

**Mejoría de las barreras de acceso a los servicios y tratamientos oncológicos en
Colombia. Medellín. 2017.**

Monografía

Elizabeth Castaño Montoya

Mónica Ramírez Daza

Cindy Lorena Vélez Jaramillo

Asesor

Alba Emilse Gaviria Méndez

Médica, Bioenergética, Mg. en Salud Pública

Universidad Católica Luis Amigó

Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables

Especialización En Gerencia de Servicios de Salud.

Medellín

Noviembre de 2017

Contenido

Resumen	5
Abstract	6
1. Introducción	8
2. El problema de investigación	12
2.1 Antecedentes del problema	12
2.2 Planteamiento del problema	14
3. Justificación	16
4. Objetivos	17
4.1 Objetivo general	17
4.2 Objetivos específicos	17
5. Marco teórico	18
5.1 Marco conceptual	18
5.1.1 Barreras de acceso a los servicios de salud.	18
5.1.1.1 Tipos de barreras de acceso.	18
5.1.2 Barreras de acceso a tratamiento oncológico.	20
5.1.3 Mejoría en las barreras de acceso.	20
5.2 Marco legal	21
5.3 Marco ético	23
6. Metodología	25
6.1 Tipo de investigación	25
6.2 Delimitación del campo	25

6.3	Criterios de búsqueda	25
6.3.1	Criterios de inclusión	25
6.3.2	Criterios de exclusión	26
6.4	Selección de la bibliografía buscada	26
6.4.1	Descriptores de búsqueda bibliográfica	26
6.4.2	Fuentes	26
6.4.3	Captura de referencias y resúmenes	27
7.	Plan de Análisis	28
8.	Resultados	29
8.1	Introducción	29
8.2	Resultados de la búsqueda bibliográfica	29
8.2.1	Descripción de los artículos seleccionados	30
8.3	El cáncer como evento en salud pública	36
8.4	Barreras de acceso a tratamiento oncológico	37
8.5	Políticas en Colombia en relación con las barreras de acceso al tratamiento oncológico	40
8.6	Efectividad de las políticas públicas relacionadas con las barreras de acceso al tratamiento oncológico	42
8.7	Barreras de acceso a tratamiento oncológico desde una perspectiva del mejoramiento	44
9.	Discusión	50
10.	Limites	54

11.	Conclusiones y recomendaciones	55
12.	Referencias bibliográficas	58
13.	Anexos	62

Resumen

Título: Mejoría de las barreras de acceso a los servicios o tratamientos oncológicos en Colombia. Medellín. 2017.

El objetivo de esta monografía investigativa fue documentar y profundizar en la mejoría de las barreras de acceso a los tratamientos oncológicos en Colombia, través del ejercicio de recolección de información y análisis de fuentes bibliográficas.

Los investigadores llevaron a cabo el estudio teniendo en cuenta referentes mundiales y nacionales , que sustentan el impacto del cáncer, y las barreras que se presentan para acceder a servicios o tratamientos oncológicos , su motivación fue el enriquecimiento del saber y la retroalimentación.

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de las bases de datos del área de la salud tales como: Clinical Key, EBSCO, LILACS, y portales de internet. Atendiendo a los objetivos designados, y para la elaboración de fichas bibliográficas, se revisaron 443 títulos de artículos, se seleccionaron 30 distribuidos así: 36.6% correspondían a normatividad, y un 64.4% de artículos de investigaciones científicas. La discusión permitió identificar los antecedentes de la misma problemática a nivel mundial, además del repaso por la normatividad vigente en Colombia, finalmente se permitió la identificación de los avances, y con que se cuenta hoy día en relación al mejoramiento de estas barreras.

Se pudo concluir que no solo basta con tener un amplio marco normativo, sino que es indispensable la adjudicación a un ente que garantice la efectiva ejecución y control de las políticas públicas en salud designadas para tal fin.

Palabras clave: Barreras de acceso, servicios de salud, tratamientos oncológicos, mejoramiento, cáncer

Abstract

Title: Improvement of access barriers to services or oncological treatments in Colombia. Medellín 2017.

The objective of this research monograph was to document and deepen the improvement of barriers to access oncological treatment in Colombia, through the exercise of collecting information and analysis from bibliographical sources.

The researchers carried out the study taking into account world and national references that sustain the impact of cancer and the barriers that are presented to access to services or cancer treatments; their motivation was the enrichment of knowledge and feedback.

The bibliographic search was carried out through of the databases of the health area such as: Clinical Key, Ebsco, Lilacs and internet portals. Attending to the objectives and for the revision of bibliographic records, 443 titles of articles were reviewed; we selected 30 distributed like this: 36.6% that corresponded to normativity and a 64.4% of scientific research articles. The discussion allowed to identifying the background of the same

problematic worldwide also the verification by the current regulations in Colombia. Finally was allowed his identification of the advances, and with which one counts today in relation to the improvement of these barriers.

It was possible to conclude it is not enough to have a wide regulatory framework but is indispensable the adjudication to an entity that guarantee the effective execution and control of public health policies designed for that purpose.

Keyword: Access barriers, Health services, oncological treatments, improvement, cancer.

1. Introducción

El objetivo de esta monografía investigativa fue a través revisión bibliográfica presentar el panorama actual del cáncer como evento de salud pública y las barreras de acceso a servicios de salud relacionadas con este, ambos tópicos bajo una perspectiva del mejoramiento; buscando englobar las acciones que se ha propuesto para la mitigación de esta situación.

La motivación personal y profesional para la realización de la presente monografía, se basó en la intención de enriquecer los conocimientos y retroalimentar lo implementado a lo largo del estudio de la especialización, lo que apuntará a afianzar el desarrollo de habilidades en la labor gerencial.

Es de importancia para la Universidad y en especial para los estudiantes de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud, contar con herramientas que permitan identificar las falencias del sistema de salud y optimizar procesos en las instituciones para disminuir los obstáculos que impiden la obtención de tratamientos a la población con diagnóstico de patología oncológica, logrando así el impacto en el acceso y la oportunidad que son considerados estándares de calidad, a las que se debe apuntar en todas las instituciones del sector salud.

Dentro de los antecedentes de la investigación, se describen estudios que se basan en la identificación y descripción de las barreras de acceso, bajo un tópico similar se describe una propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), que establece en forma de resumen de conocimientos, una serie de estrategias para

mejorar el acceso a la atención para el cáncer de mama, tal resumen busca presentarse como una herramienta para ser utilizada en diferentes escenarios, con el fin único de establecer una ruta crítica en las sociedades para frenar las barreras de acceso que se presentan en la actualidad con el cáncer de mama.

La metodología de esta monografía, consistió en la búsqueda de bibliografía para lo que se accedió a bases de datos virtuales del área de la salud tales como: Clinical Key, Ebsco, LILACS, y el portal Google. Se realizó un filtro inicial relacionando las palabras claves: mejoramiento cáncer, iniciativas cáncer, cáncer y salud publica Colombia, retos cáncer. Como límite en la búsqueda se utilizó el idioma, seleccionando el español, no se llevaron a cabo restricciones de tipo temporal para la normatividad, para los demás artículos se seleccionó filtro de 10 años. Posterior a la búsqueda se obtuvieron un total de 443 títulos de artículos, de los cuales se seleccionaron 30 distribuidos así: 36.6% correspondían a normatividad, y un 64.4% de artículos de investigaciones científica.

La información se organizó en tablas y en fichas bibliográficas que permitieron su análisis y se estructuraron cuatro secciones para expresar los resultados donde se incluyó: El cáncer como evento de salud pública, representado por un esbozo de esta patología según referentes internacionales y nacionales en la actualidad, las barreras de acceso a tratamientos oncológicos dentro de las cuales las más evidenciadas fueron de tipo administrativo, no obstante figuran de tipo geográfico y económico en sucesión; en relación con la efectividad de las políticas en Colombia se encontró, que a pesar de contar con un amplio marco normativo muchas de las disposiciones sugeridas no se cumplen a cabalidad, lo que puede representar retrocesos, finalmente bajo la perspectiva del mejoramiento de

estas barreras de acceso a servicios y tratamiento oncológico, se encuentra que existen hoy por hoy una cantidad importante de propuestas que apuntan a la prestación de servicios con calidad atributo que se atañe a la eliminación de barreras para el acceso a los diferentes servicios de salud.

La discusión permitió identificar los antecedentes de la misma problemática a nivel mundial, igualmente la importancia reflejada en el planteamiento de estrategias para su eliminación, en un recorrido por la normatividad se refleja la intención del Estado por participar activamente en los temas relevantes de la salud pública a través de la generación de lineamientos para el manejo de cada condición; algunos estudios que relacionaban la identificación de barreras de acceso mostraron como las que más prevalecen son las de carácter administrativo, sin embargo se han descrito las de tipo económico y geográfico sin que se les reste importancia.

Se pudo concluir que a pesar de contar con un amplio marco normativo, es indispensable la adjudicación a un ente garante, para la efectiva ejecución y control de dichas políticas establecidas, se hace mención del déficit de instituciones especializadas para el manejo del cáncer, que debe visualizarse como estrategia para el mejoramiento. La importancia que ha cobrado el tema del cáncer en la actualidad ha obligado al sector salud a hacer esfuerzos que contribuyan al manejo de esta patología, dentro de los cuales se destacan el tema de investigación y el adecuado uso e implementación de los sistemas de información en salud.

Esta monografía consta de problema de investigación, justificación, objetivos, marco teórico, metodología, plan de análisis, resultados, discusión, límites, conclusiones y recomendaciones.

2. El problema de investigación

2.1 Antecedentes del problema

Teniendo en cuenta que los sistemas de salud tienen como presunción garantizar el acceso a los servicios de todos los individuos, y que independientemente de su condición socioeconómica y su grupo étnico se le asegure igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios, (Ley 1438, 2010) se ha reportado a lo largo del tiempo la presencia de barreras que han limitado el manejo integral de los pacientes, y entendiendo que “El acceso a la atención sanitaria es el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda” (Hirmas, 2013, p 224), se esperaría que no se produjeran barreras como las que se presentan en la actualidad, que son más notorias en aquellos sistemas sanitarios deficientes, donde la demanda supera significativamente la oferta y el producto de esta inequidad es la limitación al acceso de los servicios de salud, esta problemática se evidencia en todos los niveles.

Según Organización Panamericana de la Salud (2009) en su revisión de “Acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas”, en el que recopilan información de diferentes países, infieren que gran parte de la problemática está directamente relacionada con el sistema de salud de que disponga cada país; aunque no citan el nuestro puntualmente, se asumen estas mismas barreras de acceso a servicios de salud que enfrentan los usuarios, ligada a la barrera de acceso a medicamentos e insumos principalmente los de alto costo como son todos los relacionados con el cáncer.

Luego de realizar un análisis de las repercusiones que trae la problemática, proponen finalmente que el mejoramiento de esta situación se debe basar en varios pilares: la creación de políticas públicas integrales que relacionen ciencia tecnología e innovación, además de políticas que busquen asegurar la disponibilidad equitativa y accesibilidad de los medicamentos esenciales, la calidad y eficacia, y el uso racional, partiendo de la base de que se cuente con profesionales sensibilizados frente al tema, que aunque prime su criterio científico se adicione el uso medido y la racionalización de los recursos con que cuenta el sistema que propenda la sostenibilidad del mismo. (OPS, 2009)

En Colombia el sistema de protección social se constituye en el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Este enfoque implica la identificación y estudio de los riesgos y la definición de estrategias que faciliten a la población enfrentar los mismos (García, 2008, p. 584). Sin embargo la naturaleza del sistema de seguridad social, en ocasiones plantea retos para el adecuado manejo de patologías crónicas como el cáncer, las barreras de acceso a servicios de salud, son protagonizadas por los pacientes que se mueven en medio de un sistema desajustado y limitado financieramente, en el cual se ven sometidos constantemente a múltiples trámites administrativos para lograr acceder a un derecho que es fundamental.

No obstante se ha logrado incorporar al sistema leyes que promueven la eliminación de las diferentes barreras al acceso de servicios de salud, enfatizadas hacia la patología oncológica; en el año 2010 se publicó la Ley 1384, que tiene como objeto establecer acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, buscando la

reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad, donde se pretende garantizar por parte del Estado y de los actores de sistema de seguridad social los servicios que requiera todo paciente, donde se incluye desde la prevención, el diagnóstico precoz hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (Ley 1348, 2010). Además promueve la creación de una red nacional de cáncer coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología, cuyo fin es la gestión integral de la información, además se estipula la creación de unidades funcionales para el manejo integral del paciente, estas unidades deben contar con el talento humano idóneo, y la infraestructura necesaria, además deben estar reconocidas y habilitadas por el ministerio de la protección social.

La normatividad actual vigente, en cuanto a la atención del paciente con cáncer, es enfática al resaltar, que el acceso al tratamiento de estos pacientes, debe ser de una manera integral, sin embargo, ante la poca adherencia a la norma, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pacientes, personal médico e instituciones prestadoras de servicios de salud, manifiestan gran preocupación, en la inoportunidad que se presenta para el acceso a los tratamientos oncológicos, que conlleva a la progresión de la enfermedad poniendo en riesgo la vida de los pacientes.

2.2 Planteamiento del problema

El cáncer es considerado en la actualidad un evento de salud pública y se estima que para los próximos años se registre un aumento en su prevalencia, es por esto que se considera trascendental generar no solo estrategias para evitar el aumento en la carga de la enfermedad sino también estrategias que articulen la posibilidad de que aquellos pacientes para el momento de su diagnóstico cuenten con la posibilidad de recibir manejo oportuno y

adecuado sin que se presenten barreras para el acceso a los diferentes servicios y tratamientos durante el curso de su enfermedad.

Esta monografía buscó inicialmente contextualizar el cáncer como evento de la salud pública mundial y nacional, seguida la identificación de las diferentes barreras de acceso, que les impide a los pacientes con cáncer, acceder tanto a los servicios de salud, como al diagnóstico y tratamiento.

Una vez detectado este panorama abordar las propuestas que se han desarrollado en los últimos años en Colombia para combatir la situación, incluyendo la participación del Estado a través de los diferentes lineamientos que plantean para el control integral del cáncer.

3. Justificación

La presente monografía investigativa recopila artículos que relacionan las barreras de acceso a servicios o tratamientos oncológicos, con las iniciativas, propuestas y leyes que se han dictado en los últimos años en Colombia, para buscar su mitigación y mejorar el acceso a los servicios de salud, esta revisión bibliográfica es importante para el país porque propone un esbozo de la situación actual y la propuesta de un referente teórico para la generación de nuevas políticas públicas, además de exponer las experiencias que se han tenido en el mismo tema a nivel mundial, lo cual servirá para realizar comparaciones que permitan contextualizar la situación actual para posteriores intervenciones.

En relación con el aporte social, los resultados de esta monografía se involucran en el proceso enseñanza aprendizaje, que servirá para la generación y transmisión de conocimientos al lector, y a los actores del sistema de salud interesados en el tema.

Es de importancia para la Universidad y en especial para los estudiantes de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud, contar con herramientas gerenciales que permitan identificar las falencias del sistema de salud y optimizar procesos en las instituciones para disminuir los obstáculos que impiden la obtención de tratamientos a la población con diagnóstico de patología oncológica.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Establecer en la actualidad cual ha sido el mejoramiento a las barreras de acceso a servicios o tratamientos oncológicos en Colombia. Medellín. 2017

4.2 Objetivos específicos

Analizar a partir de la revisión bibliográfica, el cáncer como evento de salud pública, y los diferentes tipos de barreras a los que se enfrentan los usuarios del sistema de salud.

Identificar desde la revisión bibliográfica acciones y estrategias que se han llevado a cabo en los últimos 10 años para mitigar o mejorar las barreras de acceso a servicios de salud y tratamientos en pacientes diagnosticados con cáncer.

Reflexionar sobre las repercusiones al sistema de salud relacionadas con el aumento en la carga de la enfermedad, cuando no se ejecutan debidamente las leyes, o no se cuenta con estrategias para el mejoramiento de las limitaciones para acceder a los servicios de salud.

Efectuar recomendaciones acerca de la importancia de generar estrategias y cumplir la normatividad vigente, que relaciona la prestación de servicios sin limitación para los pacientes con patología oncológica.

5. Marco teórico

5.1 Marco conceptual

5.1.1. Barreras de acceso a los servicios de salud. Son todos los obstáculos que enfrentan los pacientes para acceder a los diferentes servicios que proveen las instituciones de salud que tienen a su cargo la prestación de los mismos, se puede deducir por una parte, que son relativas al sistema de salud, y por otra que se relacionan según las características particulares de cada persona, donde en ocasiones se ofrecen diferentes tipos de limitación, en otros casos ambos factores confluyen generando una situación de mayor complejidad, que afecta la salud y el bienestar de cada persona implicada .

5.1.1.1. Tipos de barreras de acceso. Las barreras de acceso se pueden categorizar de múltiples formas, para efectos de este proyecto se tendrán en cuenta las de tipo administrativo, geográfico y económico.

Las de tipo administrativo: Se relacionan directamente con las empresas que prestan los servicios de salud, para el caso colombiano, de ambos regímenes de afiliación , (contributivo, subsidiado, vinculado) y en el caso de la población vinculada las secretarías locales de salud a quienes involucre, “una vez se ha realizado el diagnóstico de una enfermedad catastrófica, las empresas que tengan al paciente afiliado deberán cubrir con todo su tratamiento, esto implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentre en el

POS o no” (República de Colombia, ley 1751 de 2015, artículo 8) y aunque la intencionalidad de la norma así lo expresa la realidad es tangible.

Los pacientes enfrentan un recorrido que va desde la obtención de la cita, las autorizaciones y la disponibilidad de recursos médicos y tecnológicos en los centros de atención. En algunos casos, se enfrentan dificultades como las de obtener un permiso laboral, dejar de trabajar, o desatender el cuidado de los hijos. Cuando el paciente es una persona de la tercera edad, generalmente se involucra un tercero, que apoya y acompaña (Sánchez, 2013, p. 676)

Las de tipo geográfico afectan principalmente a los pacientes que residen en área rural o cabeceras municipales lejanas a ciudades capitales, sin embargo hay pacientes que aun residiendo en cabeceras municipales tienen difícil acceso a los servicios de salud por diferentes índoles, y se agrava la situación, si se tiene en cuenta que “por ser el tratamiento del cáncer de muy alta complejidad y costo, no se justifica llevar servicios de atención específica a cada municipio del país”. (García, 2008, p. 585)

Finalmente las barreras catalogadas como de tipo económico, pudieran entenderse como propias de la persona, pueden ser más difíciles para su medición al carecerse de objetividad sin embargo se encuentra en la literatura científica, que

El pronóstico de las mujeres con cáncer de mama se modifica cuando se accede de manera oportuna al tratamiento. En este grupo de mujeres de Bogotá se encontraron factores socioeconómicos que al parecer determinaron su acceso efectivo al tratamiento, lo que revelaría la existencia de inequidades determinadas socialmente (Sánchez, 2015, p. 506)

5.1.2 Barreras de acceso al tratamiento oncológico. Las barreras de acceso al tratamiento oncológico son similares a las que se evidencian en otros tipos de atención en salud, la importancia del tema radica en la patología oncológica, que para la actualidad se ha constituido como un evento de salud pública.

Siendo el cáncer una condición tan frecuente y mostrando la tendencia al incremento ya descrita, es de extraordinaria importancia evaluar las condiciones en las que se prestan los servicios a estos pacientes, y las oportunidades de atención a los mismos (García, 2008, p. 585)

Por ser el cáncer una patología crónica y considerada de alto costo, pueden estos dos factores ser la pieza clave sobre las que radica la limitación administrativa; para el paciente diagnosticado ocasionalmente en estadios tardíos y avanzados de su enfermedad, inicialmente se enfrenta a barreras geográficas ya que los centros especializados están ubicados en ciudades principales a las que no siempre se tiene acceso, en caso de tenerlo se estiman barreras económicas ocurridas con el desplazamiento y manutención en una ciudad diferente a la de residencia, no obstante aquellos pacientes para los que no se presentan las anteriores barreras, en algún momento de la atención, se enfrentaran a las que se presentan por la vía administrativa.

5.1.3 Mejoría en las barreras de acceso. El sistema de salud en general ha diseñado una serie de herramientas en función del mejoramiento continuo y la prestación de servicios de calidad, por ende la eliminación de las barreras de acceso, debe entenderse como uno de los aspectos que se deben controlan para garantizar los servicios de calidad. (Baquero, 2014,p 12)

Para esta monografía investigativa el mejoramiento en las barreras de acceso se entiende como las acciones e intervenciones que se ha llevado a cabo para la mitigación o eliminación de obstáculos que enfrenta el paciente durante el curso de su enfermedad por cáncer, además de la normatividad vigente colombiana que respalda la eliminación de dichas barreras.

5.2 Marco legal

Ley 1384 de 2010: Ley Sandra Ceballos. Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. (Ley 1384, 2010)

Ley 1388 de 2010: Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. (Ley 1388, 2010)

Resolución 2590 de 2012: Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y Resolución 4331 de 2012 el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010. (Resolución 2590, 2012)

Resolución 1383 de 2013: Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021. (Resolución 1383, 2013)

Resolución 1419 de 2013: Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos

y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones. (Resolución 1413, 2013)

Resolución 1442 de 2013: Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica - GPC para el manejo de las Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto y Cáncer de Próstata. (Resolución 1442, 2013)

Decreto 1683 de 2013: Tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Decreto 1683, 2013)

Resolución 247 de 2014: Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer. (Resolución 247, 2014)

Circular 04 de 2014: Por la cual se imparten instrucciones respecto de la prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer. (Circular 04, 2014)

Resolución 5592 de 2015: Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones. Contempla en sus tres (3) anexos, los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, los exámenes paraclínicos, las imágenes diagnósticas y los medicamentos. (Resolución 5592, 2015)

5.3 Marco ético

La normatividad a nivel nacional (resolución 8430 de 1993, p 2) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establece algunas premisas de orden ético que se deben tener en cuenta, para la realización de investigaciones en seres humanos.

- a. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
- b. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- c. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- d. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- e. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- f. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- g. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud,

supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

h. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

i. Acorde a la (resolución 8430 de 1993, p.3). Esta investigación, es sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

6. Metodología

6.1. Tipo de investigación

Revisión monográfica de tipo investigativo sobre el mejoramiento en la actualidad que ha tenido las barreras de acceso a servicios y tratamientos oncológicos, esto a través del reconocimiento de la normatividad vigente en cáncer y demás artículos relacionados publicados en los últimos 10 años, filtro que no se tuvo en cuenta en la búsqueda de la normatividad.

6.2. Delimitación del campo

Se seleccionó el tema, perspectiva del mejoramiento en barreras de acceso a tratamientos oncológicos, a partir de este se buscó fuentes de información secundarias en bases de datos de salud, donde se recolectaron artículos de revista, además de la normatividad vigente colombiana extraída del portal Google y de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

6.3. Criterios de búsqueda

6.3.1. Criterios de inclusión. -Documentos técnicos que describen la estructura y contenidos generales sobre el cáncer como evento de salud pública, políticas públicas para mejorar el acceso a servicios de salud o a los tratamientos oncológicos.

-Estudios cualitativos y descriptivos sobre las barreras de acceso a servicios de salud y tratamiento oncológico, iniciativas, estrategias para mejorar las barreras de acceso a la atención en salud.

-Artículos publicados entre los años 2007 a 2017.

6.3.2 Criterios de exclusión. Se excluyeron todos los estudios sobre temas de oncología no relacionados con el mejoramiento al acceso de los servicios, y que fueran publicados antes del año 2007.

6.4 Selección de bibliografía buscada

6.4.1 Descriptores de búsqueda bibliográfica. Se utilizaron cuatro términos en español para la búsqueda bibliográfica.

En la siguiente tabla se encuentran enumerados los términos en español utilizados para realizar la búsqueda.

Tabla 1.

Términos utilizados para la búsqueda bibliográfica

NUMERO	TERMINO DE BÚSQUEDA
1	Mejoramiento cáncer
2	Iniciativas cáncer
3	Cáncer y salud pública Colombia
4	Retos cáncer

6.4.2. Fuentes. A continuación se enumeran las bases de datos de la literatura científica en salud indexada nacional e internacional que se utilizaron en la búsqueda de referencias.

Bases de datos bibliográficas de ciencias de la salud (Universidad de Antioquia) con acceso remoto.

Clinical Key: Incorpora la mayor cantidad de recursos clínicos y quirúrgicos de Elsevier.

Ebsco: Base de datos multidisciplinaria con acceso más de 12.000 títulos de revistas de editores de todo el mundo, los cuales están agrupados en 10 Bases de Datos Bibliográficas principales.

LILACS: Índice de referencia de la literatura técnico-científica en Ciencias de la Salud en América Latina y el Caribe, de libre acceso a 630 revistas aproximadamente.

Google para la descarga de las diferentes leyes Colombianas

6.4.3. Captura de referencias y resúmenes. Luego de la búsqueda con los descriptores y en las bases de datos ya mencionadas, se construyeron 30 fichas bibliográficas (ver anexos página 62)

7. Plan de análisis

Después de tener los resultados de la búsqueda de las bases de datos científicas con acceso remoto desde la página de la Universidad de Antioquia, y utilizando el portal de internet Google que diera cuenta de artículos científicos y normatividad, se procedió a la aplicación de los filtros seleccionados, para cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se seleccionaron los artículos que por el título y resumen podrían tener alguna relación.

Se leyeron los textos varias veces, por cada una de las investigadoras, se subrayaron las diferentes palabras y expresiones consideradas como importantes, se reflexionó en grupo sobre lo encontrado para considerar ideas centrales, subrayando las nuevas ideas encontradas. Después de tener todos los artículos seleccionados se elaboraron unas fichas (una para cada artículo) resumiendo lo más importante con el fin de facilitar la redacción de la monografía; al finalizar las fichas empezó a construir la redacción, dándole coherencia y haciendo un recorrido que abarcó: la normatividad Colombiana relacionada con cáncer, y los diferentes estudios que se ha realizado en los últimos años donde se relacionan las barreras de acceso a servicios de salud y manejo oncológico, y los estudios e intervenciones que se han ejecutado para la eliminación de estas barreras.

8. Resultados

8.1. Introducción

Los resultados de la búsqueda bibliográfica revisada y la descripción de los artículos seleccionados permiten identificar y analizar tanto la normatividad vigente, como los proyectos, iniciativas y programas que se han ejecutado en el país durante los últimos años con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud y mitigar las barreras que enfrentan los pacientes con patología oncológica durante su proceso de atención, además contamos con la perspectiva a nivel mundial de algunos países que enfrentan esta misma situación, lo que nos permite comparar varios contextos

8.2. Resultados de la búsqueda bibliográfica

En los resultados de la búsqueda se obtienen un total de 30 textos, los cuales el 36.6% da cuenta de la normatividad y el 64.4% artículos de revistas que en su mayoría son estudios e investigaciones científicas. (Ver tabla 2).

Tabla 2

Tipos de publicaciones seleccionadas en la revisión.

TIPO DE ESTUDIO O PUBLICACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Leyes, resoluciones, decretos, sentencias	11	36.6%
Investigación científica	19	64.4
Total	30	100%

8.2.1. Descripción de los artículos seleccionados. Se revisan 443 títulos de artículos de los cuales se seleccionan 30 de acuerdo con los filtros, los criterios de inclusión y exclusión (ver tabla 3), las Leyes, resoluciones, decretos, sentencias, se encuentra en los anexos (ver página 62)

Tabla 3

Artículos seleccionados para la monografía

AUTOR	TIPO DE PUBLICACIÓN	DISEÑO	CONCLUSIONES
Carrillo, Barrera, Sánchez, Carreño, Chaparro (2014)	Artículo de revista	Estudio cuantitativo experimental	El programa estudiado es más efectivo que las intervenciones convencionales, estudios futuros deben explorar la viabilidad y costo efectividad de esta intervención para implementarlo en el ámbito institucional
Carreño, Roja, Lucio, Serrano, Piñeros (2015)	Artículo de revista	Estudio descriptivo, bibliométrico	El fortalecimiento de la investigación es una de las formas más costo efectivas y sostenibles de realizar promoción dela salud y alcanzar desarrollo, en este sentido al divulgación de resultados es una herramienta de terminante para la toma de decisiones en la práctica médica y el desarrollo de la sociedad.
Serrano, Carrero (2016)	Artículo de revista	Estudio descriptivo	Resaltar el impacto en el incremento del conocimiento y en la aproximación de la investigación traslacional, ámbito priorizado actualmente en

AUTOR	TIPO DE PUBLICACIÓN	DISEÑO	CONCLUSIONES
García, Egurrola, Gómez, Herazo, Sánchez, Ossa (2016)	Artículo de revista	Estudio de cohorte	el sistema de investigación en Colombia El análisis mostró como tanto la supervivencia global como la libre de enfermedad, ocurrieron en las personas que contaban con el régimen contributivo de salud
Bravo, Ramírez, Wiesner, Durán, Rendler, Henshal (2017)	Artículo de revista	Análisis de datos	Verificar el cumplimiento de los objetivos definidos dentro del plan decenal para el control del cáncer la implementación del modelo de cuidado del paciente, así como el impacto de la normatividad implementada dentro del sistema general de seguridad social
Garcés, Rubio, Ramos (2014)	Artículo de revista	Estudio cualitativo fenomenológico	Se evidencia como el diseño del sistema general de seguridad social en salud, se constituye en un obstáculo para que las mujeres se realicen el seguimiento y tratamiento de anormalidades citológicas
Huertas, Rivilas, Ospina (2015)	Artículo de revista	Análisis de datos estadísticos	Colombia ha presenciado durante la última década, un progreso significativo de sus objetivos del milenio en lo relativo a la reducción de mortalidad de cáncer de cuello uterino, debido a que se ha posicionado en la agenda política, el cáncer como un problema de salud pública de mismo modo que se ha movilizado la acción del estado

AUTOR	TIPO DE PUBLICACIÓN	DISEÑO	CONCLUSIONES
Ospina Huertas Montaño Rivillas (2015)	Artículo de revista	Análisis de datos	El rol del observatorio es gestionar el conocimiento a partir de las fuentes conjuntas de información para abordar el cáncer como un problema de salud pública, y contribuir con la orientación de estrategias para reducir la carga de enfermedad y desigualdades sociales por esta causa en Colombia
Vásquez, Carrasquilla, Roca (2009)	Artículo de revista	Estudio retrospectivo	Los hallazgos de este estudio confirman la hipótesis de que en Colombia hay inequidad en la probabilidad de enfrentar barreras para el acceso real de los servicios y tratamiento, tal inequidad depende de su condición de afiliación a la seguridad social en salud.
García, Quintero (2008)	Artículo de revista	Estudio descriptivo	Se determina las barreras de acceso más comunes que frenan los procesos de solución frente a la patología oncológica como: entrega de medicamentos, no inicio de tratamiento oportuno, dificultades económicas para el desplazamiento, falta de conocimiento frente a tramitología.
Sánchez, Niño, Estupiñán (2016)	Artículo de revista	Estudio observacional analítico	Se establecen tres factores fundamentales que determinan el acceso oportuno al tratamiento oncológico, nivel de estudio superior al bachillerato, estar ubicado en los niveles superiores

AUTOR	TIPO DE PUBLICACIÓN	DISEÑO	CONCLUSIONES
Arias (2009)	Artículo de revista	Revisión conceptual	<p>de la clasificación de estrato socioeconómico y pertenecer al régimen contributivo.</p> <p>Como resultado de la revisión conceptual, es posible entender que la inequidad es uno de los principales enemigos de la salud y los pacientes oncológicos. Por otro lado los grupos humanos socialmente más vulnerables, tiene mayor probabilidad de desarrollar cáncer, de morir más pronto por la enfermedad y de sufrirla sin la oportunidad del cuidado paliativo.</p>
Pinilla, García (2010)	Informe	Revisión bibliográfica	<p>Las políticas públicas deben estar direccionadas al crecimiento en calidad y servicios competentes, para un desarrollo sostenible, del sistema de salud.</p>
Bravo, Ramírez, Wiesner, Durán García, Henshall (2017)	Artículo de revista	Estudio descriptivo	<p>Cali, como ciudad piloto para mejorar la calidad del tratamiento del cáncer, por tener el registro poblacional de cáncer, gracias a los inmensos avances que ha logrado para contribuir en la mejora del control de este.</p>
Velasco, Bernal, Salazar, Romero, Moreno, Díaz (2014)	Artículo de revista	Estudio descriptivo de corte transversal	<p>Resaltar la importancia de disponibilidad de servicio de mamografía dentro y fuera del lugar del departamento de residencia de pacientes, teniendo en cuenta que las pacientes que se encuentran ubicadas</p>

AUTOR	TIPO DE PUBLICACIÓN	DISEÑO	CONCLUSIONES
Borda, David, Ríos, López, Forero, Gutiérrez, Cano (2017).	Artículo de revista	Análisis de datos	geográficamente en los principales departamentos, encuentran disponibilidad del servicio de mamografía, sin necesidad de desplazarse, a otras regiones; sin embargo departamentos como el Vaupés, Vichada, Arauca, San Andrés, Guaviare Cundinamarca, Casanare y Chocó requieren de desplazamiento para acceder al servicio de mamografía,
Pardo, Vries, Acero, Murillo (2015)	Artículo de revista	Análisis de datos	el cáncer de próstata prevalece primordialmente en la población mayor, de estratos socioeconómicos y nivel de escolaridad bajos, mismos factores que limitan el acceso tanto al tamizaje, diagnóstico y acceso a tratamiento oportuno, se presenta una inequidad en tamización a pacientes según el tipo de seguridad social
			Identificar la supervivencia global por cáncer, permite tener una idea sobre la situación de control de cáncer en determinada población que se realice o institución en estudio, a la vez permite tener información de nuevos casos y de mortalidad; el análisis de dichas variaciones proporciona información que permite establecer objetivos de mejoramiento tanto en el

AUTOR	TIPO DE PUBLICACIÓN	DISEÑO	CONCLUSIONES
Wiesner, Rincón, Gamboa, Piñeros, González, Ortiz, Hernández, Molano, Robles (2013)	Artículo de revista	Estudio descriptivo	<p>diagnóstico de la enfermedad, como en su tratamiento</p> <p>La prueba de ADN-VPH, se constituye en un nuevo aporte a los conocimientos previos del cáncer de cuello uterino, valorada como una importante alternativa de tamización; además restablece la confianza para detectarlas lesiones preneoplásicas, confianza que se había visto disminuida con la citología, por el reconocimiento de alto número de falsos negativos.</p>
Fernández, Villate, Puerto(2016)	Artículo de revista	Análisis de datos	<p>La educación basada en competencias, es un método de enseñanza que bajo la literatura reportada, es la mejor forma de crear, habilidades en los médicos para que implementen efectivamente las estrategias disponibles en prevención y detección temprana del cáncer; este abordaje permite que los estudiantes de medicina creen habilidades para que los conocimientos adquiridos puedan ser aplicados de la mejor manera, adaptándose a las condiciones del entorno e impactando de manera positiva desde la prevención y detección de factores de riesgo, hasta un diagnóstico oportuno del cáncer</p>

Teniendo en cuenta la exploración bibliográfica, y los hallazgos a partir de la misma se logró estructurar en las siguientes secciones que dan cuenta de los resultados.

7.3. El cáncer como evento de salud pública

El cáncer es una enfermedad crónica, en algunos casos con mortalidad prevenible sin embargo es considerada “una de las principales causas de muerte no violenta en el mundo, y se calcula que anualmente se presentan más de 11 millones de casos nuevos, de los cuales 80% se presentan en países en vías de desarrollo” (Alarcón, 2015, p 211).

Para Colombia el cáncer es un problema de salud pública en aumento, que representa grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas imponiendo un reto para el sistema de salud (Ospina, 2015,p 262) y es que a pesar de las medidas adoptadas para su manejo y control, con la marcada tendencia de aumento en los últimos años, preocupa no solo la mortalidad, sino también la supervivencia demostrada, que en muchos casos se ha relacionado con años potencialmente perdidos, secuelas y complicaciones, producto del retraso o interrupción en la continuidad de los tratamientos establecidos tanto para la detección como para el manejo de la enfermedad.

8.4. Barreras de acceso a tratamiento oncológico

Los retrasos e interrupciones para acceder a los servicios de salud, se han catalogado como barreras, impidiendo a los paciente tener un adecuado manejo en su proceso de enfermedad; si se tiene en cuenta que los sistemas de salud deben tener como presunción garantizar el acceso a los servicios de todos los individuos, y que independientemente de su condición socioeconómica, su grupo étnico y otras condiciones no nombradas, se le asegure igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de

servicios, estas barreras se constituyen como antónimas a dicha presunción. (Ley 1438, 2011)

En relación con las barreras de acceso al tratamiento oncológico a nivel nacional se encontró varios estudios de gran escala llevados a cabo por los principales entes investigadores de cáncer:

García, Juan Carlos (2008). Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Revista de salud pública. 583-592

En su estudio analizan las principales barreras de acceso a servicios oncológicos en la ciudad de Bogotá, tiene en cuenta datos provenientes del instituto nacional de cancerología; identifican como barreras para el acceso a servicios: el alto nivel de pobreza, la procedencia y la escolaridad, además se estudió el programa de albergues con que cuenta el instituto para analizar los gastos, y concluyen que existe una posible inequidad de género al excluirse los hombres, ya que estos estaban disponibles solo para menores de edad con o sin acompañante y mujeres. (Garcia, 2008, p 583-592)

Sánchez, Niño, Estupiñan (2016). Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama, apoyadas por 6 organizaciones no gubernamentales en Colombia. Revista Facultad Salud Pública, 297-305

Se estudian los determinantes de acceso al tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama, la recolección de la información se obtiene de bases de datos de 6 ONG Colombianas y se trabajó con 240 mujeres provenientes de diferentes ciudades de

Colombia; se identifican tres factores fundamentales que determinan el acceso oportuno al tratamiento oncológico como lo son, nivel de estudio superior al bachillerato, estar ubicado en los niveles superiores de clasificación de estrato socioeconómico (IV Y V) y pertenecer al régimen contributivo, dichas características les permitió tener un acceso oportuno, sin desconocer que se encontró un porcentaje de negación a los servicios de 30%, es decir, un servicio negado por cada dos mujeres incluidas en el estudio, de lo servicios negados se encontraban: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, intervenciones que practicadas a tiempo son capaces de modificar, el pronóstico de una mujer con cáncer de mama.

Velasco, Bernal, Salazar, Romero, Moreno, Díaz (2014). Disponibilidad de servicios de mamografía en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, p 101-108.

A través de este estudio, se pretendió identificar cual es la disponibilidad del servicio de mamografía en Colombia, entendiendo la mamografía como factor crítico para un diagnóstico a tiempo, y por ende procedimiento vital para mejorar el pronóstico de la enfermedad. Los resultados del estudio no fueron muy alentadores, pues se cuenta con disponibilidad de los servicios de mamografías en las principales ciudades como Bogotá y departamentos como Antioquia y Valle del Cauca. Se insiste en la necesidad de buscar alternativas de tamizaje para todos los pacientes provenientes de zonas rurales, además de su ubicación geográfica, se ven afectados también por su nivel de escolaridad y nivel socioeconómico. Finalmente se plantea la tele mamografía, una práctica que podría aumentar la cobertura de servicios de mamografía a las mujeres de regiones apartadas, apuntando al mejoramiento tanto del tamizaje, logrando diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos que impacten en la supervivencia y calidad de vida de las pacientes.

Borda y colaboradores (2017). Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados adultos mayores: análisis secundario de encuesta SABE Bogotá, Colombia. Sociedad Colombiana de urología. (1-7).

Con este artículo, se pretende evidenciar los factores asociados a la oportunidad de tamización en adultos mayores en la ciudad de Bogotá, se realizó un análisis secundario de la encuesta de Salud bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe SABE Bogotá a una muestra de 2000 personas con edad mayor o igual a 60 años, se encontró que el cáncer de próstata prevalece primordialmente en la población mayor, de estratos socioeconómicos y nivel de escolaridad bajos, mismos factores que limitan el acceso tanto al tamizaje, diagnóstico y a tratamiento oportuno, además se presenta inequidad en tamización a pacientes según el tipo de seguridad social. Como medida para optimizar la detección temprana en la población más vulnerable, se propone el fortalecimiento de la implementación de programas de tamización a través de la aplicación de la guía práctica clínica para el cáncer de próstata, como intervención del Ministerio de Salud y Protección Social.

Arias S. (2009). Inequidad y cáncer; una revisión conceptual. Revista de Salud Pública, 341-348.

Se realiza una revisión conceptual de varios autores, acerca de la inequidad para el acceso al sistema de salud con calidad, se determina la inequidad en salud como una distribución injusta de los determinantes sociales, es decir, el acceso al trabajo, educación, nivel socioeconómico, condición de inmigrante, determina qué tan efectivo es el acceso al sistema de salud ; se propone que al tener claridad de estos factores, se puede promover por

parte de los entes gubernamentales y los actores del sistema de salud, a la generación de políticas públicas necesarias, que ayuden a disminuir este flagelo que afecta a la población más vulnerable.

Estos diferentes artículos permiten concluir que las barreras de acceso al tratamiento oncológico, se pueden catalogar de diferentes maneras, sin embargo siempre van a relacionar condiciones propias de la persona o de su entorno, (entendiéndose este como las diferentes variables socio demográficas) ,y para el caso colombiano se debe incluir el tipo de aseguramiento en salud el cual ha demostrado ser un factor diferenciador importante y que en la actualidad puede concebirse como una limitante más, al relacionar las barreras de tipo administrativo.

8.5. Políticas en Colombia en relación con las barreras de acceso al tratamiento oncológico

En el sistema de salud de Colombia se han formulado e incorporado una serie de leyes que de una u otra manera buscan mitigar la incidencia de las barreras de acceso en cuanto a población oncológica se trata.

Es así como aparece la Ley Sandra Ceballos o ley 1384 de 2010, que busca la atención integral del cáncer en el territorio colombiano buscando que se reduzca la morbimortalidad en el paciente adulto a consecuencia de dicha patología; se busca el establecimiento de estrategias para la prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo de los pacientes oncológicos; adicionalmente, delega las responsabilidades para el cumplimiento de la misma a las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la

población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas con el fin de evitar aparición de barreras que interfieran en el proceso de salud de los pacientes. (Ley 1384, 2010)

A la par con la ley anteriormente citada, aparece la Ley 1388 en 2010, que vela por la salud de los niños con cáncer en el territorio Colombiano, estableciendo las responsabilidades de los prestadores del servicio de salud. Los pacientes menores de 18 años adquieren un carácter de vulnerabilidad mayor que la población adulta y es así como desde el momento del diagnóstico se requiere la atención integral, inclusive aun cuando la unidad de atención de cáncer designada por la EPS no tenga todos los servicios requeridos para la atención, momento en el cual se hace indispensable la remisión, la cual no debe ser una limitante para el proceso. (Ley 1388, 2010)

Este mismo año aparece el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años; el cual también se centra en la atención de los pacientes oncológicos menores de edad, creado por la necesidad de ajustar oportunamente los ajustes que dieran a lugar en las estrategias y programas de atención oncológica evitando así la interrupción del tratamiento y disminuyendo la vulnerabilidad de la población. (Resolución 2590, 2012)

Por lo tanto, Colombia cuenta con una amplia normatividad que propende desde varias actuaciones mejorar las barreras que se vienen presentando, con el fin de impactar positivamente la problemática citada.

8.6 Efectividad de las políticas públicas relacionadas con las barreras de acceso al tratamiento oncológico

Lograr una adecuada calidad en salud, implica garantizar la accesibilidad y la oportunidad en la atención, la primera es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud y la segunda se refiere a la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud. (Garcés, 2014, p 203)

Teniendo en cuenta lo anterior se puede conocer si ¿Son efectivas las políticas públicas en Colombia en cuanto a cáncer para mitigar las barreras de acceso a los tratamientos? y ¿Cómo se ha impactado en la supervivencia global por cáncer en el país?

Para intentar responder a los cuestionamientos es necesario remitirse a una serie de artículos.

Pardo, Vries, Acero, Murillo (2015) Vigilancia de la supervivencia global por cáncer en Colombia: utilidad de los registros rutinarios. Revista Colombiana de cancerología 81-89

Ejecutado por el Instituto Nacional de Cancerología, que buscó medir la supervivencia global de cáncer en Colombia, durante los años 2007 y 2010, proponiendo esta medición como una herramienta útil para identificar de manera apropiada la situación de control de cáncer en un grupo poblacional, cuantificar la efectividad de los servicios de diagnóstico y tratamiento y aportar información sobre casos nuevos y mortalidad. Sin embargo dentro de las conclusiones se insistió en que los largos periodos de tiempo que transcurren entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, terminan siendo un factor de mal

pronóstico para el paciente; se propone como necesaria la creación y seguimiento de programas de detección temprana, como factor trazador en el mejoramiento de los índices de sobrevivencia de los pacientes con patología oncológica en el país.

De forma particular este estudio: García, H, Egurrola, J, Gómez, L, Herazo F, Sánchez, V, Ossa, C. Efecto del aseguramiento en salud sobre la supervivencia global y libre de enfermedad de pacientes operadas por cáncer de mama en un Centro Oncológico de Medellín. Estudio de cohorte histórica. Revista Colombiana de Cancerología. 2016; 20(2): 49-51.

Relaciona el efecto que tiene el aseguramiento en los pacientes con patología oncológica, encontrándose como un determinado tipo de afiliación a la Seguridad social se ha asociado a un acceso inequitativo a los programas de prevención precoz diagnóstico y tratamiento oportuno con seguimiento adecuado, marcándose una diferencia entre los regímenes con que se cuenta en el país lo que está a favor de la disparidad e inequidad, finalmente el impacto es significativo ya que se pudo verificar como la supervivencia global y la libre de enfermedad se han visto afectadas en aquellos paciente que cuentan con el régimen subsidiado.

En la búsqueda de acciones objetivas se encuentra en relación con los objetivos del milenio y el cáncer del cuello uterino que “Colombia cumpliendo en 2015 la fecha establecida para el alcance de los objetivos de desarrollo del milenio, ha logrado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino durante el decenio 2000-2010” (Huertas, 2015), considerado un impacto positivo y logrado a través de dos mecanismos que fueron: La inclusión del cáncer en la agenda pública (luego

de haberlo posicionado como evento de salud pública) y el impacto que tuvo el cambio en el conocimiento y auto cuidado que presentaron los pacientes en ese entonces (Huertas, 2015);medidas que no se estiman como utopías y que pueden generar grandes cambios para esta condición.

8.7. Barreras de acceso a tratamiento oncológico desde una perspectiva del mejoramiento.

El mejoramiento de las barreras de acceso al tratamiento oncológico implica la orientación hacia políticas públicas objetivas y reproducibles, que respalden la creación y seguimiento de iniciativas, proyectos y planes centrados en las necesidades de la sociedad.

A continuación citamos una serie de estrategias que tienen común la intención de impactar de forma positiva la situación del cáncer en la actualidad.

En 2012 se crea el Observatorio Nacional del Cáncer obedeciendo a la necesidad de contar con la información periódica de los casos detectados, el acceso a los tratamientos y la medición de la calidad y oportunidad de la atención. Dicho observatorio es una fuente de recopilación epidemiológica de las frecuencias y tendencias de aparición del cáncer y una herramienta para la creación de programas de promoción y prevención y la mejoría de la oportunidad y calidad en la prestación de los servicios. (Resolución 4496, 2012)

Si bien ya se tenían definidas las estrategias para la atención de la población con cáncer tanto adulta como menor de edad, era indispensable unificar los criterios de atención con el fin de evitar diferencias en los tratamientos que fueran dependientes de la institución que prestara el servicio; es por eso que en 2013 nacen las Guías de Práctica Clínica para el

manejo de las Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto y Cáncer de Próstata. Estas guías revisten especial importancia ya que en ellas se encuentran las directrices clínicas y administrativas para la atención de los pacientes oncológicos, garantizando que la atención será igual independiente de la institución prestadora del servicio y adicionalmente esta será integral y la más adecuada según la evidencia científica reciente. (Resolución 1442, 2013)

En este mismo año, se establecen los parámetros para la gestión de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer; es decir, las IPS dedicadas a la prestación de servicios oncológicos deben desarrollar programas y contar con servicios adecuados y habilitados para la gestión integral de la prestación de los servicios oncológicos, adicionalmente debe haber monitoreo y reporte ante los entes de control. En dicha resolución se definen los siguientes conceptos:

Red de Prestación de Servicios Oncológicos: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional, orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, para garantizar el acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad, integralidad, resolutiveidad y calidad en el control y la atención del cáncer, así como en los procesos de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Unidades Funcionales: Son unidades clínicas habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien éste delegue y ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuya función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. En tal sentido, las Unidades Funcionales hacen parte de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos. (Resolución 1419, 2013)

Como estrategia para la adecuada continuidad de los servicios se decreta la Portabilidad de los Servicios de Salud, lo cual permite que las EPS puedan atender pacientes de los dos regímenes, permitiendo con ello la continuidad de los tratamientos no solo oncológicos sino de cualquier patología diagnosticada. En este caso es menester de las EPS garantizar la portabilidad sin generar trámites innecesarios para el usuario ni trabas o barreras para el acceso a los servicios de salud. Dicha reglamentación también incluye la portabilidad por cambios de ciudad, caso en el cual la EPS debe designar cual va a ser la IPS cercana al nuevo domicilio del paciente con el fin de garantizar la no interrupción del servicio y las posteriores complicaciones derivadas de la falta de tratamiento. (Decreto 1638, 2013)

En 2014 se emite una circular de la Superintendencia de Servicios de Salud en la cual se determinan los parámetros y directrices para la atención y manejo de los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer. Allí se considera el cáncer como una enfermedad catastrófica que requiere atención inmediata y de manera integral, entendiendo por integralidad que se debe aprobar los servicios de salud que el paciente requiera sin la posibilidad de fraccionamiento; sin embargo, si se consideran algunos términos para el

estudio y aprobación de los mismos según la pertinencia. También se indica cual es la entidad encargada de inspección vigilancia y control de los parámetros estipulados en la Circular. (Circular 04, 2014)

Es menester de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, el reporte de los pacientes con cáncer a la Cuenta de Alto Costo, con el fin de la corroborar y validar que la información sea veraz y generar sobre ella el adecuado control y vigilancia. La consolidación de esta información permite la administración del recurso así como la cuantificación de los pacientes con el fin de establecer estrategias para la prevención y detección temprana de patologías oncológicas. (Resolución 247, 2014)

Adicional a ello durante el año 2011 fue aprobada la prueba ADN- VPH para ser incluida en los planes de beneficio del sistema general de seguridad social, como técnica de tamización primaria para cáncer de cuello uterino, disminuyendo así las barreras que pueden dificultar el logro de los objetivos de un programa de tamización con pruebas moleculares de VPH, como lo son barreras de comportamiento del sistema, tales como la no centralización de la lectura de citologías, laboratorios no habilitados que prestan servicios y la no estandarización de la colposcopia ni el tratamiento y barreras administrativas de acceso a la colposcopia y a la biopsia de lesiones pre neoplásicas (Wiesner, 2013). Esta prueba de ADN-VPH, se constituye en un nuevo aporte a los conocimientos de la enfermedad, valorada como una importante alternativa de tamización.

En este orden de ideas con el desarrollo de tecnologías y los diferentes avances científicos de que son objeto estas enfermedades catastróficas, se evidencia otro factor

clave del mejoramiento como lo es el avance en investigaciones científicas relacionadas con el cáncer “Actualmente se observa tanto a nivel mundial como regional, una tendencia en las prioridades de investigación oncológica, que permitan mejorar aspectos como la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer”. (Carreño, 2015)

Con el fortalecimiento de los grupos de investigación del país, se podrá obtener conocimientos que aporten al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, además del forjarse un reconocimiento en todos los escenarios, donde se invite a participar a diferentes actores a nivel internacional , un ejemplo claro de ellos lo encontramos en la Revista Colombiana de Cancerología 2017; 21(2) 83-85 con la propuesta del plan C/Can 2025, un desafío de ciudades contra el cáncer, consistente en involucrar todos los actores interesados de diferentes ciudades a nivel mundial, en el diseño planificación e implementación de soluciones para el cuidado del cáncer. Las tres primeras ciudades seleccionadas para implementar el C/Can 2025 fueron: Asunción (Paraguay), Cali (Colombia) y Yangon (Myanmar). Cali fue seleccionada entre cientos de ciudades debido a los avances en el control del cáncer y la gran fortaleza del Registro de Cáncer de Cali (RPCC), el cual ha funcionado continuamente durante los últimos 55 años. Esta iniciativa C/Can 2025 seleccionó cuatro áreas principales, teniendo como referencia las mejores prácticas mundiales de atención oncológica: 1) Servicios oncológicos básicos; 2) Gestión de servicios oncológicos; 3) Calidad de la atención del cáncer y 4) Acceso a la comunidad y atención integrada.

Es entonces de vital importancia, analizar los aspectos necesarios para la formación de médicos en prevención y detección temprana del cáncer, profundizando en la educación basada en competencias. Se hace evidente la necesidad de evaluar los contenidos

curriculares en materia de prevención y detección temprana del cáncer, resaltando la importancia de la intervención médica, a la hora de desarrollar acciones para la prevención y cribado de los principales tipos de cáncer. (Fernández, 2016)

9. Discusión

Esta monografía investigativa se plantea el objetivo de realizar una mirada diferente, esta vez bajo una perspectiva del mejoramiento, que permita evidenciar como desde diferentes escenarios se ha marcado una intencionalidad por mitigar las barreras del acceso a los servicios de salud. Su propósito es destacar como las barreras de acceso a los servicios o tratamientos oncológicos, se han constituido en un factor que limita la evolución de la enfermedad por cáncer, y que trae consecuencias negativas para el sistema de salud y para la población en general.

Para contextualizar la situación en la actualidad, fue necesario hacer un seguimiento por los antecedentes que ha tenido la misma problemática en otros lugares del mundo, seguido de un repaso por la normatividad vigente en Colombia, para finalmente centrarse en conocer que avances se ha tenido y con que se cuenta hoy día en Colombia en materia de la atenuación de estas barreras de acceso.

Un esbozo de esta situación identificada en otro continente nos permite visualizar esta problemática como de índole internacional, a continuación la citación de la investigación realizada por Ramondetta. L., *Avoidable tragedies: Disparities in healthcare access among medically underserved women diagnosed with cervical cancer*, publicada por la revista de ginecología oncológica en el año 2015, y realizada a cabo en la ciudad de Texas (EE.UU), describe la identificación de barreras de acceso, para este efecto se encontró que las más relevantes fueron de tipo logístico, entendidas como la limitación para acceder a medios de transporte y la no existencia de prestadores de salud primarios en algunas regiones limitó significativamente el acceso de estas mujeres diagnosticadas con

cáncer de cérvix, lo que impacto en la posibilidad de realizar diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, traducidos en una menor posibilidad de curación por esta enfermedad. (Ramondetta, 2015, p 3)

Adicionalmente encontramos un estudio en Europa, realizado por Salvador, J. con nombre: Equity, barriers and cancer disparities: Study of the Spanish Society of Medical Oncology on the access to oncologic drugs in the Spanish Regions, publicado por la revista de oncología clínica, en el presente año, donde esta vez se efectuó la identificación de barreras de acceso a medicamentos oncológicos en varias regiones de España, concluyéndose la existencia de barreras para acceder a tratamientos específicos de cáncer, relacionadas principalmente con el alto costo y la dificultad en protocolos de autorizaciones médicas, lo más deletéreo fue la identificación de la inexistencia de criterios comunes en las regiones de España, que les permita abordar el manejo y tratamiento del cáncer de forma unánime, esto conlleva a conocer como se efectúan disparidades en los manejos, resultando en un impacto negativo para la sociedad y los pacientes diagnosticados por cáncer en dicha población. (Salvador, 2017, p 9-12)

En los estudios nacionales encontramos igualmente la descripción de barreras de acceso, identificando las de tipo administrativo como las más relevantes, por la naturaleza de nuestro sistema de salud, este tipo de barreras que están atañidas a las empresas prestadoras de servicios de salud, (quienes se encargan de la gestión de los recursos), mostraron como el régimen subsidiado representó en mayor proporción una limitante para el adecuado acceso a los diferentes servicios y tratamientos requeridos. (García, 2016). Las demás barreras de tipo administrativo se ligaron a las dificultades en autorizaciones a

procedimientos y tratamientos lo que significativamente afecto la evolución y el curso de la enfermedad. (Garcés, 2014, p 8)

Otro tipo de barreras descritas de carácter estructural se relacionaron con las condiciones inherentes al paciente, dentro de estas las de tipo geográfico, enmarcadas no solo en la procedencia de áreas lejanas, sino también en distribución geográfica de los centros especializados en cáncer con que cuenta el país, lo que ha limitado el acceso oportuno, impactando desde la posibilidad de un diagnóstico temprano hasta un tratamiento oportuno ininterrumpido y adecuado. (Garcés, 2014, p 15)

Todas estas situaciones han proyectado la necesidad de ver el cáncer como un evento de la salud pública a nivel internacional y por ende la necesidad de incluirlo dentro de las agendas de prioridades políticas en las diferentes naciones, ejemplo de ello en Perú, se diseñó un modelo para control y prevención del cáncer, y se implementó el “Plan nacional para la atención integral del cáncer y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos (plan esperanza), cuyo propósito, es ofrecer un servicio en igualdad de condiciones para toda su población y buscar que con el mejoramiento de la infraestructura en salud, se pueda brindar más probabilidades de diagnósticos oportunos, que busquen reducir la carga de la enfermedad en el país. (Sarria, 2013, p 6)

En Colombia, se cuenta con el “Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021” este modelo se basa principalmente, en el impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población, con actuaciones que impactan desde la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, factores que pretenden el mejoramiento de la calidad de vida de la población general y de los pacientes con diagnóstico por cáncer. Para ambos modelos se

plantea como común denominador el énfasis en el mejoramiento de la calidad de vida y el impacto sobre la morbi-mortalidad, basándose en el establecimientos de estrategias que refuercen la prevención y el diagnóstico precoz, como factores claves que limitan la progresión de la enfermedad. (Resolución 1383, 2013)

10. Límites

La duplicidad de los términos en los motores de búsqueda, lo que hace que aparezcan los mismos artículos con diferentes combinaciones de palabras.

Artículos en otros idiomas, la exclusión de artículos en idiomas diferentes al español limita la cantidad de artículos para revisar y elaborar la monografía.

El estudio elaborado a partir de artículos científicos, limita el conocimiento obtenido.

Dado que en la elaboración de la monografía se estudian artículos no solo de Colombia sino de otros países, donde el sistema de salud asume roles diferentes para la prevención y atención de los pacientes con cáncer, se hace imperativo realizar un trabajo de tipo investigativo cuantitativo y descriptivo a la luz de la evidencia en diferentes IPS del país con el fin de obtener el conocimiento proveniente desde la fuente misma de la información.

11. Conclusiones y recomendaciones

Se puede concluir que aunque Colombia cuente en la actualidad con un amplio marco normativo, que establece como prioritarios los procesos para mitigar las barreras de acceso a los servicios de salud, específicamente para los tratamientos oncológicos y demás situaciones relacionadas con la enfermedad por cáncer, aún hace falta la correcta ejecución de dichas políticas.

La principal barrera de acceso evidenciada en la bibliografía analizada es la de tipo administrativo, protagonizada por las empresas prestadoras de servicios de salud, más específicamente aquellas que administran los recursos del régimen subsidiado de salud en Colombia, sin embargo se describen de otro tipo como estructurales, geográficas y económicas relacionadas con el nivel de pobreza, la procedencia y la escolaridad.

En el país se encuentra un déficit de instituciones que funcionen como centros especializados para el manejo de cáncer, y por la distribución geográfica de los que existen, en ocasiones han sido planteadas como barreras de acceso, sobre todo para aquellos pacientes que provienen de las zonas más alejadas del país.

En la actualidad se destacan en Colombia intervenciones que propenden por el mejoramiento de las barreras de acceso para los tratamientos del cáncer y se proyectan como una alternativa para mejorar la carga de esta enfermedad, aquí se incluye gran parte de la normatividad vigente.

En Colombia se resaltan esfuerzos desde varios sectores, que apuntan a la contribución en el tema de cáncer, un ejemplo de esto es el avance en investigación científica,

Una estrategia vigente que busca impactar de forma positiva la situación del cáncer es un plan piloto internacional, destinado a mejorar la calidad del tratamiento del cáncer, una ciudad del país gracias a su contribución con la ejecución de su modelo en registro poblacional de cáncer, ha logrado incluirse dentro de tal propuesta, la cual con sus resultados beneficiara a gran escala la situación del cáncer en la sociedad.

Recomendaciones

Para el gobierno colombiano

Es función del Estado la creación de políticas públicas en salud, sin embargo se considera indispensable la apropiación de la situación, donde el Estado mismo u otros entes actores del sistema de salud se proclamen garantes para el adecuado cumplimiento de dichas políticas emitidas.

Para la Universidad Luis Amigó

En relación con esta temática se propone incentivarla construcción de investigaciones posteriores que sirvan aumentar los conocimientos sobre el tema.

Para los estudiantes de especialización en gerencia de servicios de salud, se propone el llamado a ampliar los conocimientos en el tema, ya que por la dinámica de la enfermedad, se reconoce la necesidad de la actualización constante en temas que abarcan la salud pública del país.

Para futuras investigaciones, en las cuales se logre consolidar el impacto real de las propuestas e iniciativas vigentes en la actualidad por eso se propone realizar una investigación de tipo cuantitativo y descriptivo para obtener la información directamente desde la fuente de donde proviene.

12. Referencias Bibliográficas

Alarcón, B, Guarín, N, Muñoz, I, Díaz, J, Arévalo, H. Prevalencia del cáncer en una aseguradora en salud en Colombia, 2013. *Revista Colombiana de Cancerología*, 2015; 19 (4): 210-221.

Congreso de Colombia. (Febrero 16 de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1751 de 2015]

Congreso de Colombia. (26 de mayo de 2010). Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. [Ley 1388 de 2010].

Congreso de Colombia. (19 de abril de 2010). Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. [Ley 1384 de 2010].

García-Ubaque, J. C., & Quintero-Matallana, C. S. (2008). Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 583-592.

Hirnas Aduy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33(3):223–9.

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de diciembre de 2015). Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por

Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.[Resolución 5592 de 2015]

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de febrero de 2014). Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer. [Resolución 247 de 2014]

Superintendencia Nacional De Salud. (18 de julio de 2014). Por la cual se imparten instrucciones respecto de la Prestación del servicio de salud en personas con Sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer. [Circular 04 de 2014]

Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de agosto de 2013). Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Decreto 1683 de 2013].

Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de mayo de 2013). Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021. [Resolución 1383 de 2013].

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de mayo de 2013). Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones. [Resolución 1419 de 2013].

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de mayo de 2013). Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica - GPC para el manejo de la Leucemias y Linfomas en

niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata y se dictan otras disposiciones. [Resolución 1442 de 2013].

Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de agosto de 2012). Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Ministerio de Salud y Protección Social Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010. [Resolución 2590 de 2012].

Ministerio de Salud y Protección Social. (Octubre 4 de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Resolución 8430 de 1993]

Organización Panamericana de la Salud. (2009). El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Washington: OPS.

Organización Panamericana de Salud. Resumen de conocimientos. Planificación: Como mejorar el acceso a la atención para el cáncer de mama. Washington: OPS.

Ramondetta, L. M., Meyer, L. A., Schmeler, K. M., Daher, M. E., Gallegos, J., Scheurer, M., & Sun, C. C. (2015). Avoidable tragedies: disparities in healthcare access among medically underserved women diagnosed with cervical cancer. *Gynecologic oncology*, 139(3), 500-505.

Salas, C, Grisales, H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 28 (1): 9-18.

Salvador, J., Urtasun, J. A., Duart, F. J. B., García-Campelo, R., Carbonero, R. G., Lianes, P.,... & Puente, J. (2016). Equity, barriers and cancer disparities: study of the Spanish Society of Medical Oncology on the access to oncologic drugs in the Spanish Regions. *Clinical and Translational Oncology*, 1-16.

Sánchez, G. V., Laza, C. V., Estupiñán, C. G., & Estupiñán, L. G. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia/Barriers to healthcare access: narratives of women with breast cancer in Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305

Sánchez-Vanegas, G., Abadía-Barrero, C. E., De la Hoz, F., Nova, J., & López, E. (2013). Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 671-683.

Sánchez, G., Niño, C. G., & Estupiñán, C. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. *Biomédica*, 35(4), 505-12.

Yunta, E. R. (2002, p.2). *Modulo Pautas CIOMS 2002*. Perú: Universidad de Chile.

13. Anexos

Fichas bibliográficas

FICHA BIBLIOGRÁFICA 1
Referencia: Carrillo, G. Barrera, L, Sánchez, B, Carreño, S, Chaparro, L. <i>Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer</i> . Revista Colombiana de Cancerología. 2014; 18 (1): 18-26.
Tema Básico: Temas de mejoramiento en tratamiento oncológico
Contexto histórico: Se realiza un estudio de tipo cuantitativo experimental, donde se pretendía desarrollar habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de niños con cáncer en el Instituto nacional de cancerología, el estudio fue realizado durante el año 2012
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuál es la importancia de desarrollar habilidades de cuidado en los cuidadores de niños que están recibiendo tratamiento oncológico?
Cuál es el objetivo: Se creó una iniciativa para sensibilizar a los cuidadores permanentes de los niños con patología oncológica, en vista de la complejidad de cada caso y sumado a la disminución del número de días de hospitalización en pacientes con problemas crónicos de salud, con el consecuente efecto de tener que asumir una mayor proporción de tiempo y responsabilidad en el hogar, para lo cual los cuidadores familiares no siempre están preparados
Idea central del documento: Evaluar el efecto que tiene la implementación de la iniciativa que busca una contribución para el manejo del paciente oncológico en la infancia
Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Estudio de abordaje cuantitativo tipo experimental con grupos muestra y control; se realizó caracterización sociodemográfica de los cuidadores familiares, medición antes y después de la intervención en ambos grupos del instrumento de habilidad de cuidado propuesto por

Nkongho que consta de 3 dimensiones: conocimiento, valor y paciencia. Se realizó la comparación entre grupos utilizando ANOVA y prueba t de Student; participaron 106 cuidadores familiares de niños con cáncer atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología en el año 2012

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Se considera, que la condición de un cuidador familiar de un niño con cáncer se enmarca en circunstancias que le generan un gran impacto, en ocasiones los cuidadores no están preparados para asumir la situación, el programa busca la sensibilización y capacitación a los cuidadores para brindar adecuado manejo ambulatorio a su familiar con patología oncológica

Comentarios del analista: La mayor parte de los padres se adapta y afronta la experiencia pero luego experimentan síntomas postraumáticos. Las familias reportan que el cambio que viven con el cuidado afecta a la identidad y la estructura familiar con efectos negativos sobre la misma, y en tal sentido, el equipo de enfermería puede hacer intervenciones específicas para apoyar a estos cuidadores de manera que hagan más llevadera su experiencia para ellos, para sus niños y sus familias.

Cuando se interviene en las familias de los pacientes con cáncer, se busca generar un impacto positivo, ya que uno de los pilares en el tratamiento se encamina a tratar al paciente como un todo y abarcar todas sus dimensiones, además el incluir a los familiares implicados en el cuidado del paciente a programas hace que las instituciones generen estrategias en la calidad en que se prestan los servicios de salud.

Conclusiones: Profundizar en estos hallazgos permitiría dar nuevas luces para lograr una atención más cercana a los cuidadores familiares de niños con cáncer. En síntesis, de acuerdo con lo descrito, se puede afirmar que el programa “Cuidando a los cuidadores®” para cuidadores familiares de niños con cáncer fue más efectivo que las intervenciones convencionales con el fin de desarrollar la habilidad de cuidado. Estudios futuros deberán explorar la viabilidad y costo-efectividad de esta intervención para su implementación en el ámbito institucional, vinculando la mayor parte de cuidadores familiares de personas con cáncer que consultan al INC

Se impacta en el mejoramiento de barreras de acceso ya que se brinda entrenamiento a los cuidadores de los pacientes oncológicos para que realicen los cuidados de forma

<p>ambulatoria siempre que esta sea una opción pertinente y permitida para el paciente según su condición, muchos pacientes que tienen dificultad para el acceso por barreras de tipo geográfico se pueden beneficiar con estos programas de capacitación en el cuidado.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 2</p>
<p>Referencia: Carreño, A, Rojas, M, Lucio, D, Serrano, M, Piñeros, M. Investigación en cáncer en Colombia, 2000-2010. Revista Colombiana de Cancerología. 2015;19(1):39-46</p>
<p>Tema Básico: Investigación en cáncer en Colombia</p>
<p>Contexto histórico: Caracterizar la investigación en cáncer en Colombia realizada entre 2000 y 2010,</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Qué tanto se investiga en cáncer en Colombia?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Determinar el número de personas, grupos e instituciones que estudian el cáncer, e identificar su producción bibliográfica y proyectos de investigación realizados</p>
<p>Idea central del documento: La caracterización de la dinámica de la investigación en cáncer permite identificar a los que estudian esta temática, el tipo de productos obtenidos y su visibilidad nacional e internacional. Esta caracterización, debe contribuir a orientar el diseño de políticas de apoyo para los grupos de investigación y a su vez políticas públicas frente al tema del cáncer.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se realizaron búsquedas en las distintas plataformas de Colciencias y en las bases de datos PubMed, El periodo de observación fue de 11 años comprendido entre 2000 y 2010</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Se identificaron 546 grupos de investigación en cáncer, de los cuales: el 85% estaban activos al final del periodo y el 80,8% (441) fueron clasificados en 2010 en el escalafón de Colciencias, La investigación del cáncer en Colombia se ha venido fortaleciendo, especialmente desde 2007, porque a partir de este año se ha reportado más del 85% de la actividad investigativa en cáncer</p>
<p>Comentarios del analista: En países con recursos económicos limitados para la investigación debe hacerse un esfuerzo paralelo por fomentar la producción de conocimiento relacionado con la evaluación de alternativas tecnológicas o programáticas</p>

<p>que permitan reducir el riesgo de cáncer y mejorar la detección temprana para reducir la incidencia de cáncer y tener un mayor impacto desde lo social y económico.</p> <p>El conocimiento generado es susceptible de utilizarse en la creación de políticas públicas que impacten en el tema de cáncer.</p>
<p>Conclusiones: Se concluye que el fortalecimiento de la investigación es una de las formas más costo efectivas y sostenibles de realizar promoción de la salud y alcanzar desarrollo y en este sentido la divulgación de resultados es una herramienta determinante para la toma de decisiones en la práctica médica, el desarrollo de la sociedad y la medida por excelencia de la comunicación científica.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 3</p>
<p>Referencia: Serrano, M. Carrero. <i>Productividad científica de las líneas de investigación y su contribución para el control del cáncer en Colombia</i>. Revista Colombiana de Cancerología. 2016; 20 (4): 167-174.</p>
<p>Tema Básico: investigación y contribución para control del cáncer</p>
<p>Contexto histórico: En 2007 el Instituto Nacional de Cancerología (INC) realizó un ejercicio para la definición de ocho líneas de investigación que abarcan temáticas para poder enfocar la investigación en cáncer en Colombia y poder realizar una priorización acertada de las temáticas a investigar</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Qué impacto ha tenido la investigación en el control del cáncer en Colombia?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Evaluar la productividad en términos de artículos científicos generados y la formación de recurso humano de cada una de las líneas de investigación</p>
<p>Idea central del documento: Evaluar los diferentes estudios clasificados para conocer que aporte en conocimientos generan a la problemática del cáncer en el país</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se realizó la búsqueda de grupos de investigación con producción en cáncer en la plataforma ScienTI del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (Colciencias), con fecha de corte a julio de 2013. Estos grupos fueron clasificados en las líneas de investigación correspondientes según el contenido de los productos evaluados y fueron cuantificados.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento:</p>

La investigación constituye una parte fundamental del eje central del modelo para el control del cáncer en Colombia del Instituto Nacional de Cancerología, sin embargo debido a que son limitados los recursos para investigación del cáncer y que se espera que tenga un impacto real en su control y que responda a las necesidades de la comunidad

Comentarios del analista:

El hallazgo más sobresaliente de este trabajo es la brecha que existe entre las diferentes líneas definidas por el INC en Colombia. Las líneas de Biología del cáncer y Diagnóstico y tratamiento cuentan con mayor número de grupos y productos de investigación mientras que las líneas de Servicios oncológicos y Actuar político y cáncer son las menos consolidadas. Con respecto a la consolidación de las dos primeras líneas, podría pensarse que es lo esperado como respuesta a la educación formal de investigadores en ciencias biomédicas y especialidades clínicas en cáncer

Cuando se avanza en temas de investigación relacionadas con cáncer se aumentan las posibilidades de contar con tratamientos y opciones terapéuticas, en la medida que esto ocurra, las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad podrán contar con mayor posibilidades de curación o supervivencia

Conclusiones: Resaltar el impacto en el incremento del conocimiento y en la aproximación a la investigación translacional, ámbito priorizado actualmente en el Sistema de Investigación en Colombia.

Con el fomento de los grupos de investigación en cáncer se pueden lograr avances tecnológicos y científicos para el manejo de esta enfermedad lo que apunta a la disminución de todo tipo de barreras y por ende el impacto que tiene el cáncer en la salud pública de nuestro país

FICHA BIBLIOGRÁFICA 4

Referencia: García, H, Egurrola, J, Gómez, L, Herazo F, Sánchez, V, Ossa, C. *Efecto del aseguramiento en salud sobre la supervivencia global y libre de enfermedad de pacientes operadas por cáncer de mama en un Centro Oncológico de Medellín. Estudio de cohorte histórica.* Revista Colombiana de Cancerología. 2016; 20(2): 49-51.

Tema Básico: Supervivencia en cáncer

<p>Contexto histórico: Se estimó el efecto que tiene el aseguramiento en la supervivencia de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el instituto de cancerología durante los años 2008 a 2013</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Qué asociación existe entre el tipo de aseguramiento en seguridad social y la supervivencia por cáncer de mama?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Estimar el efecto del aseguramiento sobre la supervivencia global y libre de enfermedad en pacientes con cáncer de mama operadas en el instituto de cancerología</p>
<p>Idea central del documento: Es analizar como los diferentes regímenes de afiliación a seguridad social y salud en Colombia influyen en la trayectoria de una enfermedad crónica y catastrófica como es el cáncer.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se tomaron datos del registro institucional de cáncer y comprobación de estado vital , se estimaron unas variables y se realizó su comparación y la relación entre estas con la supervivencia</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: El tipo de afiliación a la Seguridad social se ha asociado al acceso inequitativo a los programas de prevención precoz diagnóstico y tratamiento oportuno con seguimiento adecuado. Existe entonces una marcada diferencia entre los regímenes con que se cuenta donde e incluyen cobertura, acceso a la atención entre otros. La importancia de la investigación radica en conocer como el hecho de pertenecer a uno u otro régimen puede impactar significativamente la supervivencia por cáncer.</p>
<p>Comentarios del analista: El tipo de afiliación a la seguridad social se ha asociado al acceso inequitativo a los programas de prevención precoz, tratamiento oportuno y seguimiento adecuado.</p> <p>El aseguramiento de las entidades promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo (RC) y subsidiado (RS) tienen diferencias en cobertura y acceso a la atención. La supervivencia global y la libre de enfermedad en tiempos de acceso a la atención y diagnóstico en una etapa temprana de la enfermedad son mejores para las pacientes de régimen contributivo que en las del régimen subsidiado</p>

<p>Conclusiones: El análisis mostro como tanto la supervivencia global como la libre de enfermedad, además de la atención y la posibilidad de diagnóstico en una etapa temprana de la enfermedad, ocurrieron en las personas que contaban con el régimen contributivo de salud.</p> <p>Cuando se conocen este tipo de datos, lo pertinente es que las políticas públicas vayan encaminadas a mejorar la calidad de la atención en determinado régimen de afiliación en salud, logrando así que mejore la salud pública de determinada población.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 5</p>
<p>Referencia: Ley 1438. 2011. Congreso de Colombia</p>
<p>Tema Básico: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y otras disposiciones</p>
<p>Contexto histórico: la presente ley se expidió en el año 2011</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: Reforma del sistema de seguridad social en salud.</p>
<p>Cuál es el objetivo: Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.</p>
<p>Idea central del documento: Realizar la reforma del sistema de seguridad social en salud</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: En el tema de salud pública el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de</p>

atención primaria en salud, en el cual deben confluír las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

Se creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.

Comentarios del analista: Con la creación de leyes que reformen el sistema de seguridad social se busca tener mayor beneficio para los pacientes que padecen una patología oncológica

Conclusiones: El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 6

Referencia: Bravo, L, Ramírez, O, Wiesner, C, Durán, A, Rendler, M, Henshal, S. *Cali, ciudad piloto para mejorar la calidad del tratamiento del cáncer. Una iniciativa de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), 2017-2025*
Revista Colombiana de Cancerología. 2017; 21(2): 83-85.

Tema Básico: Mejoramiento en cáncer

Contexto histórico: La Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC) lidera en la actualidad un ambicioso desafío para apoyar a las ciudades en el desarrollo de soluciones para el control del cáncer desde la perspectiva de la atención oncológica, denominado: “C /Can 2025: Desafío de ciudades contra el cáncer”. Este proyecto es una oportunidad para las ciudades involucradas, pues busca diseñar, planificar e implementar los procesos que garantizan la eficacia del tratamiento del cáncer

<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuál es el impacto de los proyectos de mejoramiento que se proponen en la actualidad?</p>
<p>Cuál es el objetivo: La generación de proyectos que reúnen las mejores prácticas mundiales para brindar una atención oncológica de calidad</p>
<p>Idea central del documento: Es analizar como los diferentes regímenes de afiliación a seguridad social y salud en Colombia influyen en la trayectoria de una enfermedad crónica y catastrófica como es el cáncer.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: La ciudad fue seleccionada gracias a los avances que ha logrado para contribuir en la mejora del control del cáncer, esto por contar con un registro organizado que ha contribuido de manera significativa a evaluar la política pública sobre control de cáncer en Colombia, por este motivo se escogió para llevarse a cabo la prueba piloto</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: La vigilancia de la tendencia de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer ha permitido determinar el impacto de los cambios en los factores de riesgo y de las intervenciones realizadas en la ciudad, y esto solo se logra determinar a partir de un adecuado registro de cáncer.</p>
<p>Comentarios del analista: “C /Can 2025: Desafío de ciudades contra el cáncer”. Este proyecto es una oportunidad para las ciudades involucradas, pues busca diseñar, planificar e implementar los procesos que garantizan la eficacia del tratamiento del cáncer. Para el 2025, la iniciativa se centrará en más de 200 ciudades para mejorar la salud de al menos 500 millones de personas alrededor del mundo</p>
<p>Conclusiones: Con la tendencia que existe en el momento del cáncer hacia su aumento se ha resaltado la importancia de la atención curativa y asistencia paliativa en todos los niveles así, como la necesidad de avanzar en la protección social a cuidadores. Frente a estos hechos, como ciudad piloto y en el marco de esta iniciativa mundial, Cali nos dará la oportunidad de evaluar la respuesta social del país respecto a este crecimiento de casos nuevos, el cumplimiento de los objetivos definidos dentro del Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2121, la implementación del modelo de cuidado del paciente , así como el impacto de la normatividad implementada dentro del Sistema General de</p>

Seguridad Social para la atención de los pacientes con cáncer en el marco de la dinámica del mercado de servicios oncológicos en Colombia.
FICHA BIBLIOGRÁFICA 7
Referencia: Garcés, I, Rubio, D, Ramos, S. Barreras y facilitadores del sistema de salud, relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín – Colombia. Rev.Gerenc.Polit.Salud. 2014; 12(27): 200-211.
Tema Básico: Barreras y facilitadores del acceso al sistema de salud
Contexto histórico: Se realiza un estudio de tipo cualitativo fenomenológico, se recolecto la información del seguimiento realizado a la población objeto durante el año 2011
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Qué barreras o facilitadores se describen para iniciar o continuar el manejo de una alteración citológica?
Cuál es el objetivo: identificar barreras y facilitadores del seguimiento: diagnóstico y tratamiento de anormalidades citológicas en mujeres de bajos ingresos usuarias de la red pública de servicios de salud de la ciudad de Medellín, Colombia
Idea central del documento: Buscar por medio de elementos de medición la percepción que tenían las mujeres acerca de que barreras y que facilitadores encontraron durante el manejo de su condición (incluyendo la toma oportuna de la citología hasta el tratamiento correspondiente)
Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: El estudio fue diseñado como cualitativo fenomenológico, se establecieron criterios de inclusión y exclusión , se realizaron audio grabaciones que luego se transcribieron , se indago sobre un cuestionario sociodemográfico y guía de preguntas para explorar: los componentes del Modelo de Creencias en Salud , el conocimiento acerca del CaCu y el proceso de atención
Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Esta enfermedad afecta principalmente a las mujeres de países de bajos ingresos, sigue siendo una causa importante de mortalidad, la prevención de esta condición se centra en el tamizaje con citología vaginal para la detección temprana de lesiones precancerosas. En Colombia se ha encontrado que la asociación de esta patología con el régimen de afiliación de las pacientes tiene repercusiones importantes en el desenlace final

<p>Comentarios del analista: La relación entre la mortalidad por cáncer de cérvix y el nivel de pobreza sugiere problemas en el acceso y oportunidad, por esto se consideró pertinente indagar por las barreras y los facilitadores del sistema de salud, se encuentra que cada mujer indagada desde su experiencia relata factores que los evidencia como barreras, principalmente de tipo estructural, por el modelo de seguridad social como tal lo que limito el acceso a los servicios en repetidas ocasiones, la fragmentación en la prestación del servicio, de tipo administrativo por la dificultad para asignación de citas y los tiempos de espera para las diferentes autorizaciones requeridas para algún tratamiento o seguimiento, dentro de las experiencias exitosas resaltan la calidad humana con que fueron tratadas, como facilitadores realizan propuestas de mejoramiento para las barreras que evidenciaron en el proceso de su atención.</p>
<p>Conclusiones: Este estudio evidencia cómo el diseño del sistema general de seguridad social en salud, se constituye en un obstáculo para que las mujeres se realicen el seguimiento y tratamiento de anomalías citológicas. Es de resaltar que aun cuando una gran mayoría de mujeres se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, esto no garantizó el acceso efectivo a los servicios. Las barreras encontradas en esta investigación llevaron a algunas mujeres al abandono del proceso de seguimiento y tratamiento, situación que es expresión de la inequidad y la vulneración de su derecho a la salud y la vida</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 8</p>
<p>Referencia: Huertas J, Rivilas, J, Ospina M. <i>Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia</i>. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(2): 286-290.</p>
<p>Tema Básico: Logros en la mortalidad del cáncer de cérvix</p>
<p>Contexto histórico: Se realizó el análisis de la información en retrospectiva para conocer si la mortalidad por cáncer de cérvix había descendido tal y como lo apostaban cuando se citaron anteriormente los objetivos del desarrollo del milenio</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Qué logros se obtuvieron en cáncer, según los objetivos de desarrollo del milenio?</p>

<p>Cuál es el objetivo: Mostrar los avances que se obtuvieron en la disminución de las tasas de mortalidad por esta causa</p>
<p>Idea central del documento: Recalca los avances positivos que ha tenido Colombia con respecto a la disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de cérvix, en concordancia con los objetivos del milenio propuestos, sin embargo plantean cómo acelerar ese ritmo de progreso en los indicadores propuestos, y como continuar obteniendo más y mejores resultados</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se realiza un análisis de datos estadísticos</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Esta enfermedad afecta principalmente a las mujeres de países de bajos ingresos, sigue siendo una causa importante de mortalidad, la prevención de esta condición se centra en el tamizaje con citología vaginal para la detección temprana de lesiones precancerosas. En Colombia se ha encontrado que la asociación de esta patología con el régimen de afiliación de las pacientes tiene repercusiones importantes en el desenlace final</p>
<p>Comentarios del analista: El cáncer de cuello uterino es una enfermedad estrechamente relacionada con la pobreza en la que se evidencia la existencia del comportamiento de inequidades sociales en salud.</p> <p>Colombia cumpliendo en 2015 la fecha establecida para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ha logrado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino durante el decenio 2000 – 2010</p> <p>Lo anterior se atribuye en parte a la investigación en cáncer de cuello uterino, al fortalecimiento de las intervenciones de detección temprana en los niveles urbano y rural y a la acción política en el mediano y largo plazo.</p> <p>Se evidencio el cumplimiento de las metas propuestas según los objetivos de desarrollo del milenio medidas en la disminución de la mortalidad por un tipo específico de cáncer, este tipo de conocimientos aportan en la medida en que generan propuestas de valor que sea susceptible de ser implementadas a gran escala para lograr avances en cáncer.</p>
<p>Conclusiones: Colombia ha presenciado durante la última década un progreso significativo de sus objetivos del milenio en lo relativo a la reducción de mortalidad de</p>

cáncer de cuello uterino, debido a que ha posicionado en la agenda política el cáncer como un problema de salud pública, del mismo modo que se ha movilizó la acción del Estado

Los avances en cáncer representan ganancias en la salud pública ya que se pueden implementar políticas acordes al mejoramiento de condiciones como morbilidad y mortalidad producidas por esta enfermedad

FICHA BIBLIOGRÁFICA 9

Referencia: Ospina ML, Huertas JA, Montañó JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(2): 262-276.

Tema Básico: Observatorio nacional de cáncer en Colombia

Contexto histórico: Se describe la creación y funcionamiento del observatorio nacional de cáncer en el país, además de aportar la normatividad con que se cuenta en el tema

Problema que plantea el texto o pregunta a responder: El problema que se plantea es la importancia que tiene la creación y articulación de todos los sistemas de información con que cuenta el país en tema de cáncer

Cuál es el objetivo: Difundir la importancia del uso de los sistemas de información en cáncer

Idea central del documento: Proponer el observatorio nacional de cáncer como una herramienta como un sistema inteligente integrado por sistemas de información y acciones intersectoriales, que facilita y organiza la disponibilidad de los datos de cáncer en adultos y en niños, y estandarizan de indicadores, de tal modo que permitan monitorear la situación y medición de desigualdades del cáncer en prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y distribución en la población

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se expresa en forma de guía las funciones y objetivos del observatorio nacional de cáncer

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: monitorear la situación y medición de desigualdades del cáncer en prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y distribución en la población

<p>Comentarios del analista: De esta forma, para lograr contribuir de manera significativa con la gestión del conocimiento necesario para reducir desigualdades sociales asociadas con la atención sanitaria del cáncer, controlar la incidencia en cáncer, y mejorar la supervivencia de dichos pacientes, es necesario que las acciones de comunicación, difusión y diseminación de las estadísticas y evidencia generadas, se realice en un formato y lenguajes accesibles para todos los usuarios y actores del sistema de salud. Una vez se cuente con esta información se podrá buscar la mitigación de las barreras de acceso para lograr que los pacientes tengan mayor oportunidad en sus diagnósticos tempranos y tratamientos.</p>
<p>Conclusiones: El rol del observatorio es gestionar el conocimiento a partir de las fuentes conjuntas de información para abordar el cáncer como un problema de salud pública, y contribuir con la orientación de estrategias para reducir la carga de enfermedad y desigualdades sociales por esta causa en Colombia.</p> <p>Con la adecuada disposición y utilización de los sistemas de información se logra avanzar en el tema de cáncer ya que la obtención de datos genera conocimientos para posteriormente diseñar planes, propuestas y leyes en pro de impactar positivamente la situación.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 10</p>
<p>Referencia: Vásquez, L, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Revista Salud Publica Mexico.2009; 51 (2): 246-253</p>
<p>Tema Básico: Equidad de acceso</p>
<p>Contexto histórico: Se seleccionaron mujeres con cáncer de mama entre enero de 2005 y julio de 2006, clasificadas según su condición de afiliación a la seguridad social en salud, se analizó su acceso real a los servicios terapéuticos.</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles fueron las barreras para acceder a tratamiento oncológico en mujeres según su régimen de afiliación en salud?</p>

Objetivo: Evaluar la equidad en el acceso al tratamiento para cáncer de mama y comparar las barreras geográficas, económicas y organizacionales y las autorizaciones que enfrentan las mujeres, de acuerdo con su afiliación a la seguridad social en salud.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: En esta investigación se utilizó un diseño de seguimiento retrospectivo. En el estudio se analizó el acceso real a los servicios de detección temprana mediante mamografía para el diagnóstico definitivo a través de biopsia y al tratamiento de la enfermedad

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: La equidad en el acceso a los servicios es un tema de primer interés en la agenda de la política pública de salud, en virtud de los efectos que tiene en la población menos favorecida y más vulnerable de la escala social. Se han encontrado como común denominador injusticias sociales en la atención de afecciones oncológicas, dado que los individuos pobres que padecen cáncer no cuentan con acceso a tratamientos de alta calidad y tienen obstáculos para obtener y usar seguros de salud

Comentarios del analista: Con base en la teoría igualitarista de la equidad y los factores relacionados con el acceso potencial o real ya planteado, el propósito del estudio fue evaluar la equidad en el acceso real al tratamiento del cáncer de mama. Se sometió a prueba la hipótesis de que en Colombia hay inequidad en el acceso real a los servicios para el tratamiento entre las mujeres, de acuerdo con su condición de afiliación a la seguridad social en salud, cualesquiera que sean sus características personales.

Conclusiones: La mayoría de las mujeres inició su tratamiento en estados avanzados de la enfermedad, en particular las afiliadas al régimen subsidiado y las pacientes pobres sin seguro de salud, las barreras que enfrentaron las mujeres para hacer uso de las intervenciones terapéuticas incluidas en su tratamiento, se reconoció que el principal obstáculo fue la necesidad de desplazarse a otra ciudad (25.3%), seguido por las autorizaciones de las entidades pagadoras (20.4%) y los montos de los medicamentos. Los hallazgos de este estudio confirman la hipótesis de que en Colombia hay inequidad en la probabilidad de enfrentar barreras para el acceso real a los servicios para el tratamiento; tal inequidad entre las mujeres depende de su condición de afiliación a la seguridad social en salud, al margen de sus características personales.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 11
Referencia: Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Sepúlveda, J., María, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.
Tema Básico: Acceso a los servicios de salud
Contexto histórico: Se hace una revisión sistemática cualitativa de la literatura publicada durante el periodo 200-2010 en diferentes bases de datos
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Por qué algunas personas toman contacto con los servicios de salud y otras no? ¿Por qué algunos pacientes se adhieren al tratamiento y otros no?
Cuál es el objetivo: Determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.
Idea central del documento: Varios trabajos han estudiado obstáculos y elementos facilitadores al acceso a los servicios sanitarios en poblaciones, programas y patologías específicas, identificando barreras personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud entre las principales. A partir de una revisión de la literatura internacional sobre el tema, los objetivos del presente estudio son determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.
Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se examinan artículos publicados entre 200 y 2010 de estudios cuantitativos o cualitativos, de fuente primaria o secundaria, que identificaran barreras y facilitadores de acceso a la atención en salud
Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Un elemento crucial de la presente revisión sistemática es haber develado que en la mayoría de los estudios la identificación de barreras y elementos facilitadores se realiza mayoritariamente (68%) en personas que han contactado los sistemas de atención de salud, en atención preventiva, de diagnóstico o tratamiento. Se encontraron pocos estudios que hayan tratado las barreras

que enfrentan quienes no contactan los sistemas de atención de salud. Si se aplica la Ley de atención inversa de Tudor, lo más probable es que quienes no contactan a los sistemas de atención sean grupos más vulnerables que quienes sí los contactan. Tal vulnerabilidad estaría asociada, entre otras razones, a la condición social, económica y cultural de estas poblaciones, motivando que las barreras que enfrentan sean más frecuentes y de mayor complejidad. Estos son precisamente los grupos de especial interés para investigar en el marco de una agenda global que avance hacia un acceso a la salud con cobertura universal y equidad. Dicha meta implica que hay que asignar prioridad a la realización de estudios que identifiquen barreras y facilitadores en la población general, comparando a quienes acceden a la atención de salud con quienes no logran contactarse con estos servicios.

Comentarios del analista: La correcta búsqueda bibliográfica en trabajos orientados a la construcción de monografías nos permite engranar la información disponible en medios tanto impresos como virtuales y hacerla acorde con nuestras necesidades.

Las barreras de acceso a los servicios de salud no solo dependen de las entidades sino de las personas que acceden a los tratamientos, la no adherencia a los mismos constituye una barrera que se sale de las manos de la entidad y que a la larga se torna perjudicial para quien padece la enfermedad.

Conclusiones: La identificación de barreras y facilitadores se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresión de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 12

Referencia: Resolución 247 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tema Básico: Registro de pacientes con cáncer

Contexto histórico: En 2010 se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, con el fin de reducir a morbilidad y mortalidad de los pacientes con cáncer y mejorar la calidad de vida de los mismos.

<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Quién es el responsable del reporte ante el Ministerio de los pacientes oncológicos?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Establecer la obligación de reportar los pacientes con cáncer a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las del régimen de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas, privadas y mixtas y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.</p>
<p>Idea central del documento: Indicar una a una las obligaciones de los diferentes entes participantes en el sistema general de seguridad social en salud al momento de reportar los pacientes de cáncer a la cuenta de alto costo y posteriormente al Ministerio de Salud. También se habla sobre la responsabilidad de la validación y corroboración de la veracidad de la información; así como la vigilancia y control de la misma.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se enumeran lineamientos para cada ente participante en el sistema general de seguridad social en salud. Se entrega la estructura de la base de datos a reportar.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, estableció una serie de disposiciones encaminadas al control integral del cáncer, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer en adultos, así como el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.</p>
<p>Comentarios del analista: Son importantes los lineamientos de reporte de los pacientes con cáncer al a cuenta de alto costo y al ministerio ya que la consolidación de la información no puede ser al gusto de la entidad sino que debe ser unificada con el fin de poder tener una adecuada manipulación de la misma y poder hacer uso de ella adecuadamente.</p>
<p>Conclusiones: La delegación de responsabilidades evita la duplicidad u omisión en los datos, lo que puede ser relevante para la cuantificación de los pacientes con cáncer en el</p>

territorio Colombiano; dicha información permite a las EAPB tener en su base de datos los pacientes con diagnóstico oncológico que y realizar seguimiento oportuno a sus tratamientos con el fin de evitar la interrupción de los mismos.
FICHA BIBLIOGRÁFICA 13
Referencia: Circular 04 de la Superintendencia Nacional de Salud
Tema Básico: Instrucciones para la prestación del servicio de salud a pacientes con Cáncer
Contexto histórico: Desde 2013 se tienen definidas las funciones de la Superintendencia de Salud como Ente de Inspección, Vigilancia y Control de la prestación de Servicios de Salud enmarcados en el SGSSS
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles son las responsabilidades de los actores del SGSSS frente a los pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer?
Cuál es el objetivo: Definir la protección especial constitucional de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer.
Idea central del documento: Se definen una serie de instrucciones dirigidas a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y a las Entidades Territoriales, siguiendo lo determinado por el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011. Se define el alcance de la circular así como las sanciones y la obligación del cumplimiento de la misma. Se indica cual es la entidad encargada de la inspección, vigilancia y control a los parámetros acá estipulados.
Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se dan las instrucciones puntuales para la prestación del servicio de salud a los pacientes oncológicos
Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: La prestación del servicio de salud a personas con cáncer debe realizarse de manera integral. La Corte ha sostenido como subregla que la atención en salud de los pacientes con enfermedad catastrófica, como lo es el cáncer, debe ser considerada con carácter de urgencia. Entendiendo que la integralidad en el tratamiento consiste en la autorización de todos los servicios de salud que el médico tratante determina que un paciente requiere, sin que le sea posible fraccionarlos, separarlos, o elegir alternativamente cuáles de ellos aprueba en razón

del interés económico que representan, y el cumplimiento integral de los términos dispuestos en la ley para el estudio y aprobación de servicios médicos excluidos del POS.
Comentarios del analista: Dado que los pacientes con cáncer son considerados vulnerables desde el punto de vista fisiológico y social, se debe garantizar que las entidades de salud presten el servicio sin barreras y de manera integral evitando así la complicación del paciente por temas distintos al propio desarrollo de la enfermedad
Conclusiones: Las instrucciones de la prestación de salud evitan omisión o imposición de barreras que eviten el acceso integral al tratamiento de los pacientes con cáncer.
FICHA BIBLIOGRÁFICA 14
Referencia: Decreto 1683 de 2013. Ministerio de Salud y protección Social
Tema Básico: Portabilidad de los Servicios de Salud
Contexto histórico: Desde 2011 se dispone que toda Entidad prestadora de servicios de salud debe hacer alianzas con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud en todo el país.
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cómo se reglamenta portabilidad de los Servicios de Salud en Colombia?
Cuál es el objetivo: Establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Idea central del documento: Según el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 “Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad”. Para garantizar el derecho de los ciudadanos a la portabilidad nacional de su seguro de salud y, en consecuencia, su acceso a los servicios de salud, sin trámites excesivos o innecesarios en cualquier parte del territorio nacional, así como garantizar la ordenada

operación de la portabilidad y el respectivo control por las EPS, se hace necesario regular sus condiciones de operación.
Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se indican las instrucciones que las EPS y los afiliados deben tener en cuenta para la portabilidad del servicio.
Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: La portabilidad es un trámite que se debe hacer entre las EPS sin que esto seba ser una carga adicional para el afiliado, es decir, no es menester del paciente realizar trámites más allá de la solicitud de portabilidad.
Comentarios del analista: La portabilidad de los servicios de salud permite que un paciente pueda realizar cambios de EPS o de ciudad sin perder la continuidad de su tratamiento.
Conclusiones: Garantizando el trámite de portabilidad por parte de la EPS (el cual bajo ningún motivo de hacer el afiliado) se evita la interrupción de los tratamientos aun cuando exista un traslado de ciudad o de asegurador.
FICHA BIBLIOGRÁFICA 15
Referencia: Resolución 1419 de 2013. Ministerio de salud y protección social.
Tema Básico: Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer.
Contexto histórico: En 2010 se establece que las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la red de prestación de servicios oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles son los lineamientos de la red prestadora de servicios oncológicos?
Cuál es el objetivo: Establecer los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, así como los lineamientos para el monitoreo y evaluación de la prestación de servicios oncológicos.

Idea central del documento: Red de Prestación de Servicios Oncológicos: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional, orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, para garantizar el acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en el control y la atención del cáncer, así como en los procesos de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Unidades Funcionales: Son unidades clínicas habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien éste delegue y ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuya función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. En tal sentido, las Unidades Funcionales hacen parte de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se establecen los lineamientos y condiciones para la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos.

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Las IPS dedicadas a la prestación de servicios oncológicos deben desarrollar programas y contar con servicios adecuados y habilitados para la gestión integral de la prestación de los servicios oncológicos, adicionalmente debe haber monitoreo y reporte ante los entes de control.

Comentarios del analista: Es necesario establecer el rol administrativo de las IPS oncológicas con el fin de que cumplan los requisitos mínimos de operación para el tratamiento de dicha patología y que se garanticen las condiciones de funcionamiento, atención, monitoreo y reporte ante entidades de control.

Conclusiones: Las redes de prestación de servicios oncológicos deben cumplir los requisitos mínimos considerados en la resolución, además como realizar el adecuado reporte de los pacientes atendidos a las entidades de control. Si las condiciones de funcionamiento no se cumplen, se corre el riesgo de interrupción del tratamiento en el paciente.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 16
Referencia: Resolución 1442 de 2013. Ministerio de salud y protección social.
Tema Básico: Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata
Contexto histórico: En 2010 se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional y se estipuló que para la prestación de servicios oncológicos, deben cumplir con los parámetros señalados en dicha Ley 1384, basados en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo que garanticen atención integral, oportuna y pertinente.
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata
Cuál es el objetivo: Adoptar las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata.
Idea central del documento: El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), mediante la Convocatoria número 500 de 2009, desarrolló las Guías de Práctica Clínica con base en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, contando con la participación de Grupos Desarrolladores del Instituto Nacional de Cancerología y las Universidades Javeriana, Universidad de Antioquia y Universidad Nacional de Colombia. Teniendo en cuenta que el objetivo principal de las Guías de Práctica Clínica (GPC) es mejorar de manera continua la calidad en la atención en salud, reducir las inequidades y aportar al uso racional de los recursos con impacto positivo en los resultados en salud, se hace necesario adoptar las guías para el manejo de Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto y Cáncer de Próstata.

De conformidad con el artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica.

De acuerdo al artículo 4o de la Resolución número 1995 de 1999, “por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”, es obligación de los profesionales, técnicos y auxiliares registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en dicha resolución.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Creación de Guías de Práctica clínica para el manejo de diferente patologías oncológicas

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Adopción de las siguientes Guías de Práctica Clínica (GPC)

1. Guía de práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico y seguimiento de Leucemia Linfocítica Aguda y Leucemia Mieloide Aguda en niños, niñas y adolescentes.
2. Guía de práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Linfoma de Hodgkin y Linfoma No Hodgkin en niños, niñas y adolescentes.
3. Guía de práctica clínica para la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama.
4. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto.
5. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Próstata.

Comentarios del analista: Las guías de práctica clínica son documentos de referencia encaminados a la detección, tratamiento y seguimiento de patologías oncológicas; dichas guías son útiles ya que en ellas se encuentran todos los parámetros clínicos y administrativos para la atención de los pacientes con cáncer evitando así diferencias en el tratamiento entre una entidad y otra.

Conclusiones: La formulación de guías de práctica clínica (GPC) reviste importancia a nivel clínico y administrativo, ya que estas contienen pautas de atención y manejo para el paciente oncológico, permitiendo así un tratamiento integral y adecuado dependiendo la patología del paciente.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 17
Referencia: Resolución 2590 de 2012. Ministerio de salud y protección social.
Tema Básico: Monitoreo, seguimiento y control de la atención en cáncer a menores de 18 años.
Contexto histórico: Dada la prioridad otorgada a la atención del cáncer en los niños y menores de 18 años, se expidió la Ley 1388 de 2010, la cual, según su artículo 1º, tiene como objeto, "disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cómo funciona la Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en pacientes menores de 18 años?
Cuál es el objetivo: Constituir el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010.
Idea central del documento: El Sistema Integrado en Red del Control de la Atención del Cáncer en menores de 18 años, tiene como fin identificar tempranamente mediante alertas, los eventos relacionados con la garantía de la prestación integral de todos los servicios que requiere el cáncer infantil para su detección temprana y tratamiento integral con calidad y posibilitar la realización de estudios científicos dirigidos a disminuir su tasa de mortalidad, mediante la acción concertada y el apoyo recíproco, entre las Unidades o Instituciones Prestadoras de Salud de Atención del Cáncer Infantil, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, del Instituto Nacional de Cancerología, del Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud.

Igualmente, tiene como fin facilitar la participación progresiva de otros sectores públicos y privados y organizaciones de la sociedad civil, relacionados con la atención, el control y la realización de estudios científicos del cáncer en menores de edad

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Designación de Rectoría y responsabilidades de los integrantes del sistema integrado en red para el monitoreo, seguimiento y control del cáncer en los menores de 18 años.

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Son características del Sistema integrado en Red para el Monitoreo, Seguimiento y Control del cáncer en los menores de 18 años, las siguientes:

1. Integración de los sistemas de vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permite la Coordinación de los diferentes sistemas de vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, tales como: el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, el Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención y los Sistemas de Inspección, Vigilancia y Control que ejercen las autoridades en Salud.
2. Acción concatenada y escalonada, que permite recibir señales de alerta, cuando una o algunas de las instituciones presenta fallas en la garantía de la atención del menor con Cáncer.
3. Prevención y gestión de riesgo, fundamentada en indicadores específicos definidos para cada una de las alertas tempranas y el seguimiento permanente de los resultados en salud.
4. Racionalidad en el control, que permite unificar criterios, estrategias, instrumentos y métodos útiles para los diferentes tipos de control.
5. Mejoramiento técnico continuo, que permite la generación de acciones que eleven la calidad de las intervenciones técnicas, sociales y económicas y el desarrollo científico y tecnológico.

Comentarios del analista: Los pacientes oncológicos menores de 18 años son una población vulnerable, la cual requiere atención especial, efectiva y segura enmarcada en la red nacional de información.

Conclusiones: El Sistema Nacional de Información tiene como fin mejorar el acceso, cobertura y calidad de la información necesaria para el Monitoreo, Seguimiento y Control de las acciones y resultados del Sistema Integrado en Red para la atención del Cáncer en

los menores de 18 años, de tal manera que permita realizar oportunamente los ajustes necesarios en las estrategias y actividades. Si dicho monitoreo y seguimiento es efectivo no deberán interrumpirse los tratamientos oncológicos en la población menor de edad.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 18

Referencia: Ley 1384 de 2010. Congreso de Colombia

Tema Básico: Atención integral del cáncer en Colombia

Contexto histórico: Con el fin de que la población colombiana reciba atención integral, continua y con oportunidad en el diagnóstico y tratamiento contra el cáncer, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó la Ley 1384 de 2010 “Sandra Ceballos” que establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, y la Ley 1388 de 2010 “Cáncer Infantil” que propende por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Del mismo modo, definió el Plan Decenal para el Control de Cáncer en Colombia para el periodo 2012-2021, con el cual se establece una ruta unificada para el cumplimiento de metas y el desarrollo de acciones en la lucha contra el cáncer.

Problema que plantea el texto o pregunta a responder: Atención integral del cáncer en Colombia

Cuál es el objetivo: Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Idea central del documento: Las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Establecimiento de acciones para el control del cáncer en Colombia y responsabilidades de las mismas

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios:

1. Recurso Humano: Hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado y el recurso humano requerido según la complejidad y la demanda de la unidad funcional.
2. La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, así como los protocolos de investigación, los cuales deberán ser aprobados por el Comité de Ética Médica de la Institución.
3. Infraestructura: Deberá contar con central de mezclas exclusiva para la preparación de medicamentos antineoplásicos y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para estas unidades.
4. Interdependencia de servicios: Deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuales posee convenio.
5. Radioterapia: La unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.
6. Hospitalización: La unidad funcional deberá disponer de servicios de hospitalización y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

7. **Rehabilitación:** La Unidad Funcional deberá disponer un servicio de rehabilitación integral con enfoque amplio y multidisciplinario que permita promover la rehabilitación total del paciente y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

8. **Unidad de Cuidado Paliativo:** La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del tratamiento previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, para lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

Comentarios del analista: La atención integral del paciente oncológico debe estar enmarcada en el principio a la vida y reglamentada por los diferentes entes de control involucrados en el SGSSS. Es de suma importancia garantizar la atención a la población colombiana ya que dicha patología de carácter catastrófico les confiere un carácter importante de vulnerabilidad a los pacientes que la padecen.

Conclusiones: El Estado y todos los actores que intervienen en el sistema general de seguridad social en salud están obligados a prestar todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo; evitando así la interrupción de los tratamientos con las posteriores complicaciones que esto pueda derivar.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 19

Referencia: Resolución 4496 de 2012. Ministerio de salud y protección social

Tema Básico: Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer

Contexto histórico: La Ley 1384 de 2010 establece los Registros Nacionales de Cáncer, a partir de los registros poblacionales y registros institucionales los cuales harán parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y obliga, sin distinguir su naturaleza jurídica, a los Registros Poblacionales e Institucionales de cáncer a suministrar información de la población que captan.

Problema que plantea el texto o pregunta a responder: Se hace necesario contar con información periódica e integrada de la detección temprana de los casos, la protección

<p>específica, el acceso a los servicios de salud, la caracterización sociodemográfica de las poblaciones que padecen la enfermedad y medir la calidad y oportunidad de la atención</p>
<p>Cuál es el objetivo: Organizar el Sistema Nacional de Información en Cáncer, determinar las responsabilidades y funciones de los actores del mismo y crear el Observatorio Nacional de Cáncer.</p>
<p>Idea central del documento: Las instituciones responsables del tratamiento de los datos y la gestión de cada una de las fuentes de información que se integran en el Sispro, deben implementar procedimientos, herramientas y actividades que permitan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proponer al Ministerio de Salud y Protección Social estructuras de datos para reporte, basadas en evidencias y acordes con los estándares definidos por el Sispro. 2. Consolidar rutinaria y sistemáticamente los datos sobre la identificación, atención y seguimiento de personas con cáncer, captados en las instituciones donde se generan primariamente los datos. 3. Verificar la adecuada estructura de los datos recibidos desde las instituciones donde se generan primariamente los datos. 4. Auditar la veracidad de los datos, retroalimentar y hacer asistencia técnica a las instituciones donde se generan primariamente los datos, que lo requieran, para el mejoramiento de la calidad, oportunidad, cobertura y flujo de la información. 5. Enviar la información consolidada según los estándares técnicos y periodicidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para su integración al Sispro.
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se dan instrucciones puntuales para el reporte de los pacientes con cáncer al observatorio nacional.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: El Observatorio Nacional de Cáncer, cuyo objeto es promover la gestión del conocimiento necesario para diseñar, establecer y evaluar las políticas de salud públicas para el Cáncer en Colombia, en el cual se integrarán la Red Nacional del Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología; el Registro Nacional de Cáncer Infantil que hace parte del Sivigila y el Observatorio Epidemiológico del Cáncer.</p>
<p>Comentarios del analista: El observatorio nacional de cáncer es una fuente de recopilación epidemiológica de las frecuencias y tendencias de aparición del cáncer. Es</p>

<p>una herramienta fundamental para la creación de programas de promoción y prevención y mejorar la oportunidad y calidad en la prestación de los servicios.</p>
<p>Conclusiones: Las autoridades que ejerzan funciones de vigilancia y control, les corresponde cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente resolución y adoptar las medidas necesarias conforme a la normatividad vigente para dicho cumplimiento.</p> <p>Con la recopilación de las frecuencias de aparición del cáncer se puede hacer una proyección del mismo y estar preparados para poder dar cumplimiento adecuado a los protocolos para el tratamiento de este.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 20</p>
<p>Referencia: Ley 1388 de 2010. Congreso de Colombia</p>
<p>Tema Básico: Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.</p>
<p>Contexto histórico: es un artículo realizado en 2010</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Qué garantías hay para los niños con cáncer en Colombia?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin.</p>
<p>Idea central del documento: Son beneficiarios de la presente ley:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente y el anexo técnico. 2. La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Onco-hematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, Histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios

<p>3. La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el numeral 2 del presente artículo y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se determinan beneficiarios de la presente ley y las responsabilidades de los prestadores del servicio de salud.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: A partir de la confirmación del diagnóstico de Cáncer y hasta tanto el tratamiento concluya, los aseguradores autorizarán todos los servicios que requiera el menor, de manera inmediata. Estos servicios se prestarán en la Unidad de Atención de Cáncer Infantil, de acuerdo con el criterio de los médicos tratantes en las distintas especialidades, respetando los tiempos, para confirmación de diagnóstico e inicio del tratamiento que establezcan las guías de atención, independientemente de que los mismos, tengan una relación directa con la enfermedad principal o que correspondan a otros niveles de complejidad en los modelos de atención de los aseguradores.</p> <p>En caso de que la Unidad no cuente con este servicio o no cuente con la capacidad disponible, se remitirá al centro que esta seleccione, sin que sea una limitante, el pago de Copagos o Cuotas Moderadoras, ni los períodos de carencia, independientemente del número de semanas cotizadas.</p> <p>Cuando el menor deba ser trasladado a otra Unidad de Cáncer Infantil, ello se hará de manera coordinada entre la entidad remitora y receptora, o el ente territorial y la EPS, debiendo la primera suministrar toda la información necesaria para que el tratamiento del menor se continúe sin ningún tropiezo.</p>
<p>Comentarios del analista: Los pacientes oncológicos menores de 18 años son una población vulnerable, la cual requiere atención especial, efectiva y segura enmarcada; dicha atención debe ser enmarcada en un contexto de integralidad el cual debe ser vigilado por los diferentes entes del SGSSS.</p>
<p>Conclusiones: El cumplimiento de dicha ley permite disminuir la tasa de mortalidad derivada de la interrupción de los tratamientos oncológicos por barreras administrativas o</p>

de índole asistencial en la población menor de 18 años considerada como población vulnerable.
FICHA BIBLIOGRÁFICA 21
Referencia: García-Ubaque, J. C., & Quintero-Matallana, C. S. (2008). Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. <i>Revista de Salud Pública</i> , 10(4), 583-592.
Tema Básico: barreras para el acceso a servicios oncológicos
Contexto histórico: se realiza un estudio de tipo descriptivo, durante el año 2005 en el instituto Nacional de Cancerología en la ciudad de Bogotá.
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Qué barreras se identificaron para el acceso a servicios oncológicos en el instituto nacional de cancerología?
Cuál es el objetivo: Se realiza una aproximación a las barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología-INC; Se presenta la necesidad de plantear alternativas para afrontar estas problemáticas y considerar estudios que evalúen problemáticas similares y sus soluciones
Idea central del documento: El cáncer, como problema de salud pública en Colombia, debido al aumento de la tasa en incidencia y mortalidad y la importancia de evaluar las condiciones en las que se prestan los servicios oncológicos a pacientes, provenientes de diferentes lugares a Bogotá, en el Instituto Nacional de Cancerología, con el fin de describir la situación actual y examinar algunas alternativas, orientadas a minimizar los efectos de estas situaciones, en el tratamiento de esta patología.
Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se efectuó un estudio descriptivo de carácter exploratorio. Se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos, se utilizaron técnicas de revisión bibliográfica y de fuentes documentales, observaciones de campo, consulta con expertos, encuestas a usuarios y técnicas de análisis de información, se consultaron las bases de datos de consulta externa, extractando lo relacionado con las variables de afiliación, procedencia, género y escolaridad, entre otros.
Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Gran parte de la población que acudió al INC en el 2005, son personas de bajos recursos, el 55.1% pertenece a la población definida como pobre y vulnerable, que eventualmente necesita apoyo para

<p>acceder a la atención y al tratamiento, el 47% de los pacientes proviene de fuera de Bogotá. El 11 % son iletrados y el 55 % solo tiene estudios de primaria –muchos incompleta- , lo que sumado a la procedencia de diversas regiones puede generar un choque cultural fuerte y una permanencia difícil en la ciudad. El programa de albergues del instituto, en el año 2005 solo albergó el 5,2% de usuarios potenciales, ofreciendo posibilidades a niños y mujeres con acompañantes, excluyendo a varones lo que puede evidenciar una inequidad de género</p>
<p>Comentarios del analista: El primer paso de mejoramiento del sistema de salud en Colombia es la redistribución del presupuesto destinado a la salud, donde el paciente tenga una asistencia completa desde su ubicación geográfica entendiendo el costo y manejo del paciente por situaciones mencionadas en el artículo, la desinformación, población vulnerable y pobre, población iletrada. En cuanto a la capacidad de los albergues se debe aumentar el porcentaje de atención incluyendo al género masculino.</p>
<p>Conclusiones: Se ha determinado que dentro de las barreras de acceso más comunes que frenan los procesos de la solución frente a la patología oncológica son: entrega de medicamentos, no iniciar el tratamiento oportuno de acuerdo con el tipo de patología, entendiendo que los pilares básicos del tratamiento del cáncer son la quimioterapia radioterapia y cirugía, otra manera de mitigar las barreras de acceso es la atención de manera centralizada en unidades funcionales donde el paciente pueda tener toda la atención a los servicios de diagnóstico y terapia.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 22</p>
<p>Referencia: Sánchez, Niño, Estupiñán (2016). Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama, apoyadas por 6 organizaciones no gubernamentales en Colombia. Revista Facultad Salud Pública, 297-305</p>
<p>Tema Básico: Determinantes de acceso al tratamiento oportuno, en mujeres con cáncer de mama.</p>
<p>Contexto histórico: se recolecta información de bases de datos de 6 ONG Colombianas en el primer semestre de 2013</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles fueron los determinantes del acceso al tratamiento oportuno, en mujeres con cáncer de mama?</p>

<p>Cuál es el objetivo: establecer en un grupo de mujeres con cáncer de mama, apoyadas por 6 ONG Colombianas, el porcentaje de tratamientos oportunos y sus determinantes.</p>
<p>Idea central del documento: El cáncer de mama como enfermedad catastrófica en las mujeres y los factores que determina un acceso oportuno a los tratamientos oncológicos, como lo son estrato socioeconómico, estudios, tipo de empleo, ingresos personales y régimen de salud, de pacientes apoyadas por 6 ONG Colombianas.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se desarrolló un estudio observacional analítico, con seguimiento retrospectivo de la información; se aplicó un instrumento de recolección de información que incluyó variables sociodemográficas, tiempos relacionados con el curso clínico, negación de servicios y usos de recursos legales. Se definieron tres tiempos de atención y un tiempo global. T1, tiempo transcurrido en el inicio de los síntomas y la primera atención médica relacionada, T2, tiempo de atención médica y el tiempo hasta el diagnóstico, T3 tiempo hasta el diagnóstico y el inicio del tratamiento y TG, inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Se incluyeron 240 mujeres provenientes de 5 ciudades de Colombia, su edad osciló entre los 30 y los 85 años, la mediana de TG fue de 247, se definió que solo el 17,1% de las mujeres lograron un tratamiento oportuno, se encontró que a 73 mujeres, les fue negado algún tipo de servicio 30,4%, el 31,3% de las participantes interpusieron tutelas; los resultados del análisis entre diagnóstico oportuno y las variables independientes, establecieron asociaciones significativas para el estrato socioeconómico alto, la escolaridad superior al nivel de bachillerato y la mujeres pertenecientes al régimen contributivo.</p>
<p>Comentarios del analista: existe una relación directa entre el bajo nivel educativo y las demoras relacionadas con el acceso oportuno a los servicios oncológicos, que deriva desde un diagnóstico, inicio de tratamiento y la consecución del mismo, debido a la poca información que tienen algunos usuarios, entendido como la falta de procesos educativos bien estructurados, en la totalidad de los territorios, bien sea rurales o urbanos; es claro que la brecha entre las poblaciones juegan un papel importante a la hora de mitigar los factores determinantes para el acceso oportuno.</p>

<p>Conclusiones: Se establecen tres factores fundamentales que determinan el acceso oportuno al tratamiento, nivel de estudio superior al bachillerato, estar ubicado en los niveles superiores de la clasificación de estrato socioeconómico (IV Y V) y pertenecer al régimen contributivo. La información de oportunidad, se complementa con las cifras de negación de servicios en las que fue posible establecer un porcentaje de negación superior al 30%, un servicio negado por cada dos mujeres incluidas en el estudio, dentro del paquete de servicios negados se encuentran la cirugía, la quimioterapia, y la radioterapia, todas intervenciones vitales que practicadas a tiempo, son capaces de modificar el pronóstico de una mujer con cáncer de mama.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 23</p>
<p>Referencia: Arias S. 2009. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. Revista de Salud Pública, p 341-348.</p>
<p>Tema Básico: La inequidad para el acceso a los servicios de salud oncológicos, en los diferentes estratos socioeconómicos</p>
<p>Contexto histórico: Se realiza una revisión conceptual de varios autores acerca de la inequidad, para el acceso al sistema de salud.</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿De qué manera se establece una política global de mejoramiento, para el acceso a la salud que disminuya la brecha de desigualdad? ¿De qué manera afecta la inequidad, a los pacientes con cáncer?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Generar conocimiento, que permita un mejor entendimiento de las disparidades sociales relacionadas con cáncer</p>
<p>Idea central del documento: la inequidad en salud como resultado de la distribución injusta de los determinantes sociales, como el acceso al trabajo, educación, servicios de salud, discriminación por etnia, género o nivel socioeconómico, condición de inmigrante.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Revisión conceptual de varios autores sobre las desigualdades para el acceso a la salud, con calidad de vida.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: El estado de salud de una persona puede mejorar a medida que mejora su estatus socioeconómico, el riesgo de enfermar y morir está directamente asociado a menores niveles de ingreso y educación y</p>

<p>a mayores niveles de discriminación social. Tener un buen nivel educativo, de trabajo de ingresos y vivienda es vital para una mejor salud.</p>
<p>Comentarios del analista: Es importante crear conciencia y entender que la salud no es un beneficio particular, sino un bien común, el cual debe estar al alcance de todos, como una prioridad y no como una opción. Precisamente a esto le apunta el Ministerio de Salud y Protección Social y todos los actores del sistema de salud, con la regulación de normas, instauración de pruebas piloto que mejoren el acceso al tratamiento de cáncer con oportunidad y calidad en la atención.</p>
<p>Conclusiones: como resultado de la revisión conceptual, es posible entender que la inequidad es uno de los principales enemigos de la salud y los pacientes oncológicos. Por otro lado los grupos humanos socialmente más vulnerables, tiene mayor probabilidad de desarrollar cáncer, de morir más pronto por la enfermedad y de sufrirla sin la oportunidad del cuidado paliativo. Actualmente las entidades gubernamentales y no gubernamentales, adelantan diferentes desafíos para la disminución o eliminación de ese flagelo que afecta la población más vulnerable tales como, estratos socioeconómicos bajos, bajo nivel educativo, pertenecer al régimen subsidiado.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 24</p>
<p>Referencia: Sarria, Limache 2013. Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. Revista Peruana Medicina Experimental Salud Publica. Pág. 93-98.</p>
<p>Tema Básico: estrategias de prevención del cáncer en el Perú</p>
<p>Contexto histórico: se realiza un análisis del control de cáncer en Perú, como problema de salud pública en el año 2013</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles son las estrategias implementadas en el Perú, para la disminución de la carga de enfermedad por cáncer?</p>
<p>Cuál es el objetivo: disminuir la morbimortalidad por cáncer en el Perú</p>
<p>Idea central del documento: el cáncer como enfermedad multifactorial y problema de salud pública, la proyección del incremento alarmante y el direccionamiento estratégico que se implementa como medida, sea prevención o tratamiento oportuno entendiendo el</p>

foco de la enfermedad por factores genéticos o de hábitos y estilos de vida y la implementación de estrategias transversales que sean sostenibles.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Revisión bibliográfica de estrategias implementadas para mejorar el control del cáncer, evaluando desde la incidencia, mortalidad, control, prevención, detección y diagnóstico del cáncer en el Perú.

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: En términos globales, al 2008 se diagnosticaron 12,4 millones de casos nuevos, de ellos 6 720 000 eran varones y 5 779 000 mujeres. En dicho año fallecieron 7,6 millones de personas víctimas de cáncer, 4 293 000 varones y 3 300 000 mujeres. Más de la mitad de los casos nuevos ocurrieron en habitantes de cuatro regiones del mundo, con un alto porcentaje proveniente de países de bajos y medianos ingresos con sistemas sanitarios precarios y no preparados. Instituciones tan importantes como la Agencia de Investigación en Cáncer, mediante Globocan, evidencian que en ambos sexos, los tipos de cáncer de mayor incidencia y mortalidad son el cáncer de estómago, cuello uterino, mama, próstata, colon y recto, hígado y pulmón

Comentarios del analista: es importante tener en cuenta que el cáncer existe desde el nacimiento del hombre, entendido como un problema de salud pública derivado de factores genéticos, ambientales y de estilos de vida, tener un diagnóstico a tiempo, es el pie de fuerza para un tratamiento oportuno, lo que incrementara el pronóstico favorable de la enfermedad. Promover estilos de vida saludable en la población peruana; realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas; hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados son factores fundamentales para asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos.

Conclusiones: se debe reforzar la formación de profesionales y recurso humano de todos los niveles en oncología, utilizando las mejores estrategias y mecanismos tecnológicos disponibles para dar continuidad con un proceso de mejoramiento, en respuesta a las estadísticas que indican la incidencia del cáncer; iniciativas como el registro nacional del cáncer, sistemas nacional de cuidados paliativos, definir las conductas de riesgo, la supervisión del impacto de políticas públicas, es fundamental para el mejoramiento de la salud y calidad de vida integral del paciente oncológico.

Las políticas públicas deben estar direccionadas al crecimiento en calidad y servicios competentes para un desarrollo sostenible en el camino de lograr desarrollos con base a las políticas integrales. El plan decenal para el control de cáncer en Colombia 2012-2021, es un ejemplo vehemente de una política de salud pública, y de la importancia de realizar evaluación a ésta, en pro de un mejoramiento continuo.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 25

Referencia: Revista Colombiana de Cancerología 2017;21(2) 83-85

Tema Básico: Cali, como punto de partida, para avanzar en tratamientos que mejoren la salud pública en cáncer.

Contexto histórico: En el año 2017 se seleccionan las tres ciudades de aprendizaje que participarán en el desafío, Cali (Colombia), Asunción (Paraguay), Yangon (Myanmar)

Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cómo diseñar una estrategia global, acorde al tamaño de la población propensa a enfermedades oncológicas, entendiendo los problemas migratorios de grupos rurales y de población residente de las pequeñas ciudades aledañas a Cali?

Cuál es el objetivo: Diseñar, planificar e implementar, los procesos que garanticen la eficacia del tratamiento del cáncer

Idea central del documento: Cali como punto de partida para desarrollar una estrategia articulada, que cumpla con procesos de sinergia a través de los entes prestadores de servicios de salud, obteniendo acceso de calidad y mitigando un problema de salud pública como lo es el cáncer, que afecta a la población mundial.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: implementar el plan c/can 2025, que permite la intervención de un paquete básico crítico aplicadas en cuatro áreas principales: servicios oncológicos básicos, gestión de servicios oncológicos, calidad de la atención en cáncer, acceso a la comunidad y atención integrada.

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Reflexionar en la necesidad de fortalecer la prevención y la detección oportuna.

Cali, como ciudad piloto para mejorar la calidad del tratamiento del cáncer, por tener el registro poblacional de cáncer, gracias a los inmensos avances que ha logrado para contribuir en la mejora del control de este.

<p>Comentarios del analista: Con el paso del tiempo el cáncer se convierte en una problemática mundial de salud pública, creando un desafío de su atención y las necesidades que presenta todos los afectados por esta patología, entendiendo la complejidad de su proceso, en busca de una solución a un problema que día tras día se vuelve más agudo cobrando vidas sin discriminar raza sexo o color. Este ambicioso desafío, para apoyar las ciudades en el desarrollo de soluciones para el control de cáncer, busca nuevas vías para afrontarla problemática actual, en el cual está involucrado como reto ofrecer un paquete de servicios para la atención oncológica de calidad que conlleva a: servicios oncológicos básicos, gestión de servicios oncológicos, calidad de la atención del cáncer, acceso a la comunidad y atención integrada; evidentemente esta estrategia disminuirá las diferentes barreras de acceso, que encuentran los pacientes, a la hora de acceder a los servicios.</p>
<p>Conclusiones: se puede determinar que la población escogida como ciudad piloto para desarrollar el plan c/can 2025 presenta des favorabilidad a raíz de un alto índice de migración de poblaciones cercanas, las cuales se ven altamente afectadas por una problemática socioeconómica fuerte, visto como un desafío de mejoramiento tanto para la UICC, como para la ciudad Santiago de Cali. Es de anotar que este proyecto a futuras, representara un mejoramiento en el acceso al tratamiento y por ende mejorará la calidad de vida del paciente y su pronóstico.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 26</p>
<p>Referencia: Velasco, Bernal, Salazar, Romero, Moreno, Díaz (2014).Disponibilidad de servicios de mamografía en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología, p 101-108</p>
<p>Tema Básico: Disponibilidad del servicio de mamografía en Colombia.</p>
<p>Contexto histórico: se realiza consulta de bases de datos del SISPRO, durante el año 2011</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cómo está la disponibilidad de servicios de mamografía en Colombia?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Determinar la disponibilidad de los servicios de mamografía, dentro y fuera del departamento de residencia, para mujeres Colombianas entre los 50 y 69 años de edad</p>

Idea central del documento: El cáncer de mama constituye un problema de salud pública, es el cáncer en mujeres con mayor incidencia a nivel mundial; tener disponibilidad de acceso a mamografía de tamizaje y obtener un diagnóstico a tiempo, tiene un impacto directo de los resultados de cáncer de mama en el país.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal para el 2011, se consultó bases de datos del SISPRO a través de los aplicativos cubos de Excel, del cual se obtuvo información como sexo, edad del usuario, del servicio, municipio y el departamento de residencia habitual del usuario.

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: La mayoría de los servicios se encontraron localizados en Bogotá D.C, Antioquia y valle del Cauca, con más de 90 prestadores de servicios en cada uno de ellos. En Guainía, Vaupés y Vichada no hay prestadores registrados. Se observó una tasa de lugar de prestación por 10.000 mujeres entre los 50 y 69 años de 5,4 servicios de mamografía.

Comentarios del analista: a través del estudio realizado, se encontró que es importante buscar alternativas de evaluación para todos los pacientes en zonas rurales, puesto que su traslado se torna complejo, teniendo en cuenta la edad, ubicación geográfica, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico; todos estos factores juegan un papel importante a la hora del acceso al servicio de mamografía. Es de anotar que con la tele mamografía, es posible tener más cobertura el servicios de mamografía a las mujeres de regiones apartadas entre los 50 y 69 años, apuntando al mejoramiento tanto del tamizaje como de obtención de un diagnóstico a tiempo que podría modificar el pronóstico de la paciente.

Conclusiones: Es importante resaltar la disponibilidad de servicio de mamografía dentro y fuera del lugar del departamento de residencia, teniendo en cuenta que las pacientes que se encuentran ubicadas geográficamente en las principales departamentos, encuentran disponibilidad del servicio de mamografía, sin necesidad de desplazarse, a otras regiones; sin embargo departamentos como el Vaupés, Vichada, Arauca, San Andrés, Guaviare Cundinamarca, Casanare y Chocó requieren de desplazamiento para acceder al servicio de mamografía, explorando otras opciones para mejorar el accesos a servicio de mamografía, es la tele mamografía como herramienta alternativa de tamizaje y por ende la posibilidad de obtener un diagnóstico a tiempo.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 27
Referencia: Borda, David, Ríos, López, Forero, Gutiérrez, Cano (2017). Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados en adultos mayores: análisis secundario de encuesta SABE Bogotá, Colombia. Sociedad Colombiana de urología.
Tema Básico: Tamizaje de cáncer de próstata en adultos mayores
Contexto histórico: Se realiza análisis de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento de América Latina y el Caribe SABE, en el año 2012
Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles son los factores asociados, a la oportunidad de tamización de próstata, en adultos mayores de la ciudad de Bogotá?
Cuál es el objetivo: evidenciar factores asociados a la oportunidad de tamización en adultos mayores de la ciudad de Bogotá.
Idea central del documento: El cáncer de próstata constituye un problema de salud pública, por su alto impacto en frecuencia, mortalidad y costos, con proyección al aumentos de los casos
Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: se realiza un análisis secundario de la encuesta de Salud Bienestar y Envejeciendo en América Latina y el Caribe SABE- Bogotá, en la zona rural y urbana de la ciudad de Bogotá, la muestra es de 2000 personas, con edad mayor o igual a 60 años. Se incluyeron estas variables auto reporte de realización de examen de próstata, factores sociodemográficas, depresión, percepción del estado de salud actual, tipos de seguridad social y presencia o no de cáncer.
Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: Del total de las 2000 personas encuestadas con el instrumento SABE, las variables de mayor prevalencia son: el 30,6% eran mayores de 75 años, el grado de escolaridad de 1-5 de 55.87%, estrato socioeconómicos 1 y 2 representan el 54,51%, dentro de la variable percepción de salud un 51.50% consideraba que su salud en ese momento era excelente, buena o muy buena, el 69,26% pertenecían al régimen contributivo, la respuesta a la pregunta en los últimos dos años alguna vez se ha realizado al menos un examen de próstata se obtuvo que 57,2% se había realizado al menos un examen de próstata

Comentarios del analista: Es importante resaltar la función del médico general en promover y fomentar los debidos controles para el tamizaje a pacientes a quienes se indique y obtener una oportuna remisión al urólogo, como punto de partida para un diagnóstico a tiempo y la instauración de un adecuado tratamiento. Actualmente, debido al aumento de cáncer de próstata en el perfil epidemiológico de los colombianos, como medida de intervención, el Ministerio de Salud y Protección social, en la resolución 1442 de 2013, adopta la guía práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de próstata, lo que proporciona una herramienta al médico para el manejo de este cáncer, permitiendo una atención más oportuna, y con calidad, disminuyendo así las posibles barreras de acceso a la atención que pueda encontrar el paciente.

Conclusiones: el cáncer de próstata prevalece primordialmente en la población mayor, de estratos socioeconómicos y nivel de escolaridad bajos, mismos factores que limitan el acceso tanto al tamizaje, diagnóstico y acceso a tratamiento oportuno, se presenta una inequidad en tamización a pacientes según el tipo de seguridad social; una medida para optimizar la detección temprana, en la población más vulnerable, es el fortalecimiento de la implementación de programas de tamización a través de la aplicación de la guía práctica clínica para el cáncer de próstata, como intervención del ministerio de salud y protección social.

FICHA BIBLIOGRÁFICA 28

Referencia: Pardo, Vries, Acero, Murillo (2015) Vigilancia de la supervivencia global por cáncer en Colombia: utilidad de los registros rutinarios. Revista Colombiana de Cancerología P. 81-89

Tema Básico: Supervivencia global por cáncer en Colombia.

Contexto histórico: Se analizaron datos de pacientes con cáncer colorrectal invasivo, en dos cohortes fijas del Instituto Nacional de Cancerología (2007 y 2010)

Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuál es la supervivencia global de cáncer en Colombia?

Cuál es el objetivo: Evaluar métodos de vigilancia de la supervivencia global en cáncer, basados en fuentes secundarios.

Idea central del documento: El cálculo de supervivencia global, una herramienta para entender de manera apropiada, la situación de control de cáncer en un grupo poblacional, cuantificar la efectividad de los servicios de diagnósticos y tratamiento y aportar información sobre casos nuevos y mortalidad.

Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: Se analizaron datos de pacientes con colorrectal invasivo en dos cohortes fijas del INC (2007 y 2010) se utilizaron fuentes gubernamentales, se emplearon dos fechas índices ingreso y primer diagnóstico, tres métodos para determinar la fecha de muerte: fecha estimada por la media de la diferencia entre la fecha de certificado y fecha del registro de muerte (método 1); fecha estimada por la media de la diferencia (método 2) y fecha exacta por certificado de defunción (método 3) Mediante el método de Kaplan- Meier se estimó la supervivencia global a dos años para ambas cohortes y a cinco años para la cohorte 2007.

Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: se analizaron 616 casos. La supervivencia estimada con fecha de primer diagnóstico fue más alta. La supervivencia a dos años para cohorte 2007 fue 57; 58 y 78 (métodos 1, 2 y 3 respectivamente) Para cohorte 2010 la supervivencia a dos años fue 61, 62 y 83% con los tres métodos en su orden. La supervivencia a cinco años (cohorte 2007) fue 35% con los métodos 1 y 2; 72% con el método 3.

Comentarios del analista: identificar la supervivencia global por cáncer, permite tener una idea sobre la situación de control de cáncer en determinada población que se realice o institución en estudio, a la vez permite tener información de nuevos casos y de mortalidad; el análisis de dichas variaciones proporciona información que permite establecer objetivos de mejoramiento tanto en el diagnóstico de la enfermedad, como en su tratamiento, que se remitiría a todo los esfuerzos que realiza los entes gubernamentales y no, para mitigar el impacto del cáncer en la sociedad.

Conclusiones: En Colombia los estudios de supervivencia en pacientes con cáncer son escasos, se asumen con distintos métodos y se han desarrollado para establecer la eficacia de los distintos tratamientos instaurados; es importante destacar que en el sistema Colombiano, es frecuente que el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento sea considerable, resultando en un mal pronóstico para el paciente; sin embargo, los diferentes

<p>programas de tamización temprana, corresponde a los esfuerzos que se adelantan para mitigar, este problema creciente de salud pública.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 29</p>
<p>Referencia: Wiesner, C. Rincon, L, Gamboa, O, Piñeros, M, González, M, Ortiz, N, Hernández, G, Molano M, Robles, R. Barreras para la implementación de la prueba de ADN-VPH como técnica de tamización primaria para cáncer de cuello uterino en un área demostrativa en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología 2013; 93-102</p>
<p>Tema Básico: Barreras para la implementación de un programa de tamización para cáncer de cuello uterino</p>
<p>Contexto histórico: Se desarrolló un estudio descriptivo mediante la aplicación del modelo Precede-Procede durante los años 2009 a 2012.</p>
<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles son las barreras para la implementación de un programa de tamización para cáncer de cuello uterino?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Describir las barreras para la implementación de un programa de tamización, para cáncer de cuello uterino basada en la prueba del virus del papiloma humano (VPH) en Colombia.</p>
<p>Idea central del documento: El cáncer de cuello uterino es en la actualidad, la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres en Colombia. La implementación de un programa de tamización oportuno basado en pruebas ADN-VPH como proyecto piloto para realizarse en un escenario demostrativo, que permita adquirir experiencia en este campo y evaluar los resultados con el fin de posteriormente, hacer recomendaciones específicas para su implementación dentro del sistema general de seguridad social en salud Colombiano.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: se aplicó el modelo de planeación Precede-Procede en cuatro municipios de Cundinamarca y dos de Boyacá, se realizó análisis de fuentes secundarias y primarias obtenidas de 74 encuestas a instituciones de salud, 18 grupos focales con líderes comunitarios, gerentes y profesionales de salud y 12 entrevistas (autoridades locales).</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: se identificaron las siguientes barreras, la infección por VPH se asocia a una enfermedad venérea; barreras</p>

<p>epidemiológicas: la ausencia de adecuado registro de diagnóstico definitivo de lesiones pre neoplásicas; barreras de comportamiento del sistema, tales como la no centralización de la lectura de citologías, laboratorios no habilitados que prestan servicios y la no estandarización de la colposcopia ni el tratamiento; barreras administrativas de acceso a la colposcopia y a la biopsia de lesiones pre neoplásicas.</p>
<p>Comentarios del analista: la prueba de ADN-VPH, se constituye en un nuevo aporte a los conocimientos previos de la enfermedad, valorada como una importante alternativa de tamización; además restablece la confianza para detectarlas lesiones preneoplásicas, confianza que se había visto disminuida con la citología, por el reconocimiento de alto número de falsos negativos. En Colombia esta prueba fue aprobada para ser incluida en los planes de beneficio del sistema general de seguridad social a partir de 2011, como estrategia gubernamental, para disminuir las diferentes barreras a la hora de emplear la prueba ADN-VPH, como técnica de tamización primaria, para cáncer de cuello uterino.</p>
<p>Conclusiones: el presente estudio, permitió identificarlas barreras que pueden dificultar el logro de los objetivos de un programa de tamización con pruebas moleculares de VPH, Como una herramienta para direccionar los lineamientos de tamización basada en pruebas de detección de VPH, y producto de este proyecto de implementación, fue emitido el Manual para la Prevención y Tamización de Cáncer de Cuello Uterino , en el año 2011, documento en el que se describen los roles de cada involucrado, y se proponen algoritmos de manejo basados en los resultados de la prueba de VPH.</p>
<p>FICHA BIBLIOGRÁFICA 30</p>
<p>Referencia: Fernandez-Deaza GP. Educación basada en competencias para estudiantes de medicina sobre la prevención y detección temprana del cáncer. Educ Med 2016.</p>
<p>Tema Básico: educación basada en competencia, neoplasia, promoción de la salud prevención de enfermedades.</p>
<p>Contexto histórico: La presente revisión de 2016 analiza los aspectos necesarios para la formación de médicos en prevención y detección temprana del cáncer, profundizando en la educación basada en competencias.</p>

<p>Problema que plantea el texto o pregunta a responder: ¿Cuáles son las competencias que se deben implementar en estudiantes de medicina, sobre prevención y detección temprana del cáncer?</p>
<p>Cuál es el objetivo: Evaluar los contenidos curriculares, en materia de prevención y detección temprana del cáncer, resaltando la importancia de la intervención médica.</p>
<p>Idea central del documento: el cáncer en Colombia, continua siendo un problema de interés en salud pública, afecta tanto la calidad de vida de los pacientes, como el entorno social que los rodea, fortalecer la gestión del personal de salud, apuntando a la búsqueda de control de cáncer, que de la mano con la estrategia para orientar la formación básica y continua del talento humano, pretende crear estándares para lograr incrementar la calidad de la atención integral.</p>
<p>Cuál es la metodología o estrategia argumentativa: se realiza una revisión conceptual, abarcando una serie de premisas que en conjunto constituyen la recopilación de elementos esenciales, para la enseñanza de temas relacionados con la formación acerca de la prevención y detección temprana del cáncer en la carrera de medicina.</p>
<p>Argumentos de mayor relevancia planteados en el documento: La formación docente es un aspecto de gran relevancia, ya que es indispensable que los docentes participen en las acciones de formación y capacitación permanente, de manera tal que sean ellos quienes desarrollen competencias similares a las que esperan desarrollar en sus estudiantes. Esto se puede lograr a través de la implementación de estrategias de práctica reflexiva, que fomenten la concordancia entre los 4 pilares de desarrollo del conocimiento (ser, saber, hacer y saber hacer)</p>
<p>Comentarios del analista: Se hace evidente la necesidad de evaluar los contenidos curriculares en materia de prevención y detección temprana del cáncer, resaltando la importancia de la intervención médica, a la hora de desarrollar acciones para la prevención y cribado de los principales tipos de cáncer. El sistema de salud en Colombia está diseñado para curar la enfermedad, no se enfoca en la promoción y prevención de factores de riesgo, promover hábitos de vida saludable, fomentar el ejercicio, alimentación saludable y las diferentes estilos de vida que permitan minimizar la aparición de cáncer o cualquier otra comorbilidad asociada; por esta razón es necesaria la implementación de planes</p>

educativos, que faciliten el desarrollo de habilidades profesionales y permitan superar los desafíos actuales de la atención médica.

Conclusiones: La educación basada en competencias, es un método de enseñanza ~ que, bajo la literatura reportada, es la mejor forma de crear, habilidades en los médicos para que implementen efectivamente las estrategias disponibles en prevención y detección temprana del cáncer; este abordaje permite que los estudiantes de medicina creen habilidades para que los conocimientos adquiridos puedan ser aplicados de la mejor manera, adaptándose a las condiciones del entorno e impactando de manera positiva desde la prevención y detección de factores de riesgo, hasta un diagnóstico oportuno del cáncer.