problemas asociados (desempleo, inequidades).

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 riesgo es continuo en toda la atención, se sugiere dejarlo como **gestión del riesgo**.

- **Componente Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados**

Control del riesgo de consumo y exposición del consumo de cigarrillos, productos de tabaco, sus derivados, sucedáneos o imitadores (Extenderlo al uso de vapeadores y cigarrillo electrónico)

Políticas y Regulación

- Actualizar el Convenio Marco de Control de Tabaco, alineado con avances científicos y tecnológicos.
- Segmentar y articular políticas de promoción y prevención en todos los niveles.
- Implementar impuestos al tabaco, destinando recursos a prevención y cesación.
- Fortalecer el etiquetado educativo con mensajes claros sobre riesgos.
- Reforzar la estrategia nacional con actores sociales (ej. Red PaPaz) para protección de infancia y adolescencia.

- Incluir en la historia clínica preguntas relacionadas con el consumo de cigarrillos tradicionales y vapeadores o cigarrillo electrónico
- Políticas de restricción de la comercialización de vapeadores y cigarrillos electrónicos
- Rectoría, gobernanza y gobernabilidad de las políticas de control
- Estrategias masivas para visibilizar los daños del consumo de cigarrillo y sus imitadores
- Articulación de salud y educación
- Campañas orientadas a la regulación y no a la prohibición
- Estrategias de cambios de comportamiento , en jóvenes y adultos
- Intervenciones dirigida a quienes tiene influencia en las decisiones de fumar o no fumar. Abordaje de problemáticas sociales
- Articulación de sectores para fortalecimiento de la familia. Se está dejando de lado esta acciones en los PIC
- Los ambientes deben ser 100% libres de humo de tabaco. Imitadores y sucedáneos. Porque todavía hay espacios para fumadores
- Consejería breve en salas de espera de manera permanente, en caso de alerta de alguien que fuma y necesita abandono establecer una ruta para ingresarlo en clínicas de cesación
- Generar procesos de formación en escuelas de padres de manera sistemática y organizada
- El promedio de la edad de inicio de consumo de tabaco no aumento sino que migró a otros hábitos

Entornos

- Escolar: incluir cigarrillos electrónicos en las estrategias, con énfasis en infancia y adolescencia.
- Comunitario y juvenil: fortalecer redes sociales como canal de educación en salud.
- Intersectorial: articular acciones en hogar, escuela, comunidad y trabajo con enfoque diferencial.
- Fortalecer la familia como eje de prevención, incluyendo acciones en los PIC.
- Escuelas de padres con procesos formativos sistemáticos.

Comunicación e Información

- Desarrollar estrategias de IEC innovadoras: nuevas tecnologías, videojuegos, entornos digitales.
- Visibilizar daños del consumo de cigarrillo y vapeadores con campañas masivas.
- Registrar el consumo de tabaco como diagnóstico (DX) en los sistemas de información en salud.
- Promover campañas orientadas a la regulación, no a la prohibición.
- Incluir consejería breve en salas de espera y rutas hacia clínicas de cesación.

Servicios de Salud

- Incluir preguntas sobre consumo de tabaco y vapeadores en historia clínica.
- Establecer alertas y rutas desde consultas en programas de salud (prenatal, crecimiento, crónicas).
- Incorporar salud mental en el abordaje del consumo en adolescentes y adultos jóvenes.
- Implementar programas de cesación tabáquica en departamentos sin cobertura, como Santander.
- Garantizar accesibilidad, intersectorialidad y adaptación local de los programas.
- Estrategias de cambio de comportamiento en jóvenes y adultos, con apoyo de influenciadores sociales.

Componente Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol

El nombre del componente debería ser Control del riesgo del consumo de alcohol. La otra mesa indica mantener Acciones estratégicas:

- El plan anterior propuso intervenciones para los jóvenes pero hay que intervenir a los adultos ya que ellos interfieren en la toma decisiones para el consumo

- Intervenciones con enfoque cultural y social, ya que esto influye demasiado. La familia es un escenario fundamental para estas intervenciones

Políticas

- Cambiar el mensaje de advertencia de "El exceso de alcohol es perjudicial para la salud" a: "El alcohol es perjudicial para la salud".
- Reglamentar políticas de control del consumo de alcohol, garantizando coherencia entre prevención, atención y control.
- Implementar impuestos que limiten el acceso, destinando los recursos recaudados a programas de prevención y tratamiento.
- Regular y supervisar campañas publicitarias sobre consumo de alcohol, evitando incentivos especialmente hacia menores de edad.
- Articulación intersectorial, por ejemplo con tránsito, para fortalecer acciones pedagógicas.

Entornos

- Priorizar intervenciones educativas desde los 10 años.
- Garantizar que el alcance de las acciones educativas del Estado se extienda también a instituciones educativas privadas.
- Incluir contenidos preventivos y de estilos de vida saludables en todos los niveles educativos.
- Intervenciones con enfoque cultural y social, reconociendo que estos factores influyen en el consumo.
- Fortalecer el entorno familiar como escenario fundamental de prevención, con estrategias de formación, acompañamiento y orientación a padres y cuidadores.
- Abordar la cultura social que incentiva el consumo de alcohol, promoviendo cambios hacia prácticas más saludables y responsables.
- Desarrollar intervenciones también dirigidas a adultos, por su influencia en las decisiones de consumo de los jóvenes.

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

Debería llamarse: Promoción alimentación saludable. La otra mesa indica mantener

Políticas

- Regular el consumo de ultra procesados, con normatividad que limite su venta y consumo en espacios escolares y comunitarios.
- Prohibir la venta de ultra procesados en colegios, asegurando que los entornos escolares promuevan alimentación saludable.
- Generar lineamientos claros sobre alimentación saludable, articulando perfiles de riesgo y consultas de salud.
- Intervención del PAE. La minuta viene establecida desde el Ministerio, pero no asegura una alimentación saludable
- Actualizar las fuentes de información de las encuestas poblacionales, se está midiendo con datos muy viejos ENSIN
- Medición de cambios de estilos de vida
- Mejorar el complemento del PAE adaptándolo a las necesidades nutricionales y hábitos saludables. Que no sea industrializado. Cuando es preparado en sitio es más saludable. El sector salud debe involucrarse en esta tarea.
- **Actualizar periódicamente las fuentes de información poblacional (ej. ENSIN) para diseñar políticas con datos recientes y confiables.**
- Incorporar lineamientos que fortalezcan programas públicos de alimentación como el **PAE**, evitando la estandarización industrializada y adaptándolos a las necesidades nutricionales de cada territorio.

Entornos

- Primera infancia y colegios: implementar estrategias educativas que fomenten la alimentación saludable, con énfasis en frutas y verduras.
- Entorno hogar: fortalecer la educación a padres y cuidadores, evitando prácticas punitivas (como castigos por loncheras), y promoviendo hábitos saludables desde la familia.
- Desarrollar educación nutricional transversal en todos los niveles educativos y entornos comunitarios.
- Promover el consumo de frutas y verduras mediante campañas costo-efectivas y sostenibles.
- Implementar estrategias comunicativas más llamativas y visibles sobre alimentación saludable, aprovechando redes sociales y medios digitales.
- Sensibilizar a la población sobre los riesgos de colorantes y aditivos cancerígenos presentes en los ultra procesados.
- Concientizar a la población sobre lo que está a su alcance para mejorar su alimentación, fortaleciendo el autocuidado.
- Impulsar estrategias de seguridad alimentaria, como huertas caseras y comunitarias.
- Promover la articulación intersectorial para garantizar acceso a alimentos frescos y saludables.

Servicios de Salud

- Incluir la historia nutricional en la Historia Clínica (HC), con participación de un grupo interdisciplinario que integre antecedentes, acceso a la alimentación y condiciones socioeconómicas.
- Asegurar que todos los profesionales de la salud cuenten con formación en educación nutricional para fortalecer la atención integral.
- Incorporar la **medición de cambios en estilos de vida y hábitos nutricionales** como parte del seguimiento clínico.
- Involucrar activamente al **sector salud en la evaluación y mejoramiento de programas como el PAE**, articulando la atención médica con la oferta alimentaria escolar.
- Asegurar que todos los profesionales de la salud cuenten con formación en educación nutricional para fortalecer la atención integral.

Componente Promoción de la actividad física.

Políticas

- Fomentar el deporte de alto rendimiento desde el entorno escolar, con incentivos y la asignatura de educación física.
- Fortalecer las escuelas deportivas apoyadas por las cajas de compensación.
- Difundir y visibilizar programas gratuitos de deporte ofrecidos por alcaldías, gobernaciones y secretarías. No hay conocimiento por parte de la población general sobre el acceso de estos programas y espacio.
- Regular el uso de dispositivos móviles en entornos escolares, deportivos, recreativos y en el hogar.
- Continuar promocionando el uso de la bicicleta como transporte público, articulado a la seguridad vial y los planes de movilidad.
- Implementar más ciclo rutas y espacios seguros para la actividad física.
- Un buen transporte de transporte masivo incentiva la actividad física
- Jornadas de deporte en el ámbito laboral
- Desmitificar la actividad física, promoviendo formas accesibles y diversas de ejercicio más allá del gimnasio.
- Aumentar las horas de educación física en colegios, vinculando ejercicio con salud física, mental y emocional.
- Fomentar la actividad física en universidades, integrándola en la vida estudiantil como parte del bienestar.

- Implementar y vigilar programas de salud ocupacional, asegurando la inclusión de acciones concretas de actividad física

Entornos

- Involucrar a los padres en la toma de decisiones para priorizar la actividad física en niños y adolescentes.
- Crear hábitos de actividad física desde la primera infancia.
- Promover la actividad física en familia durante fines de semana y festivos.
- Desarrollar programas territoriales liderados por alcaldías que promuevan espacios comunitarios de actividad física.
- Fortalecer campañas de promoción de estilos de vida activos en todos los entornos (hogar, escuela, comunidad).
- Promover programas de actividad física en el entorno laboral, más allá del cumplimiento normativo, como parte del bienestar integral.
- Jornadas de deporte en el ámbito laboral.
- Un buen sistema de transporte masivo que incentive la movilidad activa (caminar, bicicleta, intermodalidad).

Servicios de Salud

- Incluir el registro de actividad física en la Historia Clínica como un determinante de salud.
- Establecer consejería y activación de rutas para fomentar actividad física desde la consulta.
- Incorporar perfiles como educadores físicos o entrenadores en los equipos interdisciplinarios de atención, por ejemplo, en programas oncológicos y de rehabilitación.
- Implementar y vigilar programas de salud ocupacional, asegurando acciones concretas de actividad física.

Componente Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales

Debería llamarse: **Control del riesgo frente a carcinógenos Ambientales y ocupacionales**

Políticas

- Vincular a las ARL en la construcción y cumplimiento de planes y políticas.
- Establecer políticas para la disposición final de desechos derivados del desmonte de asbesto y otros contaminantes.
- Definir disposiciones para el desmonte seguro de estructuras de asbesto, incluyendo financiamiento y reubicación.
- Estimular la investigación para disminuir la exposición y control del riesgo de estos carcinógenos ocupacionales
- Crear políticas específicas para trabajadores formales e informales, que promuevan medidas de protección, incluyendo contra radiación ultravioleta.

Entornos

- Desarrollar las estrategias de intervención territorial con comunidades y trabajadores informales, quienes están más expuestos y menos protegidos.
- Poner énfasis en los territorios categorías 4, 5 y 6, reforzando capacidades institucionales locales para el control y prevención de riesgos ocupacionales y ambientales.
- Desarrollar estrategias comunicativas diferenciadas para trabajadores formales e informales, orientadas a la prevención de riesgos.

Servicios de Salud

- Estimular la investigación para reducir la exposición y controlar el riesgo de carcinógenos ocupacionales.
- Crear una ruta de atención para personas expuestas al asbesto y otros carcinógenos.
- Fortalecer el Sistema de Vigilancia de riesgos ocupacionales, con énfasis en exposición a carcinógenos.
- Incluir de manera explícita los riesgos ambientales dentro de la vigilancia en salud ocupacional.
- Optimizar el sistema de información y reporte de las ARL sobre riesgos carcinogénicos, garantizando oportunidad, calidad y accesibilidad de los datos.

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

Políticas

- Incentivar y regular el uso de elementos de protección en diferentes entornos.
- Implementar políticas de regulación que garanticen que todos los cosméticos incluyan protección solar/ultravioleta.
- Regular los precios de los protectores solares, asegurando su accesibilidad para toda la población.

Entornos

- Promover la movilización social con participación activa de la población.
- Desarrollar estrategias educativas desde la primera infancia para fomentar el hábito del cuidado de la piel.
- Implementar programas en colegios que integren la promoción del uso de protector solar en la salud escolar.
- Realizar campañas comunitarias y en servicios de salud, con enfoque diferencial según el territorio.
- Vincular al sector productivo para impulsar prevención y acceso a protectores solares.

Servicios de Salud

- Fortalecer la educación y sensibilización en torno al cuidado frente a la radiación UV.
- Priorizar intervenciones en grupos poblacionales en mayor riesgo.
- Fomentar la promoción y disponibilidad de protectores solares en servicios de salud y en la comunidad, como parte de la prevención del cáncer de piel.

Componente Protección específica a virus relacionados con cáncer

Debería llamarse: **Protección específica a microorganismos relacionados con cáncer**

- Vacunación contra VPH en entornos escolares, con articulación entre sector salud y secretarías de educación.
- Sensibilización a profesionales de la salud.
- Estrategias para la recuperación de la confianza en la vacuna con enfoque diferencial y territorial.
- Incluir la interacción entre VIH, COVID-19, H. pylori y cáncer en los lineamientos nacionales y territoriales de salud pública.
- Fortalecer los tamizajes oncológicos y de infecciones asociadas como eje de prevención secundaria.
- Incluir antecedentes de infecciones (VIH, COVID-19, H. pylori, hepatitis, VPH) en la historia clínica digital como factores de riesgo para cáncer.
- Rutas integradas de atención para VIH, post-COVID y cáncer, que incluyan también el manejo de infecciones como H. pylori.

Componente Nuevo: Riesgo Genético y Prevención Temprana del Cáncer

- Gobernanza y políticas

- Lineamientos nacionales para consejería genética (acceso, calidad, consentimiento informado, protección de datos).
- Creación/fortalecimiento de una Red Nacional de Oncogenética (centros de referencia, tele-consejería, formación de talento humano).
- Protocolos para registro de riesgo familiar en historia clínica electrónica (HCE) e interoperabilidad con el sistema de información oncológica.
- Estratificación del riesgo y consejería
- Algoritmos de estratificación (alto/intermedio/general) integrados en HCE con alertas clínicas.
- Consejería genética pre y posprueba para todos los casos indicados.

Línea estratégica 2 - Detección temprana

Transversal

Definición detección temprana: no es en el momento del diagnóstico, es desde antes del diagnóstico. Entrenamiento médico continuo (cursos obligatorios como requisitos-detección temprana en cáncer).

Se debe incluir: Leucemias, linfomas y mielomas múltiples, Cáncer gástrico y Cáncer de Pulmón. Tener en cuenta los cánceres por procedencia

Adicional se debe contemplar:

- Geriátría hasta donde voy a hacer tamización, cáncer de mama
- Definir una política pública de atención domiciliaria
- Retribución financiera a cuidadores
- habilitación de servicios de telemedicina
- **Componente de cáncer de cuello uterino**
 - El tamizaje en Colombia está de 25 a 65, relaciones sexuales y pruebas de VPH negativa, individualizar. Definir cómo se va a tamizar.
 - Implementación en servicios de salud. Estrategias de vacunación. La vacuna nonavalente.
 - Edad de tamización tardía: debe ser a los cinco años de haber tenido de relaciones sexuales
 - Vacuna para mujeres independiente de la edad.
 - Acciones comunitarias. De educación, colegio, mitos, educación a personas que toman las muestras. Que sepan la anatomía del cuello. Que la tome una persona que sepa, que la fijen adecuadamente y que la lea una persona que sepa leer los exámenes.
 - Evaluación de calidad en la toma de muestras.
 - En la RIA, una citología, años esquema 1-1-3
 - Calidad de citología.
 - La idea es VPH, no solo cáncer de cervix.
- **Componente cáncer de mama**
 - Edad para mamografía: 40 años.
 - Integración a áreas lejanas, reforzar esa herramienta, mejorar imágenes, lecturas y patologías.
 - El médico general debe evaluar y enseñar el autoexamen.
 - Modelos de simulación para que médicos generales y estudiantes aprendan y multipliquen el conocimiento.
 - Población con riesgo genético: falta transversalidad en diagnóstico y acceso genético.

- El médico genetista clínico debe evaluar factores de riesgo y brindar consejería genética.
- Mamografía a partir de los 40 años, cada año.
- **Componente cáncer de próstata**
 - Partir desde urología. Pacientes de 40, 45 años, deben remitirse a consulta con urología.
 - Falta de articulación
 - Escasez de Talento humano.
 - Entramamiento de equipos básicos para llegar a la población.
 - A nivel general: tele consulta de manera general con obligatoriedad.
- **Componente cáncer de colon y recto**
 - Mínimos de calidad para patologías.
 - Tamización en colon y gastro, optimizar a quienes se les hará. Por equipos.
- **Componente cáncer infantil**
 - Armonizar con los instrumentos que ya están

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

Componente Habilitación de servicios oncológicos:

Mantener el componente

Acciones estratégicas

- Revisión y ajuste de los estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019.
- Verificación de políticas farmacéuticas: disponibilidad, integralidad y seguimiento en la aplicación de medicamentos.
- Seguimiento a los gestores farmacéuticos.
- Asegurar la existencia y disponibilidad de medicamentos clave en protocolos de tratamiento.
- Territorialización de servicios y fortalecimiento de entidades públicas para reducir desplazamientos y brechas de acceso.

Componente de organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos

Mantener

Acciones estratégicas

- Se requiere voluntad política para la habilitación de las Unidades Funcionales.
- Asegurar una historia clínica interoperable para que los pacientes que se trasladan de ciudad no pierdan trazabilidad y no se les reinicie su tratamiento.

Componente Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos,

Acciones estratégicas

- Central de datos departamentales para hacer seguimiento a los casos de pacientes con cáncer.
- Se debe continuar con el seguimiento a los estándares de calidad de las instituciones que disponen de servicios oncológicos habilitados.

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

Componente Organización de la oferta y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer.

Mantener

Acciones estratégicas

- Déficit de formación en cuidado paliativo: en pregrado es opcional, se requiere que todos los profesionales de salud estén formados en dolor y cuidado paliativo.
- Inclusión de cuidadores y creación de redes de apoyo comunitarias; formación de cuidadores y figura de promotor de la salud.
- Falta de albergues, hospicios y servicios domiciliarios/ambulatorios de calidad; necesidad de garantizar acceso, servicios e insumos.
- Implementar rehabilitación basada en comunidad y fortalecer la atención domiciliaria con procesos de habilitación y guías.
- Crear un programa de seguimiento integral para pacientes con cáncer.
- Fortalecer la figura de promotor de la salud.
- Atención domiciliaria, habilitación, guía

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

Se debe reformular el alcance de la línea, ya que dentro de los componentes no se desarrolla la tecnología. Es necesario ajustar el nombre a 'Gestión del Conocimiento', pasando del conocimiento a la inteligencia para el control del cáncer o la innovación. Los análisis epidemiológicos deben realizarse con la tecnología, no solo con la IA. El paso del conocimiento a la inteligencia para el control del cáncer es un proceso dinámico, no estático.

Componente Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio de Cáncer

Se debe partir de la vigilancia hacia la inteligencia, utilizando el conocimiento de manera estratégica para promover acciones y espacios en el control del cáncer. Actualmente no existe integración de las fuentes de información en cáncer. El ONC aparece como un minisitio en la página del Ministerio, pero no cuenta con el alcance requerido y presenta limitaciones, ya que resulta insuficiente frente a lo que propone la actualización del modelo para el control del cáncer.

Acciones estratégicas

- Implementar la vigilancia comportamental, registros clínicos y hospitalarios, que sean interoperables, articulados e integrados.
- Integrar en el Observatorio los sistemas de información de cáncer con otros sistemas de información como el DANE y la CAC.
- Definir el modelo de evaluación y seguimiento del sistema de información unificado.
- Definir como se realizará el abordaje de los desafíos de los determinantes sociales y desigualdades en cáncer (ASISC).

- Dar mayor visibilidad al Entorno Social, en cuanto a la situación de pobreza y desigualdad, para que permita generar acciones y estrategias acordes a la problemática social de cada territorio.
- Se debe visibilizar el flujo de recursos económicos destinados a la problemática del entorno social (traslados y viáticos de pacientes a los albergues) Para que se evidencie un impacto político mediante del desarrollo social y la integración social.

Componente de investigación en cáncer

Cuáles son los resultados de las investigaciones IDi en Cáncer

Acciones estratégicas

- Fortalecer la infraestructura y capacidades del talento humano a nivel territorial en el ámbito de la investigación.
- Incrementar la productividad científica enfocada en la reducción de brechas del conocimiento
- Abordar las brechas del conocimiento para el control del cáncer, no solo aumentar las publicaciones, enfocarlo en una investigación situada, localizar este tipo de investigación.
- Se propone una reformulación de las metas.
- Pasar a la transdisciplinariedad en cáncer involucrando el conocimiento comunitario.

Metas del PDCC

- Meta: Garantizar la investigación con un abordaje de brechas del conocimiento para el control del cáncer.
- Meta 2: mantener igual
- Meta: Fortalecer la capacidad instalada en talento humano e infraestructura para la investigación en cáncer
- Meta: Desarrollar la propuesta normativa para que la habilitación de los centros de excelencia o alta complejidad en cáncer incluya que su talento humano haga parte de la Red de Investigación en cáncer
- Acciones estratégicas en investigación I+D+i
 - Consolidar las líneas de investigación de los componentes de los continuum menos desarrollados, especialmente al final de la vida, y control del riesgo ambiental y ocupacional.
 - mantener 5.22
 - Fomentar espacios de dialogo que aborden la producción científica, y los aspectos de bioética, ética e integridad científica (nueva)
 - Garantizar la calidad de la información para la comprensión pública del conocimiento científico sobre el control del cáncer (5,2,3 modificar)
- Acciones a nivel de entornos
 - 5,2,1 se realiza a través del campus virtual
 - 5,2,2 Generar espacios de apropiación social del conocimiento
 - Desarrollar estrategias de difusión y apropiación del código latinoamericano y caribeño contra el cáncer (nueva).
 - Acciones a los servicios de salud
 - Desarrollar líneas de capacitación para el fortalecimiento y estandarización de los registros hospitalarios del cáncer
 - 5,2,2, y 5,2,3 se dejan 5,2,1 no

Línea estratégica 6 - Fortalecimiento del talento humano en salud

Componente, Formación básica y continua del talento humano en oncología

Mantener este componente

Acciones estratégicas

- Mantener y procurar la vinculación intersectorial.
- Vincular al personal técnico en los territorios ya que no hay disponibilidad de profesionales.
- Velar por acciones más estructuradas y que las academias pueden formar a los técnicos y profesionales
- Fortalecer la formación en cuidado paliativo.
- Fortalecer la formación en prevención y detección temprana.
- Caracterizar la red de profesionales y servicios del territorio

Componente, Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología.

Mantener este componente

Acciones estratégicas

- Implementar estrategias AIEPI para médicos de primer nivel de atención, ante la falta de conocimiento en cáncer (incluido el infantil).
- Mejorar las condiciones de contratación y retención del talento humano en oncología.
- Fortalecer el apoyo psicosocial (batería de riesgo psicosocial) y emocional a los trabajadores de la salud que atienden pacientes oncológicos.
- Garantizar la continuidad en la formación del talento humano, considerando la alta rotación de profesionales en los territorios.
- Establecer esquemas de incentivos para el talento humano (horas, honorarios, entre otros).
- Capacitar a gestores de caso o navegadores, dependientes de las EAPB, para fortalecer su rol y brindar acompañamiento efectivo.