



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 1

Neiva, febrero del 2023

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Ana María Rodríguez Zambrano, con C.C. No. 1.140.878.973 de Barranquilla,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o titulado Evaluación De La Implementación Del Plan Decenal Para El Control Del Cáncer En Colombia, 2012 – 2021 presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de Especialista En Epidemiología;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Evaluación de la implementación del plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012 – 2021

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Rodríguez Zambrano	Ana María

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Castillo	Juan Sebastian

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Especialista en Epidemiología

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Especialización en Epidemiología

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2023 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 91

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general_X___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas
o Cuadros_X_



SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. Evaluación De Programa | Program Evaluation |
| 2. Indicadores De Salud | Health Indicators |
| 3. Neoplasias | Neoplasms |
| 4. Promoción De La Salud | Health Promotion |
| 5. Salud Pública | Public Health |
| 6. Epidemiología | Epidemiology |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Introducción: Controlar el cáncer a nivel mundial representa un desafío en salud pública por carga de enfermedad, implicaciones sociales y económicas (1). En países desarrollados constituye la principal causa de muerte, y en países como Colombia emerge entre las primeras causas a medida que se envejece y mejoran las condiciones de vida. La atención del cáncer implica un alto costo para cada país, un reto de articulación de intervenciones individuales y colectivas. En 2020, Colombia registró 113.221 casos nuevos y 54.987 defunciones por cáncer (1); la Cuenta de Alto Costo estimaba 347.745 personas padeciendo este grupo de enfermedades (2). Producto de discusiones sectoriales y planificación estratégica con alcance nacional, la resolución 1383 de 2013 adoptó el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (PDCCC) periodo 2012-2021; este incluía componentes, metas e indicadores en 6 líneas estratégicas: 1) *control del riesgo (prevención primaria)*, 2) *detección temprana de la enfermedad*, 3) atención, recuperación y superación de los daños causados por cáncer, 4) mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, 5) gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer, 6) formación y desarrollo del talento humano (3). Evaluar la implementación de programas y políticas es fundamental en la planificación estratégica del sector, constituye el punto de partida de nuevas estrategias. Objetivo: Evaluar la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, a partir de indicadores de las líneas estratégicas de control del



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

3 de 4

riesgo y detección temprana de la enfermedad. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, basado en fuentes secundarias, para documentar el estado actual de avance del PDCCC 2012-2021, a partir de los indicadores recomendados en las líneas estratégicas 1 y 2 del plan; empleando fuentes de información de acceso público como el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), reportes del Ministerio, Instituto Nacional de Cancerología, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y publicaciones indexadas, se resumió información disponible. Se analizaron indicadores por líneas estratégicas, verificando nivel de avance en el cumplimiento del estándar definido. Se formularon recomendaciones para futuros escenarios de planificación. Además, Se complementó con información de ejercicio cualitativo realizado con actores del sector, en especial entidades territoriales. Resultados: Se observa un grado intermedio de avance en implementación de las líneas 1 y 2 del PDCCC 2012-2021. Existen varias oportunidades de mejora en calidad y disponibilidad de información relevante, oportuna y pertinente. Se evidencia mayor grado de avance en actividades de control del riesgo, seguidas de detección temprana y atención del cáncer. Se registra menor avance en actividades de las líneas estratégicas restantes las cuales corresponden a la atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer, Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer, Formación y desarrollo del talento humano. Existen barreras en la implementación del PDCCC y problemas de gobernanza en el ámbito territorial. Conclusión: Es necesario analizar barreras territoriales de implementación como punto de partida para la planificación de un nuevo decenio. Se recomienda alinear metas, indicadores con fuentes de información disponible para el próximo PDCCC, permitiendo una evaluación objetiva de metas con información de calidad territorial. Se sugiere revisar líneas estratégicas a la luz de nuevas demandas y ajustarlas a las teorías para la atención oncológica y control del cáncer en la actualidad.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Introduction: Controlling cancer worldwide represents a public health challenge due to disease burden, social and economic implications (1). In developed countries it is the main cause of death, and in countries like Colombia it emerges among the first causes as people age and living conditions improve. Cancer care implies a high cost for each country, a challenge of articulation of individual and collective interventions. In 2020, Colombia registered 113,221 new cases and 54,987 deaths from cancer (1); the High Cost Account estimated 347,745 people suffering from this group of diseases (2). Product of sectoral discussions and strategic planning with a national scope, resolution 1383 of 2013 adopted the Ten-Year Plan for Cancer Control in Colombia (PDCCC) period 2012-2021; This included components, goals and indicators in 6 strategic lines: 1) risk control (primary prevention), 2) early detection of the disease, 3) care, recovery and overcoming damage caused by cancer, 4) quality improvement of life of cancer patients and survivors, 5) knowledge management and technology for cancer control, 6) training and development of human talent (3). Evaluating the implementation of programs and policies is fundamental in the strategic planning of the sector, it constitutes the starting point for new strategies. Objective: Evaluate the



implementation of the Ten-Year Plan for Cancer Control in Colombia 2012-2021, based on indicators of the strategic lines of risk control and early detection of the disease. Materials and methods: Descriptive study, based on secondary sources, to document the current state of progress of the PDCCC 2012-2021, based on the indicators recommended in strategic lines 1 and 2 of the plan; using publicly accessible information sources such as the Integrated Social Protection Information System (SISPRO), National Administrative Department of Statistics (DANE), reports from the Ministry, National Institute of Cancerology, World Health Organization (WHO), Pan American Organization Health (PAHO) and indexed publications, available information was summarized. Indicators were analyzed by strategic lines, verifying the level of progress in compliance with the defined standard. Recommendations for future planning scenarios were made. In addition, it was complemented with information from a qualitative exercise carried out with actors in the sector, especially territorial entities. Results: An intermediate degree of progress is observed in the implementation of lines 1 and 2 of the PDCCC 2012-2021. There are several opportunities for improvement in the quality and availability of relevant, timely and pertinent information. A greater degree of progress is evident in risk control activities, followed by early detection and cancer care. Less progress is recorded in activities of the remaining strategic lines, which correspond to care, recovery and overcoming damage caused by cancer, Improvement of the quality of life of patients and survivors with cancer, Knowledge management and technology for the cancer control, training and development of human talent. There are barriers to the implementation of the PDCCC and governance problems at the territorial level. Conclusion: It is necessary to analyze territorial implementation barriers as a starting point for planning a new decade. It is recommended to align goals, indicators with information sources available for the next PDCCC, allowing an objective evaluation of goals with territorial quality information. It is suggested to review strategic lines in light of new demands and adjust them to the theories for cancer care and cancer control today.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Dolly Castro Betancourt

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL PARA EL
CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA, 2012 – 2021

ANA MARÍA RODRÍGUEZ ZAMBRANO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA- HUILA
2023

|

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL PARA EL
CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA, 2012 – 2021

ANA MARÍA RODRÍGUEZ ZAMBRANO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Especialista en Epidemiología

Asesor

:

JUAN SEBASTIAN CASTILLO
MD.MSc.MPH.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA- HUILA
2023

Nota de aceptación:

Aprobado



Firma del presidente del jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

Neiva, febrero del 2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de grado a todas y todos los colegas que pertenecen al sistema de salud de Colombia.

A los que se encuentran prestando servicio asistencial y en especial los que se dedican cada día a la contribución de la Salud Pública del país;

También a la población colombiana y naturalmente a todos aquellos pacientes oncológicos que entregan sus esperanzas a la ciencia y a los recursos que le ofrece el sistema de salud colombiano, por ser ellos nuestro objetivo fundamental de nuestra profesión.

Ana María

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincera gratitud al docente Juan Sebastián Castillo el cual participo como tutor de este proyecto, quien desinteresadamente apporto su conocimiento y experiencia para transmitir en forma práctica su saber.

A mi padre, madre y hermano quienes son el sostén de mi vida.

A la Universidad Surcolombiana por su compromiso en el desarrollo social y del conocimiento de la región.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1 JUSTIFICACIÓN	19
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 MARCO TEÓRICO	23
4.1 ANTECEDENTES	23
4.1.1 Modelo Para El Control Del Cáncer En Colombia	25
4.1.2 Guía para el análisis de la situación (ASIS) del cáncer	26
4.1.3 Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021	27
4.2 EL CÁNCER Y SU SITUACIÓN	28
4.2.1 Situación Del Cáncer En Colombia	28
4.2.1.1 Epidemiología del Cáncer al inicio del PDCCC, 2012-2021	28
4.2.1.2 Epidemiología Actual Del Cáncer En Colombia	30
4.2.2 Factores De Riesgo Asociados Al Cáncer	31
4.3 INDICADORES DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA	32
4.4 LA SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL DEL CÁNCER	33
4.5 CONTROL DEL CÁNCER	33
4.5.1 Línea Estrategia 1, Control Del Riesgo (Prevención Primaria)	34

	pag.	
4.5.2	Línea Estrategia 2, Detección Temprana De La Enfermedad (Prevención Secundaria)	34
4.6	PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA, 2012-2021, COMO POLÍTICA Y PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA	34
4.6.1	Evaluación del PDCCC, 2012-2021	35
5	MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO	37
5.1	MARCO POLÍTICO	37
5.2	MARCO NORMATIVO	37
5.2.1	Instrumentos Internacionales Vinculantes Más Importantes En Colombia Introducidos En Su Legislación Interna Enfocados En El Control Del Cáncer	38
6	DISEÑO METODOLÓGICO	39
6.1	TIPO DE ESTUDIO	39
6.2	LUGAR DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN	39
6.3	POBLACIÓN	39
6.4	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	39
6.5	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	39
6.6	CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	40
6.7	FUENTES DE INFORMACIÓN	40
6.8	PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
6.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
6.9.1	Conflicto De Interés	42
6.9.2	Aportes	42
6.9.2.1	Aporte científico	43
6.9.2.2	Promoción y prevención de la salud	43

	pag.
6.9.2.3 Cultural	43
6.9.2.4 Alcance de la investigación	43
6.9.2.5 Utilización de datos	43
6.9.2.6 Presentación de informe	44
6.10 MODELO ADMINISTRATIVO	44
6.10.1 Cronograma	44
6.10.2 Presupuesto	45
7 RESULTADOS	47
7.1 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES ATRIBUIBLES AL CÁNCER	47
7.1.1 Control Del Tabaco	47
7.1.2 Control del Alcohol	54
7.1.3 Control Del Consumo De Frutas Y Verduras	55
7.1.4 Control De La Actividad Física	57
7.1.5 Control Del Riesgo Frente A Cancerígenos Ocupacionales	60
7.1.6 Control En La Protección Específica A Virus Relacionados Con Cáncer	60
7.2 ACTIVIDADES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD	61
7.2.1 Detección Temprana Del Cáncer De Cuello Uterino	62
7.2.2 Detección Temprana Del Cáncer De Mama	64
7.2.3 Detección Temprana Del Cáncer De Próstata	66
7.2.4 Detección Temprana Del Cáncer Colorrectal	66
7.2.5 Detección Temprana Del Cáncer Infantil	68
7.2.6 Otras Consideraciones	68
8 DISCUSIÓN	69
8.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1. CONTROL DEL RIESGO (PREVENCIÓN PRIMARIA)	70
8.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2. DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD	72
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	73

ANEXOS

pag.

80

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estructura conceptual PDCCC 2012-2021, líneas estratégicas 1 y 2.	27
Tabla 2. Mortalidad en Colombia por cáncer, año 2020	30
Tabla 3. Cronograma	44
Tabla 4. Presupuesto	46
Tabla 5. Medidas MPOWER con mayor discusión en Colombia por los informes encontrados	48

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Grafica 1. Modelo para el control del cáncer en Colombia	25
Grafica 2. Tendencias mortalidad por tipos de cáncer según sexo, Colombia, 1985 a 2008	29
Grafica 3. Número De Casos De Cáncer En El Mundo Atribuidos A Los Principales Factores De Riesgo	31
Grafica 4. Porcentaje De Casos De Cáncer Atribuibles A Los Principales Factores De Riesgo En Colombia.	32
Grafica 5. Promedio De La Edad De Inicio Del Consumo De Tabaco En Adolescentes Colombianos.	50
Grafica 6. Prevalencia De Consumo De Tabaco En Adultos	51
Grafica 7. Relación Entre Precio Esperado Y Precio Promedio Reportado Para Cajetilla De Cigarrillos	53
Grafica 8. Edad Promedio De Inicio Del Consumo De Alcohol En Adolescentes Colombianos	54
Grafica 9. Porcentaje Consumo Diario De Frutas	56
Grafica 10. Prevalencia Actividad Física, Caminar Y Uso De La Bicicleta	59
Grafica 11. Cobertura útil de vacunación contra VPH y Hepatitis B	61
Grafica 12. Tasa de mortalidad ajustada por edad para cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres vs. Proporción de mujeres de 21 a 69 años con citología en el esquema 1-1-3	63
Grafica 13. Casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos vs. Mamografía entre los 50 a 69 años	65
Grafica 14. Proporción Casos Nuevos En Estadios Tempranos Para Cánceres De Mama, Colorrectal, Cuello Uterino Y Próstata Desde El Año 2015 Al 2019	67

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Consolidado de los indicadores	81
Anexo B. Normatividad	89

LISTA DE ABREVIATURAS

PDCCC 2012 – 2021. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021

OMS. Organización Mundial de la Salud

OPS. Organización Panamericana de la Salud

SISPRO. Sistema Integrado de Información de la Protección Social

DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

CSU. Subdivisión de Vigilancia del Cáncer

INC. Instituto Nacional de Cancerología

OIT. Organización Internacional del Trabajo

IARC. Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer

ASIS. Análisis de la Situación de Salud

OMC. Observatorio Mundial del Cáncer

ALH. ambientes 100% libres de humo

IPC. índice de precios al consumidor

PIB. producto interno bruto

CMCT. Convenio Marco para el Control del tabaco

SIVECAO. Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional

VPH. virus del papiloma humano

CAC. Cuenta de Alto Costo

LAP. Leucemia Aguda Pediátrica

RESUMEN

Introducción: Controlar el cáncer a nivel mundial representa un desafío en salud pública por carga de enfermedad, implicaciones sociales y económicas (1). En países desarrollados constituye la principal causa de muerte, y en países como Colombia emerge entre las primeras causas a medida que se envejece y mejoran las condiciones de vida. La atención del cáncer implica un alto costo para cada país, un reto de articulación de intervenciones individuales y colectivas. En 2020, Colombia registró 113.221 casos nuevos y 54.987 defunciones por cáncer (1); la Cuenta de Alto Costo estimaba 347.745 personas padeciendo este grupo de enfermedades (2). Producto de discusiones sectoriales y planificación estratégica con alcance nacional, la resolución 1383 de 2013 adoptó el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (PDCCC) periodo 2012-2021; este incluía componentes, metas e indicadores en 6 líneas estratégicas: 1) *control del riesgo (prevención primaria)*, 2) *detección temprana de la enfermedad*, 3) atención, recuperación y superación de los daños causados por cáncer, 4) mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, 5) gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer, 6) formación y desarrollo del talento humano (3). Evaluar la implementación de programas y políticas es fundamental en la planificación estratégica del sector, constituye el punto de partida de nuevas estrategias.

Objetivo: Evaluar la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, a partir de indicadores de las líneas estratégicas de control del riesgo y detección temprana de la enfermedad.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, basado en fuentes secundarias, para documentar el estado actual de avance del PDCCC 2012-2021, a partir de los indicadores recomendados en las líneas estratégicas 1 y 2 del plan; empleando fuentes de información de acceso público como el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), reportes del Ministerio, Instituto Nacional de Cancerología, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y publicaciones indexadas, se resumió información disponible. Se analizaron indicadores por líneas estratégicas, verificando nivel de avance en el cumplimiento del estándar definido. Se formularon recomendaciones para futuros escenarios de planificación. Además, Se complementó con información de ejercicio cualitativo realizado con actores del sector, en especial entidades territoriales.

Resultados: Se observa un grado intermedio de avance en implementación de las líneas 1 y 2 del PDCCC 2012-2021. Existen varias oportunidades de mejora en calidad y disponibilidad de información relevante, oportuna y pertinente. Se

evidencia mayor grado de avance en actividades de control del riesgo, seguidas de detección temprana y atención del cáncer. Se registra menor avance en actividades de las líneas estratégicas restantes las cuales corresponden a la atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer, Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer, Formación y desarrollo del talento humano. Existen barreras en la implementación del PDCCC y problemas de gobernanza en el ámbito territorial.

Conclusión: Es necesario analizar barreras territoriales de implementación como punto de partida para la planificación de un nuevo decenio. Se recomienda alinear metas, indicadores con fuentes de información disponible para el próximo PDCCC, permitiendo una evaluación objetiva de metas con información de calidad territorial. Se sugiere revisar líneas estratégicas a la luz de nuevas demandas y ajustarlas a las teorías para la atención oncológica y control del cáncer en la actualidad.

Palabras claves: Evaluación De Programa, Indicadores De Salud, Neoplasias, Promoción De La Salud, Salud Pública, Epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: Controlling cancer worldwide represents a public health challenge due to disease burden, social and economic implications (1). In developed countries it is the main cause of death, and in countries like Colombia it emerges among the first causes as people age and living conditions improve. Cancer care implies a high cost for each country, a challenge of articulation of individual and collective interventions. In 2020, Colombia registered 113,221 new cases and 54,987 deaths from cancer (1); the High Cost Account estimated 347,745 people suffering from this group of diseases (2). Product of sectoral discussions and strategic planning with a national scope, resolution 1383 of 2013 adopted the Ten-Year Plan for Cancer Control in Colombia (PDCCC) period 2012-2021; This included components, goals and indicators in 6 strategic lines: 1) risk control (primary prevention), 2) early detection of the disease, 3) care, recovery and overcoming damage caused by cancer, 4) quality improvement of life of cancer patients and survivors, 5) knowledge management and technology for cancer control, 6) training and development of human talent (3). Evaluating the implementation of programs and policies is fundamental in the strategic planning of the sector, it constitutes the starting point for new strategies.

Objective: Evaluate the implementation of the Ten-Year Plan for Cancer Control in Colombia 2012-2021, based on indicators of the strategic lines of risk control and early detection of the disease.

Materials and methods: Descriptive study, based on secondary sources, to document the current state of progress of the PDCCC 2012-2021, based on the indicators recommended in strategic lines 1 and 2 of the plan; using publicly accessible information sources such as the Integrated Social Protection Information System (SISPRO), National Administrative Department of Statistics (DANE), reports from the Ministry, National Institute of Cancerology, World Health Organization (WHO), Pan American Organization Health (PAHO) and indexed publications, available information was summarized. Indicators were analyzed by strategic lines, verifying the level of progress in compliance with the defined standard. Recommendations for future planning scenarios were made. In addition, it was complemented with information from a qualitative exercise carried out with actors in the sector, especially territorial entities.

Results: An intermediate degree of progress is observed in the implementation of lines 1 and 2 of the PDCCC 2012-2021. There are several opportunities for improvement in the quality and availability of relevant, timely and pertinent information. A greater degree of progress is evident in risk control activities, followed by early detection and cancer care. Less progress is recorded in activities of the remaining strategic lines, which correspond to care, recovery and overcoming damage caused by cancer, Improvement of the quality of life of patients and

survivors with cancer, Knowledge management and technology for the cancer control, training and development of human talent. There are barriers to the implementation of the PDCCC and governance problems at the territorial level.

Conclusion: It is necessary to analyze territorial implementation barriers as a starting point for planning a new decade. It is recommended to align goals, indicators with information sources available for the next PDCCC, allowing an objective evaluation of goals with territorial quality information. It is suggested to review strategic lines in light of new demands and adjust them to the theories for cancer care and cancer control today.

Keywords: Program Evaluation, Health Indicators, Neoplasms, Health Promotion, Public Health, Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud el “cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que afecta cualquier parte del organismo, también llamado tumores malignos o neoplasias malignas” (1). Una de las características del cáncer es la proliferación desregulada y rápida de células anormales de un tejido, en la mayoría de los casos extendiéndose más allá de sus límites normales, invadiendo órganos contiguos lo que se considera metástasis (2). El control del cáncer a nivel mundial es un desafío para la salud pública, por su carga de enfermedad, implicaciones sociales y económicas, siendo esta la principal causa de muerte en países desarrollados (1).

En Colombia el cáncer surge entre las principales causas a medida que su población envejece y se extiende la industria de alimentos. La carga del cáncer a nivel social es alta, su atención implica un alto costo para cada país, requiriendo la inversión de recursos económicos importantes en el sistema de salud. Por lo tanto, representa un reto de articulación de intervenciones individuales y colectivas con el objetivo de garantizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en todos sus niveles. En cuanto a los factores atribuibles al cáncer se han producido avances significativos en la prevención, como el abandono del tabaco, dieta saludable, vacunas y en detección temprana con la realización de pruebas de tamizaje (2).

Intervenir la situación del cáncer en Colombia es un reto, no hacer frente a los determinantes sociales que favorecen la presencia de factores de riesgo para su desarrollo, e impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno, llevan al sistema de salud a una crisis. Es importante articular necesidades reales de la población con políticas públicas enfocadas a la prevención y detección del cáncer, con el objetivo de brindar bienestar a los y las ciudadanas, mejorar las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer. Producto de discusiones sectoriales y planificación estratégica con alcance nacional, la resolución 1383 de 2013 adoptó el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (PDCCC) periodo 2012-2021; este incluía componentes, metas e indicadores en 6 líneas estratégicas (4), a su vez estuvo enmarcado en el Modelo para el Control del Cáncer en Colombia, propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de salud y Protección Social (5).

El objetivo de este proyecto es evaluar las líneas estratégicas 1 y 2 del PDCCC 2012-2021, con el fin mostrar el cumplimiento de sus metas, identificando avances y oportunidades de mejora a partir de los indicadores planeados. Por consiguiente los resultados de la evaluación del PDCCC, permitirán mejorar y proponer nuevas estrategias en el sistema de salud para la intervención del cáncer en la población colombiana, considerando políticas públicas acordes al contexto histórico-social del país.

1 JUSTIFICACIÓN

Es preocupante la situación del cáncer en el mundo a causa de la gran carga de enfermedad en los seres humanos que esta representa, sin distinción de edad, sexo, raza, género, y/o nivel socio-económico, también de la afectación a nivel emocional, económico de los pacientes, familiares y del sistema de salud que causa la atención del cáncer (3); según la página del Día Mundial contra el Cáncer el “coste económico anual total del cáncer es de alrededor de 1,16 billones de USD”; se estima que cada año 9,6 millones de personas mueren por cáncer, el 65% de estas muertes se presentan en países de rentas medias y bajas (7).

Según la Subdivisión de Vigilancia del Cáncer (CSU) por sus siglas en inglés, de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, para el 2020 en el mundo se estimó 19.292.789 casos nuevos de todos los tipos de cáncer, siendo el cáncer de mama el principal tipo de presentación con 2,26 millones de casos, en menos frecuencia el pulmonar, colorrectal, cáncer de próstata, de piel no melanoma y por último el cáncer gástrico con 1,09 millones de casos (1). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), estimó en la Región de las Américas 4 millones de personas diagnosticadas en 2020 con cáncer (8).

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo (1), la CSU estimó 9.958.133 muertes en todo el mundo para el año 2020 (9), de las cuales 1,4 millones fueron en la región de las Américas, siendo el cáncer en esta región como la segunda causa de muerte (7). Según la OMS en el 2020 la principal causa de muertes en el mundo por cáncer se atribuyó al tipo pulmonar con 1.8 millones, seguido del cáncer colorrectal con 935.000 muertes, el cáncer hepático con 830.000 defunciones, como cuarta causa el cáncer gástrico con 769.000 muertes, siendo el cáncer de mama con menos número de defunciones (685.000) pero con una alta tasa de mortalidad ajustada al sexo (1).

En Colombia, la Cuenta de Alto Costo entre el 2 de enero del 2019 y 1 de enero de 2020 reportó 347.745 personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer (prevalencia de 686,92 casos por cada 100.000 habitantes). En 2020 el Observatorio Global del Cáncer de la OMS, estimó para Colombia 113.221 casos nuevos de cáncer, lo que representa una tasa de incidencia de 222,5 casos por 100.000 habitantes (9); entre los principales cánceres de mayor a menor incidencia se encuentran el cáncer de mama, próstata, colorrectal, estómago, pulmón, tiroides y cáncer de cuello uterino, en cuanto al cáncer infantil a pesar de baja ocurrencia también han sido muy relevantes para las políticas nacionales(9).

Las estadísticas actuales del cáncer reafirman que es un problema de salud pública por su frecuencia y tendencia al aumento en cuanto a su incidencia y morbimortalidad, por ende es prioridad intervenir este problema mediante la

promoción de la salud, para esto es importante que exista gobernanza territorial y estrategias basadas en evidencia científica para el control de la enfermedad, encaminadas a la reducción de factores de riesgo atribuibles al cáncer y a la generación de nuevo conocimiento científico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, disminuir el impacto económico y retraso en el desarrollo social que esta enfermedad ocasiona, ya que según la OMS “entre el 30% y el 50% de los cánceres se pueden evitar” (1).

En consecuencia a nivel nacional se han desarrollado varias intervenciones de salud pública para el control del cáncer. En el año 2006 el Instituto Nacional de Cancerología (INC) publicó el Modelo para el control del cáncer en Colombia, el cual establece actividades de forma organizada para disminuir la carga de esta enfermedad en el país, dicho modelo fue el fundamento teórico para la creación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, alineado a su vez con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La vigilancia, investigación y análisis de la situación del cáncer son ejes fundamentales en el Modelo para el control del cáncer ya que permiten plantear acciones basadas en conocimiento científico que orientarán la solución del problema (4).

La creación del PDCCC 2012-2021 surge en respuesta a la problemática de Salud Pública que el cáncer ha causado, basado en instrumentos internacionales vinculantes y no vinculantes orientados al control del cáncer, impulsados por la Organización Mundial de la salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y acuerdos multilaterales sobre factores de riesgo para cáncer, como el tabaquismo, alcohol, exposición a carcinógenos ocupacionales, infecciones, la obesidad y los determinantes que conllevan a ella. Muchas de las intervenciones del PDCCC fueron reforzadas por legislación con la Ley 1384 de 2010, también conocida como ley Sandra Ceballos modificada recientemente por la ley No. 2194 de 2022. En el marco del sistema de salud colombiano se observa la obligación del estado de garantizar el derecho a la salud, la correcta y oportuna prestación de servicios consagradas en la Constitución Política y los desarrollos legislativos de la Corte Constitucional, Ley estatutaria 1715 de 2015 y Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional de Colombia (4).

En los últimos 10 años la evaluación de programas de salud ha tenido una aplicación creciente en el mundo, permitiendo un ejercicio de rectoría para los estados, con el fin de organizar seriamente su sistema de salud y llevarlo a cabo. Por medio de las evaluaciones se obtiene información de las acciones y resultados alcanzados por el sistema de salud, garantizando que los objetivos estratégicos propuestos en los programas se puedan alcanzar. El seguimiento y evaluación de los programas de salud pública en Colombia son necesarios para generar conocimiento sobre su impacto, continuar, mejorar y proponer nuevas estrategias de intervención para la promoción de la salud, con el objetivo de lograr el goce pleno de salud física y mental de los colombianos.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es considerado un problema de salud pública ya que representa gran parte de la carga de enfermedad a nivel mundial y una de las principales causas de muerte en el mundo, según la OMS cerca de 10 millones de fallecimientos se registraron en 2020 (1), en consecuencia el cáncer genera efectos negativos a nivel social, económico y emocional en las personas que lo padecen (4). Esta situación descrita no es ajena a Colombia, en 2020 se registró 113.221 casos y 54.987 defunciones por cáncer; la Cuenta de Alto Costo estimaba 347.745 personas padeciendo cáncer para el periodo comprendido entre enero del 2019 a enero del 2020 (3). Las estadísticas de cáncer en el país tienen un comportamiento creciente, esta enfermedad emerge entre las primeras causas de muerte a medida que envejece la población y mejoran las condiciones de vida, es por ello que el control del cáncer representa un desafío para la salud pública de Colombia dados sus efectos en la salud de la población, el alto costo que su atención representa para el país, y los retos en la articulación de intervenciones individuales y colectivas que impone a nuestro fragmentado sistema.

Producto de discusiones sectoriales y planificación estratégica con alcance nacional, la resolución 1383 de 2013 adoptó el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (PDCCC) periodo 2012-2021; este incluye componentes, metas e indicadores en 6 líneas estratégicas: 1) control del riesgo, 2) detección temprana, 3) atención, recuperación y superación del cáncer, 4) mejoramiento calidad de vida pacientes y sobrevivientes, 5) gestión del conocimiento y la tecnología, 6) formación y desarrollo del talento humano (4). Dado la existencia del plan y considerando que el periodo propuesto para su implementación ha finalizado, se requiere una evaluación que permita observar el alcance de las metas planteadas en él, sin embargo, hasta el momento no existe una evaluación formal e independiente del PDCCC 2012-21 a pesar de la importancia que tendría para el país, es por ello que nace la necesidad de revisar el grado de avance en la Implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021, a partir de indicadores de las líneas estratégicas 1 y 2.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, a partir de indicadores de las líneas estratégicas de control del riesgo y detección temprana de la enfermedad.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las intervenciones de prevención primaria sobre los factores de riesgo atribuibles y modificables para el cáncer priorizados por el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.
- Analizar el progreso de las actividades dirigidas a la detección temprana del cáncer y su cobertura en los grupos poblacionales priorizados por el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, (IARC, por sus siglas en inglés) proyecta para el año 2020 un incremento del 50% de los casos nuevos por cáncer (10). Los datos registrados por el Observatorio Mundial del Cáncer para el 2020 reportan 19.292.789 casos nuevos a nivel mundial (9), evidenciando un incremento aproximadamente del 27% de los casos nuevos, según los 15 millones reportados en el año 2000 (10). En cuanto a la situación de Colombia las estadísticas no son ajenas a presentar datos altos, se registró 113.221 casos nuevos para el 2020, observando el cáncer como una carga creciente en la población, en el que hoy mueren anualmente casi de 50.000 colombianos (9).

Las estadísticas anteriores plasman la problemática de salud pública que genera el cáncer por su gran magnitud, además, dicha situación indica que la mayoría de las personas estarán afectadas por esta enfermedad, ya sea desde la condición de pacientes, familiares o amigos, y por otro lado origina efectos negativos a nivel socio-económico (10). Sin embargo, es necesario mencionar que el 30% de los casos por cáncer son evitables, sumado a esto la innovación en tecnología biomédica y pruebas moleculares para el diagnóstico oportuno, y, avances en el tratamiento, han permitido aumentar la esperanza de vida en la población y disminuir el impacto en salud pública que el cáncer a generado (10).

Los avances para el diagnóstico y tratamiento del cáncer que permiten la prevención, cura o paliación de la enfermedad, solo serán efectivos en la medida que se abarque el problema de manera integral, y la oportunidad de accesibilidad de estas tecnologías en la población afectada (10). Para obtener resultados óptimos a nivel poblacional los avances mencionados deben ir enmarcados en estrategias bien definidas y en estructuras necesarias para que dichas estrategias propuestas sean una realidad (10).

Para el año 2006, el Ministerio de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y con la participación de entes territoriales, representantes de la academia, grupos de investigación, profesionales del área de oncología, representantes de Empresas promotoras de Salud y de Instituciones Prestadoras de Servicios, y grupos de abogacía de las principales ciudades del país; publica el Modelo para el Control del Cáncer en Colombia, documento que evidencia la gran necesidad de trabajar con mayor integración la prevención, el tratamiento, rehabilitación y el cuidado paliativo, además, define las estrategias necesarias para el control del cáncer las cuales se deben articular con trabajo intersectorial, con el propósito de que los planes de salud pública se extiendan a toda la población colombiana (10).

Dicho modelo se considera haber sido el fundamento teórico para la elaboración del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (PDCCC) 2012-2021 (4). A partir del modelo el Instituto Nacional de Cancerología, ha elaborado otros tres documentos técnicos con el fin de ejercer el control del cáncer de forma eficaz, abordando los diferentes ángulos necesarios para su implementación (4):

- Movilización social para el control del cáncer.
- Guía para la comunicación educativa en el marco del control del cáncer.
- Guía de análisis de situación de cáncer.

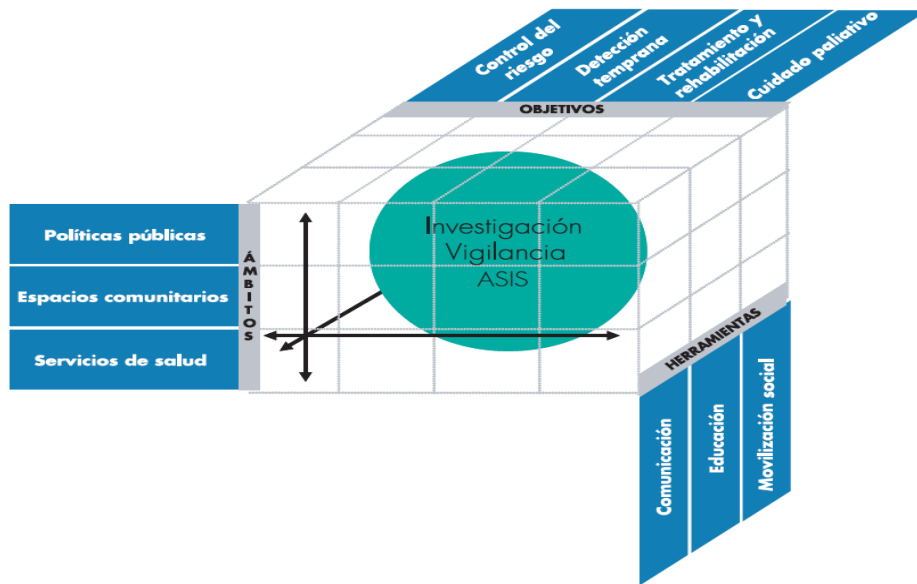
En el 2009 se elaboró la primera versión del Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia (2010-2019), este nace alrededor de una coyuntura particular del Sistema de Salud en Colombia, acorde con los marcos conceptuales, contexto político y normativo (4). Ante la escisión del anterior Ministerio de Protección Social y la reestructuración del Ministerio de Salud y protección Social (Ley 1444 y decreto 4107 del 2011), se genera la conformación de la Dirección de Promoción y prevención, la subdirección de Enfermedades No Transmisibles y en consecuencia la creación del grupo funcional para el abordaje del cáncer (4). Además, se da la reestructuración del Instituto Nacional de Salud el cual provoca la organización del equipo de trabajo responsable de la gestión del conocimiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles; los acontecimientos mencionados generan la consolidación y actualización del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2021, y, este es adoptado por la resolución 1383 de 2013 (4).

En cuanto a estudios sobre evaluaciones o análisis realizados a los componentes propuestos en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (PDCCC), se encontraron dos documentos. En el 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social publica un informe sobre el avance de las metas del Plan de Salud Pública 2012-2021, informe realizado para los períodos 2012-2019 (11). Según los indicadores establecidos para el control del cáncer en Colombia, en dicho informe se reportan datos de los componentes del tabaco enfocados en la herramienta MPOWER de la Organización Mundial de la Salud, alcohol, promoción del consumo de frutas y verduras, promoción de la actividad física, datos sobre Leucemia Aguda Pediátrica y, además, se hace reporte del comportamiento de las tasas de mortalidad del cáncer de mama, cuello uterino, próstata y cáncer gástrico (11).

También para el 2020, se publica un artículo titulado Implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y la Prevención del Cáncer en Colombia, donde analiza las acciones planteadas por el PDCCC 2012-2021 para la reducción del tabaquismo y su correlación con las disposiciones en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, reportando la información disponible de la herramienta MPOWER (14).

4.1.1 Modelo Para El Control Del Cáncer En Colombia. El modelo propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología (INC) en el año 2006, es la respuesta a la necesidad de intervenir de forma integral el problema del cáncer en Colombia; define el control del cáncer como el conjunto de actividades que orientan a disminuir la carga de la enfermedad en la población colombiana (4). El modelo plantea la integración de acciones y los niveles de intervección necesarios para el control del cáncer; este se constituye de componentes y relaciones, los cuales se plasman en el siguiente esquema (4):

Grafica 1. Modelo para el control del cáncer en Colombia



Fuente: seguir tomada del documento Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021

El modelo para el control del cáncer en Colombia, tiene como ejes centrales la investigación, vigilancia de los eventos de salud y el Analisis de la Situación de Salud (ASIS), estos ejes tienen como objetivos el control del riesgo, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, y cuidado paliativo; estos objetivos se desarrollaran en hambitos de políticas públicas, espacios comunitarios y servicios de salud, mediante herramientas como la comunicación, educación y movilización social.

Este modelo es el esquema teórico que describe las relaciones básicas entre conceptos, funciones y procesos dentro de la estructura que debe tener toda intervención enfocada al control del cáncer, sin embargo, no es una camisa de fuerza para el desarrollo de actividades en otras instituciones del país (4).

4.1.2 Guía para el análisis de la situación (ASIS) del cáncer. En el 2011 el INC suministra al país la Guía para el Análisis de la Situación del Cáncer, como herramienta para las entidades territoriales y las EAPB. Esta guía contribuye a la elaboración de programas, planes y proyectos específicos para el control del cáncer, además, permite análisis exhaustivos como la medición de inequidades, identificar problemas y necesidades en cáncer, así como las respuestas sociales que se dan dentro de un determinado contexto histórico (13). Se considera que el análisis de situación es el punto de partida para elaborar estos planes y formular metas específicas (13).

La guía para ASIS de cáncer contempla las siguientes tareas:

- Evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país, y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios (13).
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud (13).
- El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de interés o de mayor riesgo (13).
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud (13).
- La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida (13).
- El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores y los ciudadanos (13).

4.1.3 Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021. El plan tiene como propósito establecer en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública, en aras de movilizar la acción del estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial e individual ante la situación del cáncer en el país (12). En este se plantea que la respuesta social se debe agrupar en tres grandes sectores, el ámbito político, ámbito comunitario y sociedad civil y tercero los servicios de salud (4). Este plan incluía componentes, metas e indicadores en 6 líneas estratégicas: 1) *control del riesgo (prevención primaria)*, 2) *detección temprana de la enfermedad*, 3) atención, recuperación y superación de los daños causados por cáncer, 4) mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer, 5) gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer, 6) formación y desarrollo del talento humano (4).

En cuanto a la evaluación de la Implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, que se hace en este proyecto, se tomaron las líneas estratégicas 1 y 2 para la recolección del estado actual de sus indicadores propuestos. El control del riesgo (prevención primaria) y la detección temprana de la enfermedad (prevención secundaria) permiten conocer la carga del cáncer y la presencia de los factores de riesgo atribuibles a esta enfermedad en los colombianos, además, generan indicadores que tienen impacto en la mortalidad de la población, son el punto de partida para la promoción de la salud en población considera sana. En la siguiente imagen se hace un esquema estructural de dichas líneas estrategias a evaluar presentes en el plan (4).

Tabla 1. Estructura conceptual PDCCC 2012-2021, líneas estratégicas 1 y 2.

PLAN DECENAL PARA CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA 2012 -2021	
Línea estratégica 1 Control del riesgo (Prevención primaria)	Línea estratégica 2 Detección temprana de la enfermedad
COMPONENTES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tabaco ✓ Alcohol ✓ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable ✓ Actividad física ✓ Carcinógenos ocupacionales ✓ Exposición a radiación solar ultravioleta ✓ Protección específica (vacunación) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cáncer de cuello uterino ✓ Cáncer de mama ✓ Cáncer de próstata ✓ Cáncer colorrectal ✓ Cáncer infantil
METAS / INDICADORES	
AMBITOS DE ACCION: <u>POLÍTICAS PÚBLICAS – ESPACIOS COMUNITARIOS – SERVICIOS DE SALUD.</u>	

Fuente: datos tomados del documento PDCCC, 2012-2021

4.2 EL CÁNCER Y SU SITUACIÓN

Las neoplasias malignas o genéricamente llamadas cáncer, representan en conjunto un espectro de enfermedades, caracterizadas por el crecimiento celular anormal, la pérdida del equilibrio y arquitectura del tejido afectado, en otras palabras se generan cambios en los genes que regulan el funcionamiento de las células específicamente en su formación y multiplicación (13). El cáncer es un término que describe una forma más avanzada del crecimiento celular que implica invasión y destrucción de tejidos, siendo un proceso propio y progresivo que puede terminar en una enfermedad sistémica y en muerte de quien la padece (14).

Respecto al origen del cáncer, se considera que es una enfermedad multifactorial en la que se producen cambios epigenéticos (15). Dichos cambios se dan por múltiples motivos, de los cuales se les atribuyen varios factores de riesgo que predisponen al desarrollo del cáncer, como son el medio ambiente, la exposición a sustancias nocivas principalmente el tabaco y alcohol por su gran consumo en la población mundial, alimentos procesados, la exposición a rayos ultravioleta o radiación en ambientes laborales, enfermedades infecciosas de origen viral o bacteriano, además, la falta de una dieta equilibrada y ejercicio (15). Estos son factores de riesgo que la medicina basada en la evidencia ha demostrado como causas principales en el desarrollo del cáncer en los individuos, al mismo tiempo se considera que son factores de riesgo que van ligados a otras condiciones sociales que predisponen su aparición y permanencia en la población.

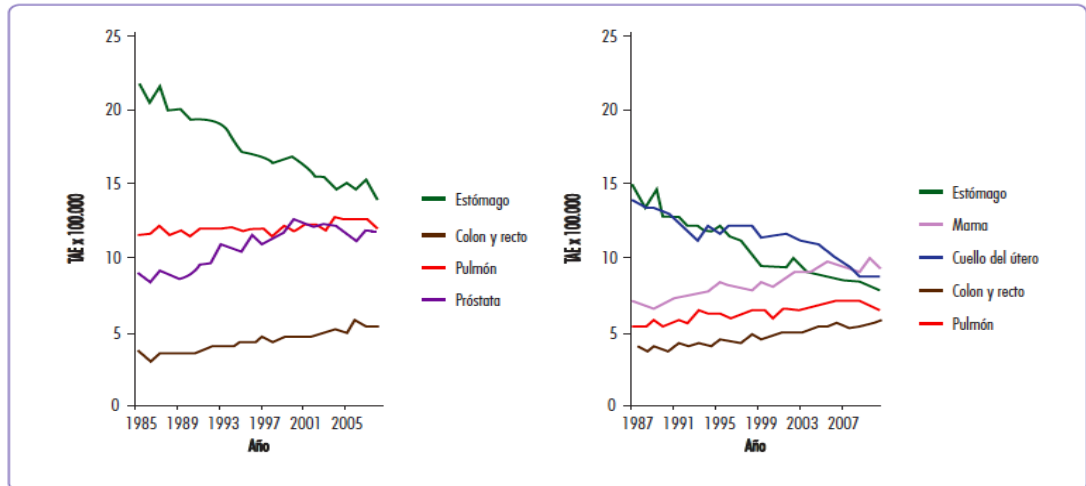
4.2.1 Situación Del Cáncer En Colombia. El cáncer es un problema que representa un reto para la salud pública del país, para conocer el estado actual de esta enfermedad se debe partir por explicar su situación epidemiológica, estimar cuáles son los determinantes sociales implicados en el desarrollo del cáncer y, además, exponer cuáles fueron las acciones realizadas a nivel social para afrontar la problemática desde el sistema de salud y los prestadores de servicios que brindan atención a pacientes con patología oncológica, por otro lado es importante determinar qué políticas públicas y programas nacionales aportan para la situación del cáncer en el país (4).

4.2.1.1 Epidemiología del Cáncer al inicio del PDCCC, 2012-2021. En Colombia, según datos registrados en los periodos 2000-2006 hubo 70.887 casos nuevos de cáncer por año (4). En el 2010 se presentaron 33.450 muertes por cáncer, con una tasa cruda de mortalidad de 72.9 por cada 100.000 hombres y 74.1 por cada 100.000 mujeres (4).

En hombres las principales causas de muerte por cáncer se presentaron por cáncer de estómago, pulmón, próstata, colon y recto (4). En las mujeres el cáncer de cuello uterino, mama, estómago y pulmón se registraron como las principales causas de

muerte (Gráfica 2), sin embargo, se ha observado una tendencia a la disminución de muertes por cáncer de cuello uterino siendo un resultado alentador para la salud pública del país. En niños el cáncer representa menos del 3% de los casos reportados (4).

Gráfica 2. Tendencias mortalidad por tipos de cáncer según sexo, Colombia, 1985 a 2008



Fuente: gráfica tomada del documento PDCCC, 2012-2021.

La grafica de la izquierda representa la tasa de mortalidad por cada 100.000 hombres, por los principales tipos de cáncer por cuatrienios a partir de 1985 hasta el 2005, el cáncer de estomago con una tasa de mortaldiad de aproximadamente 14 por 100.000 hombres con una tendencia al descenso, el cáncer de pulmón con una tasa de mortalidad aproximada de 12 por 100.000 hombres con una tendencia constante en el tiempo, el cáncer de próstata tiene una tasa de mortalidad de 12 por 100.000 hombres con un comportamiento de aumento en el tiempo, y el cáncer de colon y recyo representa una tasa de mortalidad de 6 por 100.000 hombres con tendecia en el tiempo al aumento. La gráfica de la derecha representa la tasa de mortalidad por cada 100.000 mujeres por cuatrienios a partir de 1987 hasta el 2007, el cáncer de mama representa una tasa de mortalidad de aproximadamente 10 por cada 100.000 mujeres con tendencia al aumento, el cáncer de cuello del útero tiene tasa de mortaldiad aproximada a 9 por 100.000 mujeres, tasa de mortalidad del cáncer de estomago de 8 por cada 100.000 mujeres, cáncer de pulmón con una tasa de mortalidad aproximada de 7 por 100.000 mjueres, y la tasa de mortalidad por cáncer de colon y recto es de 6 aproximadamente por cada 100.000 mujeres con tendencia al aumento.

4.2.1.2 Epidemiología Actual Del Cáncer En Colombia. Según datos registrados por el Observatorio Mundial del Cáncer (OMC), para el año 2020 en Colombia se estimó por todos los tipos de cáncer 113.221 casos nuevos, siendo el cáncer de mama con mayor número de casos nuevos (15.509), seguido del cáncer de próstata con 14.460 casos, en tercer lugar se presenta el cáncer colorrectal con 10.783 casos nuevos, en cuanto al cáncer de estómago se registraron 8.214 casos nuevos, seguido de estos, de manera decreciente se presentan el cáncer de pulmón, tiroides y de cuello uterino (9).

En relación con la mortalidad por cáncer registrada en Colombia para el año 2020 por el OMC, se presentaron 54.987 muertes (9). En la siguiente tabla se observan los datos de la mortalidad registrada por los principales tipos de cáncer que se presentan en la población colombiana durante el 2020 (9):

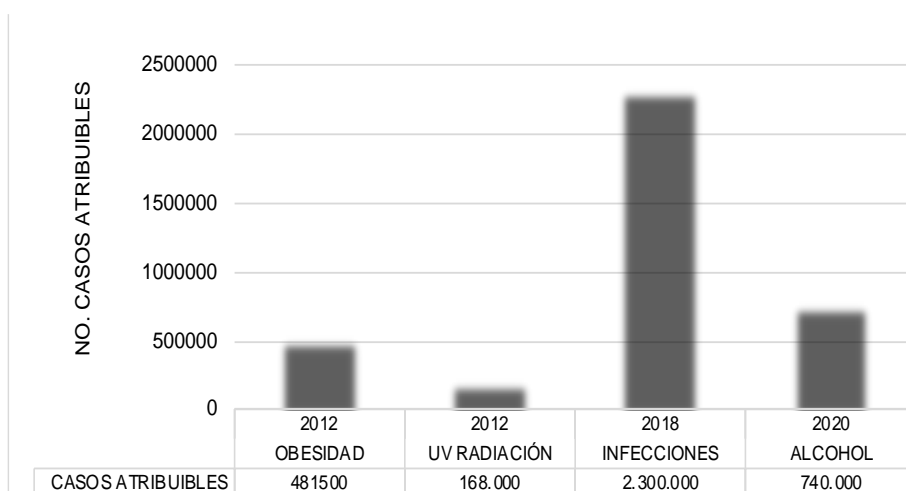
Tabla 2. Mortalidad en Colombia por cáncer, año 2020

Tipo de cáncer	Número de muertes	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad
Cáncer de estómago	6.451	9.9
Cáncer de pulmón	6.090	9.2
Cáncer colorrectal	5.417	8.2
Cáncer de mama	4.411	13.1
Cáncer de próstata	3.846	11.9
Cáncer de páncreas	2.638	4.0
Cáncer de cuello uterino	2.490	7.4

Fuente: datos tomados de GLOBOCAN 2020. Producción de gráficos: IARC (<http://gco.iarc.fr/today>). Organización Mundial de la Salud.

4.2.2 Factores De Riesgo Asociados Al Cáncer. El libro de fundamentos de salud pública, en el capítulo de concepto de causa, medición de riesgo y su aplicación, define el riesgo como la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno epidemiológico en población sana, es decir, la probabilidad de que suceda un evento no favorable (4). Dicha probabilidad (riesgo) esta influenciada por fenómenos que tienen una naturaleza física, química, orgánica o psicosocial. En otras palabras estos fenómenos son llamados factores de riesgo, los cuales aumentan la probabilidad de enfermar (4). En cuanto a los casos nuevos y casos de muerte por cáncer, se le atribuyen factores de riesgo ambientales y de estilo de vida, conocidos como el tabaco, alcohol, la obesidad, la dieta desequilibrada, infecciones, hereditarios, entre otros (4). En la siguiente tabla se observan estadísticas mundiales, de las diferentes causas que se le atribuyen al cáncer tomadas del Observatorio Mundial de Cáncer (9):

Grafica 3. Número De Casos De Cáncer En El Mundo Atribuidos A Los Principales Factores De Riesgo



Fuente: datos tomados de Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer 2022

Representación de los números de casos de cáncer en el mundo atribuidos a los diferentes factores de riesgo; en el año 2012 a la obesidad se le atribuye 482.500 casos de cáncer, al factor de riesgo de radiación ultravioleta se le atribuye 168.000 casos de cáncer; en el 2018 a las infecciones se les atribuye 2.300.000 casos de cáncer; y en el año 2020 se le atribuye 740.000 casos de cáncer al alcohol.

En el caso de Colombia se presentan determinantes que favorecen a la presencia de los factores de riesgo mencionados anteriormente, lo cual puede aumentar el riesgo de la aparición de cáncer en la población colombiana, además, sumado a esto los cambios que ha vivido el país en aspectos demográficos como es la

evidencia del aumento de la población adulta mayor, lo que predispone al establecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles como es el cáncer (4).

Grafica 4. Porcentaje De Casos De Cáncer Atribuibles A Los Principales Factores De Riesgo En Colombia.



Fuente: datos tomados de Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer 2022

Representación del porcentaje de casos de cáncer en Colombia atribuidos a los diferentes factores de riesgo; en el año 2012 a la obesidad se le atribuye el 3,5% de casos de cáncer, al factor de riesgo de radiación ultravioleta se le atribuye 6,1% de casos de cáncer; en el 2018 a las infecciones se les atribuye 13,3% de casos de cáncer; y en el año 2020 se le atribuye el 6,89% de casos de cáncer por alcohol

4.3 INDICADORES DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA

Un indicador de salud se define como una medición o estimación con cierto grado de imprecisión, que resume la información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y desempeño de un sistema de salud (16). Es por ello que el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, establece de acuerdo a la evidencia existente los indicadores necesarios para el control del cáncer, permitiendo conocer el comportamiento y estado actual de estos en la población colombiana. Cada indicador se clasifica en niveles de acuerdo con el objetivo que busca cumplir, estos se consideran de resultado, gestión, proceso e impacto (4). El plan cuenta con múltiples indicadores que dan a conocer la situación de promoción de la salud encaminada al control del cáncer, planteando indicadores que miden componentes para la prevención primaria (línea estratégica 1) y prevención secundaria (línea estratégica 2), también abarca cuatro líneas estratégicas más cada uno con sus indicadores correspondientes (4).

4.4 LA SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL DEL CÁNCER

Según una referencia adaptada del informe Acheson, Londres, 1988, la salud pública se considera como la *“ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”* (17).

Respecto a la situación del cáncer, su comportamiento en la sociedad se ha considerado un problema de salud pública, debido a la gran carga de enfermedad que representa en la población y en consecuencia las implicaciones negativas que genera en diferentes ámbitos como la familia, el sistema de salud, economía entre otros (4). Por lo anterior nace la necesidad de intensificar la promoción de la salud para prevenir el cáncer y prolongar la vida de las personas con condiciones dignas, sin embargo, se considera que para lograr esto se requiere de intervenciones organizadas de la sociedad partiendo desde la voluntad política, por ende, es tarea inherente de la salud pública proponer estrategias dirigidas a solucionar dicho problema.

4.5 CONTROL DEL CÁNCER

La Promoción de la Salud en la carta de Ottawa se considera como un proceso político y social global, que permite a las personas aumentar el control sobre los determinantes de su salud, el cual abarca no solamente acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también dirigidas a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas con el objetivo de disminuir su impacto no favorable en la salud pública e individual (17).

En cumplimiento a lo conceptualmente descrito, el Plan Decenal para el Control del Cáncer, es una estrategia nacida desde un proceso político y social, con el objetivo de proponer actividades necesarias para la promoción de la salud que logren un control eficaz del cáncer en Colombia. Este plan incluye diferentes estrategias en los niveles de prevención de la enfermedad y su implementación en los diferentes territorios del país se entiende como una estrategia de promoción de mejores condiciones de salud para la población.

4.5.1 Línea Estrategia 1, Control Del Riesgo (Prevención Primaria). La prevención primaria se considera como la acción dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, mediante la intervención de los factores de riesgo identificables en los individuos y poblaciones que predisponen a la aparición de la enfermedad; con el objetivo de lograr control, reducir o abolir dichos factores (17). De acuerdo con lo anterior, la medicina basada en la evidencia ha dado a conocer la asociación de factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, obesidad, infecciones, exposición a radiación UV, carcinógenos ocupacionales, entre otros como factores atribuibles al cáncer, es por ello que el Plan Decenal en su línea estratégica 1 marca metas enfocadas al control del cáncer desde la prevención primaria, proponiendo indicadores que midan el estado actual de los factores de riesgo desde los ámbitos de políticas públicas, comunitario y servicios de salud (4).

4.5.2 Línea Estrategia 2, Detección Temprana De La Enfermedad (Prevención Secundaria). Se define la prevención secundaria como la acción encaminada a la detección precoz de la enfermedad, con el objetivo de detener la progresión de esta, evitar su cronicidad o retardar su desenlace final (17). En cuanto a las metas establecidas en el PDCCC 2012-2021 para la detección temprana de la enfermedad, este propone indicadores que estiman la carga de morbilidad, mortalidad y comportamiento del cáncer en los colombianos, permitiendo reconocer la situación actual de esta patología, para en el futuro estimar el alcance de actividades encaminadas al aumento de la detección precoz del cáncer, considerando que la prevención secundaria tiene un impacto positivo en la mortalidad. Los cánceres que se priorizan en esta línea estratégica son cáncer de mama, cuello uterino, próstata, colorrectal y Leucemia Pediátrica Aguda.

4.6 PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA, 2012-2021, COMO POLÍTICA Y PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA

Se considera que una política de salud es una directriz oficial de la institucionalidad específicamente del gobierno, en donde define las prioridades y parámetros para la actuación frente a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y otras presiones políticas, permitiendo la prestación de servicios y programas de salud (17).

En el contexto de políticas públicas Colombia por medio de la Ley 1384 del 2010 en su artículo 5, establece las acciones para la atención integral del cáncer en el país, declarando el cáncer como una enfermedad de interés público y prioridad nacional (18). Lo anterior es en respuesta a la función que tiene el Ministerio de Salud y Protección Social de formular la política, dirigir, orientar y adoptar planes, programas y proyectos en materia de salud entre otras, por ende el PDCCC 2012-2021 se establece como una política de salud en Colombia, adoptándose por medio de la Resolución 1383 del 2013 de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema general de Seguridad Social en Salud, SGSSS(18). En dicho plan se

determinan las acciones de promoción de la salud mediante el control del riesgo, prevención de la enfermedad con actividades como la detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer necesarias para su control, articulando dichas políticas con los acuerdos internacionales (18).

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, además, de ser una política, su naturaleza es ser un programa de salud pública que establece acciones organizadas en salud para el control del cáncer (18).

4.6.1 Evaluación del PDCCC, 2012-2021. El Ministerio de Salud y Protección Social, además, de formular y adoptar programas, debe evaluar las estrategias de promoción de la salud (18). Se considera que la evaluación de un programa de salud pública es la recolección sistemática de información sobre actividades, características y resultados de un programa de salud, con el objetivo de realizar observaciones, mejorar su efectividad y proponer recomendaciones a dicho plan para iniciativas futuras (19).

Para la evaluación de un programa se establecen seis pasos (19):

- Involucrar a los actores principales
- Describir el programa
- Diseñar la evaluación
- Recolectar la información
- Justificar las conclusiones
- Asegurar su uso y compartir las lecciones aprendidas.

En cuanto a considerar que tipo de diseño de evaluación es el más adecuado, su selección dependerá de la complejidad de las actividades del programa y las necesidades de información que requieren los diferentes actores involucrados (19). Se consideran tres tipos de diseños (19):

- Experimental
- Cuasi – experimental
- Observacional

Dadas las distintas iniciativas que proponen los programas, las evaluaciones experimentales y cuasi-experimentales no suelen ser las más apropiadas, además, considerando el tiempo como variable inamovible en dichos diseños, requiriendo

varios años para lograr resultados (19). En consecuencia, se consideran realizar evaluaciones con *diseños alternativos* más sencillos, como un antes y después, evaluaciones rápidas, estrategias cualitativas, estudios de caso, revisión de documentación, datos administrativos, entre otras opciones que permitan la recolección sistemática de la información y análisis de los resultados (19).

El PDCCC 2012-2021 propone en su metodología la evaluación y monitorización de sus actividades, realiza un esquema donde establece 6 líneas estratégicas, cada una con metas que serán medidas por medio de indicadores de resultado, gestión, proceso e impacto, los cuales serán monitorizados con una periodicidad establecida (4). En esta evaluación de la implementación del PDCCC 2012-2021 se considera pertinente un diseño alternativo para la recolección de los datos disponibles de sus indicadores propuestos, específicamente de las líneas estratégicas 1 (control del riesgo) y 2 (detección temprana de la enfermedad), requiriendo de la revisión de estadísticas y documentos que brinden información sobre el estado actual de ellos (4).

5 MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO

5.1 MARCO POLÍTICO

A nivel mundial las políticas enfocadas en el cáncer tienen como propósito la elaboración, implementación, evaluación y actualización de estándares, objetivos y modelos de atención enfocados en el control de riesgo, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo (4). Estas políticas también han sido planteadas bajo el principio de equidad (4).

Las políticas y los planes nacionales utilizados para la creación del plan fueron los siguientes (4):

- Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014
- Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010
- Política Pública Nacional de Discapacidad
- Metas estratégicas de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2015)
- Política Nacional de Juventud 2005 – 2015
- Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva (2003)
- Política Nacional de Seguridad alimentaria y Nutricional
- Plan de Acción Mundial de Salud de los trabajadores 2008-2017

Plan Decenal del deporte, la recreación, la educación y la actividad física para el desarrollo humano, la convivencia y la paz 2009-2019.

5.2 MARCO NORMATIVO

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, se formuló bajo el marco legal y normativo de la base internacional que se caracteriza de contar con instrumentos internacionales vinculantes y no vinculantes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (10). En cuanto a la base normativa nacional el plan se formula a partir de la Constitución Política Colombiana de 1991 (4).

5.2.1 Instrumentos Internacionales Vinculantes Más Importantes En Colombia Introducidos En Su Legislación Interna Enfocados En El Control Del Cáncer (4)

- Convenio 136 de 1971 sobre benceno, regula las actividades laborales que comprenden el trabajo con benceno.
- Convenio 139 de 1974 acerca de cáncer profesional.
- Convenio 160 de 1985 referente a la información y notificación de las condiciones laborales.
- Convenio 161 de 1985 respecto a los servicios de salud en el trabajo.
- Convenio 162 de 1986 sobre utilización del asbesto.
- Convenio 170 de 1990, se refiere a los productos químicos.
- Convención de los derechos de los niños, 2 septiembre de 1990.
- Declaración del Milenio. ONG, 2000.
- Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, 2001.
- Convenio Marco de la OMS para en control del tabaco, 2003.

6 DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo por medio de la evaluación de un programa de salud pública, se realizó una combinación de estos debido a que el plan a evaluar cuenta con acciones organizadas en salud pública a partir de metas, con indicadores tanto de resultado como de proceso; con un diseño alternativo en donde se hizo revisión de documentación disponible.

6.2 LUGAR DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en Colombia de manera sistemática con datos disponibles de la población colombiana, debido a que este estudio corresponde a la evaluación de la implementación del Plan Decenal Para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 - 2021 a partir de sus indicadores no detallados por regiones y documentación de su estado actual.

6.3 POBLACIÓN

Se obtuvieron datos estadísticos de la población colombiana e información sobre el estado de la implementación de actividades propuestas en el PDCCC, 2012 -2021.

6.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se hizo mediante fuentes secundarias, documentando el estado actual de avance del PDCCC a partir de indicadores recomendados en el plan.

Se hizo registro y consolidación de los datos obtenidos en una tabla diseñada que incluye las 2 primeras líneas estratégicas del PDCCC 2012-2021, con sus respectivos componentes a evaluar por medio de indicadores y metas que estableció el plan, se realizó registro del nivel de avance de las metas estandarizadas por año, a partir del 2012 hasta el 2021. La recolección de la información la hizo la investigadora(o) a cargo.

6.5 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento utilizado para la recolección de información se tomo a partir de la tabla ya existente en el apartado Evaluación y seguimiento al Plan De Decenal para

el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021, el cual presenta de forma organizada y completa los indicadores y metas que estableció el plan.

6.6 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Se realizó tabulación electrónica de la información en una tabla diseñada según los indicadores de evaluación y seguimiento que el Plan Decenal estableció para el monitoreo de las metas ya estandarizadas. Se hizo registro de los datos obtenidos de fuentes secundarias a partir del año 2012 al 2021 según su disponibilidad.

6.7 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información usadas fueron de acceso público como Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), Departamento Administrativo Nacional de estadísticas (DANE), reportes del Ministerio, Instituto Nacional de Cancerología, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y publicaciones indexadas.

6.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El tipo de estadística utilizada fue descriptiva la cual ya estaba establecida por el PDCCC 2012-2021 por medio de los indicadores ya generados por las diferentes fuentes de acceso público. Datos suministrados por informes, estudios y encuestas poblacionales en los que se usa estadística descriptiva pro medio de frecuencias, promedios , tasas de morbimortalidad y porcentajes.

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Evaluar la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 - 2021, a partir de sus indicadores. En cuanto a las consideraciones éticas según la normatividad internacional este proyecto se acoge con:

- Los principios establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos se aplican en el proyecto a partir de la libertad y el derecho a la participación del autor en investigación y difusión del conocimiento producido, en los siguientes artículos (43):

“Artículo 19. Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.” (43)

“Artículo 27. (1) Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten. (2) Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.” (43)

- La Declaración Universal sobre Biética y Derechos Humanos (44), permite en la evaluación del PDCCC 2012-2021 mediante los siguientes artículos establecer su aporte relevante al conocimiento de la salud pública de Colombia, con el fin de potenciar la promoción de la salud de los ciudadanos para una vida digna.

“Artículo 2. Apartados:

a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética;

c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;

d) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;

f) promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.” (44)

“Artículo 14. Numeral, 1) La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.” (44)

“Artículo 15. Apartado, e) acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos.” (44)

“Artículo 18. Numeral, 1) Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética. Numeral, 3) Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.” (44)

Según la normatividad nacional las consideraciones éticas aplicadas a este proyecto son a partir de la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 ya que según su artículo 11 se consideró esta investigación sin riesgo para el ser humano (45). Por lo tanto se asegura que este proyecto brinda información en beneficio y desarrollo de la salud pública del país.

Este estudio emplea un diseño de evaluación alternativo que determina el resultado actual de indicadores establecidos en el plan, obteniendo información mediante una revisión sistemática empleando fuentes de información de acceso público, como SISPRO, DANE, Reportes Ministerio, Instituto Nacional de Cancerología, OMS, OPS y publicaciones indexadas, es decir que los datos de los indicadores son tomados a partir de datos secundarios, las cuales estas entidades nombradas cuentan con un sistema de gobernanza del tratamiento de datos, donde los datos originales que surgen a partir de individuos y grupos poblacionales son anonimizados y transformados numéricamente con el objetivo de garantizar la confidencialidad de las unidades de análisis; permitiendo el acceso libre a los datos y su utilización al ciudadano.

6.9.1 Conflicto De Interés. Según se estableció en los lineamientos del Internacional Committee Of Medical Journal Editors, como autora declaro el no tener ningún conflicto de interés para la realización de este proyecto y sus resultados, sin tener relación alguna en cuanto a finanzas, lazos familiares, relaciones personales, rivalidad académica para el desarrollo de investigación, las cuales podrían interferir en la objetividad de la recolección y análisis de los datos. Además, los datos secundarios obtenidos de fuentes de acceso público cumplen con las directrices internacionales y nacionales para el procesamiento y difusión de los datos a la comunidad.

6.9.2 Aportes. Aporte académico: fortalecer el conocimiento de las tipos de estudio diseñados para la evaluación de los programas de Salud Pública en nuestro país y la región.

6.9.2.1 Aporte científico: monitorear, demostrar, determinar, e identificar datos actualizados de los indicadores propuestos en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, permitiendo justificar la continuidad, ajuste o planteamiento de nuevas metas ajustadas a los resultados y análisis del proyecto. Esta investigación amplia especialmente el conocimiento en el ámbito de la Salud Pública.

6.9.2.2 Promoción y prevención de la salud: los datos obtenidos permitirán a la comunidad científica y responsables de la Salud Pública del país obtener información actual de los componentes que contribuyen para el control del cáncer en Colombia abriendo caminos para ajustar y/o implementar acciones que promuevan una mejora de los indicadores que mostraron poco alcance según las metas establecidas en el plan, esta mejora se lograra mediante acciones de educación y prevención de la salud de los colombianos.

6.9.2.3 Cultural: brinda información a los ciudadanos y comunidad internacional sobre el avance actual de los indicadores propuestos en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021; ya que esto es un compromiso de los estados para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, por lo tanto este proyecto ofrece datos de una de las principales enfermedades de interés Público a nivel mundial y nacional a las ciudadanos con el fin de permitir conocimiento y consciencia de esta patología y sus diferentes componentes que interfieren en esta.

6.9.2.4 Alcance de la investigación: Reconocimiento Nacional sobre el estado actual mediante indicadores de los componentes relacionados con el control del cáncer.

6.9.2.5 Utilización de datos: Este estudio descriptivo, es basado en fuentes secundarias, para documentar estado actual de avance del PDCCC a partir de indicadores recomendados en el plan; empleando fuentes de información de acceso público SISPRO, DANE, Reportes Ministerio, Instituto Nacional de Cancerología, OMS, OPS y publicaciones indexadas, se resumió información disponible. Se analizaron indicadores por líneas estratégicas verificando nivel de avance en cumplimiento del estándar definido. Se complementó con información de ejercicio cualitativo realizado con actores del sector, en especial entidades territoriales. Todos los artículos recopilados y proyecto serán guardados por al menos 5 años en la plataforma de drive, del cual, se podrá bajar la información y ser enviada en caso de ser solicitada por las personas que estén interesadas el proyecto.

6.9.2.6 Presentación de informe: Los resultados obtenidos en este proyecto en primera instancia se presentara al programa de la especialización de Epidemiología de la universidad Surcolombiana

6.10 MODELO ADMINISTRATIVO

6.10.1 Cronograma. Este proyecto se realizó durante el año 2021 y 2022, se desarrollo por medio de actividades programadas por mes, el cual se observan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Cronograma

ACTIVIDADES	AÑO 2021						AÑO 2022			
	MAR	ABR/ MAY	JUN/JUL/ AGO	SEP	OC T	NO V	FEB/ MAR	ABR/M AY	JUN/JUL/ AGO	SEP
PROT. ANTEPROYECTO	X									
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA		X								
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA/MARCO TEÓRICO /METODOLÓGICO			X							
PRESENTACIÓN ANTEPROYECTO				X						
DISEÑO BASE DE DATOS / FASE 1					X					

RECOLECCIÓN DATOS										
PRESENTACIÓN AVANCE PROYECTO VII JORNADA DE INVESTIGACIÓN CÁNCER - INC						X				
FASE 2 RECOLECCIÓN DATO							X			
REVISIÓN CONTENIDO 1 PARTE PROYECTO								X		
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN									X	
REVISIÓN TUTOR										X

6.10.2 Presupuesto. El recurso humano responsable que desarrollo el proyecto de Evaluación de la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, a partir de indicadores de las líneas estratégicas de control del riesgo y detección temprana de la enfermedad, principalmente estuvo a cargo de un tutor docente de la especialización de Epidemiología de la Universidad Surcolombiana de Neiva, asignado a la estudiante de postgrado de Epidemiología que lidero la realización del proyecto.

Tabla 4. Presupuesto

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	\$ 40.000.000
EQUIPOS	\$ 4.000.000
SOFTWARE	\$ 350.000
MATERIALES	\$ 500.000
TOTAL	\$ 44.850.000

7 RESULTADOS

En esta evaluación, se observa el grado de avance en la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, a partir de resultados obtenidos de los indicadores propuestos para el control del riesgo y la detección temprana de la enfermedad.

7.1 CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES ATRIBUIBLES AL CÁNCER

Los resultados de las intervenciones de prevención primaria dirigidas hacia los factores de riesgo modificables atribuibles para el cáncer priorizados en el PDCCC 2012-2021, son obtenidos a partir de los indicadores correspondientes a los componentes que considera dicho plan necesarios para el control del cáncer, en donde se ha identificado su importancia mediante estudios epidemiológicos, estos componentes son el tabaco, alcohol, consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable, promoción de la actividad física, carcinógenos ocupacionales, exposición a radiación solar ultravioleta, y protección específica a virus relacionados con cáncer (4).

7.1.1 Control Del Tabaco. En el PDCCC 2012-2021, el cumplimiento de los convenios internacionales vinculantes y ratificados por el gobierno colombiano relacionados con el control del consumo de tabaco, se estableció monitorear por medio de un informe bianual del país para el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, en donde se encuentran, 4 Informes sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas para los años 2011 (21), 2013 (20), 2016 (22), y 2018 (24) por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y 2 documentos son producto de informes realizados propiamente en Colombia, los cuales corresponden al Informe de seguimiento al cumplimiento del convenio marco de la OMS para el Control del tabaco por la defensoría del pueblo en el año 2017 (23) y un artículo académico de la revista de la Universidad del Rosario titulado “Implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y la Prevención del Cáncer en Colombia” en el año 2019 (12); estos brindan datos sobre las actividades encaminadas al control del tabaco usando la herramienta MPOWER de la OMS, la cual facilita la implementación del convenio en cada país.

El indicador propuesto de generar un informe bianualmente por el país sobre el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS no se cumple por el responsable como lo establece el PDCCC 2012-2021. Es por ello, que parte de los compromisos de Colombia es cumplir con todas las recomendaciones del convenio ya mencionado, se reconoce que el país ha realizado esfuerzos apropiados para la aplicación del convenio con la aplicación de las medidas

MPOWER, sin embargo, es necesario que se realicen informes que permitan un análisis constante y cercano a la realidad en cuanto al cumplimiento de medidas para el control del tabaco en Colombia.

En la siguiente tabla se plasma la selección de las medidas MPOWER que tienen mayor discusión por parte de Colombia en los documentos encontrados:

Tabla 5. Medidas MPOWER con mayor discusión en Colombia por los informes encontrados

MEDIDA	2011	2013	2016	2017	2018	2019
Precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco	X	X	X	X		
Protección contra la exposición al humo de tabaco	X	X	X	X	X	X
Reglamentación del contenido de los productos de tabaco	X					
Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco	X					
Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco	X	X	X	X		
Educación, comunicación, formación y concientización del público	X	X				
Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	X	X	X	X	X	X
Reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.	X	X	X	X	X	X
Ventas a menores y por menores	X					
Investigación, vigilancia e intercambio de información	X	X	X	X		

Fuente: datos tomados de Informes para el control del tabaco para la región de las Américas – OPS, años: 2013, 2016, 2017, 2018. Informe de seguimiento al cumplimiento del convenio marco de la OMS para el Control del tabaco por la defensoría del pueblo en el año 2017. Artículo Implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y la Prevención del Cáncer en Colombia, año 2019.

Medidas para el control del tabaco con mayor discusión de 6 informes encontrados sobre la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco por la OMS, los años 2011, 2013, 2016, y 2018 corresponden informes por la OPS; año 2017 informe por la defensoría del pueblo en Colombia; y el año 2019 artículo Implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y la Prevención del Cáncer en Colombia. Las medidas de protección contra la exposición al humo de tabaco, la de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y la reducción de la demandad relativas a la dependencia y al

abandono del tabaco estuvieron en los 6 informes; con grado intermedio de discusión las medidas de precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, la de empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco y por ultimo la medida de investigación, vigilancia e intercambio de información con presencia en 4 informes; la medida de educación, comunicación, formación y concientización del público solo se menciona en 2 de los informes; y las medidas que solo tuvieron discusión en un solo informe fueron reglamentación del contenido de los productos de tabaco, reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco y la medida de ventas a menores y por menores.

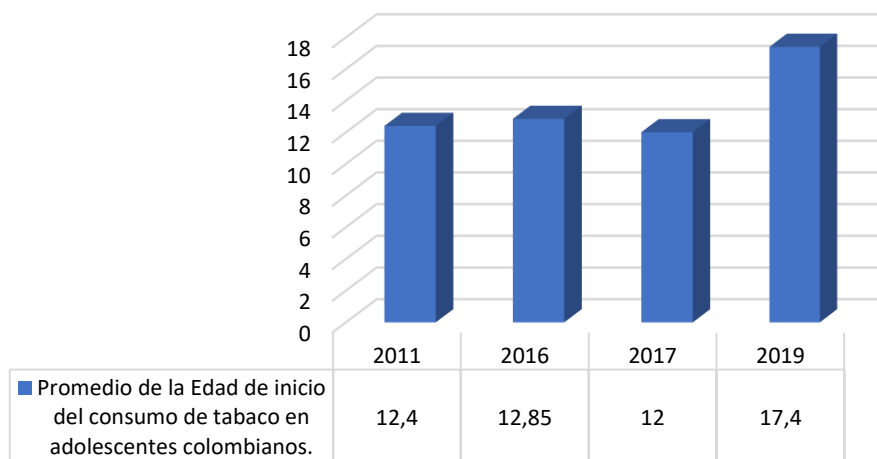
Por otro lado, se establece que en Colombia la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes escolares de 13-15 años para el año 2008 es de 21,8% (4), la meta es disminuir dicha estadística por debajo durante los 10 años trazados por el plan, se encuentran estadísticas para población clasificada en las edades que se acercan al indicador, como es la prevalencia de consumo de tabaco para el año 2013 en población entre 12 a 17 años de 4,77% (25), en el 2016 de 4,68% para población de 12 a 14 años (26), el año 2017 de 7,3% en población de 10 años y más (27), y 2019 se reporta una prevalencia de 6,5% en escolares jóvenes de 12 a 17 años (28), siendo estos últimos datos poco precisos descrito por la propia fuente, sin embargo, no se encuentran datos específicos para el rango de edades que establece el indicador, ni la periodicidad de cada 3 años propuesta para el monitoreo del mismo. A pesar de que los datos no responden al indicador planteado, la prevalencia de consumo de tabaco en la población de jóvenes escolares entre los 12 a 17 años tiene un comportamiento por debajo de la meta propuesta. De acuerdo con el indicador planteado, no se comprueba el cumplimiento de la meta, debido a la no generación de datos que respondan a la población específica planteada. Según los resultados analizados, es necesario establecer indicadores acordes a los datos que genera el país sobre el consumo de tabaco en la población de jóvenes escolares por medio de los organismos disponibles que están en función de generar estadísticas.

En cuanto a la disminución de la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 16-18 años por debajo del 17,36% (4), se obtiene datos de la prevalencia del año 2013 de 15,99% en población de 18 a 24 años (25) y del año 2016 de 13,52% en jóvenes de 17 a 18 años (26). No hay datos puntuales para el grupo poblacional que establece el indicador, ni la periodicidad de cada 3 años para el monitoreo de este, los datos anteriores no responden al indicador planteado, sin embargo, se aprecia que la prevalencia de consumo de tabaco en la población de jóvenes entre los 17 a 24 años tiene un comportamiento por debajo de la meta propuesta. Según los resultados no se comprueba el cumplimiento de la meta, ya que no es comparable, siendo necesario que los indicadores sean acordes a los datos disponibles en el país.

En esta evaluación, al observar si la edad de inicio de consumo de tabaco en adolescentes colombianos se pospuso por encima de los 14 años (4), se obtiene

que para el año 2011 la edad promedio es de 12,4 años (4), para el 2016 de 12,9 años (26), en el 2017 la edad promedio es de 12 años (29) y en el 2019 de 17,4 años(28). Los resultados anteriores reflejan que el comportamiento de la edad de inicio viene incrementando. En cuanto a la meta planteada se observa que la edad de inicio del consumo de tabaco se pospuso por encima de los 14 años. Esto refleja los esfuerzos del país de incidir en el consumo de tabaco en adolescentes, a pesar de que los datos corresponden a fuentes diferentes permite sacar conclusiones, además, es necesario establecer actividades que logren generar datos constantes en el tiempo y en lo posible por una misma fuente para que la información tenga mayor validez al momento de ser analizada y comparada.

Grafica 5. Promedio De La Edad De Inicio Del Consumo De Tabaco En Adolescentes Colombianos.



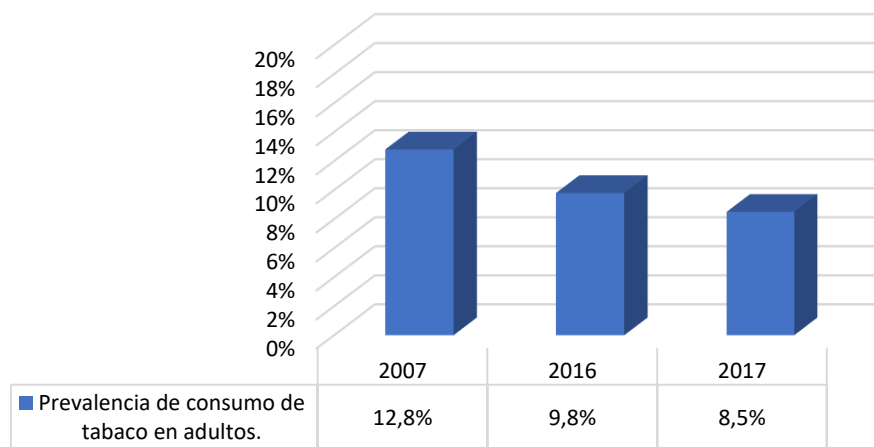
Fuente: Datos tomados de Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas a población Escolar Colombia 2011, 2016. Estudio Nacional de Tabaquismo en Jóvenes 2017. Encuesta Nacional de Consumo SPA 2019.

En el año 2019 es de 17,4 años, en el 2016 de 12,85 años, en el año 2011 de 12, 4 años y para el año 2017 la edad promedio de consumo de tabaco en adolescentes es de 12 años.

Al determinar si la prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años disminuyó al 10% durante los 10 años de trazabilidad del plan, partiendo desde la línea base 12,8% (4), se encuentra que para dicho indicador que la prevalencia es del 9,8% en el año 2016 (30) y para el 2017 del 8,5% (27). Lo anterior permite observar que la prevalencia de tabaquismo en adultos tiene un comportamiento decreciente, demostrando de esta forma, a pesar de no tener datos constantes en el tiempo de 10 años, la prevalencia en esos dos periodos llevo por debajo de la meta

establecida. Al conocer los resultados anteriores demuestra que el país podría estar logrando por medio de actividades enfocadas al control del tabaco en la población colombiana adulta que su prevalencia de consumo este disminuyendo, sin embargo, vale la pena que se obtengan datos más recientes.

Grafica 6. Prevalencia De Consumo De Tabaco En Adultos



Fuente: Datos tomados Encuesta Nacional de Salud 2007 y Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2016 - 2017.

En el año 2007 es de 12,8%, en el 2016 de 9,8%, en el año 2017 de 8,5%.

Acerca de los datos que indican el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo (ALH) de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009, se encontró que el número de entidades territoriales que implementan la estrategia para garantizar los ambientes 100% libres de humo de tabaco no están consolidados en una base de datos que reúna la información de todos los entes territoriales del país, sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de un derecho de petición, informa:

“Dado que e Ministerio se encuentra en el proceso de formulación del Plan el acceso a la plataforma de revisión de los planes territoriales de salud se encuentra suspendido. sin embargo, desde el Ministerio de Salud y Protección social se ha desarrollado capacidades en 24 entidades territoriales sobre procesos de implementación de los procesos de fiscalización sanitarias de la Ley 1335 de 2009. Las entidades territoriales que se referencian a continuación, tuvieron ejercicio de desarrollo de capacidades por medio de asistencia técnica dirigida a los profesionales sanitarios de las secretarías de salud de: Amazonas, Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San

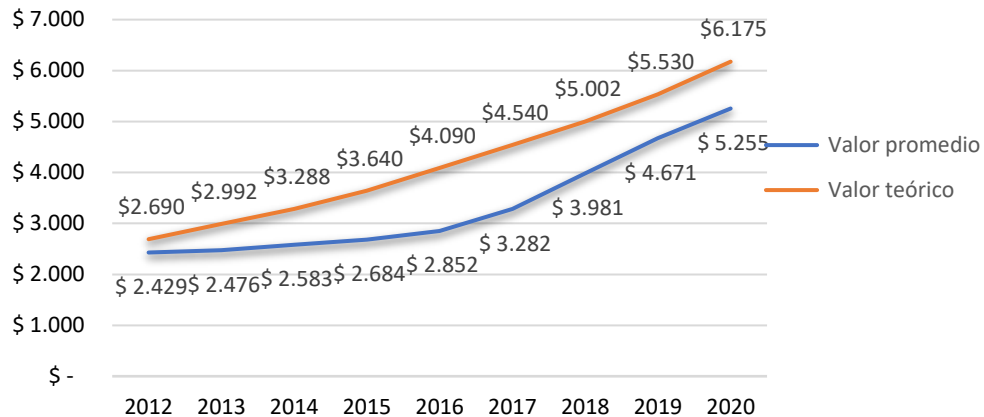
Andrés y Providencia, Santander, Tolima, Calle del Cauca, Vaupés, Vichada y Bogotá D.C.”

Según la información anterior, más del 50% de los departamentos del territorio colombiano, cuentan con actividades relacionadas en el desarrollo de capacidades por medio de asistencia técnica dirigida a los profesionales sanitarios. El indicador que se establece en el PDCCC 2012-221, no es respondido, dado que la respuesta por el Ministerio no corresponde a datos sobre este, ni tampoco encontramos información de forma agrupada en las fuentes de acceso público. En continuidad con la meta establecida por el PDCCC-2012-2021 de garantizar el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, el número de procesos sancionatorios indicados por la autoridad competente para la vigilancia de los ALH, no se encuentran consolidados en bases de datos de acceso público que informen sobre el estado de este indicador a nivel nacional.

De acuerdo con los dos indicadores que buscan monitorizar el cumplimiento de ALH 100%, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social, inicie articulación con los entes territoriales y direcciones de salud para generar consolidación de la información con la que ellos cuentan, necesaria para el monitoreo del cumplimiento de la Ley 1335 de 2009 en referencia a las actividades enfocadas a la sanidad pública del país.

El aumento a 100% los impuestos indexados al índice de precios al consumidor (IPC) y al producto interno bruto (PIB) para los productos de tabaco y sus derivados (4), antes del 2021, se aplica por medio de legislación nacional en la Ley 1819 de 2016 artículo 347, el cual establece que por cada cajetilla (20 unidades) de \$2.000 el impuesto indexado será de \$400 y \$800 por cada cajetilla (20 unidades) con un valor superior a \$2.000 (31); también está el Decreto 1684 de 2017 en el que establece el valor de la cajetilla por \$1.400 (32); por otro lado se obtiene el valor histórico promedio de la cajetilla de cigarrillos del año 2012 al 2020 disponible en la base de datos del DANE (33), con dichos datos se realiza un análisis basado en el IPC de cada año desde el 2012 hasta el 2020 (34), se aplica el 10% del impuesto indexado como lo impone la norma, obteniendo que según el valor promedio histórico establecido en el comercio y el teórico según establece la ley, estos no son concordantes, concluyendo que al público se vende un precio menor dado por el no aumento del 10% del impuesto. Cabe resaltar que Colombia cuenta con legislación nacional que exige la aplicación de impuestos a los productos de tabaco, sin embargo, en la realidad parece no haber aplicabilidad de esta. Dentro de dicho contexto es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social realice veeduría del cumplimiento de las acciones encaminadas al control del comercio del tabaco ya que esto impacta en la salud de los colombianos.

Grafica 7. Relación Entre Precio Esperado Y Precio Promedio Reportado Para Cajetilla De Cigarrillos



Fuente: datos tomados de DANE (Precios promedio de cigarrillos y tabaco – Información histórica). Así Vamos en Salud. Evolución del IPC y del IPC salud

Valor teórico corresponde a la línea naranja del valor de cajetilla de cigarrillos del año 2012 al 2020 con el aumento del 10% anual del impuesto indexado al índice de precios al consumidor (IPC) y al producto interno bruto y (PIB). El valor promedio representado por la línea azul del valor en el comercio de la cajetilla de cigarrillos a partir del año 2012 hasta el 2020.

Por último, en cuanto al control del tabaco, la advertencia de los peligros del uso de este, la meta establecida por el plan de aumentar en 70% el tamaño de la advertencia sanitaria en la cajetillas de los productos de tabaco comercializados en el territorio colombiano antes del 2021 (4), en consonancia con lo dispuesto en el Convenio Marco para el Control del tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se obtiene que el país cuenta con legislación nacional como la Ley 1335 de 2009, en el capítulo III, Artículo 13, Parágrafo 1º en donde establece que (35):

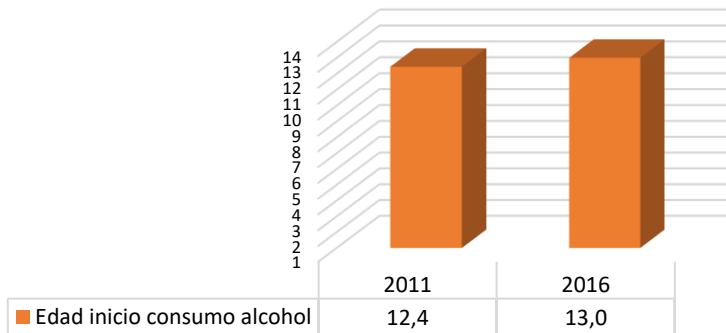
“En los empaques de productos de tabaco comercializados en el país, dichas frases de advertencia y pictogramas deben aparecer en las superficies de cada una de las dos caras principales, ocupando el 30% del área de cada cara..”

Al mismo tiempo se tiene información del seguimiento sobre el control del tabaco en la región de las Américas para los años 2013 (20), 2014 (22) y 2017 (23), en donde Colombia reporta que las advertencias de los peligros en la cajetillas de cigarrillos son de tamaño mediano (30-49%) durante dichos años. Los resultados anteriores evidencian que se cuenta con una sola legislación que da orientación a las

advertencias en las cajetillas, la cual ha sido aplicada para los años siguientes, por otra parte la meta establecida en el plan no es lograda dado que la norma solo establece un tamaño de la advertencia del 30%. En continuidad con los datos anteriores, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social exija al Congreso de la Republica la actualización del artículo que legisle sobre el tamaño de las advertencias de los peligros del tabaco en las cajetillas correspondiente al 70%, en cumplimiento a los acuerdos internaciones dados por el CMCT de la OMS.

7.1.2 Control del Alcohol. Al determinar el cumplimiento de la meta de posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes colombianos por encima de 14 años, con generación del indicador cada 5 años, se encuentra que para el año 2011 la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 12,44 años (36), para el 2016 de 13 años (26) y para el año 2019 de 17,8 años (37). Los datos anteriores reflejan que la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes de los años 2011 y 2016 no presento un ascenso significativo, contrario para el año 2019 que reporta un aumento en la edad de inicio, sin embargo, la fuente de dicho año es diferente a los anteriores descritos lo cual no hace factible su comparación. Los resultados anteriores no cumplen la meta establecida por el plan, pero para el año 2019 se logra el cumplimiento de dicha meta; basado en el ultimo año reportado se infiere que el país estaría logrando incidencia por medio de actividades para el control del consumo de alcohol en la población adolescente, reflejado en una edad mayor de inicio del consumo de dicha sustancia, por ultimo resulta indispensable mantener continuidad en la inversión de los diferentes estudios existentes encaminados a la generación de datos referentes al consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente de Colombia, con el propósito de mantener datos confiables en el tiempo y una misma fuente.

Grafica 8. Edad Promedio De Inicio Del Consumo De Alcohol En Adolescentes Colombianos



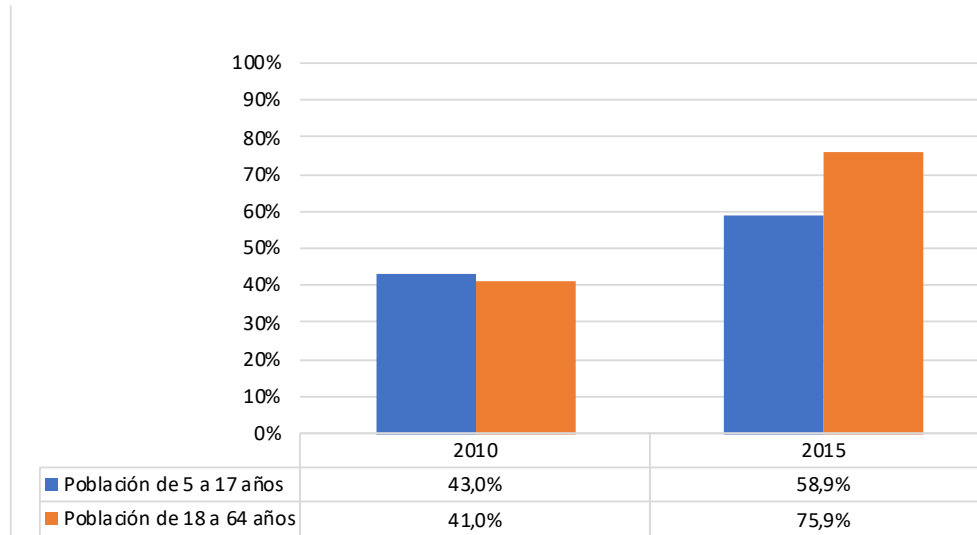
Fuente datos tomados de Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas a población Escolar Colombia 2011 y 2016.

En el año 2011 la edad promedio de inicio es 12,4 años, y en el 2016 de 13 años.

7.1.3 Control Del Consumo De Frutas Y Verduras. Al determinar el incremento del consumo diario de frutas en la población de 5 a 18 años por encima del 43% (4), se reporta en el 2015 un porcentaje de 35.4% en población de 5 a 12 años (38) y 82.3% en adolescentes de 13 a 17 años (38); para el año 2017 el porcentaje de consumo diario de frutas (3 veces al día) en la población de 13 a 17 años es de 18,2% (39). Se observa que para el año 2015 la población de 5 a 12 años presenta menor porcentaje de consumo diario de frutas respecto a la población entre 13 a 17 años; en el año 2017 la población entre 13 a 17 años presenta un bajo porcentaje de consumo de frutas diario 3 veces al día lo cual hace que este sea un indicador diferente con el propuesto en el PDCCC y al del año 2015, su comparación no es válida con los otros datos encontrados, además, de ser datos de encuestas nacionales con enfoque poblacional diferente. Con relación al cumplimiento de la meta se realiza un promedio entre los dos porcentajes registrados para el año 2015 entre las edades de 5 a 12 años y 13 a 17 años obteniendo un porcentaje de 58,9% el cual indicaría que se podría estar cumpliendo la meta propuesta en el plan en dicho año. En definitiva, es importante que se establezca un indicador acorde a los que están disponibles en las fuentes para lograr un monitoreo válido y continuo, además, es indispensable continuar con la inversión e implementación de las diferentes encuestas creadas para determinar el estado nutricional de la población colombiana.

Continuando con el componente de promoción de consumo de frutas, al establecer el incremento del consumo diario de frutas en la población de 19 a 64 años por encima de 41% (4), se tienen datos de que para el año 2015 el porcentaje de consumo diario de frutas en dicha población es de 75,9% (38), presentando un aumento según la línea base establecida del año 2010. El reporte de dicho indicador mayor al 41% establece un cumplimiento de la meta para el año 2015, por otro lado se resalta que no hay disponibilidad de más datos para los años posteriores que establece el plan para el monitoreo y evaluación del indicador. En todo caso sería relevante establecer el estado actual de consumo de frutas en la población adulta colombiana, ya que es necesario observar si su porcentaje ha venido aumentando o descendiendo, en aras de plantear actividades que intervengan en este aspecto.

Grafica 9. Porcentaje Consumo Diario De Frutas



Fuente: Datos tomados de ENSIN 2010, 2015

Las barras azules representan el porcentaje de consumo diario de frutas en población de 5 a 17 años la cual para el año 2010 es del 43% y para el año 2015 de 58,9%. Las barras naranjas representan el porcentaje de consumo diario de frutas en población de 18 a 64 años la cual para el año 2010 es de 41% y para el año 2015 de 75,9%.

Con referencia al incremento del consumo de verduras en población de 5 a 18 años, por encima del 12% (4), se tienen resultados para el año 2015 donde el porcentaje del consumo es de 67.6% en población de 5 a 12 años y 66.1% en edades de 13 a 17 años (38); para el 2017 el porcentaje de consumo diario de verduras (3 veces al día) en la población de 13 a 17 años es de 19,7% (39). Para el año 2015 la población de 5 a 12 años presenta un porcentaje ligeramente mayor de consumo diario de verduras respecto a la población entre 13 a 17 años; en el 2017 la población entre 13 a 17 años presentaría un menor porcentaje respecto al del 2015 de consumo de verduras diario-3 veces al día, el indicador que se reporta en el 2017 es diferente con el propuesto en el PDCCC y al del año 2015, por lo que su comparación no es válida, además, son datos de encuestas nacionales con enfoque poblacional diferente. Con relación al cumplimiento de la meta se realiza un promedio entre los dos porcentajes registrados para el año 2015 entre las edades de 5 a 12 años y 13 a 17 años obteniendo un porcentaje de 66,85% el cual indicaría que se podría estar cumpliendo la meta propuesta en el plan en dicho año. Finalmente es necesario plantear un indicador acorde a los que están disponibles en las encuestas nacionales resaltando la importancia de la continuidad de estos proyectos que determinan el estado nutricional de los colombianos y colombianas.

Por otra parte, al determinar el incremento del consumo diario de verduras en la población de 19 a 64 años por encima del 41% (4), se obtiene resultados para el año 2015 en donde el porcentaje de consumo diario de verduras en dicha población es de 76,35% (38), evidenciando un incremento de este indicador según la línea base establecida del año 2010. El resultado de este indicador es mayor al 41% evidenciando un cumplimiento de la meta para el año 2015, se hace énfasis de la no disponibilidad de más datos para los años posteriores que establece el plan para su monitoreo y evaluación, es necesario tener datos sobre el estado actual del consumo de verduras en la población adulta colombiana.

7.1.4 Control De La Actividad Física. Al determinar el incremento de la prevalencia de actividad física global por encima de 53,5% en adultos entre 18 a 64 años (4), se obtiene que en el año 2015 la prevalencia es de 51,1% (38), esto refleja que en la población adulta la actividad física global disminuyó respecto al año 2010. Según el resultado que se obtiene no se logra cumplir la meta establecida por el plan en el año 2015. Considerando el resultado anterior, se podrían estar requiriendo actividades para incentivar el ejercicio en la población ya que estaría disminuyendo, sin embargo, hacen falta nuevos datos que indiquen el estado actual de la prevalencia de actividad física global en adultos colombianos, por consiguiente se deben continuar con las encuestas enfocadas a establecer estadísticas del estado nutricional de la población de Colombia con una constancia en el tiempo de la generación del dato, lo cual permite realizar intervenciones encaminadas a la promoción de actividad física.

A fin de establecer el incremento de la prevalencia de actividad física global por encima de 26% en adolescentes entre 13 a 17 años (4), se tienen resultados del año 2015 en que la prevalencia de actividad física en dicha población es de 13,4% (38); para el 2017 la prevalencia de actividad física 60 min/día es de 15,2% (39). Para el año 2015 dicho indicador presenta un valor menor respecto al año 2005; en el 2017 la población entre 13 a 17 años presentaría una mayor prevalencia comparado con el año 2015, el indicador que se reporta en el 2017 es diferente con el propuesto en el PDCCC y al del año 2015, por lo que su comparación no es válida, sumado a esto los datos derivan de encuestas nacionales diferentes. Con relación al cumplimiento de la meta basado en los resultados anteriores esta no es cumplida, el cual indica que para dichos años las actividades de promoción de actividad física no estarían generando mayor impacto para aumentar la prevalencia del ejercicio en la población adolescente.

Al evaluar el incremento de la prevalencia de actividad física global en tiempo libre por encima 19,9% (4), la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional reporta que para el 2015 la prevalencia de actividad física global en tiempo libre es del 23,5% (38), observando un aumento del 3,6% de esta desde el año 2010 al 2015, lo cual refleja el cumplimiento de la meta de incrementar la prevalencia por encima del

19,9%, esto demuestra que las actividades enfocadas a la actividad física han tenido impacto en la población, es necesario generar datos actuales del indicador ya que permite observar el comportamiento constante de este en el tiempo.

La disminución de la prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar videojuegos durante menos de 2 horas en niños de 5 a 12 años, por debajo de 42,1% (4), no es posible evaluar, ya que el indicador que se reporta para el año 2015 corresponde a población entre los 6 a 12 años con una prevalencia del 67,6% (38), y la prevalencia que reporta el año 2017 es de 46,3% de la ENSE correspondiente a población a partir de los 5 a 17 años (39), sin embargo, los datos anteriores dan luz de que la meta no se estaría cumpliendo.

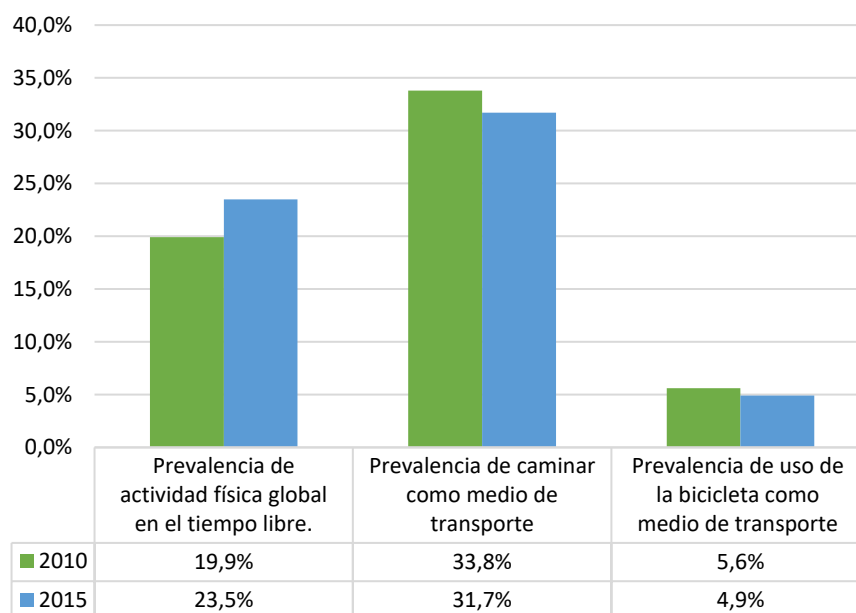
En cuanto a la meta planteada de disminuir la prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos durante menos de 2 horas al día en niños de 13 a 17 años, por debajo de 33%, la ENSIN reporta para el año 2015 una prevalencia de 76,6% en población entre los 13 a 17 años (38), en cuanto al dato estadístico se observa un incremento de dicho indicador del 2010 al 2015 lo cual no da cumplimiento a la meta planteada, por otra parte este indicador solo hace referencia al tiempo excesivo frente a pantallas sin especificar el tiempo, lo cual impide realizar una comparación objetiva del dato base al reportado en el 2015. Finalmente es necesario establecer un indicador acorde a los que están disponibles en las encuestas nacionales, y además, de que estas continúen siendo ejecutadas para mantener un reporte constante de los datos que permiten analizar la tendencia de dicho indicador.

En cuanto a las formas de medio de transporte que usan los colombianos y colombianas, al establecer si la prevalencia de caminar como medio de transporte se da por encima del 33,8% (4), se obtiene que para el año 2015 según la ENSIN la prevalencia es del 31,7% (38), también se tiene otro dato respecto al caminar como medio de transporte 1 día a la semana para el año 2017 (39), sin embargo, este último dato no es un indicador similar al propuesto en el plan y su comparación no sería válida, por otro lado la prevalencia que se reporta del 2015 presentara un decrecimiento del 2,1% al año 2010, lo cual evidencia el no cumplimiento de la meta propuesta para ese año.

Continuando con los medios de transporte que usa la población colombiana, la meta propuesta de incrementar la prevalencia en el uso de la bicicleta como medio de transporte por encima del 5,6% (Fuente: ENSIN 2010), se obtiene que en año 2015 la prevalencia es del 4,9%, evidenciando un ligero descenso de este indicador del 0,7% respecto al año 2010, en concordancia con el dato se establece que la meta no fue lograda. Respecto a los dos indicadores reportados respectivamente referentes al medio de transporte usado en la población adulta, el país estaría fallando en actividades de promoción de la actividad física enfocadas en la importancia de alternativas de transporte sostenibles y saludables que potencialicen e impacten en la población, y que su efectividad sean reflejadas en las estadísticas,

otro aspecto encontrado durante la investigación es que al no contar con datos de años posteriores impide establecer el estado actual de dichos indicadores y su comportamiento en el tiempo, lo que impide plantear acciones de mejora enfocadas, además, es vital mantener la generación del dato por medio de las diferentes encuestas destinadas a informar sobre el estado de salud de la población de los y las colombinas.

Grafica 10. Prevalencia Actividad Física, Caminar Y Uso De La Bicicleta



Fuente Datos Tomados De ENSIN 2010, 2015.

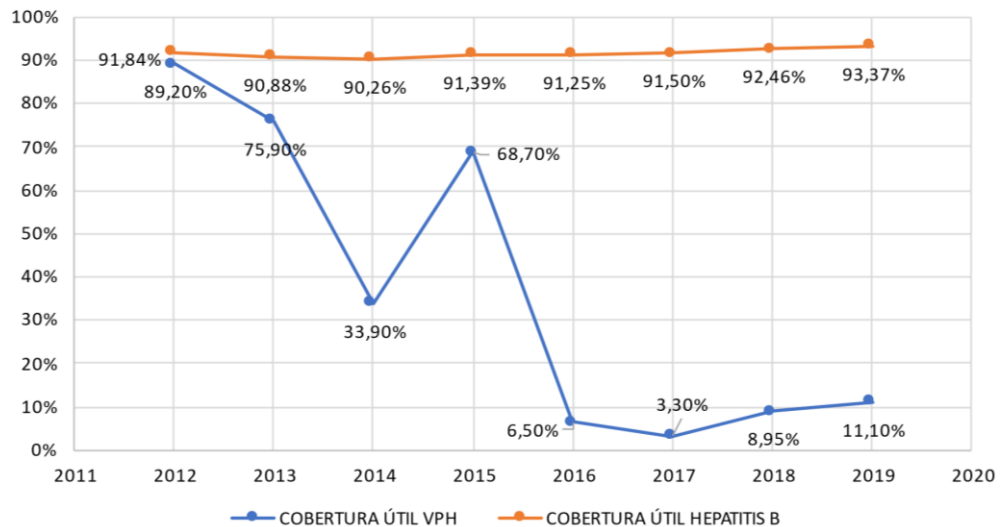
Las barras verdes representan la prevalencia del año 2010 la cual de actividad física global en el tiempo libre es de 19,9%, de caminar como medio de transporte de 33,8% y del uso de la bicicleta como medio de transporte de 5,6%. Las barras azules representan la prevalencia del año 2015, la cual de actividad física global en el tiempo libre es de 23,5%, de caminar como medio de transporte de 31,7% y del uso de la bicicleta como medio de transporte de 4,9%.

7.1.5 Control Del Riesgo Frente A Cancerígenos Ocupacionales. Respecto a las metas e indicadores propuestos en el PDCCC 2012-2021 para el componente de control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales, se encuentra que no hay registro de datos estadísticos consolidados a nivel nacional sobre los cinco principales agentes carcinógenos ocupacionales en el país. Durante la búsqueda se logra obtener el documento donde se diseña y se presenta el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional (SIVECAO) en Colombia (40), el cual menciona que dicho sistema cuenta con una página web la cual hasta la fecha no hay disponibilidad de la misma.

7.1.6 Control En La Protección Específica A Virus Relacionados Con Cáncer. Mantener la cobertura útil de vacunación en 95% contra el virus del papiloma humano (VPH) de acuerdo al PAI (4), es una de las metas que establece el plan. Al determinar el estado actual de dicho porcentaje para los años trazados 2012-2021, se obtienen los siguientes datos de 8 años consecutivos por parte del Observatorio Nacional de Cáncer del porcentaje de cobertura útil de vacunación contra el VPH : año 2012 del 89,2%, 2013 del 75,9%, 2014 del 33,9%, 2015 del 68,70%, 2016 del 6,5%, 2017 del 3,3%, 2018 del 8,95%, y en el año 2019 del 11,1% (41); los resultados anteriores muestran que del año 2012 al 2015 el porcentaje presenta un comportamiento con tendencia a decrecer, a partir del 2016 la cobertura útil presenta un descenso importante por debajo del 12% con fluctuaciones hasta el 2019. La meta trazada de mantener en 95% la cobertura útil de vacunación contra VPH no es cumplida en ninguno de los años reportados, se considera que dichos resultados habrían estado relacionados con ciertos efectos adversos presentados en una parte de la población de niñas vacunadas contra el VPH, lo que genero desconfianza en la población sobre la seguridad de esta vacuna, causando que el porcentaje de vacunación en niñas bajara drásticamente. Es necesario realizar actividades enfocadas a promocionar los beneficios y la seguridad de esta vacuna para ganar confianza en la población.

Al establecer si la cobertura útil de vacunación contra el virus de Hepatitis B se mantuvo en 95% (4), de acuerdo al PAI, se encuentra en registros del Observatorio Nacional de Cáncer que para el año 2012 la cobertura es de 91,84% (41), en el 2013 del 90,88% (41), 2014 del 90,26% (41), 2015 del 91,39% (41), 2016 del 91,25% (41), 2017 del 91,5% (41), 2018 del 92,46% (41), y en el año 2019 del 93,3% (41); estos resultados muestran evidencian que la cobertura útil contra en virus de Hepatitis B se mantuvo por encima del 91% y no mayor del 93%, por ende se determina que durante los 8 años reportados no se logra mantener la cobertura de vacunación por encima del 95%, esto demuestra la que a pesar de no haber disminuido la cobertura por debajo del 91%, Colombia debe reforzar las actividades enfocadas a la vacunación contra el virus de Hepatitis B para lograr una cobertura útil >95%.

Grafica 11. Cobertura útil de vacunación contra VPH y Hepatitis B



Fuente datos tomados del Observatorio Nacional de Cáncer.

La línea azul representa la tendencia en el tiempo de la cobertura útil contra el virus del papiloma humano (VPH) a partir del año 2012 hasta el 2019, la cual desde el 2012 la cobertura es de 89,2% presentando un descenso abrupto en el 2014 con una cobertura de 33,9%, en el 2015 presenta un ascenso al 68,7%, con una gran disminución en el año 2016 a 6,5% y en el 2017 a 3,3%, en el año 2018 la cobertura presenta un ligero aumento al 8,95% y en el 2019 de 11,10%. La línea naranja representa la tendencia en el tiempo de la cobertura útil contra el virus de Hepatitis B a partir del año 2012 hasta el 2019, la cual desde el 2012 la cobertura es de 91,8% presentando un comportamiento constante en el tiempo sin cambios significativos con un ligero aumento de la cobertura a 93,3% para el año 2019.

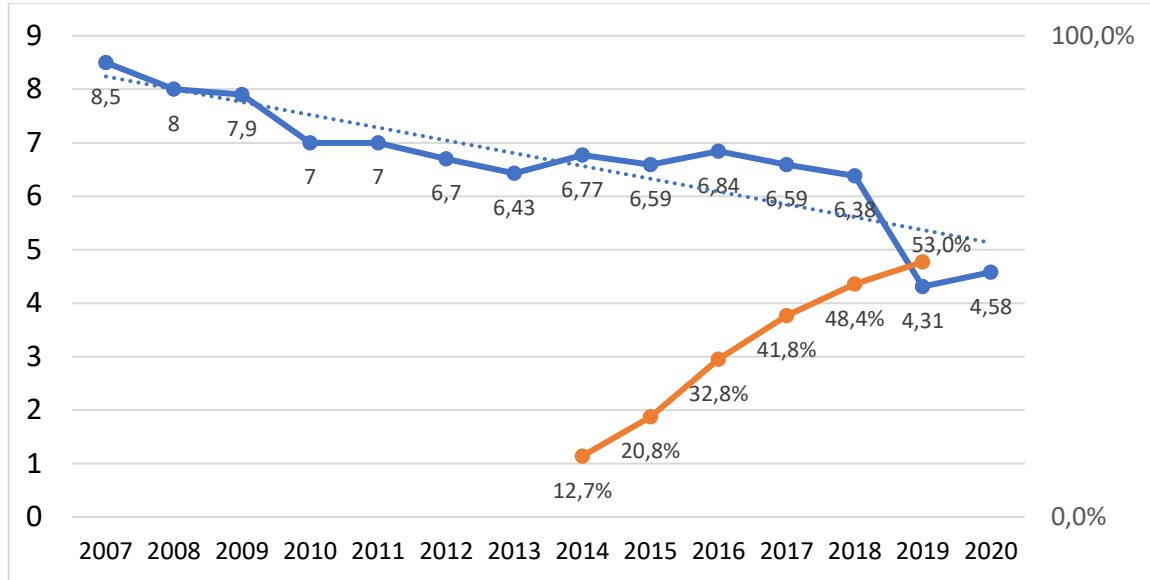
7.2 ACTIVIDADES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD

Los resultados de las intervenciones de prevención secundaria dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para lograr mayor tasa de curación y por ende una reducción en la mortalidad por cáncer, se obtienen a partir de los indicadores propuestos en el PDCCC 2012-2021, los cuales permiten medir el estado actual de la detección temprana del cáncer en la población colombiana partiendo de los que epidemiológicamente tienen mayor impacto en Colombia como el cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer colorrectal y cáncer infantil.

7.2.1 Detección Temprana Del Cáncer De Cuello Uterino. Al determinar la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000 mujeres para el 2021, se obtienen los siguientes resultados, según el Observatorio Nacional de Cáncer para el año 2012 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino es de 6,7, en el 2013 de 6,43, 2014 de 6,77, 2015 de 6,59, en el 2016 de 6,84, 2017 de 6,59, y en el 2018 de 6,38 (41), también, se cuentan con datos que reporta la Cuenta de Alto Costo (CAC) para el año 2019 con una tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino de 4,31 (42) y para el 2020 de 4,58 (42). Los datos obtenidos permiten observar que la tasa de mortalidad durante los años 2012 al 2018 no presentan un valor menor o por encima de 6 muertes aproximadamente por cáncer de cuello uterino por cada 100.000 mujeres; los resultados de los años 2019 al 2020 que reporta la CAC evidencia que la tasa promedio de mortalidad es aproximadamente de 1,1 muertes menos que los años que reporta el Observatorio Nacional de Cáncer, sin presentar mayor variabilidad la tasa de mortalidad entre esos dos años. La meta de reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000 mujeres para el 2021 no es posible determinar ya que no se ha generado hasta la fecha datos para ese año, sin embargo, para los años 2012 al 2018 esta meta no es cumplida, por otro lado, los datos que reporta la CAC de los años 2019 al 2020 si se ve reflejado la reducción por debajo de 5,5 muertes por 100.000 mujeres. Se considera que es necesario generar datos de una misma fuente para que puedan ser comparables y observar su comportamiento en el tiempo, además, de continuar con la publicación de estadísticas de los años siguientes para analizar el estado actual de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, con el fin de dar continuidad o mejora a las actividades que impactan en la reducción de la mortalidad por este cáncer.

Otra de las metas propuestas por el plan para la detección temprana de la enfermedad es alcanzar coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino en el 80% de la población objeto mujeres de 21 - 69 años (4). Los datos que se encuentran en el Observatorio Nacional de Cáncer (ONC), muestran que la proporción de mujeres de 21 a 69 años que se han tomado la citología con el esquema 1-1-3, en el último año, es de 12,66% en el 2014 (41), para el año 2015 la proporción es de 20,81% (41), para el 2016 de 32,8% (41), en el 2017 de 41,82% (41), en el año 2018 de 48,40% (41), y para el 2019 de 53% (41). Los resultados anteriores evidencian que la proporción de mujeres de 21 a 69 años que se han tomado la citología con el esquema 1-1-3 presenta una tendencia de incremento año tras año reportado, a pesar de que dicho indicador no tiene un comportamiento a descender este no cumple la meta propuesta de alcanzar una cobertura del 80%, ya que según el último año que se reporta por el ONC el del 53%.

Grafica 12. Tasa de mortalidad ajustada por edad para cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres vs. Proporción de mujeres de 21 a 69 años con citología en el esquema 1-1-3



Fuente datos tomados del Observatorio Nacional de Cáncer y Cuenta de Alto Costo.

La línea azul representa la tendencia en el tiempo de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres, según el seguimiento en el plan a partir del año 2012 hasta el 2020, la cual desde el 2012 la mortalidad es de 6,7 por cada 100.000 mujeres con un comportamiento constante y ligeramente fluctuante en el tiempo, presentando un descenso significativo en el 2019 de 4,3 muertes por cada 100.000 mujeres, y para el año 2020 un ligero aumento de la tasa de mortalidad de 4,5 por cada 100.000 mujeres. La línea naranja representa la tendencia en el tiempo de la proporción de mujeres de 21 a 69 años con citología esquema 1-1-3, a partir del año 2014 hasta el 2019, la cual desde el 2014 la proporción es del 12,5% con una tendencia al incremento año tras año con una proporción para el año 2019 de 53%.

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, establece como meta “Implementar y evaluar la estrategia “Ver y Tratar” mediante la tamización con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato, en el 100% de los departamentos con zonas de difícil acceso a los servicios de salud a 2021” (4). Los datos disponibles en el Observatorio Nacional de Cáncer reporta que para el año 2018 y 2019 la proporción de departamentos con implementación y evaluación de la estrategia es del 36,36 (41), estos datos permiten observar que durante los 2 años encontrados no hay variación alguna de la proporción, por otro lado, la meta trazada de que la implementación y evaluación de la estrategia fuera en el 100% de los departamentos no es lograda. Dado que solo se encuentran dos años reportados no es posible establecer el estado actual de este indicador, por lo anterior es

necesario iniciar la consolidación de información sobre la estrategia “ver y Tratar” por parte de los entes responsables, además, mantener su registro constante en el tiempo lo que permitiera observar su comportamiento de manera objetiva.

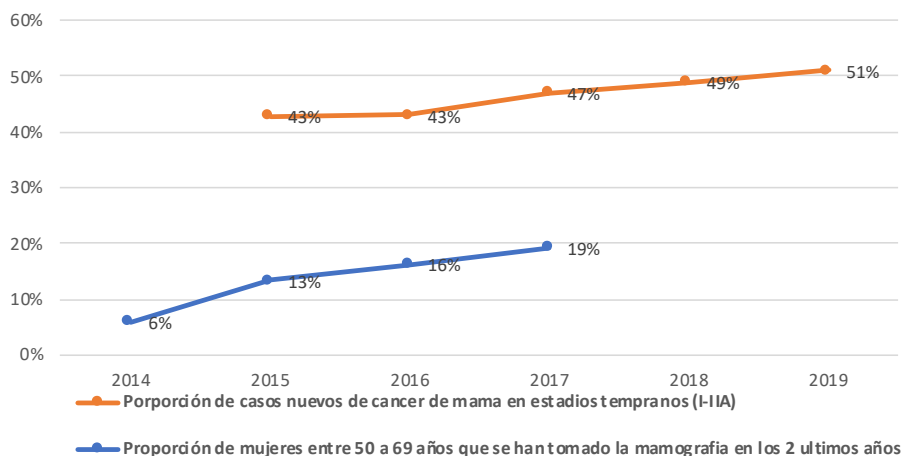
Al establecer si el incremento de la proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente es del 80% (4), como lo traza el PDCCC 2012-2021, se obtiene según datos del Observatorio Nacional de Cáncer, que para el año 2015 la proporción de casos nuevos es del 0,21% (41), para el 2016 de 0,82% (41), en el año 2017 de 0,45% (41), para el 2018 de 0,23% (41) y en el año 2019 del 0,35% (41). Los datos anteriores permiten observar que el comportamiento de la proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ (NIC alto grado) durante los 5 años reportados es de forma fluctuante, en el que ninguno logra cumplir la meta de alcanzar una proporción del 80%. Es importante que el país tome acciones urgentes de intervención en detección temprana del cáncer de cuello uterino en la población de mujeres colombianas, lo que permite el diagnóstico de la enfermedad en etapa temprana, y en consecuencia se impactara en la mortalidad, además, se debe mantener el registro del indicador en el tiempo de forma constante y por una misma fuente.

7.2.2 Detección Temprana Del Cáncer De Mama. En cuanto a la detección temprana del cáncer de mama, el plan establece la meta de incrementar la proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA) al 60% (4), al verificar si dicha meta se cumple, el Observatorio Nacional de Cáncer reporta que la proporción del indicador anterior para el año 2015 es de 42,9%, en el 2016 de 43,1%, 2017 de 47,1%, en el año 2018 de 48,87 % y en el 2019 es de 51% (41). Los datos anteriores permiten observar que la proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos de los 5 años reportados, presenta una tendencia al incremento año tras año, sin embargo, en ningún año se cumple la meta de llegar a una proporción del 60%, tampoco es posible saber el estado actual del indicador para el año 2021, año que traza el plan para el cumplimiento de dicho porcentaje. El país debe brindar el estado actual del indicador, para así, partir desde ese dato en el planteamiento de acciones de mejora o reforzar la implementación de las actividades enfocadas en la detección temprana del cáncer de mama.

El incremento antes del 2021 de la cobertura de mamografía de tamización bianual al 70% en mujeres de 50 a 69 años (4), meta propuesta por el PDCCC 2012–2021, se analiza mediante los siguientes resultados obtenidos. Según datos que reposan en la base de datos del Observatorio Nacional de Cáncer la proporción de mujeres entre los 50 a 69 años de edad que se han tomado la mamografía en los últimos dos años, para el año 2014 es de 6,01, en el 2015 de 13,35, 2006 de 16,32 y para el año 2017 la proporción es de 19,33 (41). Se observa en los resultados anteriores que este indicador presenta un comportamiento en el tiempo con tendencia al incremento hasta el año 2017, a partir de ese no es posible determinar el estado actual de la proporción de mujeres que se han tomado la mamografía en los últimos

dos años, ya que no se encuentra información en fuentes de acceso público. Por otro lado, los datos presentes permiten deducir que las actividades enfocadas a la tamización del cáncer de mama estarían teniendo resultados en incrementar la cobertura.

Grafica 13. Casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos vs. Mamografía entre los 50 a 69 años



Fuente datos tomados del Observatorio Nacional de Cáncer

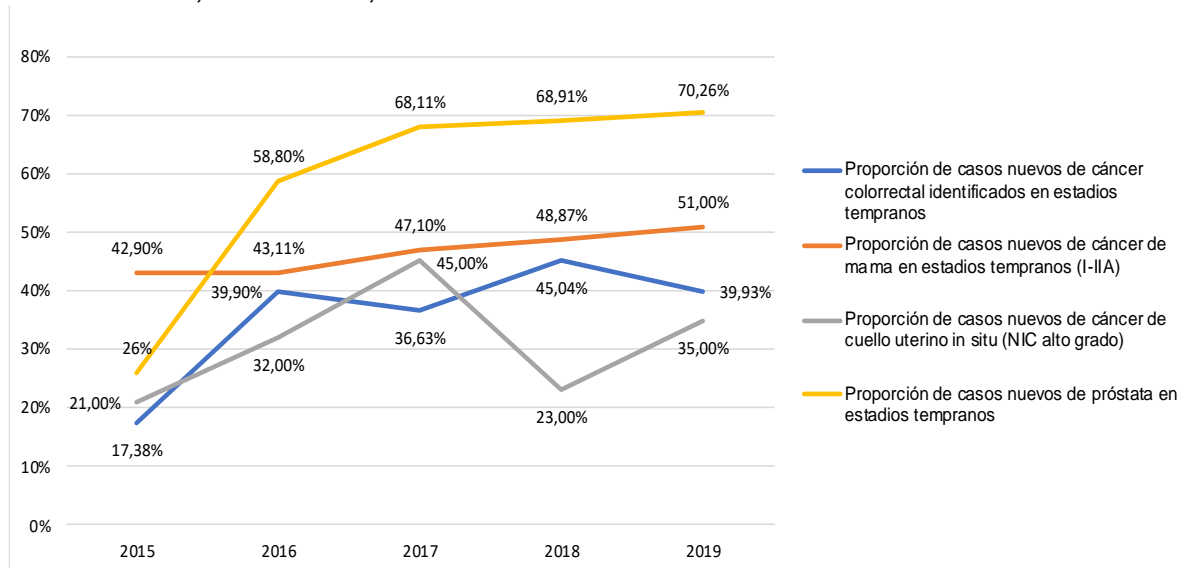
La línea azul representa la proporción de mujeres entre 50 a 69 años que se han tomando la mamografía en los 2 últimos años a partir del año 2014 hasta el 2017, la cual desde el 2014 la proporción es del 6% con una tendencia lenta hacia el incremento representada hasta el año 2019 en el 19%. La línea naranja representa la tendencia en el tiempo de la proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), a partir del año 2015 hasta el 2019, la cual desde el 2015 la proporción es del 43% con un aumento lento año tras año llegando hasta el 2019 con una proporción del 51%.

Por último, el cumplimiento de la meta de garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más, no es posible determinar, dado que solo se encuentra disponible información del año 2015, en donde la oportunidad es del 61% (41).

7.2.3 Detección Temprana Del Cáncer De Próstata. El incremento de la proporción de casos de cáncer de próstata con diagnóstico en estadios tempranos, es la única meta de análisis de morbilidad que establece el plan para el cáncer de próstata, sin trazar una cifra puntual para su cumplimiento, ya que esta por definir (4). Según los datos presentes en el Observatorio Nacional de Cáncer, la proporción de casos nuevos de cáncer de próstata en estadios tempranos, para el año 2015 es del 26%, en el 2016 de 58,80%, 2017 de 68,11%, en el 2018 de 68,91%, 2019 de 70,26% (41). Los resultados anteriores muestran que la proporción de casos nuevos de cáncer de próstata entre el año 2015 y 2016 presenta un pequeño aumento del 32,8%, con un ascenso en el año 2017 del 9,31%, para el año 2018 presenta una proporción constante respecto al valor anterior con una proporción del 68,91%, en el 2019 se da un aumento del 1,35% estableciéndose la proporción en 70,26% en dicho año, esto refleja un comportamiento paulatino con tendencia al incremento, manteniendo por encima del 50% la proporción de casos nuevos de cáncer de próstata con diagnóstico en estadios tempranos. Se considera que las acciones dirigidas a la detección temprana estarían permitiendo el diagnóstico oportuno en mayor población que cursa con cáncer de próstata en estadios tempranos.

7.2.4 Detección Temprana Del Cáncer Colorrectal. Por otro lado, el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021, establece incrementar la proporción de casos con diagnóstico en estadios tempranos de cáncer colorrectal, sin definir una meta por cumplir, dado a la falta de datos de mortalidad de esta patología. Según la información que reposa en la base de datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC), la proporción de casos nuevos de cáncer colorrectal identificado en estadios temprano, para el año 2015 es del 17,38%, 2016 del 39,9%, 2017 del 36,63%, 2018 es del 45,04% y para el año 2019 del 39,93%. Los resultados anteriores presentan un comportamiento fluctuante con tendencia a incrementar respecto al primer año que se registra, hasta llegar a una proporción < 40% en el 2019. No es posible establecer el estado actual del indicador por no disponibilidad de datos en los siguientes años.

Grafica 14. Proporción Casos Nuevos En Estadios Tempranos Para Cánceres De Mama, Colorrectal, Cuello Uterino Y Próstata Desde El Año 2015 Al 2019



Fuente datos tomados del Observatorio Nacional de Cáncer

La línea amarilla representa la proporción de casos nuevos de cáncer de próstata en estadios tempranos el cual desde el 2015 es del 26% con una tendencia al incremento año tras año, en el 2017 se alcanza una proporción del 68,11% manteniendo un ascenso lento y constante con una proporción en el 2019 del 70,26%. La línea naranja representa la proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), en el 2015 es del 42,9% con una tendencia al incremento progresivo, en el 2017 se alcanza una proporción del 47,10% manteniendo un incremento lento una proporción en el 2019 del 51%. La línea azul representa la proporción de casos nuevos de cáncer colorrectal identificados en estadios tempranos, para el año 2019 es del 17,38% con una tendencia al aumento de forma fluctuante en el tiempo alcanzando para el año 2019 una proporción del 39,93%. La línea gris representa la proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ (NIC alto grado) para el año 2019 es del 21% con una tendencia constante al aumento hasta el año 2017 con una proporción del 45%, para el año 2018 la proporción de casos nuevos presenta una gran descenso al 23%, con un aumento en el 2019 al 35%.

7.2.5 Detección Temprana Del Cáncer Infantil. Al determinar que el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento se garantice en el 100% de los menores de 18 años con sospecha de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) (4), se obtiene según datos de la CAC, que la oportunidad en el diagnóstico y acceso al tratamiento de los menores de 18 años con sospecha de LAP (en días), para el año 2012 es del 83,87%, en el 2013 del 82,08%, 2014 del 86,14% y para el año 2015 del 75,99% (42). Los datos anteriores permiten observar que el indicador presenta su ascenso más alto para el año 2014 alcanzado hasta el 86% de la población < 18 años con oportunidad en el diagnóstico y tratamiento, sin embargo, para el último año (2015) reportado este tiene una disminución casi del 11% respecto al valor previo, por lo tanto ninguno de los 4 años alcanza una oportunidad en el diagnóstico y acceso al tratamiento en el 100% de los menores de 18 años con sospecha de LAP. El cáncer infantil tiene un impacto negativo en los indicadores de desarrollo del país, dado que los años potencialmente perdidos de una población joven, trae repercusiones en muchos aspectos para la sociedad. Es necesario iniciar y continuar el registro de la población infantil con cáncer y sus mediciones en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento, ya que con urgencia se deben establecer acciones en la prevención secundaria, lo que permitiría lograr un alto porcentaje de supervivencia para esta población al garantizársele una detección temprana y tratamiento oportuno.

7.2.6 Otras Consideraciones. Cabe resaltar que para aportar en el control de la detección temprana de los cánceres mencionados, el plan propone cumplir con un documento técnico para el año 2016, de un Programa Nacional de Detección Temprana que incluya acciones de cada tipo de cáncer, el cual no se encuentra disponible por parte del Ministerio de Salud y Protección Social hasta la fecha.

8 DISCUSIÓN

En este trabajo se evaluó la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 - 2021, a partir de indicadores de las líneas estratégicas de control del riesgo y detección temprana de la enfermedad, analizando el avance en el cumplimiento de los indicadores según el estándar definido en el Plan. Lo más importante de esta evaluación fue que se observó un grado intermedio de avance en la implementación de las líneas estratégicas 1 y 2, dicho resultado es relevante porque dio respuesta al objetivo principal del trabajo, y además, ofrece nuevo conocimiento que permitirá mejorar y proponer nuevas estrategias en el sistema de salud para la intervención del cáncer en la población colombiana, considerando políticas públicas acordes al contexto histórico-social del país.

Lo que más ayudo al desarrollo de esta evaluación fueron las bases de datos de acceso público de entidades institucionales del país, sugeridas para cada indicador por el PDCCC 2012-2021 en su apartado de Evaluación y Seguimiento, además, de las fuentes encontradas durante la búsqueda con datos disponibles en informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) en especial por medio de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, y artículos indexados.

Lo más difícil en el desarrollo de la evaluación fue generar una observación objetiva con información de calidad territorial sobre el estado actual de los indicadores y del cumplimiento de la mayoría de las metas propuestas en el Plan, impidiendo hacer una comparación y análisis de los datos existentes al inicio de la implementación del PDCCC con información actualizada; lo anterior se presenta por falta de disponibilidad y calidad de información relevante, oportuna y pertinente en las bases de datos de los entes responsables de la vigilancia de eventos de salud pública en Colombia de forma constante en el tiempo, la cual ha sido brindada en años anteriores por estudios poblacionales, encuestas entre otras herramientas, sin embargo, estas no han tenido continuidad en el tiempo o no se han vuelto a realizar, otro motivo de las dificultades presentadas fue encontrar las metas e indicadores del Plan alineados a los disponibles en las fuentes de información de las entidades nacionales e internacionales.

8.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1. CONTROL DEL RIESGO (PREVENCIÓN PRIMARIA)

En cuanto a la evaluación específica de las intervenciones de prevención primaria sobre los factores de riesgo atribuibles y modificables para el cáncer, priorizados por el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, entre los resultados más importantes encontrados en la evaluación de la línea estrategia 1 fueron los hallados en el componente del tabaco, evidenciando datos no actualizados sobre el estado actual del cumplimiento del Convenio Marco vinculante para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), otro elemento importante es sobre el impuesto aplicado a las cajetillas de cigarrillos, que presenta un valor al público por debajo del proyectado en la Ley Antitabaco, lo cual permite plantear que el no cumplir con el impuesto a las cajetillas de cigarrillo reglamentado impide incentivar de forma efectiva el abandono del tabaco en la población colombiana.

Las sanciones y la reglamentación de Ambientes 100% Libres de Humo de Tabaco, no presenta información consolidada a nivel país; lo anterior es relevante entendiendo el tabaco como uno de los principales riesgos para el cáncer, y que parte de los compromisos del país en su momento fue cumplir con todas sus recomendaciones del Convenio Marco vinculante para el Control del Tabaco, por ello el Gobierno Nacional debe realizar campañas de comunicación y aumentar el cumplimiento de los artículos de la Ley Antitabaco.

Lo que más ayudó la observación sobre los indicadores propuestos en el componente del tabaco fue los datos generados en las bases de acceso público de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por medio de sus informes presentados, porque brindó estadísticas sobre el consumo del tabaco en ciertos grupos poblacionales que respondían a los indicadores propuestos en el Plan, además, del estado de las actividades por medio de la Herramienta MPOWER. Lo que dificultó la evaluación del cumplimiento de las metas del tabaco, fue poder realizar un análisis objetivo del comportamiento en el tiempo de los indicadores, sin poder juzgar la evolución del consumo en población escolar, esto por falta de generación y registro de estadísticas permanentes del consumo de tabaco además, de informes constantes y propios por el país sobre el estado actual del cumplimiento del Convenio Marco vinculante para el Control del Tabaco de la OMS.

Respecto al consumo de alcohol, lo más importante fue que se identificó un poco o casi ninguna reducción en la edad de inicio de consumo, es relevante esta información porque permite por medio de los datos encontrados comparar el cumplimiento o no de la meta establecida en el Plan, siendo este entre los factores más importantes para el control del cáncer y en nuestra cultura. Lo más difícil en la evaluación del indicador de edad de inicio de consumo de alcohol en la población colombiana es que los datos encontrados no son comparable entre todos porque no

son de la misma fuente o estudio poblacional, logrando solo comparar el comportamiento de dos años 2011 y 2016.

Otros de los componentes considerados relevantes para el control del cáncer es el consumo de frutas y actividad física, durante la evaluación de estos lo mas importante fue que se observó que para el porcentaje de consumo de frutas en población adulta aumento con respecto a la población joven, en cuanto a la prevalencia de actividad física se resalta que la prevalencia observada en de los años 2010 y 2015 de caminar como medio de transporte registra una de las mayores prevalencias respecto a la actividad física global en tiempo libre y uso de bicicleta como medio de transporte; lo que más ayudo al acceso de datos sobre el estado de estos componentes fue la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) realizadas en los años 2010 y 2015, la cual el país había establecido realizar cada 5 años, ya que esta permitió conocer estadísticas solo enfocadas a factores nutricionales de la población colombiana, permitiendo obtener datos específicos de los indicadores que estableció el Plan; lo más difícil no realización de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional que estaba proyectada para el año 2020, esto impide tener registro serio y consistente del estado nutricional de los y las colombianas.

En cuanto a prevención primaria, lo mas importante respecto a la cobertura útil de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y contra Hepatitis B, fue que el porcentaje de vacunación contra el VPH presento un comportamiento descendiente en el tiempo, esto explicado por la falta de confianza por parte de la población hacia la vacuna y lo mismo se observa en la vacunación útil contra la Hepatitis B, estos resultados son importantes ya que estas enfermedades infecciosas contribuyen a una gran carga de la enfermedad y que al ser evitables se evidenciaría un gran impacto en la mortalidad por cáncer.

Se resalta que los datos presentes en el Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia permitió obtener datos con una continuidad en el tiempo lo que facilita la observación comparable de estos indicadores en el tiempo; la cobertura útil de vacunación contra Hepatitis B solo se permitió observar por 4 años consecutivos con registro hasta el año 2015, lo cual hace difícil establecer el estado actual de este indicador, otra de las situaciones difíciles para el análisis de este indicador es que no se tiene datos registrados de la cobertura en trabajadores de la salud, ya que es una población con alto riesgo de contagio por su exposición constante a medios que son potencialmente infectados.

Por último, se menciona que en esta evaluación el tema de cancerígenos ocupaciones, protección a radiación solar y protección específica de virus en población trabajadora de la salud, tienen ausencia de información, en la que según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional (SIVECAO) en Colombia, brindaría pero dicho sistema cuenta con una página web la cual hasta la fecha no hay disponibilidad de la misma.

8.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2. DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD

Lo mas importante en la evaluación de las actividades dirigidas a la detección temprana del cáncer y su cobertura en los grupos poblacionales priorizados por el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, fue que se evidenció un comportamiento decreciente en el tiempo de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en relación con el aumento de la proporción de mujeres que se realizaron citología con el esquema 1-1-3, en cuanto al cáncer de mama la detección de casos nuevos en estadios tempranos presenta un comportamiento de ascenso gradual y lento en el tiempo en relación también con el ligero aumento de la proporción de mujeres que se realizan la mamografía entre los 50 y 60 años; por otro lado la proporción de casos en estadios tempranos encontrados entre los años 2015 al 2019 para cánceres de mama, colorrectal, y cuello uterino presentan un aumento progresivo en el tiempo, con mayor proporción de casos nuevos registrados por el cáncer de próstata, contrario se observo en el cáncer de cuello uterino ya que entre estos es el que menos proporción de casos nuevos en estadios tempranos reporta y que además, presenta un gradual ascenso.

Se resalta que lo que mas ayudo a realizar la evaluación de los indicadores para la detección temprana del cáncer fue la relativa constancia en el tiempo de los datos presentes en el Observatorio Nacional del Cáncer (Colombia) y por la Cuenta de Alto Costo, permitiendo observar y comparar el comportamiento de los indicadores año tras año, sin embargo, lo que dificulto el dar una información precisa y del estado actual de los indicadores fue la falta de registro constante de los datos desde el año 2012 hasta el 2021, lo cual permitiría la observación objetiva del estado actual de estos indicadores como se trazo en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáncer [Internet]. Who.int. [citado el 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Committee on A National Strategy for Cancer Control in the United States. Guiding cancer control: A path to transformation. Nass SJ, Amankwah FK, Madhavan, Johns MME, editores. Washington, D.C., DC: National Academies Press; 2019
3. Situación del Cáncer en la población adultos atendida en el SGSSS de Colombia - 2019 [Internet]. Cuenta de Alto Costo. 2020 [citado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adultos-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2019/>
4. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012–2021 [Internet]. Colombia; 2012 [citado el 15 septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documents/Plan-Decenal-Cancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. (2006). Modelo para el control de cáncer en Colombia. Gov.co. [citado el 15 septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/Modelo-para-el-control.pdf
6. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 1980 [citado el 15 septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
7. Día Mundial contra el cáncer 4 de febrero. Datos clave sobre el cáncer [Internet]. Worldcancerday.org. [citado el 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.worldcancerday.org/es/que-es-el-cancer>
8. Día Mundial contra el Cáncer 2021: Yo Soy y voy a [Internet]. OPS.org. [citado el 15 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy>

9. IARC.fr. [citado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-factsheets.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. (2006). Modelo para el control de cáncer en Colombia. Gov.co. [citado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/Modelo-para-el-control.pdf
11. Stella L, Marín R, Ibeth LP, Manrique C. Coordinación y elaboración Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo de Planeación en Salud [Internet]. Gov.co. [citado el 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>
12. Téllez Neira LM, Romero-Torres S, Calderón Cortés MI. Implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y la Prevención del Cáncer en Colombia. Rev Cienc Salud [Internet]. 2020;18(1):169. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8780>
13. Marion Piñeros Petersen; Raúl Hernando Murillo Moreno; Alexandra Porras Ramírez. GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL CÁNCER. Gov.co. [citado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/Guia-analisis-situacion-cancer.pdf>
14. Mark M, MD Y Weiyun Z, PhD MD. Neoplasia. Hammer GD, McPhee SJ, editores. Fisiopatología de la enfermedad. México: McGraw-Hill; 2014; p. 89
15. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 1980 [citado el 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

16. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.: OPS; 2018. [citado el 5 de enero de 2022]. Disponible en: <http://iris.paho.org>
17. GLOSARIO. En: Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. dikinson; 2021. pág. 59–60. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F46297ADC2322AA8B68D2E82FBD9026F?sequence=1
18. Resolución-1383-de-2013.pdf. [citado el 5 de enero de 2022]. Disponible en: <http://resolucion-1383-de-2013.pdf>
19. Lic. María Eugenia Barbieri, el Dr. Jonatan Konfino, la L., & Ferrante, L. G. y el D. D. (2013). Guías de Evaluación de Programas de Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo. Buenos Aires. Disponible en: https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/07/2013-03-01_guias-evaluacion.pdf
20. PAHO. Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas 2013 [Internet]. [citado el 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Informe-sobre-control-del-Tabaco-en-las-Américas-2013.PDF>
21. PAHO. CDC. (2011). Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas. [citado el 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-RegionalESPLRFeb2-Web-opt.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28380/9789275318867_spa.pdf
23. Defensoría del Pueblo Colombia. Informe de seguimiento al cumplimiento del convenio marco de la OMS para el control del tabaco en Colombia. Bogotá, DC; 2017. Disponible en: <https://sioc.minagricultura.gov.co/Tabaco/Normatividad/2017-12-31%20Informe%20seguimiento%20Convenio%20Marco%20por%20Defensor%20del%20Pueblo.pdf>

24. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Informe%20sobre%20control%20del%20tabaco%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%202018.pdf>
25. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA 2013. Bogotá, DC; 2014. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
26. Observatorio de Drogas de Colombia, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2016. Bogotá, DC; 2016. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf
27. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2017. Bogotá, DC; 3 de mayo de 2019. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2017-v2.pdf
28. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2019. Bogotá, DC; 30 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>
29. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. ENCUESTA NACIONAL DE TABAQUISMO EN JOVENES 2017 (ENTJ). Bogota, DC; 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=21693>
30. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2016. Bogotá, DC; 16 de marzo 2017. Disponible en:

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2016.pdf

31. Congreso de Colombia. Ley 1819 de 2016, por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones. Bogotá, DC; 29 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=79140>
32. Presidencia de la Republica de Colombia. DECRETO 1684 DE 2017, Por el cual se adiciona el Capítulo 6, Título 1, Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1625 de 2016 Único Reglamentario en Materia Tributaria. Bogotá, DC; octubre 17 de 2017. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=83875>
33. DANE. Precios promedio de cigarrillos y tabaco - Información histórica. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/cigarrillos-y-tabaco/precios-promedio-de-cigarrillos-y-tabaco-historicos>
34. Evolución del IPC y del IPC salud [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2020 [citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/financiamiento/evolucion-del-ipc-y-del-ipc-salud>
35. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1335, "DISPOSICIONES POR MEDIO DE LAS CUALES SE PREVIENEN DAÑOS A LA SALUD DE LOS MENORES DE EDAD, LA POBLACIÓN NO FUMADORA Y SE ESTIPULAN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO Y EL ABANDONO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO DEL FUMADOR Y SUS DERIVADOS EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA". Bogotá, CD; 21 de julio de 2009. Disponible en: <https://www.tobaccocontrol.org/files/live/Colombia/Colombia%20-%20Law%20No.%201335%20-%20national.pdf>
36. Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), el Ministerio de Educación Nacional, y el Ministerio de Salud y Protección Social. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACION ESCOLAR COLOMBIA – 2011. Bogotá, DC; 2011. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf

37. Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2019), Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2019. Bogotá DC.: ODC. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>
38. Universidad Nacional; El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia – ENSIN 2015. Bogotá, DC; marzo de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ensin-2015.pdf>
39. Ministerio de Salud; Universidad del Valle. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN ESCOLARES (ENSE) 2017. Bogotá, DC; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=21693>
40. Ministerio del Trabajo; Instituto Nacional de Cancerología – ESE. Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Ocupacional en Colombia - SIVECAO Por la prevención del cáncer ocupacional en Colombia. Bogotá, D.C.; junio de 2016. Disponible en: <https://www.libertycolombia.com.co/sites/default/files/2019-07/Sistema%20de%20vigilancia%20epidemiologica%20de%20cancer%20ocupacional.pdf>
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Cáncer. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/pdccc.aspx>
42. Cáncer - Morbimortalidad - Demográfico [Internet]. Cuenta de Alto Costo. 2020 [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/higia/cancer-morbimortalidad-demografico/?1678068700144>
43. Naciones Unidas. Edición Ilustrada de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. North Charleston, SC, Estados Unidos de América; 2015. Disponible en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

44. UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Octubre de 2005. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/UNESCO__Bioetica_y_Derechos_Humanos_2005_unisabana.pdf
45. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN 8430 DE 1993. Santafé de Bogotá; 4 de octubre de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

ANEXOS

Anexo A. Consolidado del estado de los indicadores

LÍNEA ESTRATÉGICA 1. CONTROL DE RIESGO (PREVENCIÓN PRIMARIA)				
COMPONENTE	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	AÑO BASE - META	AÑOS REPORTADOS /RESULTADO DEL INDICADOR
TABACO	Informe bianual del país para el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.	Gestión	Lograr cumplimiento de los convenios internacionales vinculantes y ratificados por el Gobierno colombiano.	2011 (21) – 2013 (20) – 2016 (22) – 2017 (23) – 2018 (24) – 2019 (12)
	Prevalencia de consumo de tabaco en escolares de 13 a 15 años.	Resultados	Año 2008 < 21,8%	2013, 12 a 17 años: 4,77% (25) 2016, 12 a 14 años: 4,68% (26) 2017, de 10 años y más: 7,3% (27) 2019, 12 a 17 años: 6,5% (28)
	Prevalencia de consumo de tabaco en escolares de 16 a 18 años.	Resultados	Año 2011 < 17,36%	2013, 18 a 24 años: 15,99% (25) 2016, 17 a 18 años: 13,52% (26)
	Edad de inicio del consumo de tabaco en adolescentes colombianos.	Resultados	Año 2011 > 14 años	2011: 12,4 años (4) 2016: 12,9 años (26) 2017: 12 años (29) 2019: 17,4 años(28)
	Prevalencia de consumo de tabaco en adultos (18 a 69 años).	Resultados	Año 2007 (12.8%) 10%	2016: 9,8% (30) 2017: 8,5% (27)

	Número de entidades territoriales que implementan la estrategia para garantizar los ambientes 100% libres de humo de tabaco en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.	Resultados	Cumplimiento de ambientes 100% libres de humo (ALH) de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.	SIN INFORMACIÓN NACIONAL CONSOLIDADA
	Número de procesos sancionatorios iniciados por la autoridad competente para la vigilancia de los ALH	Resultados		SIN INFORMACIÓN NACIONAL CONSOLIDADA
	Disponibilidad de legislación nacional para el aumento de impuestos a los productos de tabaco y sus derivados	Resultados	>100% los impuestos indexados IPC y al PIB	Ley 1819 de 2016 artículo 347 (31) Decreto 1684 de 2017 (32) VER GRÁFICA 6
	Disponibilidad de legislación nacional que establezca el aumento en 70% al tamaño de las advertencias sanitarias en las cajetillas de los productos de tabaco	Resultados	70% tamaño de las advertencias sanitarias en las cajetillas de los productos de tabaco	Ley 1335 de 2009, en el capítulo III, Artículo 13, Parágrafo 1º (35) 2013 (20), 2014 (22) y 2017 (23): tamaño mediano (30-49%)
ALCOHOL	Edad promedio de inicio del consumo de alcohol en adolescentes colombianos.	Resultados	2011 (12.44 años) > 14 años	2011: 12,44 años (36) 2016: 13 años (26) 2019: 17,8 años (37)
	Número de puntos de distribución y		Incremento anual del 10% de puntos de comercialización	NO DISPONIBLE

PROMOCIÓN DEL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS	comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.	Resultados		
	Porcentaje de consumo diario de frutas en la población de 5 a 18 años.	Resultados	2010 > 43%	2015, 5 a 12 años: 35.4% (38) 2015, 13 a 17 años : 82.3% (38) 2017, 13 a 17 años (3 veces al día): 18,2% (39)
	Porcentaje de consumo diario de frutas en la población de 19 a 64 años.	Resultados	2010 >41%	2015, 18 a 64 años: 75,9% (38)
	Porcentaje de consumo diario de verduras en la población de 5 a 18 años.	Resultados	2010 > 12 %	2015, 5 a 12 años: 67.6% (38) 2015, 13 a 17 años: 66.1% (38) 2017, (3 veces al día) 13 a 17 años: 19,7% (39)
	Porcentaje de consumo diario de verduras en la población de 19 a 64 años.	Resultados	2010 > 41%	2015: 76,35% (38)
	Número de departamentos con implementación y evaluación de la estrategia promocional intersectorial para la oferta y consumo de frutas y verduras.	Resultados	90% de los departamentos y distritos.	NO DISPONIBLE
	Prevalencia de actividad física en adultos entre 18 a 64.	Resultados	2010 > 53.5%	2015: 51,1% (38)
Prevalencia de actividad física		2005	2015: 13.4% (38)	

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	en adolescentes entre 13 a 17 años.	Resultados	> 26%	2017, actividad física 60 min/día: 15,2% (39)
	Prevalencia de actividad física global en tiempo libre.	Resultados	Año 2010 19.9%	2015: 23,5% (38)
	Prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos durante menos de 2 horas en niños de 5 a 12 años.	Resultados	< 42.1%	2015; 6 a 12 años: 67,6% (38) 2017, 5 a 17 años: 46,3% (39)
	Prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos durante menos de 2 horas en niños de 13 a 17 años.	Resultados	< 33 %	2015: 76,6% (38)
	Prevalencia de caminar como medio de transporte.	Resultados	Año 2010 > 33.8%	2015: 31,7% (38)
	Prevalencia de uso de la bicicleta como medio de transporte.	Resultados	Año 2010 > 5.6%	2015: 4,9% (38)
	CONTROL DEL RIESGO FRENTE A CANCERÍGENOS OCUPACIONALES	Porcentaje de empresas del sector formal que manejan los cinco principales agentes carcinogénicos ocupacionales en el país con niveles de exposición menores al valor límite permisible.	Proceso	Lograr que entre 50 y el 70% de las empresas del sector formal, que manejan los cinco principales agentes carcinogénicos ocupacionales en el país (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto orgánico y radiación ionizante) tengan niveles de exposición menores al valor límite permisible.

	Informe de avance en la implementación de las acciones normativas relacionadas con el control del cáncer ocupacional.	Proceso	Implementar el marco político y normativo relacionado con el cáncer ocupacional en Colombia	NO DISPONIBLE
CONTROL DEL RIESGO FRENTE A LA EXPOSICIÓN A RADIACIÓN SOLAR ULTRAVIOLETA	Porcentaje departamentos del país con implementación de estrategias para la prevención de cáncer de piel.	Proceso	Implementar estrategias de intervención sectorial e intersectorial para la prevención del cáncer de piel, en el 100% de los departamentos del país	NO DISPONIBLE
PROTECCIÓN ESPECÍFICA A VIRUS RELACIONADOS CON CÁNCER	Cobertura útil de vacunación contra VPH.	Resultados	95%	2012: 89,2% (41) 2013: 75,9% (41) 2014: 33,9% (41) 2015: 68,70% (41) 2016: 6,5% (41) 2017: 3,3% (41) 2018: 8,95% (41) 2019: 11,1% (41)
	Cobertura útil de vacunación contra Hepatitis B.	Resultados	95%	2012: 91,84% (41) 2013: 90,88% (41) 2014: 90,26% (41) 2015: 91,39% (41) 2016: 91,25% (41) 2017: 91,5% (41) 2018: 92,46% (41) 2019: 93,3% (41)
	Cobertura de vacunación a profesionales de la salud del área asistencial.	Resultados	95%	NO DISPONIBLE

LÍNEA ESTRATÉGICA 2. DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD

COMPONENTE	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	META	AÑOS REPORTADOS /RESULTADO DEL INDICADOR
CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Documento técnico del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el Cáncer de cuello uterino.	Proceso	Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de cuello uterino, al año 2016.	NO DISPONIBLE
	Tasa ajustada por edad de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres.	Impacto	5.5 en 2021	2012: 6,7 (41) 2013: 6,43 (41) 2014: 6,77 (41) 2015: 6,59 (41) 2016: 6,84 (41) 2017: 6,59 (41) 2018: 6,38 (41) 2019: 4,31 (42) 2020: 4,58 (42)
	Proporción de mujeres de 21 a 69 años que se han tomado la citología con el esquema 1-1-3, en el último año.	Proceso	80%	2014: 12,66% (41) 2015: 20,81% (41) 2016: 32,8% (41) 2017: 41,82% (41) 2018: 48,40% (41) 2019: 53% (41)
	Proporción de mujeres de 30 a 65 años con tamización para cáncer de cuello uterino mediante pruebas de VPH.	Proceso	80%	NO DISPONIBLE
	Proporción de departamentos con implementación y evaluación de la estrategia Ver y Tratar.	Proceso	100%	2018 y 2019: 36,36 (41)
	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino in situ (NIC alto grado)	Proceso	80%	2015: 0,21% (41) 2016: 0,82% (41) 2017: 0,45% (41) 2018: 0,23% (41) 2019: 0,35% (41)

CÁNCER DE MAMA	Documento técnico del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama.	Proceso	Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama, al año 2016.	NO DISPONIBLE
	Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA)	Proceso	60%	2015: 42,9% (41) 2016: 43,1% (41) 2017: 47,1% (41) 2018:48,87% (41) 2019: 51% (41)
	Proporción de mujeres entre 50 a 69 años que se han tomado la mamografía en los dos últimos años.	Proceso	70%	2014: 6,01 (41) 2015: 13,35 (41) 2006: 16,32 (41) 2017: 19,33 (41)
	Oportunidad en el acceso y confirmación diagnóstica de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más	Proceso	Garantizar al acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más	2015: 61% (41).
CÁNCER DE PRÓSTATA	Documento técnico del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de próstata.	Proceso	Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de próstata, al año 2016.	NO DISPONIBLE
	Proporción de casos nuevos de cáncer de próstata en estadios tempranos.	Proceso	Incrementar la proporción de casos de cáncer de próstata con diagnóstico en estadios tempranos (línea de base por definir)	2015: 26% (41) 2016: 58,80% (41) 2017: 68,11% (41) 2018: 68,91% (41) 2019: 70,26% (41)

CÁNCER COLORRECTAL	Documento técnico del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer color rectal.	Proceso	Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer color rectal, al año 2016.	NO DISPONIBLE
	Proporción de casos nuevos de cáncer colorrectal identificado en estadios tempranos.	Proceso	Incrementar la proporción de casos con diagnóstico en estadios tempranos de cáncer color rectal (línea de base por definir).	2015: 17,38% (41) 2016: 39,9% (41) 2017: 36,63% (41) 2018: 45,04% (41) 2019: 39,93% (41).
CÁNCER INFANTIL	Oportunidad en el diagnóstico y acceso al tratamiento de los menores de 18 años con sospecha de LAP (en días).	Proceso	100% población	2012: 83,87% (42) 2013: 82,08% (42) 2014: 86,14% (42) 2015: 75,99% (42).

Anexo B. Normatividad

Instrumentos Internacionales No Vinculares (4):

- Resolución WHA53.17 de 2000 de la Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- Resolución CSP26.15 de 2002 de la OPS: Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas.
- Resolución WHA57.17 de 2004 de la Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.
- Resolución WHA58.22 de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control del cáncer. DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER DE COLOMBIA, 2012-202
- Resolución CD47.R9 de 2006 de la OPS: Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.
- Resolución CD47.18 de 2006 de la OPS: Estrategia y plan de acción regional sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006 – 2015.
- Resolución WHA60.23 de 2007 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Resolución CD48.R2 del cuadragésimo octavo Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.
- Resolución CD48.R10 de 2008 de la OPS: Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control de cáncer cervicouterino.
- Normas Unifomes de Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad 1993.

Normativa Nacional en la que se basa El Plan Decenal (4):

- Ley 09 de 1979, prescribe medidas sanitarias.
- Ley 30 de 1986, impone el Estatuto Nacional de Estupefacientes y otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993, crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 52 de 1993, aprueba el Convenio 167 y la Recomendación 175 sobre seguridad y salud en la construcción.
- Ley 375 de 1995, crea la Ley de Juventud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 430 de 1998, dicta normas prohibitivas en materia ambiental referentes a desechos peligrosos y se imponen otras disposiciones.
- Ley 715 de 2001, prescribe normas orgánicas en materia de recursos y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

- Ley 1109 de 2006, aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco” hecho en Ginebra, el 21 de mayo de 2003.
- Ley 1122 de 2007, por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud.
- Ley 1196 de 2008, decreta el Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, 2001.
- Ley 1335 de 2009, previene daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo y el abandono de la dependencia de tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.
- Ley 1355 de 2009, define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Ley 1384 de 2010, establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Modificada por medio de la ley No. 2194 de 2022.
- Ley 1388 de 2010, por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.
- Ley 1438 de 2011, reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Normativa Internacional (4)

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Resolución 4896 del 20 de diciembre de 1993, en la que se reafirma el compromiso de defender los derechos humanos, las libertades fundamentales, la justicia social, la dignidad y el valor de la persona.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Normas uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, 1993.
- Conferencia Iberoamericana: Declaración de Cartagena de Indias sobre políticas integrales para las personas con discapacidad en el área Iberoamericana, 1992.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO), conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Pacto Internacional de los derechos Civiles y Políticos, 1966.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la esfera de la enseñanza, 1960.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Convención universal de los derechos humanos, 1948.

- Organización de Estados Americanos (OEA): Protocolo adicional a la convención americana sobre los derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, 1988.
- Organización de Estados Americanos (OEA): Declaración americana de los derechos y deberes del hombre, 1983.
- Organización de Estados Americanos (OEA): Convención americana sobre los derechos humanos, 1969.