

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

PARTICIPACIÓN

- Entidades Gubernamentales: Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS y Ministerio de Trabajo, la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, Instituto de Evaluación tecnológica en Salud -IETS y Cuenta de Alto Costo -CAC.
- EPS: Nueva EPS. Ecopetrol, Famisanar, Sura, CapitaSalud, y salud Total, ACEMI y Gestar salud
- IPS: Liga Colombia contra el Cáncer, Centro de Tratamiento e Investigación sobre cáncer Luis Carlos Sarmiento-CTIC e Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta.
- Sociedad Civil: Observatorio Interinstitucional de Cáncer Adulto – OICA, Fundación Anáas, Fundación Colombiana Libre de Asbesto. Red Colombiana de actividad física
- Sociedad científica: Asociación Colombiana de Sociedades Científicas – ACSC, Asociación Colombiana de Patología del Tracto genital inferior y Colposcopia – ACPTGIC, Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica – ACHOP. Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos – ASOCUPAC
- Organismos internacional: Organización Panamericana de la Salud, CityCancer Challenger, Movendi internacional y All Can.

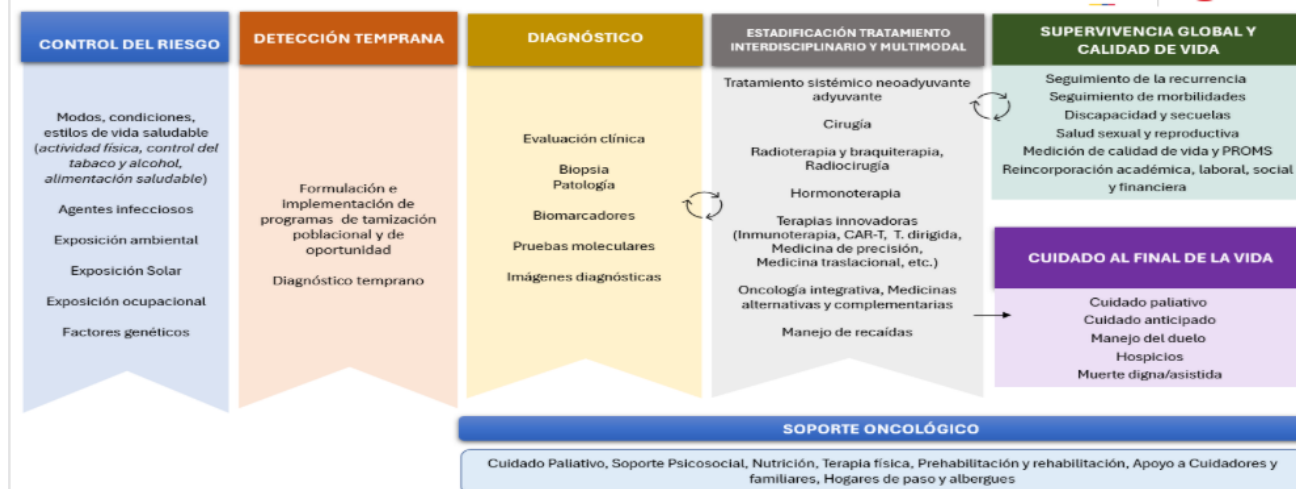
RESULTADOS

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

Continuum de la atención



Mesa 1	Mesa 2
Control del riesgo	
Control del Riesgo: Se debate sobre la definición de la definición de control del riesgo como la acción y la promoción como la estrategia. Se discute que la promoción implica demasiados esfuerzos del Gobierno y puede ser difusa frente a los riesgos reales del cáncer, por lo cual se sugiere que se deje control del riesgo distinguiendo la prevención inespecífica de la ENT a la prevención específica del cáncer. Se debe enfatizar en el autocuidado, empoderamiento de la salud, una mirada no de la enfermedad, hablar de prevención primaria y distinguir la prevención específica del cáncer, incluir vida sexual y reproductiva ya que ataca el VPH y Hepatitis. De acuerdo en incluir el componente genético, ambiental y aire. Frente a los agentes infecciosos es importante desagregar a los tipos de agentes como VPH, Helicobacter Pilory, Hepatitis B y C, Sarcoma de Kaposi. para el Plan Decenal es importante incluir la parte promoción desde la acciones gubernamentales e intersectoriales e incluirlo como un componente fuerte desde la movilización social.	Aspectos que se deberían ajustar Se propone que el control del riesgo se llame GESTIÓN DEL RIESGO PRIMARIO Deben visibilizarse de manera clara las acciones y apuestas del modelo para el control del riesgo. Esto incluye la transformación de estilos de vida, factores ocupacionales y ambientales, vacunación, entre otros, asegurando que estos aspectos estén adecuadamente desarrollados en el documento. Se propone cambiar la denominación de “control del riesgo” por “gestión del riesgo”. Aspectos que se deberían incorporar Herramientas: más que evaluación, en términos de tecnologías, como en detección temprana, telemedicina, el uso de esas herramientas tecnológicas y de esos avances que se están teniendo
Detección temprana	
La detección temprana debe estar enfocada como programa para evitar la sobre detección y sobrediagnóstico, se debe incluir dentro de la detección temprana la garantía de la calidad y la garantía de la continuidad del programa. para el plan Decenal para el control del cáncer se deben colocar indicadores subrogados o de desenlace (cáncer evitados o insitu) que pueden medir el impacto en la supervivencia Global, por otra parte, se debe continuar con las acciones del plan de choque y armonización del plan decenal de Salud Pública.	El componente de detección temprana debe incluir estrategias de fortalecimiento del talento humano, ya que la tardanza en el diagnóstico muchas veces se relaciona con el desconocimiento o falta de competencias del personal de salud. Se propone trabajar articuladamente con las universidades y centros de formación para desarrollar herramientas y procesos formativos desde los primeros niveles del sistema. Aspectos que se deberían incorporar En el continuum, es fundamental plantear calidad de vida, resaltar que el foco no es solo en la persona sino en el abordaje familiar. Navegación: identificación de barreras, desde el control del riesgo, se ejecuten y se creen movilización social, a que lleguemos a distintos espacios como colegios universidades, espacios de trabajo, con el fin de hacer esa detección temprana en los diferentes tipos de cáncer más incidentes, además, talento humano como estrategia, desde los diferentes escenarios, sensibilización para acceder a los servicios de salud. Comunicación y educación: cursos y estrategias con el

	fin de poder educar con estrategias de detección temprana de cáncer
Diagnóstico	
Diagnóstico: Lo consideran bien lo indicado dentro del diagnóstico	
Estadificación y tratamiento	
Quitar la estadificación dentro el tratamiento, por lo cual se sugiere dejar la estadificación en un intermedio dentro del Diagnóstico y tratamiento, colocando el diagnóstico de calidad y oportunidad (puntos de calidad), biomarcadores, pruebas moleculares, imágenes diagnósticas y la interacción con los operadores que tengan modelos organizados con asesoramiento de centros especializados. Se debe quitar manejo de recaídas. dentro de la operación se debe establecer la red de donde se debe hacer y que se haga bien.	El modelo debe reflejar los avances actuales en oncología. En lugar de enumerar tecnologías, se propone organizar los contenidos en bloques conceptuales que incluyan: • Tratamiento sistémico • Epidemiología molecular • Perfiles farmacogenómicos • Terapias innovadoras (terapias avanzadas, celulares) • Incluir ensayos clínicos • Ampliación de la investigación clínica a nivel local Esto permitirá alinear el modelo con los avances científicos y tecnológicos actuales. Hay que considerar que lo que aparece en la propuesta como terapias innovadoras, ya no son innovadoras. Esto permitirá alinear el modelo con los avances científicos y tecnológicos actuales. Se sugiere • Eliminar manejo de recaídas
Supervivencia	
Quitar de la supervivencia -Global-, se trabaja supervivencia libre de progresión, La calidad debe estar de manera transversal.	C. Desenlaces más allá de la supervivencia El componente de "supervivencia global y calidad de vida" debe ser reformulado para llamarse "desenlaces" que incluiría: 1. Supervivencia libre de progresión 2. Supervivencia libre de síntomas 3. Supervivencia libre de recaídas La supervivencia debe entenderse dentro de un marco más amplio que incluya la experiencia y bienestar del paciente. No dejar supervivencia
Soporte oncológico	
Debe ir hasta la supervivencia, incluir la parte espiritual y creación de redes de apoyo. La frecuencia de cuidado paliativo es de menor o mayor intensidad dependiendo del nivel de continuum. incluir la intención curativa	El componente llamado "soporte oncológico" incluye el cuidado paliativo y debe ir hasta el final de vida e incluiría lo que dice "cuidado al final de la vida". Esto ayudaría a quitar el paradigma del cuidado paliativo

paliativa, incluir cuidado y voluntades anticipadas dentro del soporte oncológico, ASOCUPAC trabaja las ciudades compasivas o unidades de cuidado con equipo multidisciplinario.	exclusivamente en el paciente final de vida. El soporte oncológico debe acompañar al paciente durante todo el proceso, incluyendo la etapa final. Se propone eliminar la noción de que el cuidado paliativo es exclusivo del paciente en fase terminal. En su lugar, se debe hablar de “cuidado al final de la vida” como parte del enfoque integral y humanizado del modelo. El soporte oncológico va hasta la supervivencia, no está espiritual, creación de redes de apoyo. • Incluir voluntades anticipadas en soporte oncológico • Construcción de redes de apoyo integral
Cuidado al final de la vida	
Dejar voluntades anticipadas y no cuidado paliativo, incluir el manejo de sufrimiento y la construcción de redes de apoyo integral, se sugiere dejar cuidado paliativo y final de la vida, dejar muerte digna y quitar asistida	

Aspectos generales del modelo

a. Navegación del paciente como eje transversal del modelo

La navegación debe considerarse un proceso continuo que inicia desde la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y se extiende hasta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. Actualmente, existe una brecha crítica entre la detección temprana, el diagnóstico y el inicio del tratamiento. El fortalecimiento de la navegación es fundamental para evitar que el paciente quede desorientado dentro del sistema, garantizando así una atención oportuna y continua.

La navegación debe contemplar:

- Navegación poblacional, navegación institucional y gestión. (destacan que lo más importante es gestión poblacional.
- Identificación de barreras desde la gestión del riesgo
- Generación de estrategias de movilización social en espacios como colegios, universidades, lugares de trabajo
- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en todos los niveles del sistema
- Promoción de la educación y comunicación en salud, a través de cursos, campañas y estrategias de sensibilización que impulsen el acceso y la detección temprana.

b. Sostenibilidad del modelo como principio transversal

Es necesario abordar la sostenibilidad del modelo en todos sus componentes (diagnóstico, tratamiento, prevención). Esto implica definir estrategias claras de financiación, eficiencia y evaluación de impacto presupuestal, para garantizar la viabilidad del modelo en el largo plazo.

No es posible hablar de prevención, diagnóstico y tratamiento sin una base sólida de sostenibilidad. Se propone:

- Considerar la sostenibilidad como componente transversal del modelo
- considerar las notas técnicas como instrumentos que apoyen la proyección de costos.
- Integrar diferentes fuentes y mecanismos de financiación
- Priorizar recursos hacia la prevención y la detección temprana, asegurando un uso racional y eficiente

c. Información:

Se propone la inclusión de un componente transversal de monitoreo y evaluación con el apoyo de tecnologías de información e inteligencia artificial (IA). Estos recursos deben desplegarse funcionalmente en todos los niveles del modelo, permitiendo evaluar su efectividad, trazabilidad y resultados. Más que hablar de interoperabilidad, es fundamental definir estándares mínimos de información. Por ejemplo, hay que asegurar que el sistema registre el TNM en el 100% de los pacientes. Se sugiere establecer un conjunto mínimo de variables como base para una información operable y útil para la toma de decisiones. La confianza en los datos (laboratorios, imágenes, exámenes) requiere garantizar calidad a lo largo del continuo de atención. Deberían definirse criterios mínimos de calidad y establecer procesos de capacitación permanente del talento humano.

No hablar de interoperabilidad, sino de estándares mínimos de información. Aproximarse en los mínimos: incluir el TNM en el 100% de los pacientes. Acuerdos mínimos de variables para tener ese mínimo de información, indicador mínimo para que sea operable la información. 30 o 40 variables mínimas debemos cumplir todos. Hacer operable la información. La confianza, en exámenes, laboratorios, la resonancia. Gestión de la calidad en el continuum. No Hay criterios mínimos de calidad, hay malos laboratorios, debería estar incluido que, si voy a hacer diagnóstico, haya unos mínimos criterios de calidad. Capacitación permanente.

d. Calidad: deben definirse criterios mínimos de calidad, en todo el continuum de la atención.

e. Núcleo central en el continuum llamado pacientes, comunidad y familia (círculo)

El nuevo modelo debe poner en el centro a las personas, las familias y las comunidades, como sujetos de derecho y como eje articulador de todas las estrategias. La orientación de las acciones y herramientas debe responder a la transformación de los determinantes individuales, sociales y comunitarios que afectan la salud. Esto implica un enfoque humanizado, territorializado y centrado en las necesidades reales de la población. Se sugiere que la gráfica sea circular.

f. Herramientas. Más que evaluación, en términos de tecnologías, como en detección temprana, telemedicina, el uso de esas herramientas tecnológicas y de esos avances que se están teniendo, tecnología: dura y blanda que vaya en todos los componentes

g. Investigación En el modelo se evidencian aspectos, con valor agregados, IA, epidemiología molecular, perfiles farmacogenómicos, dentro de la base terapéutica, en lugar de enlistar, es importante poner como bloques, está disgregado en lo que históricamente se ha hablado, pero no está la realidad actual, agregar terapias innovadoras, terapias avanzadas, terapias celulares, introducción de los experimentos clínicos, incluir la ampliación de la investigación clínica a nivel local.

f. Enfoque regional del modelo

El modelo debe adaptarse a las condiciones particulares de cada región. La llegada de pacientes en estadios avanzados evidencia la necesidad de una apropiación regional efectiva del plan. Si se desarrollaran intervenciones intermedias pertinentes a nivel territorial, se podrían mejorar significativamente los desenlaces en salud. La operación del modelo debe considerar esta heterogeneidad regional. Incluir en el modelo condiciones habilitantes para que el modelo pueda funcionar.

componente de enfoque regional con una directriz nacional.

g. Implementabilidad y evaluación de guías clínicas

No debe hablarse únicamente de ejecución de guías clínicas, sino de su adaptación contextual a cada territorio. Es indispensable evaluar la costo-efectividad de las guías desde su implementación, especialmente en la

prevención y detección temprana. Esto permitirá priorizar estrategias con mayor impacto presupuestal y sanitario. Además, se sugiere incluir estándares clínicos basados en la evidencia (ECBE) dentro del modelo.

i. Transparencia y trazabilidad de la información del paciente

Actualmente, la atomización en la prestación de servicios dificulta la trazabilidad en tiempo real del paciente. Se propone:

- Facilitar el acceso abierto y seguro a la información del paciente por parte de los actores pertinentes
- Promover una interoperabilidad funcional que permita visualizar el estado y las necesidades del paciente a lo largo de la red
- Incluir desarrollos de investigación que aborden estos vacíos y mejoren la conectividad de la red asistencial

J. Gestión del riesgo debe manejarse en todas las etapas y la actualización de cada término incorporado

k. Generalidades del modelo

En los diferentes componentes se habla de diferentes instancias, pero cada una de esas instancias tiene que ver con un actor o varios actores, ¿cómo actúan esos actores? ¿cómo se articulan? Articulación en la información del paciente.

El continuum de la información es muy importante, ¿cómo articularnos? esa articulación metodológicamente es importante. Proponer redes de transferencia de conocimiento. Mapear actores.

En el modelo se evidencian aspectos, hay aspectos con valor agregados, IA, epidemiología molecular, perfiles farmacogenómico, dentro de la base terapéutica, en lugar de enlistar, es importante poner como bloques, está disgregado en lo que históricamente se ha hablado pero no está la realidad actual, agregar terapias innovadoras, terapias avanzadas, terapias celulares, introducción de los experimentos clínicos, incluir la ampliación de la investigación clínica a nivel local.

Incluir la conformación de redes articulando todos los componentes del sistema

El modelo puede fraccionar y el modelo es conceptual el modelo en si es bueno pero ello implica un reto es su implementación con una gestión intersectorial, gestión sectorial e Interministerialidad, Frente a si cobra una alta relevancia el enfoque intercultural, se indica que se debe incluir dentro de la implementación y componente operativo y no desde un modelo conceptual

Aspectos que se deberían ajustar

Dos componentes adicionales:

1. navegación es un continuo en todo el modelo, empieza desde la misma gestión del riesgo en los aseguradores. detección temprana, hay una brecha entre la detección, el diagnóstico y el inicio del tratamiento. La navegación es muy importante, que el paciente no quede volando

2. Sostenibilidad: transversal. ¿cómo hacemos en detección (detección temprana, tratamiento, diagnóstico?)

Aspectos que se deberían incorporar

Esquema: poner en el centro las personas, las familias, las comunidades. Personas como centro del modelo, orientar estrategias, herramientas, en función de lo que queremos transformar las personas.

NIT: 899.999.092-7

Calle 1 # 9-85 · PBX: (601) 4817000

www.cancer.gov.co

Bogotá D.C., Colombia



@incancerologia



**Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia**
Por el control del cáncer

Escenario de intervención



Para la mesa de escenarios, se realizan dos mesas de trabajo

Mesa 1	Mesa 2
Aspectos generales	
- Definir de manera clara las políticas públicas, considerando su potencial como herramienta de intervención. - Realizar una revisión documental sobre prevención primaria, dado que las políticas públicas hacen parte integral de esta estrategia. - Ajustar el diseño gráfico para que refleje con claridad el accionar de los escenarios de intervención. - Sustituir la expresión “consumo nocivo de alcohol” por “consumo de alcohol” de forma general. - Precisar la definición conceptual de “escenarios de intervención” para evitar ambigüedades. - Revisar el objetivo principal del abordaje de los entornos, ya que resulta ambicioso: transformar las condiciones sociales, culturales y estructurales. - Analizar la efectividad de este tipo de modelos y las razones por las que no han logrado transformar la atención de los pacientes ni impactar de forma significativa en el control del riesgo. Persisten casos de	

pacientes que llegan en estadios terminales sin procesos efectivos de detección temprana ni acciones suficientes de promoción de la salud • Mejorar la claridad conceptual sobre “políticas públicas” y “servicios de salud”, ya que en el documento actual se presentan como entornos o herramientas sin distinción suficiente. • Ajustar la sección de intervención sobre determinantes comerciales, revisando la coherencia con el concepto de estilos de vida saludables y con el discurso de los determinantes comerciales de la salud. • Incluir un cambio de paradigma en los aspectos conceptuales, con mayor profundidad en el abordaje de los determinantes comerciales. • Establecer de forma explícita las metas, responsabilidades y mecanismos de seguimiento y control en los territorios.	
Políticas públicas	
• Las políticas públicas deben concebirse como una forma de intervención en los diferentes escenarios. • Incluir la regulación del mercado de la industria como un escenario de intervención. • Revisar el texto de políticas públicas, ya que inicia describiendo avances, pero no presenta con claridad la propuesta específica en este ámbito. • Hacer énfasis en el acceso a medidas de prevención en las regiones, reforzando el enfoque territorial en promoción de la salud, control del riesgo y acceso a servicios de salud. • Establecer de manera explícita la regulación farmacéutica, especialmente en lo relacionado con los tratamientos para pacientes con cáncer. • Visibilizar, dentro de las políticas públicas, el tema del consumo de alcohol.	• Incluir el enfoque diferencial, son diferentes poblaciones indígenas de acuerdo con las regiones., factores de riesgo diferenciales de acuerdo con la etnia. enfoque diferencial en términos de territorio geográfico, cultura, etnia. Interseccionalidad conjunta de condiciones que pueden determinar la vida de las personas: edad, condiciones educativas, trabajo, etnia. Esto amplía el enfoque diferencial y va de la mano de los determinantes sociales y culturales. La interseccionalidad nos muestra que las personas se enferman de manera diferente • Enfoque territorial para las acciones. Identificar cuáles son las barreras de acceso considerando la diversidad de la población. énfasis especial en territorios con condiciones culturales diversas, buscar la causa del abandono de tratamiento. Hacer un abordaje diferencial • Incluir otros tipos de cáncer, por ejemplo, cáncer de pulmón, piel en los planes y programas, porque, aunque no sean frecuentes son mortales. • Abordaje que regula la circulación de mensajes erróneos en las redes sociales o canales digitales • Gestión de riesgo, como se apalanca desde la política pública en términos de

	corresponsabilidad de los pacientes, como la política pública puede apalancar la responsabilidad de los pacientes en los cuidados de la salud. Sistema paternalista. No se ha podido lograr que uno mismo impacte en su salud. Se cree por otra parte que el riesgo no se debe trasladar a los pacientes • Fortalecimiento de educación y sensibilización desde las prácticas del hogar. Laboral incluyendo labores informales. Modelo que gestione la percepción del riesgo de las poblaciones para su manejo. En el caso del asbesto hay mucho por hacer en sensibilización de la población • No hace mención específica a entornos con riesgo • Atención primaria en salud es fundamental. Es donde mayor impacto se podría tener el sector público debe liderar este componente, fortalecimiento de los equipos básicos de salud. Un llamado desde el modelo para enfatizar la atención primaria para impactar en el control del riesgo. • Incluir abordaje del modelo para la falta de implementación de leyes y normas y fragmentación del sistema que dificultan la operativización de políticas para carcinógenos ocupacionales. • Delimitar bien el concepto y alcance. Funciones esenciales específicas para el cáncer. Materializar y trascender el plan desde una política pública real con recursos. Coaliciones locales a partir de la interseccionalidad (trabajo sectorial, intersectorial (trabajo, salud y educación) transectorial (empresas, fundaciones, ONG, sociedad civil) • Incluir abordaje del modelo para la falta de implementación de leyes y normas y fragmentación del sistema que dificultan la operativización de políticas para carcinógenos ocupacionales • Deben incluir gobernanza.
Entornos	
• Incorporar de forma explícita las intervenciones propuestas. • En el entorno institucional, precisar que allí se incluyen los servicios de salud.	Aspectos generales • Realizar la caracterización de entornos de riesgo, aplicación medidas de control, articulación intersectorial entre entornos laboral, educación y salud.

• Especificar y describir las acciones correspondientes a cada entorno, tanto en promoción de la salud como en control del riesgo. • Ampliar el alcance del entorno digital, incorporando tecnologías, interacciones y procesos comunicacionales, incluidos aquellos generados por la industria. • Aclarar el trabajo regional y definir con precisión las responsabilidades correspondientes. • Visibilizar la intersectorialidad, así como los mecanismos de vigilancia y control. • En el tema de entornos, ir más allá de la normatividad vigente y ampliar la comprensión del entorno digital, incluyendo sus diversas dimensiones. • Destacar el rol de los diferentes actores, especialmente en los territorios, y garantizar la obligatoriedad en la implementación de las acciones. • Incluir un abordaje específico para los trabajadores informales, actualmente no contemplado con claridad.	• No hace mención específica a entornos con riesgo. • Incluir entorno científico • Abordaje del Conflicto armado en los escenarios • Entornos (educativo, laboral) y políticas públicas: unificar el lenguaje. La política pública debería apalancar aquellas intervenciones que sabemos que ya funcionan, se debe enseñar a modificar hábitos de vida saludable. Potenciar escenarios para promoción y prevención de la salud con un lenguaje unificado. Estrategias que prioricen tiempo para estas actividades de promoción y educación. Que no solo sea el personal de salud que apalanque la promoción de la salud, recomendaciones muy sencillas • Entorno educativo: Educación formal y no formal. Modelo debe invitar a la educación permanente en prevención y detección. Ética y bioética. • Entorno educativo: quedó muy limitada, ampliar la concepción multicultural • Entorno laboral: carcinógenos ocupacionales debe incluir acciones para la identificación y gestión del riesgo y corresponsabilidad en el control de los factores de riesgo • Entorno cultural: Incluir entornos donde puedan gestionarse los factores de riesgo
Servicios de salud	
• Definir las tecnologías que deben establecerse para la atención de pacientes con cáncer • Implementar registros de información clínica clave, como biomarcadores e inmunoterapia, fundamentales para el manejo integral del paciente • Aclarar el estado actual de las tecnologías disponibles para la atención en salud de pacientes con cáncer. • Abordar las barreras de acceso a los servicios de salud, considerando que la fragmentación en la atención constituye un problema significativo	• Vigilancia epidemiológica, equipos de salud con una formación especial para poblaciones específicas, poblaciones de riesgo, EBS con enfoque hacia la resolutiveidad. Perfilamiento, modelo de atención primaria resolutive • Incluir telesalud como un entorno sobre todo para poblaciones dispersas. Servicios oncológicos suficiencia del talento humano. Diagnóstico tardío. Fortalecimiento de servicios de diagnóstico y tratamiento con oportunidad. El modelo debe decir cómo va a garantizar esos servicios. Los servicios de salud deben garantizar no solo diagnóstico, tratamiento sino también seguimiento. Falta de

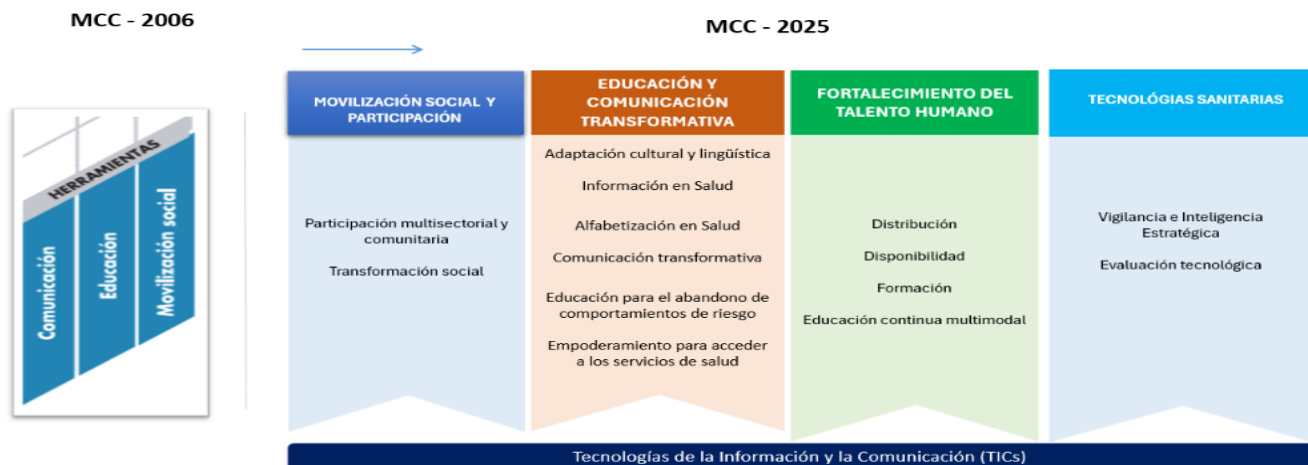
• Priorizar el fortalecimiento de los servicios de salud en territorios dispersos, donde la fragmentación en la prestación de servicios es más marcada • Incentivar la formación y especialización del talento humano en salud, especialmente en los territorios dispersos. • Desarrollar sistemas o registros que permitan el seguimiento continuo de los pacientes, superando la fragmentación actual de los servicios. • Reconocer y fortalecer el papel de los servicios de salud más allá de la prestación asistencial, integrando la producción de información clave para el diseño de políticas públicas y para las intervenciones en los diferentes entornos. • Garantizar y visibilizar el acceso a nuevas tecnologías en salud.	Acceso a exámenes de tamización, aseguramiento de la calidad, como desde el modelo se va a garantizar la suficiencia de infraestructura y talento humano. Redes integrales no funcionan, debilitamiento de la red pública
---	--

Aporte mesa núcleo 1

Escenarios

- Incluir el Plan de choque de cáncer en los referentes de la política de cáncer y determinar su alcance, definiendo que es una intervención sectorial

Herramientas



Movilización Social y Participación:

- Mantener este ítem como una herramienta
- Fortalecimiento en la gobernanza de los territorios, acciones de inspección vigilancia control.
- Resaltar el papel de los equipos extramurales.

Información, Comunicación y Educación:

- Mantener este ítem como una herramienta

- La población no conoce sus derechos, ni tampoco los rutas y procesos de atención ante una sospecha de enfermedad, por ello, se debe incluir en el modelo formas de educar al paciente y sus familias
- Sobrecarga administrativa y desarticulación impiden una orientación clara y empática al paciente y sus cuidadores.
- Fortalecer procesos de comunicación comunitaria y humanización en la práctica.

Fortalecimiento del Talento Humano:

- Mantener este ítem como una herramienta
- Los médicos generales no cuentan con herramientas clínicas ni tiempo suficiente para detectar, sospechar y derivar casos oncológicos
- No existen lineamientos obligatorios ni contenidos mínimos en cáncer y salud comunitaria en los pensum de medicina. Se sugiere realizar mínimo dos inducciones al año para personal nuevo o en recambio, incluyendo temas administrativos, clínicos y comunitarios

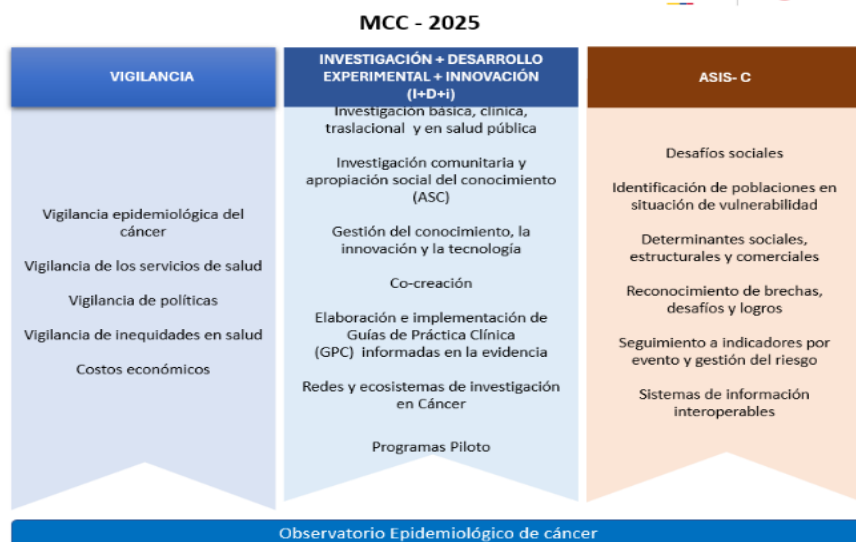
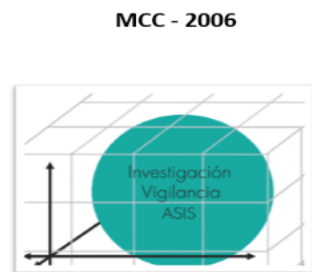
Vigilancia Tecnológica:

- Mantener este ítem como una herramienta
- No hay trazabilidad de historias clínicas ni conexión entre niveles de atención, lo que dificulta el seguimiento de pacientes
- Aprovechar modelos de IA y algoritmos de riesgo oncológico.
- Procurar que la infraestructura, dotación y equipos necesarios para la realización de pruebas de tamizaje o diagnósticas esté disponible en todos los territorios del país.
- Se sugiere incluir la GOBERNANZA de manera transversal a las herramientas, junto con las TICS

Aporte mesa núcleo 1

- Definir los determinantes comerciales puesto que se mencionan en Movilización Social sin definición previa

Núcleo del modelo



Mesa 1

Aspectos para ajustar:

- Incluir dentro del documento del Modelo el alcance de cada línea de investigación para ofrecer mejor información sobre los aspectos que cubren cada línea para usuarios potenciales
- Fortalecer la vigilancia de servicios de salud (calidad) y ampliar el alcance a los casos sospechosos, esto hace parte de la vigilancia de detección temprana, se requiere ampliación de la vigilancia actual del cáncer infantil, mama y cuello uterino, dado que permite realizar un mejor seguimiento de los casos, con una vigilancia estricta del proceso para poder llegar al diagnóstico del cáncer y tratamiento oportuno.
- Vigilancia de los nuevos tratamientos en vigilancia de costos económicos, ya que Se espera un incremento en el número de casos y también del desarrollo de nuevas tecnologías, lo que ejercerá una presión sobre la sostenibilidad del sistema
- Los demás componentes de la vigilancia en salud pública deben ser el marco del componente de Vigilancia, y deben desarrollarse y definir el alcance de cada vigilancia con sus normas resolutivas citadas. Debe ser el marco que de la generalidad a la Vigilancia y no el párrafo de serie
- No desagregar el Análisis de Situación de Cáncer del Análisis de Situación de Salud la propuesta debe ser como se incorpora este Análisis de cáncer en el Análisis de Situación de Salud, dada las Implicaciones que pueden desbordar la capacidad de los territorios

Aspectos por incorporar

- Desagregarla como una línea propia la línea de Investigación en economía de la salud en cáncer dentro de las líneas de priorización de investigación, dado que es tema relevante para el costo del sistema de salud
- Un componente del articulado que incluya el alcance a la función de Inspección, Vigilancia y Control sobre el cumplimiento de las funciones y competencias de los actores definidos en el Modelo para el control del cáncer, ya que Ofrece un marco normativo de la integralidad de la vigilancia del control del cáncer por el sistema de salud para todos los actores involucrados en el proceso.
- Mejorar la representación visual de conceptos, por ejemplo, los componentes de la vigilancia en salud pública.
- Frente a los aportes de otros componentes del modelo se resalta

Escenarios

- Incluir el Plan de choque de cáncer en los referentes de la política de cáncer y determinar su alcance, definiendo que es una intervención sectorial

Herramientas

- Definir los determinantes comerciales puesto que se mencionan en Movilización Social sin definición previa

Introducción

- Incluir un GLOSARIO para términos o conceptos que ameriten una definición, que no se desarrollan en profundidad en el Modelo, pero se utilizan en algún componente
- ¿Cómo se tiene contemplado realizar la evaluación del Modelo para el control del Cáncer?

Mesa 2

Aspectos para ajustar:

- En el núcleo debería estar el control del cáncer y su estructura debería ser en forma de átomo
- El núcleo debe servir de sustento y gestión de conocimiento.
- En el núcleo debe estar la política pública, la investigación OEC debería ser una herramienta y estar transversal al modelo.

- Si la estructura del modelo es circular, en el núcleo tendría que estar los objetivos del modelo, que serían parte del centro pensando en un átomo, ya que la política pública impacta en los servicios de salud.
- Los objetivos (continuum) deberían estar alrededor del núcleo
- El núcleo da los datos gestión de la información, ¿cuál es el papel del OEC? ¿genera espacio de análisis? o ¿solo va a recolectar información?
- En el núcleo deben estar las acciones de gestión del conocimiento y gestión de información.
- El OEC debe estar como elemento transversal del modelo, ya que genera la información, que se puede utilizar como un conjunto de acciones para la gestión del conocimiento
- Se requieren acciones para el control del cáncer y no solo los datos. Los datos no son el centro. Cuál Nos volvemos recolectores de información.
- No hay nada de implementación, ¿qué se va a hacer con esa información?, ¿para que se tiene la información? El modelo tiene una gestión preventiva; eso desfavorece el modelo porque se debe tener un sistema con el análisis de la información y el impacto frente a la investigación
- Debería haber niveles según el impacto que tengan en el control del cáncer, los objetivos deben estar más cercano al núcleo y los ámbitos deberían ubicarse en la periferia
- El modelo no permite identificar como sería la articulación de todos los componentes, el esquema ideal sería tipo átomo, ya que es un círculo interconectado

ASIS-C

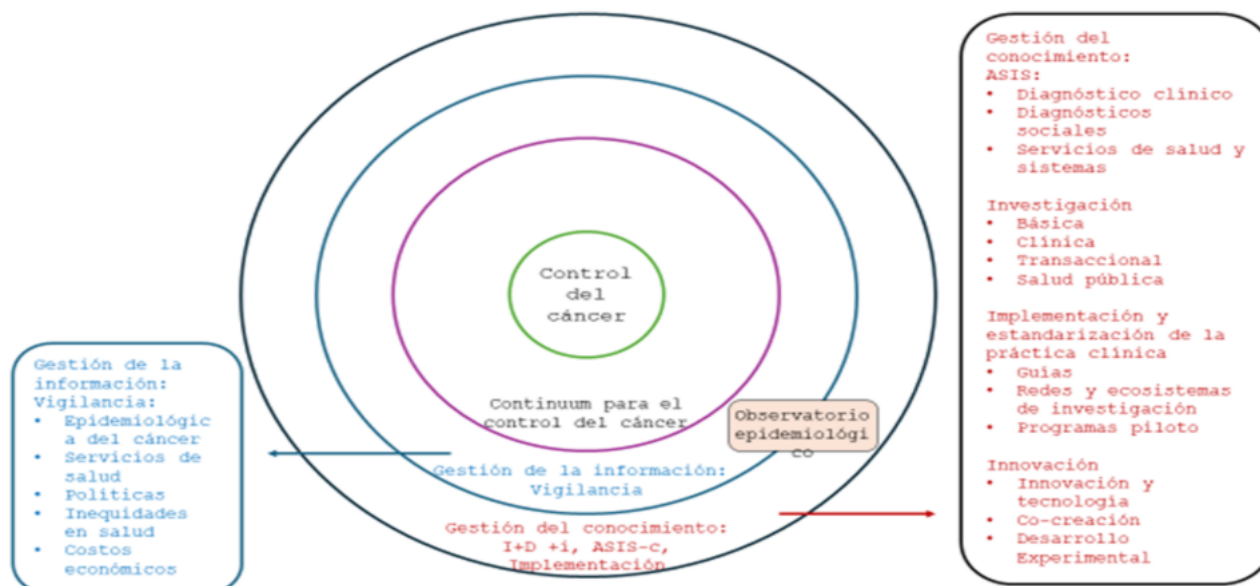
- ASIS C debe caracterizar el cáncer, el AISI-C se nutre de la vigilancia, de ahí salen las políticas públicas.
- el ASIS debería ir en el componente del continuum, ya que permite la toma de decisiones para el continuum u objetivos
- Aseguradores realizan caracterizaciones manejan fuentes por medio del reporte de las IPS
- El ASIS da insumos para investigar más sobre las problemáticas del territorio.
- El acceso a las fuentes de información es limitado, el modelo requiere enfocarse en identificar como sería la implementación, ya que hay limitaciones para acceder a la información actualizada.
- Las Guías están desactualizadas, deberían actualizarse en periodos más cortos.
- La implementación del modelo debe ser aplicable y permitir la toma de decisiones.
- No hay un documento estandarizado, que hable sobre las nuevas tecnologías
- Hay muchas fuentes de información desactualizadas, las Guías de Práctica Clínica, no van en dirección al control del cáncer
- ASIS es grande esta al mismo nivel de investigación y vigilancia, pero el ASIS-C se alimenta de estos 2 componentes, por tanto, no debería estar ahí.

Vigilancia

- No existe una articulación entre la investigación en cáncer y la vigilancia, ya que la investigación va por un lado y la vigilancia va por otro.
- La vigilancia no debe empezar solo desde el diagnóstico, debe ampliarlo a otros tipos de cáncer y que se utilice la información en el proceso de seguimiento para el diagnóstico e inició el tratamiento.
- Es importante Incluir la línea de vigilancia de costos económicos, ya que se generan nuevas terapias que son de gran aporte, pero se debe evaluar si son costo-efectivas
- Se requiere colocar una línea de investigación en economía de la salud que permita hacer evaluación de las estrategias que se adoptan, para evaluar su impacto en el control del cáncer.
- ¿Cómo se abordarían las inequidades para que impacten en el control del cáncer?
- Lo que se quiere es la generación de datos e información y conocimiento que se agrupan en gestión de información - vigilancia y gestión de conocimiento - Así mismo implementación como se observa en el esquema.

- Debe haber un apartado especial del OEC ya que es el articulado entre la gestión de la información y la gestión del conocimiento
- Herramientas debe estar conformada por la investigación la epidemiología y ASISC
- Se propone que se realice este tipo de actividades de forma virtual en los departamentos lejanos, ya que ellos tienen otra realidad y el modelo debe ajustarse al territorio.

Por último, la mesa sugiere la diagramación del modelo de la siguiente manera



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

Se debe mantener el concepto, pero ajustar el nombre a “Gestión Integral del Riesgo”, alineándolo con la normatividad vigente, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Resolución 0858. Este enfoque debe contemplar un abordaje transversal del riesgo antes de la aparición y durante el desarrollo de la enfermedad, permitiendo integrar de manera más holística las acciones individuales y poblacionales, con una visión verdaderamente integral.

Componentes:

- **Componente- Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados:** ajustar Control del riesgo de consumo tabaco sus derivados, así como a sus sucedáneos, imitadores y a los dispositivos necesarios para su funcionamiento.

- Acciones estratégicas
 - Regulación normativa para la venta libre de vapeadores, cigarrillo electrónico
 - Regulación normativa para espacios libre de vapeadores y cigarrillo electrónico
 - Campañas educativas frente a vapeadores, cigarrillo electrónico
 - Articulación entre salud y educación y trabajo y sociedad, educación en colegios, escuelas de padres
 - Campañas de prevención desde los servicios de salud
 - Campañas de visibilización de las consecuencias del consumo de estos productos desde el ámbito educativo y laboral
 - Abordaje en conjunto con la salud mental: Educación en salud mental como factor causal del consumo de estas sustancias
 - Implementar el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y adherirse al Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.
 - Reducir la prevalencia de exposición —incluido el consumo— a productos de tabaco y sus derivados, así como a sus sucedáneos, imitadores y los dispositivos necesarios para su funcionamiento.
 - Implementar programas de cesación tabáquica, fortaleciendo la aplicación de la Guía de Práctica Clínica de Cesación Tabáquica
 - Facilitar el acceso y ampliar la oferta de servicios en clínicas de cesación tabáquica.
 - Formar al talento humano en la implementación de programas de cesación tabáquica.
 - Desarrollar intervenciones rápidas de cesación tabáquica con base comunitaria, considerando el curso de vida y el enfoque diferencial.
 - Aumentar las advertencias sanitarias al 100 % de los productos de tabaco, derivados, sucedáneos, imitadores y dispositivos necesarios para su funcionamiento, con un tamaño mínimo del 80 % de la superficie del empaque, e implementar el empaquetado plano para todos los productos.
 - Adoptar políticas fiscales basadas en buenas prácticas orientadas a desincentivar el consumo de tabaco, sus derivados, sucedáneos, imitadores y los dispositivos necesarios para su funcionamiento.
- **Componente - Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol**, quitar nocivo e incluir exposición —incluido el consumo— de alcohol y sus derivados, así como de sus sucedáneos e imitadores.
 - Acciones estratégicas
 - Medidas más exigentes para la regulación del consumo de alcohol en espacios públicos
 - Políticas para romper el vínculo entre el patrocinio del alcohol y eventos culturales
 - Estrategias para retrasar el inicio de consumo del alcohol en jóvenes y adolescentes en colegios, empoderamiento desde el núcleo familiar. Incentivar el deporte
 - Restricción de promoción y patrocinio en actividades deportivas en jóvenes y adolescentes
 - Restringir medidas de disponibilidad de alcohol (horarios, lugares)
 - Políticas de regulación más que de restricción
 - Educación de choque a todo nivel, padres, hijos, profesores
 - Abordaje en conjunto con la salud mental
 - Implementar políticas fiscales, basadas en las mejores prácticas, orientadas a desincentivar el consumo de alcohol, sus derivados, sucedáneos e imitadores.
 - Reducir en al menos un 20 % el consumo total de alcohol per cápita, entendido como el consumo total estimado (registrado más no registrado) por persona mayor de 15 años, durante un año calendario, expresado en litros de alcohol puro y ajustado por consumo turístico. Esta meta se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y con el Plan de Acción Global sobre Alcohol.

- Promulgar y garantizar la aplicación continua de las intervenciones normativas más eficaces y costo-efectivas, en concordancia con la iniciativa y el paquete técnico SAFER.
- Implementar el etiquetado con advertencias sanitarias en los envases de productos de alcohol, especialmente aquellas que alerten sobre la relación entre el consumo de alcohol y el cáncer.

• **Componente- Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable.** Cambiar como promoción de alimentación saludable y desplegar el capítulo a otros alimentos saludables, Promoción del consumo de frutas, verduras, así como la protección de la soberanía y la seguridad alimentaria.

- Acciones estratégicas
- Mapear la alimentación saludable en los diferentes entornos
- Regulación normativa de meriendas escolares
- Educación a padres, jóvenes sobre hábitos de alimentación saludable
- Estrategias masivas de visibilización de productos saludables
- Desde los ámbitos institucionales promover la alimentación saludable
- Restricción comida chatarra y etiquetada en los colegios y espacios laborales
- Regulación de la disponibilidad de comida ambulante
- Garantizar el acceso al agua - incentivar el consumo
- Fortalecimiento de la producción local sostenible
- Protección y promoción de la soberanía alimentaria
- Seguridad nutricional y acceso equitativo
- Educación y cultura alimentaria saludable

Incluir como componente nuevo exposición —incluido el consumo— a productos comestibles y bebibles procesados y ultra procesados.

• **Componente- Promoción de la actividad física:** Modificarlo a promoción y fortalecimiento permanente de la actividad física y reducción del sedentarismo. La otra mesa indica mantenerlo sin cambios.

- Acciones estratégicas
- Fortalecer e incentivar estrategias de pausas activas en los ambientes educativos y laborales
- Potenciar la relevancia de la actividad física
- Programas masivos de ejercicio
- Promoción de la práctica diaria de actividad física.
- Reducción del sedentarismo en la población.
- Implementación de programas de actividad física en el entorno laboral.

• **Componente- Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales:** Mantenerlo y ajustarlo: modificarlos a control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales y ambientales. La otra mesa indica mantenerlo sin cambios

- Acciones estratégicas
- Implementar tamizajes
- Identificación y evaluación del riesgo
- Evaluación del riesgo laboral individualizado

- Educación a trabajadores expuestos al asbesto de primera línea
- Vigilancia epidemiológica de carcinógenos ocupacionales- articulación entre los sistemas de trabajo y el sistema de salud
- Aprovechar la experiencia del manejo de asbesto para el control de otros carcinógenos ocupacionales
- Centros de referencia

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

incluir radiación ionizante y modificarlo a Gestión adecuada del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta.

- Acciones estratégicas

- Estrategias de Educación
- Fortalecimiento de la telemedicina anclado al hospital virtual con el fin de garantizar interdependencia de servicios y la oportunidad de atención
- Articulación intersectorial
- Estrategias de mecanismos de protección desde los ámbitos laboral, educativo y comunitario
- Política y normatividad

Actualizar e implementar la Guía de Práctica Clínica para el manejo de lesiones preneoplásicas y neoplásicas. Generar un sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer de piel asociado al uso y exposición a radiación solar ultravioleta.

- Comunitarias

Ampliar las acciones educativas sobre los efectos de la exposición a radiación solar ultravioleta, especialmente en etapas tempranas de la vida.

- Servicios de salud
Facilitar el acceso al diagnóstico temprano de neoplasias de piel mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones
- Implementar acciones educativas sobre los efectos del cambio climático y la exposición a radiación solar ultravioleta.

- **Componente- Protección específica a virus relacionados con cáncer:**

Mantenerlo sin cambios, mesa 2 Mantenerlo y ajustarlo

- Acciones estratégicas

- Estrategias de fortalecimiento de la vacunación contra el VPH en el ámbito educativo
- Estratificación de riesgo en nivel primario de atención, realización de pruebas de tamizaje de manera oportuna
- Vigilancia y prevención de otros cánceres
- Fortalecer el sistema de vigilancia para monitorear la incidencia de cánceres asociados a *Helicobacter pylori* y VIH.
- Vacunación

Alcanzar y mantener coberturas óptimas de vacunación contra VPH y hepatitis B (HB).

- Fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación, en los diferentes entornos y a nivel individual y colectivo, para incentivar la vacunación contra VPH y HB.
- Fortalecer las capacidades del talento humano en salud sobre la importancia de la continuidad y el aseguramiento de coberturas de vacunación.

línea estratégica 2 - Detección temprana

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

     @incancerologia



Se sugiere mantener y ajustar la línea estratégica

Para todos los tipos de cáncer

- Definir coberturas de manera progresiva para que los programas vayan enfocados en calidad y tiempos
- Indicadores tempranos
- Definir modelos diferenciales
- Criterios de priorización y estadificación de riesgo basado en instituciones demostrativas
- Calidad de los programas, integralidad y sostenibilidad
- Incluir como componente transversal en el plan de calidad
- Línea base nacional cuantitativa para los indicadores y decir y definir cuál es la fuente de cada uno y cuál será la fuente que se utilizará para medir.

Componente - Cáncer de cuello uterino

- Amplificación de la cobertura de vacunación gratuita hasta los 26 años. Y población objeto.
- incluir estrategias para implementar la vacuna: volver a escolarizar la vacuna.
- Vacunas Niñas y niños: Vacuna nonavalente
- Reducir tasa de mortalidad. Adherirnos a 4*100.000 para 2034 alineado a OMS
- Cobertura de tamización del 80% con citología mujeres de 25 a 29 años. Y con pruebas NAAT de VPH en mujeres de 30 a 65 años tomadas por personal de salud o auto tomadas. Eliminamos la meta 2.1.4
- Implementar el enfoque de "tamizar y tratar" en el 100% de departamentos con difícil acceso a servicios de salud.
- Incrementar la proporción de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente en el 70%. De acuerdo con la OMS. (definir a criterio técnico si 70 u 80%) revisar por qué no llegamos a la meta propuesta anteriormente.
- No se comparte la información, no se socializa. No hay una forma de vigilar a la EPS, sino al asegurador, se le exige de acuerdo con los índices de vacunación.
- Incluir una meta de tratamiento oportuno en el 90% acorde a la OMS.
- incluir una meta relacionada oportunidad del diagnóstico (CAC), 30 DÍAS.
- Incluir meta de Presunción diagnóstica al inicio del primer tratamiento (45 días). (Alinear objetivos OMS)
- Acciones a nivel político y normativo: armonizar indicadores CAC, OMS y MINSALUD.

Componente - Cáncer de mama

- Amplificar el programa nacional de detección temprana
 - Mantener el Incremento la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos
 - Mantener el incremento de la cobertura de tamización
 - Mantener la estrategia de garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento
 - Alinear metas a plan de choque
- ¿Dónde estamos, establecer punto de partida, tener en cuenta en donde estamos? Hacer una línea base, anualizar metas. Gradualidad en metas. Eso ligado a la actualización de normas y guías para la detección temprana
- Definir responsabilidades y actores. En cada uno de los puntos de haga una revisión a mediano plazo y no cada diez años y ajustes de metas
 - incluir cáncer de pulmón, tamizaje con tac de baja radiación. Acortarlo a las recomendaciones de la OMS

Componente - Cáncer de próstata

- Se debe mantener

Componente - Cáncer de colorrectal

- Debe tener un enfoque territorial
- En este momento se está desarrollando mal
- Debe incluir estrategias IA

Componente - Cáncer infantil

- Las acciones solo están enfocadas a leucemia, deben enfocarse a cáncer infantil en general
- Acciones políticas: desarrollar guías: la de leucemia ya se hizo, la de mieloides también y los linfomas. Amplias guías a otros tipos de cáncer. Retinoblastoma, gliomas de bajo grado, linfoma Burkitt, tumor de willis,
- Actualización normativa a las nuevas disposiciones.
- Sistema de vigilancia: debe ser enfocadas a cáncer infantil 2.5.3
- Mantener el fortalecimiento de la rectoría, vigilancia y control a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para el cumplimiento de los lineamientos técnicos, así como la garantía del acceso a los servicios de diagnóstico oportuno y tratamiento de las Leucemias Agudas Pediátricas (LAP) de acuerdo con los tiempos estandarizados.
- Acciones 2.5.4 Se deja
- Incluir todos los tipos de cáncer infantil
- incluir los tipos de eventos, incluir los hematológicos

Incluir otros tipos de cáncer:

- Cáncer de pulmón
- Cáncer gástrico: definir endoscopia y test de aliento, quienes tienen acceso a esos exámenes sin embargo, se merece un análisis de costos
- Cáncer de piel - considerar igual que es una patología de baja incidencia
- Incluir cánceres hematológicos a través de herramientas para los médicos generales y tiroides para controlar el sobrediagnóstico)
- Incluir los eventos hematológicos (leucemias y linfomas)
- Se sugiere incluir criterios de priorización y estadificación del riesgo en instituciones demostrativa
- Se plantea que debe tener un diagnóstico temprano el cáncer de piel, mama, tiroides, infantil y próstata
 - Se debe incluir la medición de la cobertura de manera progresiva para que los programas vayan enfocados en calidad y tiempos
 - Incluir indicadores de alertas tempranas
 - Modelos diferenciales
 - Criterios de calidad de las pruebas, integralidad y sostenibilidad
- Incluir como componente transversal en el plan LA CALIDAD

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

Se debe mantener la línea estratégica

Componente- Habilitación de servicios oncológicos: se debe mantener

Acciones estratégicas

- Fortalecer las competencias en el ente rector para mejorar las competencias de los entes (habilitadores y verificadores)
 - Verificar los servicios oncológicos que están habilitados y en funcionamiento y actualizar la vigencia.
 - A 2027 tener georreferenciado el 100% de las RIITS en las subregiones funcionales
 - Definir el perfil de los habilitadores verificadores de los prestadores y de servicios oncológicos y realizar la captación de estos
 - Propiciar la acreditación de las entidades de salud y generar incentivos para ello
 - Actualizar estándares de habilitación CAPEI (sobrevivida) para mejorar la comparación con otros países y mejora registro de datos e indicadores.
- **Componente- Organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos:** se debe mantener

Líneas estratégicas

- Fomentar la habilitación de UFCA y UACAI.
- Garantizar que las RIITS incluyan diferentes modalidades de atención, entre ellas, telesalud y telemedicina
- Regular precios de los procedimientos y medicamentos por CUPS, tener en cuenta los biosimilares_ Invima como ente regular con un rol activo.
- Observatorio de capacidad instalada de la RIITS a cargo de los entes territoriales que esté disponible.
- Fomentar los centros de excelencia

Componente - Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos, se sugiere mantener

Líneas estratégicas

- Regular el ingreso de nuevas tecnologías y medicamentos al país con el fin de tener un control y seguimiento del gasto en salud.
- Vigilar y estandarizar los precios de los servicios y medicamentos oncológicos.
- Política farmacéutica, involucrar a las sociedades científicas para no dejar solo el interés a la industria farmacéutica.

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

Componentes

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

Mantenerlo y ajustarlo

Acceso a los pacientes falta, no hay enfoque diferencial, debe tener en cuenta los entornos comunitarios hogar se debe adaptar a los territorios. Debe tener un ENFOQUE DE EQUIDAD, Diferenciado por curso de vida infantil adultos, evaluación psicosocial que permita medir el riesgo. tener el contexto de las personas para los costos que tienen de traslados existe una injusticia social. que efectos tiene la familia a nivel

económico se debe intervenir en diferentes áreas especificar cual será la intervención si tiene síndrome de cuidador.

Líneas estratégicas

- La equidad es un factor necesario
- Debería tener un enfoque de salud mental para toda la familia, ya que solo se enfoca el cuidado paliativo, se debe tener en cuenta el soporte oncológico,
- calidad de vida debe prevenir los desenlaces, no hay oportunidad en la confirmación diagnóstica, en los procesos de tamización.
- Debe tener enfoque diferencial, basado en equidad y no solo cuidado paliativo del final de la vida
- Evaluación de la calidad de vida con herramientas validadas mediante escalas, soportado con lineamiento. Debe haber un criterio de obligatoriedad, debe ser intersectorial y como se llega al territorio, que tenga componente cultural, sanitario, que todo sea llamado a la acción para que sea más fácil la operación, que oriente.
- Debe tener implementación indicadores y evaluación de políticas, ya que no lo realizamos.
- Formación del talento Humano educativo desarrollo de habilidades para las etapas tempranas, aspectos psicosociales, estar sensibilizados a los factores de riesgo de cada paciente.
- Fortalecimiento del componente psicosocial y salud mental para los actores
- Se debe especificar como es el cuidado post tratamiento, y en las personas que están en el proceso de confirmación diagnóstica.
- prevención del riesgo, como abordar las comunidades indígenas ¿cómo se les explica que se deben realizar una citología? Los programas deben estar culturalmente adoptados al territorio.
- Se debe tener claridad de la evaluación.
- Aumentar la cobertura por medio de la formación de especialistas, la clave es la educación continua de equipos interdisciplinarios liderados por cuidado paliativo. es fundamental la formación de profesionales de salud de primer nivel, que deben funcionar en articulación con el nivel especializado. programas de educación continua en temas clave como manejo de opioides y sintomático es indispensable. el manejo del paciente con necesidades paliativas debe realizarlo un equipo multidisciplinario experto en cuidado paliativo (entrenado).

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

Pertinencia al mantenimiento de la línea, y la inclusión de la apropiación del conocimiento y la investigación de base comunitaria.

El enfoque no solo es investigación Desarrollo e innovación, los productos están enfocados a solo la documentación, pero no se ve el impacto que tendrá la investigación, debe estar la implementación llevarlo a la practica

- Se debe implementar la investigación, las recomendaciones deben enfocarse en un cambio reglamentado desde el MSPS, hay barreras como certificación por el Invima y las GPC que están desactualizadas, no hay un respaldo normativo porque la información está muy desactualizada.
- Se debe tener un enfoque de implementación
- La política, hay investigación que no siempre lleve a la implementación de políticas, registros los sistemas de información sin necesidad que pase por gestión del conocimiento e información
- Ampliar el espectro supervivencia de los canceres, acciones trabajar sobre determinados aspectos del cáncer que no necesariamente son los más prioritarios. La investigación clínica tiene más inconvenientes requiere más la difusión de investigación, se debe enfocar a la implementación y no solo a la propagación de la información. Ampliar las metas de investigación más allá de los canceres priorizados.

- No se contempla el aumento de los recursos para la investigación, debe haber mecanismos para el fortalecimiento del financiamiento de la investigación.
- La investigación debe estar dirigida a la implementación, ejemplo la investigación básica se debe implementar, todo tiene una aplicación se requiere dejar claridad.
- Investigar en factores fuera del entorno sanitarios, lo social individuo investigación cualitativa. La Investigación debe estar enfocada a productos que puedan implementarse y cambiar el curso de la enfermedad.
- Revisión de las líneas del Instituto Nacional de Cancerología, todas son diferentes, existen grupos con estudiantes de doctorado pero no hay estudiantes del pregrado, el quehacer científico no se da porque está ligado a la academia, debe haber revisión y fortalecimiento de las líneas; hay cosas que son más importantes en el país en comparación con otros países, no hay formación del talento humano se deben enfocar la investigación o líneas de investigación del INC debe estar enfocado a la problemática del país
- No habla de la recolección de información del territorio, donde se identifique las necesidades, teniendo en cuenta un enfoque diferencial, ¿cómo se hace la aproximación a la comunidad? ¿dónde están los datos de las comunidades indígenas? ¿Qué problemáticas tienen?
- investigación que resuelva problemáticas indígenas y que luego se convierta en política pública, donde se evidencie el impacto. Detección de necesidades de la comunidad como fuente de información primaria para el desarrollo investigación (enfoque diferencial)

Componente Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio Nacional de Cáncer,

Ajustarlo a Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio Epidemiológico del Cáncer

Acciones estratégicas

- Implementar el Observatorio Epidemiológico del Cáncer para cumplir el papel integrador de las fuentes de información del Sistema Nacional de información en cáncer
- Definir los lineamientos de operación y seguimiento según la priorización establecida por el Observatorio según la situación del país
- Fortalecimiento de los sistemas información con accesibilidad y oportunidad información recolectada (acceso abierto). La información está, pero no hay acceso, no hay oportunidad en la entrega de la información, ¿qué ha pasado con los pacientes con cáncer, oportunidad de tratamiento? ¿cómo se aumentaron los costos? se ve como consecuencia los sistemas de información deben estar en tiempo real, debe tener un impacto y una acción inmediata a los que arrojan los datos y no años después cuando la problemática ha cambiado.
- Gestión de la información recolectada para la toma de decisiones. No es claro el para que, de la información, y sobre todo la gestión donde está y que se hace con esa información, debe haber un sistema de garantía.
- Integración de los sistemas de información en cáncer (Ejemplo: proyecto AGORA)
- Incluir recomendaciones experiencia exitosas de interoperabilidad de información (proyecto AGORA)

Componente Investigación en Cáncer

Acciones estratégicas

Desarrollar la investigación comunitaria

Componente. Gestión de la apropiación social y comunitaria del conocimiento

Acciones estratégicas

Diseño comunicativo para la difusión del conocimiento con actores sociales

Línea estratégica 6 - Fortalecimiento del talento humano en salud

La línea estratégica se debe mantener

Componentes

Componente - Formación de talento humano

Acciones estratégicas

- Fortalecer la formación de talento humano en el país
- Fomentar la comunicación entre profesionales del primer nivel de atención con especialistas en oncología mediante la telemedicina.