

## Actuar político para el control del cáncer en Colombia

### Political Acting to Control the Cancer in Colombia

### Agindo politicamente para o controlo do câncer na Colômbia

Lida Salazar<sup>a</sup>

Instituto Nacional de Cancerología ESE, Colombia  
lsalazar@cancer.gov.co

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5831-9597>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rggs17-35.apcc>  
Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54557477013>

Fecha de recepción: 30 Agosto 2017

Fecha de aprobación: 16 Mayo 2018

Fecha de publicación: 01 Noviembre 2018

Mónica Benavides

Instituto Nacional de Cancerología ESE, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6623-0237>

Eliana Marcela Murcia Monroy

Instituto Nacional de Cancerología ESE, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5831-9597>

#### Resumen:

El cáncer es un tema de interés en salud pública, debido al progresivo aumento del número de casos, los altos costos para los sistemas de salud y el número de muertes. Para controlarlo, no es suficiente con promover la salud, puesto que la implementación de estilos de vida saludables no solo requiere voluntad individual, sino también creación de políticas, leyes, programas, planes, entre otros, que favorezcan cambios de comportamiento en individuos hacia estos estilos, que además posicionen las opciones saludables como iniciativas atractivas que tomar. Colombia ha entendido el cáncer como tema de atención prioritaria y como tal estableció un marco normativo que busca su control desde la prevención y la detección temprana, pasando por el tratamiento integral hasta la rehabilitación e incorporación a la vida laboral. Esta revisión pretende hacer un acercamiento a la normatividad y reglamentación colombiana para el control del cáncer, registrando su evolución histórica y destacando sus posibles alcances e inconvenientes.

**Palabras clave:** política pública, cáncer, normatividad, leyes, prevención y control.

#### Abstract:

Cancer is a topic of interest in public health due to the gradual increase in the number of cases, high costs to the health systems and the number of deaths. Health promotion is not enough to control it, since the implementation of healthy lifestyles not only requires the individual willingness but also the making of policies, laws, programs, plans, and so on, to favor the individual's behavioral changes into the healthy lifestyles that would, in turn, position the healthy options as appealing initiatives to follow. Colombia has understood the cancer as a priority issue. Therefore, the country has set a regulatory framework aiming to control the cancer based on the early detection and prevention as well as the comprehensive treatment including both the rehabilitation and resuming to the labor life. This review seeks to approach to the Colombian legal and regulatory system concerning the cancer control, by outlining its historic evolution and underlining the potential inconveniences and scope.

**Keywords:** public policy, cancer, regulations, laws, prevention and control.

#### Resumo:

O câncer é um tema de interesse em saúde pública, devido ao progressivo aumento do número de casos, os altos custos para os sistemas de saúde e o número de óbitos. Para controlá-lo, não é suficiente com promover a saúde, pois a implementação de estilos de vida saudáveis não apenas requer vontade individual, mas também criação de políticas, leis, programas, planos, dentre outros, a favorecer mudanças no comportamento em indivíduos para esses estilos que, aliás, posicionarem as opções saudáveis como iniciativas atrativas a serem tomadas. A Colômbia entendeu o câncer como tema de atendimento prioritário e como tal estabeleceu um quadro normativo que procura seu controle desde a prevenção e detecção precoce, a passar pelo tratamento abrangente até a reabilitação e incorporação à vida laboral. Essa revisão visa fazer aproximação da normatividade e regulamentações colombianas para o controle do câncer, registrando sua evolução histórica e destacando possíveis escopos e desvantagens.

<sup>a</sup> Autora de correspondencia: [lsalazar@cancer.gov.co](mailto:lsalazar@cancer.gov.co)

**Palavras-chave:** política pública, câncer, normatividade, leis, prevenção e controle.

## Introducción

El cáncer es un tema de interés en salud pública, debido al progresivo aumento del número de casos, los altos costos para los sistemas de salud y las muertes por esta causa. En el año 2015, a nivel mundial se registraron 8,8 millones de defunciones y se prevé que estas aumenten 45% entre el 2007 y el 2030 —pasando de 7,9 millones a 11,5 millones— resultado en parte debido al crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. Se estima que durante el mismo periodo, el número de casos nuevos también aumentará de 11,3 millones en el 2007 a 15,5 millones en el 2030 (1). Adicionalmente, esta patología conlleva una serie de implicaciones de carácter social que afectan seriamente las condiciones de vida, no solo del paciente, sino también de sus familias (2,3).

En Colombia, su comportamiento no ha sido diferente. Dentro de la estructura de mortalidad, los tumores malignos ocupaban en 1960 el sexto lugar y representaban el 3,7% del total de muertes. En el año 2000 se ubicaron en tercer lugar, luego de las enfermedades cardiovasculares y la violencia, y representaron el 14,7% de todas las defunciones. Según Globocan, en el 2012 se presentaron en el país 71442 (4) nuevos casos y 37894 muertes (5) por esta causa, convirtiéndose en la segunda causa de muerte, con un crecimiento gradual (6). Esta situación se agrava por la falta de implementación o despliegue de mecanismos de prevención, detección temprana y acceso a tratamientos (7).

Según destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 30% y 50% de los cánceres se pueden prevenir (8). Sin embargo, para controlarlo no basta con promover la salud, puesto que la implementación de los estilos de vida saludables no solo requiere voluntad individual, sino también la creación de políticas, leyes, programas, planes, entre otros, que favorezcan cambios en el comportamiento de los individuos hacia estos estilos de vida, que posicionen las opciones saludables como las iniciativas más atractivas de tomar (9) y no desestimen las creencias personales derivadas de la interacción con el medio, los otros y la sociedad y que culturalmente han sido transmitidas de una persona a otra desde fuentes que resultan creíbles y legítimas (madre, padre, amigos) y que determinan el cambio en los comportamientos de los sujetos, tal como lo describe la teoría de la memética (10).

El hecho de disponer de una legislación adecuada desempeña un importante papel en la reducción de la exposición y los comportamientos de riesgo. Desde esta perspectiva, la OMS a través del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) 2013-2020, ha instado a sus Estados miembros a reducir en un 25% la mortalidad global por ENT, entre ellas el cáncer, mediante políticas y legislación de medidas regulatorias (11). Por ejemplo, el primer tratado internacional patrocinado por la Organización —el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco— ha sido decisivo para reducir el consumo de tabaco, mediante impuestos, restricciones a la publicidad y otras medidas de control que desalientan su consumo. A este respecto se ha señalado que: “en los países de ingresos bajos y medios, es fundamental que los gobiernos se comprometan a aplicar de forma efectiva medidas normativas para proteger a sus poblaciones y poner en marcha planes de prevención del cáncer” (12).

Con esta revisión de tema se pretende realizar un acercamiento a la normatividad y a la reglamentación para el control del cáncer en Colombia, registrando su evolución histórica y destacando sus posibles alcances e inconvenientes.

## Políticas públicas para el control del cáncer

Las políticas públicas han sido definidas de muchas maneras a lo largo de los últimos 40 años (13, 14). Uno de los conceptos que más se adapta al actuar en salud es aquel que señala: “Las políticas públicas son las decisiones válidamente adoptadas por un organismo público (nacional, estatal o local en respuesta a una situación o problema relevante, que afecte seriamente a la población u organismos de su jurisdicción” (15), o como programas de acción que representan la realización de las decisiones del Estado, siendo este un actor que quiere modificar comportamientos mediante el cambio en las reglas de juego operantes hasta entonces (16). Las políticas son públicas porque son de interés común y afectan a las personas colectivamente; además, los problemas públicos son responsabilidad del Estado debido a la incapacidad e inviabilidad de ser resueltos solo de forma individual (17). Aguilar Villanueva señala que una política pública es: “en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce” (18).

En cuanto a las políticas para el control del cáncer, según Slovic, estas buscan: “la elaboración, implementación, evaluación y actualización de estándares, objetivos y modelos básicos de atención en los ámbitos de la promoción de la salud, la prevención, la detección precoz, el manejo clínico y la rehabilitación”. Además, según el mismo autor, estas se han diseñado para que en: “su implementación pueda darse el equilibrio adecuado entre las actividades que permitan controlar el cáncer y garanticen a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad”. Lo anterior, en coordinación con los principios rectores de la reducción de inequidades, la elevación de la calidad de la atención y la información (19).

En consecuencia, coexistiendo con el principio de equidad, las políticas para el control del cáncer tratan de impactar en: a) la minimización de la diversidad no justificable en la incidencia, la prevalencia, la asistencia y el tratamiento; b) la atención de las enfermedades o los grupos de enfermedades con mayor impacto en la población y que, a la vez, muestren patrones más disímiles de incidencia, prevalencia, mortalidad, morbilidad, atención en la prestación y reducción del sufrimiento y la carga social y económica; y c) la integralidad, lo cual quiere decir que hacen frente a todos los aspectos de la enfermedad, que puedan y deban ser abordados desde los sectores involucrados (20), requiriendo siempre girar en torno a la población caracterizada como susceptible.

De acuerdo con Rivera, controlar el cáncer no se trata solamente de la cuestión de intervenir la enfermedad, sino adicionalmente de intervenir la forma como cada sociedad a escala mundial se desarrolla. En ese sentido, la agenda gubernamental es el paso obligado para que este tema apele a la acción pública (21).

Por otra parte, es frecuente que las políticas públicas requieran instrumentos normativos como una parte fundamental de intervención y regulación de diferentes aspectos de las sociedades en sectores o espacios concretos. Los instrumentos normativos se definen como cualquier norma legal de carácter vinculante —rasgo más característico— y de aplicación directa (15). De hecho, los decisores son quienes determinan qué objetivos de las políticas públicas pueden lograrse recurriendo al uso de instrumentos de aplicación obligatoria y cuáles pueden alcanzarse con el uso de otros instrumentos de carácter voluntario asociados a la idea de fomento o promoción.

En Colombia, la regulación del proceso de formación de leyes es una de las funciones esenciales del Estado, en particular del Congreso, y pretende potenciar el principio democrático (22). Con base en su organización estructural, las tres ramas del poder público: legislativa, ejecutiva y judicial<sup>[1]</sup>, tienen diversas funciones, ejercidas por diferentes entidades, con las cuales se busca controlar el poder público<sup>[2]</sup> (23). Así, las leyes son producto de la voluntad soberana representada en las cámaras legislativas, y a través de ella se regulan aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales del colectivo (24). Por tanto, son estas cámaras los

espacios en los que se disputa por excelencia el poder sobre los proyectos de ley y las leyes dirigidas a la atención del cáncer, las intervenciones y las decisiones relacionadas con su manejo y control.

## **Políticas públicas para el control del cáncer en América**

En los Estados Unidos, a partir de la década de 1970 se implementaron importantes programas de control y prevención del cáncer, mientras que en América Latina, aunque en varios países han sido evidentes — incluido Colombia— los esfuerzos por formar parte de una política internacional para el control del cáncer, y se han experimentado cambios políticos, sociales y económicos que derivaron en la reforma de las políticas de protección social y en los sistemas de provisión de servicios de salud (25), la prevención se encuentra especialmente en los discursos políticos, pero aún no logra materializarse en acciones concretas (26).

Desde fines del siglo XX, y gracias al avance de la globalización, las políticas relacionadas con la salud pública, incluidas las del control del cáncer, tuvieron un factor principal que impulsó la realización de cambios: la inspiración para su creación en las políticas neoliberales, lo que dio como resultado la concentración de sus intereses en las utilidades económicas del mercado más que en el bienestar de la salud de la sociedad y los individuos (25). En ese sentido, las reformas sanitarias llevadas a cabo en este periodo ponen en evidencia los intereses particulares de la banca internacional, de las industrias de medicamentos, de tecnologías diagnósticas y de aseguramiento, grupos que en general conciben a los servicios médicos como mercancías y como tal susceptibles del mismo manejo que se da a otros negocios. Adicionalmente, estas políticas públicas han privilegiado los intereses del inversionista sobre los intereses colectivos y han limitado el concepto de salud pública a las políticas relacionadas con la higiene y el control de las enfermedades transmisibles (27).

## **Políticas públicas para el control del cáncer en Colombia**

En Colombia, el cáncer ha sido considerado una patología prioritaria en las intervenciones de salud pública. Así, desde mediados de la década de 1960 se empezaron a realizar actividades aisladas para el diagnóstico temprano, y de ahí en adelante se han formulado al menos dos planes nacionales para el control del cáncer y leyes que buscan impactar favorablemente la situación (28). Sin embargo, es la promulgación de la Ley 100 el evento que más ha impactado en la atención del cáncer.

En 1993, con dicha ley, considerada una reforma —posiblemente la más importante del país— de segunda generación<sup>[3]</sup>, se creó un sistema integral de seguridad social para Colombia y se establecieron cambios en la salud que se enfocaron en cinco elementos complementarios: a) la separación del financiamiento y la provisión de servicios de salud; b) la introducción de análisis de costoefectividad para establecer prioridades de políticas y asignación de recursos; c) la introducción de cobros al usuario y expansión de seguros obligatorios; d) la expansión del sector privado a la prestación de servicios públicos que anteriormente estaban a cargo del Estado (29); y e) la disminución de las responsabilidades del Estado en relación con la salud de la población (30).

Los principios esenciales de la reforma al sistema de salud fueron la equidad, la calidad y el aumento en cobertura, los cuales requirieron el establecimiento de un sistema de prestación de servicios y de financiación en el que la solidaridad en el financiamiento, la eficiencia y la competencia en la provisión de los servicios son centrales. De igual manera, se favoreció al aseguramiento como el principal instrumento para alcanzar las metas de cobertura, en especial entre la población más pobre. Como resultado, el sistema de salud está compuesto por dos tipos de regímenes de afiliación o aseguramiento: el contributivo y el subsidiado. El primero está conformado por aquellas personas con capacidad de pago, en tanto que al segundo pertenece la población pobre y que generalmente no tiene capacidad de pago. Adicionalmente, existe un tercer grupo,

compuesto principalmente por la población más pobre del país, que no está afiliada a ninguno de los dos regímenes, denominado los “vinculados”. Finalmente, el sistema tiene un componente de salud pública centrado en acciones de vacunación, prevención y campañas de educación, entre otras, dirigido en particular a la población vulnerable (31).

Estas diferencias fueron importantes porque definieron el manejo que hasta el año 2012 —cuando se unificó el plan de beneficios de salud— se dio a patologías como el cáncer, al restringir gravemente el acceso a una plena atención en salud de acuerdo con el régimen del que se hacía parte. Hasta entonces, los individuos pertenecientes al régimen contributivo poseían un seguro que les otorgaba unos beneficios bastante amplios en términos de eventos, tratamientos y medicamentos. Para el régimen subsidiado, la población recibía, sin costo alguno, un seguro de salud que cubría una gran variedad de eventos que, sin embargo, eran menores que los beneficios obtenidos en el régimen contributivo.

Esta fragmentación de los dos regímenes fue uno de los grandes problemas del sistema, al mantener la brecha entre la población rica, con acceso a un tipo de régimen, y la pobre, debido a que la inequidad implícita en el hecho de que los paquetes ofrecidos fueran distintos según el régimen y porque si una persona contaba con un seguro, recibir atención médica era más fácil, pues el seguro disminuía los costos no pecuniarios y de tiempo que debían asumir los pacientes, aumentando así la prevención y la frecuencia de tratamientos oportunos.

Por otro lado, en la transición del sistema no ha sido posible tener claridad sobre las funciones y responsabilidades territoriales e institucionales con respecto a las actividades de detección y control del cáncer, lo que se suma a la preexistente ausencia de sistemas de información y de vigilancia, y a los problemas relativos al control de calidad dentro de un esquema descentralizado (28). Aunque se espera que el sistema de salud garantice el acceso a los servicios, con independencia de la condición socioeconómica del paciente, la edad, la patología y grupo étnico al que pertenece, asegurando ante todo la igualdad de oportunidades y la calidad en la prestación tanto de servicios preventivos, diagnósticos como terapéuticos (32), la evidencia muestra que la mortalidad por cánceres prevenibles en poblaciones vulnerables se puede atribuir, entre otros factores, a que no reciben un diagnóstico y un tratamiento oportuno (33).

El sistema de salud se ha caracterizado por forzar a los pacientes a recorrer largos procesos de trabas y requerimientos administrativos, en lo que se ha denominado “el itinerario burocrático de la atención en salud en Colombia” (34) o, más frecuentemente, “el paseo de la muerte”, que incluso los lleva al uso de recursos legales para garantizar la prestación del servicio, siendo un indicador de la falta de satisfacción del derecho a la salud y su vulneración el gran número de sentencias de revisión de acciones de tutela interpuestas —entre el 2006 y el 2008 el 39,2% fueron acciones en las que se invocó el derecho a la salud— (35).

Lo anterior ha facilitado la creación de diversas barreras que impactan negativamente la salud de los pacientes y que, en general, retrasan la realización del diagnóstico temprano y del tratamiento integral oportuno, incrementando, en última instancia, los costos para el sistema de salud. En los países en vía de desarrollo, como Colombia, entre un 80 y un 90% de los pacientes que padecen de cáncer sufren complicaciones clínicas por un diagnóstico tardío, con enfermedades localmente avanzadas o metastásicas y por ende incurables al momento del diagnóstico (36).

A pesar de todo lo expuesto, el nuevo sistema ha generado impactos positivos en el bienestar de los más pobres. En la población infantil se redujo la incidencia de enfermedades, aumentó la cobertura de vacunación y se mejoró su estado de salud al nacer. También hubo impactos positivos sobre el uso de servicios esenciales, como las citas de prevención y los controles pre y post natales. De manera importante, se redujo el “gasto de bolsillo” entre la población pobre en casos de hospitalización y compra de medicamentos.

Finalmente, el régimen subsidiado incrementó el acceso a tratamientos para enfermedades costosas como el cáncer, en tanto que las tendencias de mortalidad por neoplasias gástricas y cervicouterinas van en descenso, lo que se puede deber a la promoción de campañas de citología vaginal, vacunación y control de la infección contra el virus de papiloma humano y al control de la infección por H. Pylori.

En la tabla 1 se presenta un cuadro resumen de la legislación con la que en el país se ha intentado controlar el cáncer:

TABLA 1  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
1975	Plan Nacional de Cáncer	Mediante el cual se crean zonales o regionales de cáncer, con unidades de cáncer en hospitales generales de tercer nivel (esto incluyó la conformación de registros hospitalarios) bajo la coordinación del Instituto Nacional de Cancerología.
1980	Programa Nacional para la Detección y Diagnóstico Temprano de Cáncer de Cuello Uterino y Programa Nacional para el Control del Tabaquismo	En los que se establecen medidas y estrategias para la tamización de cáncer de cuello uterino en el territorio nacional y estrategias para el control del consumo de tabaco y la implementación de regulaciones para controlar dicho consumo.
1984	Consejo Nacional Sobre Cigarrillo y Salud (Conalci)	Encargado de la representación de diferentes organismos estatales y no gubernamentales; su objetivo principal era orientar las políticas para el control del tabaquismo e iniciar acciones para la prevención del consumo del cigarrillo.
1993	Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral para Colombia.

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

TABLA 1 (CONT.)  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
1995 al 2001	Cesación del consumo de tabaco	<p>-Proyecto de Ley N.º 68 de 1995 del Senado y 36 de la Cámara: por el cual se protege la salud mediante acciones destinadas al control, consumo y venta y publicidad del cigarrillo, tabaco y sus derivados.</p> <p>-Proyecto de ley N.º 156 de 1999: por el cual se establecen normas que regulan la salud pública".</p> <p>Capítulo I: cigarrillos y demás derivados del tabaco.</p> <p>-Proyecto de ley N.º 55 de 2001: por el cual se protege la salud mediante acciones destinadas al control, consumo y venta y publicidad del cigarrillo, tabaco y sus derivados (presentado por ponentes diferentes en dos periodos legislativos).</p>
2000	Resolución 412	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública—incluidos el cáncer de cuello uterino y de mama—.
	Resolución 3384	<p>Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 del 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000 en el contenido de la ficha técnica IC-10-01, de nombre "Cumplimiento en la realización de citología cérvico uterina", cuya utilidad la define como "permite monitorear la gestión de la aseguradora para el seguimiento de las mujeres mayores de 24 años en la detección temprana de cáncer de cuello uterino.</p> <p>Considerando una meta de cumplimiento del 80 % para el régimen contributivo y subsidiado".</p>

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>



TABLA 1 (CONT.)  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
2006	Modelo para el control del cáncer	Este modelo fue el primer gran intento del país por posicionar el cáncer como un problema de salud pública. Además de abordar esta patología desde el sistema de salud, la prestación de servicios oncológicos y la situación epidemiológica, propone una mirada a partir de un enfoque de determinantes sociales con intervenciones comprehensivas para su control en tres diferentes ámbitos (político, comunitario y servicios de salud) y usando como herramientas la comunicación, la educación y la movilización social.
2009	Resolución 3974	Por la cual se adoptan determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo.
	Ley 1335 Ley Antitabaco	Busca contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a disminuir el su consumo y abandono de la dependencia del tabaco del fumador; establece las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley.

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>



TABLA 1 (CONT.)  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
2010	<b>Ley 1384</b>	Por la que se establecen acciones para la atención integral del cáncer en el país; de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer en adultos, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.
	<b>Ley Sandra Ceballos</b>	
	<b>Ley 1388</b>	Disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía, por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en centros especializados, habilitados para tal fin.
	<b>Derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia</b>	

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

TABLA 1 (CONT.)  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
2012	Resolución 163	Reglamenta el funcionamiento del Consejo Nacional y de los consejos departamentales asesores en cáncer infantil.
	Resolución 4496	Se intenta potenciar los alcances y la integralidad del Sistema de Información Integral de la Protección Social (Sispro) como principal proveedor de información en cáncer para el país.
	Resolución 4005	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
	Resolución 2590	Se constituyó el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el monitoreo, seguimiento y control de la atención en cáncer en menores de 18 años.
	Resolución 4496	Sistema Nacional de información en Cáncer; se crea el Observatorio Nacional de Cáncer.

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

TABLA 1 (CONT.)  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
2013	<b>Resolución 1383</b>	Tiene como propósito posicionar en la agenda pública el
	<b>Plan Decenal para el</b>	cáncer como un problema de salud pública y movilizar
	<b>Control del Cáncer</b>	la acción del Estado, la acción intersectorial, la
		responsabilidad social empresarial y la
		corresponsabilidad individual para el control de esta
		enfermedad.
	<b>Ley 1626</b>	Garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la
		población colombiana objeto de esta; se adoptan
		medidas integrales para la prevención del cáncer
		cérvico-uterino.
	<b>Resolución 1419</b>	Establece los parámetros y las condiciones para la
		organización y gestión integral de las redes de
		prestación de servicios oncológicos y de las unidades
		funcionales para la atención integral del cáncer, los
		lineamientos para su monitoreo y evaluación.
	<b>Resolución 1440</b>	Establece las condiciones de los hogares de paso como
		un servicio de apoyo social para los menores de 18 años
		con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de
		cáncer.
	<b>Resolución 1442</b>	Adopta las guías de práctica clínica (GPC) para el
		manejo de las leucemias y linfomas en niños, niñas y
		adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto y
		cáncer de próstata.

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

TABLA 1 (CONT.)  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
2014	<b>Circular 000004</b>	Se imparten instrucciones respecto a la prestación del servicio de salud en personas con sospecha y diagnóstico de cáncer.
	<b>Resolución 247</b>	Se establece el reporte por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) para el registro de pacientes con cáncer para el país a la cuenta de alto costo.
	<b>Resolución 0418</b>	Se adopta la ruta de atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia.
	<b>Ley 1733</b> <b>Ley Consuelo Devis</b> <b>Saavedra</b>	Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto.
2015	<b>Resolución 1868</b>	Establece los criterios para la conformación de la Red Virtual de Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI).
	<b>Ley Estatutaria 1751</b>	Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
	<b>Modelo de Cuidado del Paciente con Cáncer</b>	Es una propuesta teórica elaborada por el Instituto Nacional de Cancerología que tiene como objetivo servir de fundamento para la organización los servicios oncológicos en el ámbito del sistema de salud colombiano y contribuir a la excelencia en la atención al paciente con cáncer.

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>



TABLA 1 (CONT.)  
Legislación colombiana en relación con el cáncer

Año	Legislación	Objetivo
2016	<b>Resolución 1477</b>	Define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las unidades funcionales para la atención integral de cáncer del adulto (UFCA) y de las unidades de atención de cáncer infantil (UACAI).
	<b>Resolución 1441</b>	Establece los estándares, los criterios y los procedimientos para la habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, incluida la red de prestación de servicios oncológicos.
	<b>Resolución 429</b>	Se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que atiende la naturaleza y el contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población. Cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en la que uno de sus componentes es la regulación de las rutas integrales de atención en salud para la población con cáncer.
	<b>Rutas integrales de atención en salud (RIAS) para la población con riesgo o presencia de cáncer</b>	El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, a las familias y a las comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.  Disponible a la fecha de consulta: RIA Cáncer de cuello uterino RIA Cáncer de mama RIA Leucemias y linfomas pediátricos

Fuente: equipo investigador, ajustado de legislaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

Uno de los hitos en la historia normativa del país ha sido la Ley 1384 o Sandra Ceballos, que busca impactar en la carga de enfermedad por cáncer y establece acciones para su manejo integral, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el SGSSS de la prestación de todos los servicios que se requieran para su tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo (37). Para este último aspecto, con la mencionada ley —y su inclusión como parte obligatoria en la prestación de servicios— se abrió un amplio panorama en Colombia para mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentaban enfermedades en fase terminal, dado que con anterioridad estos requerían interponer numerosas acciones legales para exigir los servicios de cuidado paliativo (38) y eran atendidos de manera inadecuada (39). Sin embargo, y a pesar del ánimo por mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer —incluida la promulgación de esta ley—, para el cáncer de mama, por ejemplo, las mujeres deben enfrentar barreras de acceso a los servicios de salud (40) que están determinadas socialmente y frente a las cuales el sistema muestra su incapacidad de encarar (41, 42).

En relación con el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021 (43), se puede decir que es un plan estratégico propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología, que tiene como propósito “posicionar en la agenda política y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de la enfermedad”, de tal manera que se incida en la reducción de los indicadores de morbimortalidad mediante seis líneas estratégicas: (1) el control del riesgo; (2) la detección temprana; (3) la atención, recuperación y superación de los daños causados; (4) el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes; (5) la gestión del conocimiento y la tecnología para el control; y (6) la formación y desarrollo del talento humano, de acuerdo con lo planteado por Leavell y Clark en 1965. De esta manera, la prevención está presente en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad como pilar dentro del proceso de atención (44).

Los escenarios para el desarrollo de las acciones dentro de este plan están en el ámbito político, comunitario y en los servicios de salud (28, 45). Por lo pronto, se considera que es muy temprano para hablar sobre el impacto del plan, pero es necesario evidenciar que ha sido un paso importante en el país para posicionar el cáncer como un problema de salud pública; sin embargo, de acuerdo con los datos reportados por la Cuenta de Alto Costo (44), en el 2015 —a tres años de su aparición— el panorama general de algunos aspectos relacionados con el proceso de atención en cáncer no han mejorado sustancialmente.

## **Discusión**

El cáncer no es sino uno de los muchos problemas de la salud a los que el mundo hace frente. Además de sus múltiples formas de expresarse en la población, es una enfermedad compleja, de tal manera que la respuesta no es única ni tampoco existe una sola solución para enfrentarla. Por tanto, entre las estrategias e instrumentos que existen para poder controlarla se encuentran: el conocimiento científico, los marcos jurídicos, los programas y el importante papel de los diferentes actores en el contexto del control (pacientes, sobrevivientes, cuidadores, familiares, profesionales de la salud, actores políticos, investigadores, comunicadores y patrocinadores) (46).

Dentro de estos instrumentos, la normatividad se ha convertido en un recurso primordial mediante el cual se atienden temas que como el cáncer aquejan de manera profunda y prolongada a la sociedad. Además, a través de esta y las reglamentaciones se gestionan programas, planes, proyectos y recursos con el fin de suplir las necesidades propias de un grupo poblacional (47), se favorecen cambios en el comportamiento de los individuos hacia estilos de vida benéficos y se posicionan las opciones saludables como las iniciativas más atractivas de tomar.



Ahora bien, puesto que en Colombia se ha entendido el cáncer como un tema de atención prioritaria a escala nacional, desde 1975 con el desarrollo del primer plan nacional de cáncer, hasta la fecha, se ha establecido un gran marco normativo que busca el control de la enfermedad desde el control del riesgo, la prevención y detección temprana, pasando por el tratamiento oportuno e integral, hasta la rehabilitación e incorporación a la vida laboral de los pacientes en lo que ha significado un gran esfuerzo para el país. Desde una perspectiva holística, el Estado colombiano ha llevado a cabo intervenciones para impactar sobre la calidad de vida de los grupos humanos, a fin de propender por una práctica en el campo de la gestión de políticas públicas que promuevan su mejoramiento, más allá del terreno médico. Se considera que los procesos de reforma del sector salud y sus lineamientos jurídicos son uno de los cambios más trascendentales que ha tenido Colombia en los últimos años, y que la multiplicidad de decretos, resoluciones, circulares y acuerdos que la han reglamentado, dan una idea de su trascendencia y de los desafíos que se enfrentan con su ejecución; esto también refleja las implicaciones político-sociales para el país como resultado del proceso (48).

Así pues, para hablar del avance de las políticas frente al cáncer en el país, se hace necesario empezar por el SGSSS y sus efectos, puesto que es este de donde parten y convergen en este momento dichos avances. En especial, se debe hacer mención del aumento en la cobertura, que actualmente alcanza a más del 96 % de la población (49) y ha permitido que la población pobre y por tanto vulnerable, que por décadas fue víctima de un modelo de salud higienista en donde el enfoque del Gobierno en sus políticas de salud estaba orientado a atender y resolver casos puramente sanitarios, sin tomar en cuenta los aspectos preventivos y curativos, goce de un sistema con un punto más alto de equidad, que garantiza la atención de enfermedades como el cáncer con un importante impacto en sus patrones de incidencia, prevalencia, mortalidad y morbilidad, aliviando la carga social y económica para el país.

Sin embargo, y a pesar de que el aumento en la cobertura refleja un cambio hacia la mejoría, esto no puede ser equiparado a un escenario de acceso a los servicios y de óptima calidad en la atención, pues estudios realizados en el país y que evaluaron las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios de salud, han sugerido un avance positivo en aspectos como la financiación, la afiliación y el acceso potencial (50), mas no es evidente un progreso en el acceso real a los servicios. Así, se ha reportado que el aumento en las coberturas del aseguramiento no se ha reflejado en cambios en la probabilidad de acceder a servicios de salud (51) y, por el contrario, se han creado diversas barreras que impactan negativamente la salud de los pacientes y que en general retrasan la realización del diagnóstico temprano y del tratamiento integral oportuno, de tal manera que en Colombia, entre un 80 y un 90 % de los pacientes que padecen de cáncer sufren complicaciones clínicas por un diagnóstico tardío, con enfermedades localmente avanzadas o metastásicas y por ende incurables al momento del diagnóstico (36).

Por otra parte, aunque existe normatividad que busca la integralidad en el manejo del cáncer, es decir, que hace frente a todos los aspectos de la enfermedad que puedan y deban ser abordados desde los sectores involucrados, ello coexiste con una falta de coordinación entre las distintas entidades del sistema, de tal manera que las normas son interpretadas de diferente manera por los actores involucrados, y las organizaciones terminan dando prioridad a unos aspectos de las normas antes que otros, lo que genera más dificultades en la atención y dificulta la operación del sistema. Además, en muchas ocasiones las normas van agregando responsabilidades a actores ya existentes, sin que se haga claridad sobre cómo se van a asumir las nuevas funciones; es evidente que hay demasiadas normas y poca regulación y vigilancia. Por otro lado, la falta de un enfoque integral, junto con las deficiencias en la organización y la articulación de las redes de atención, el establecimiento ambiguo de prioridades que permiten que se descuide la prevención primaria, la detección temprana y los cuidados paliativos para dar preferencia a enfoques orientados al tratamiento y el uso poco eficiente de los recursos son obstáculos para la eficacia de los programas.

Para que un sistema de salud funcione eficientemente y atienda de manera oportuna las necesidades de la población, es condición necesaria que exista un ente coordinador fuerte y legítimo en el Estado, con claridad de la política pública y de los papeles que deben desempeñar los diferentes componentes.

El sistema de salud colombiano está concebido por la Constitución Política como un servicio público, el Estado actúa como órgano rector, coordinador y regulador del sistema de salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. Y se sabe que las fallas del sistema de salud no se encuentran solo en la estructura diseñada para proveer el servicio, sino, en parte, en la falta de capacidad técnica de las entidades encargadas de la regulación, la supervisión y la vigilancia del sistema.

A partir de la premisa de que las políticas públicas son hechas por y para personas, y por ende son pensadas, formuladas, implementadas y evaluadas desde esta comprensión, no es coherente que en la realidad persistan o aumenten los mismos problemas posteriormente a su implementación, como es el caso de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, que aun cuando va en descenso y se considera una patología prevenible, sigue siendo importante en nuestro país; esto lleva a que surjan inquietudes sobre la forma hegemónica como se han elaborado tradicionalmente las políticas en el país y si es necesario permitir su generación desde un escenario constructivista en el que los actores que las acoplan y las legitiman participen en su construcción de manera activa. En ese sentido, el utilizar en la construcción de políticas un enfoque cualitativo desde la perspectiva crítica, permite un acercamiento a las voces de quienes viven día a día una problemática, de tal manera que reconocer al otro y su sentir puede ser un mecanismo que, de alguna manera, subsane los resultados de los modelos usados en la elaboración de políticas públicas de salud en Colombia.

Finalmente, en la búsqueda del porqué las políticas en oncología no dan los resultados esperados, emergen conjeturas tales como la existencia de barreras desde la perspectiva de determinantes sociales (41), además de otros factores como: 1) ausencia de una política educativa que conlleve la interiorización de la cultura del autocuidado desde los niveles de formación básica hasta los programas de pregrado, no solo en las áreas de la salud, sino en general, en los que se estandarice y oriente desde y hacia la atención primaria a la atención especializada en cáncer; y 2) ausencia de voluntad política que muestre la poca frecuencia del tema en la agenda pública y por ende la debilidad de legislación frente a exposición a factores de riesgo, la falta de programas específicos para el control del cáncer y la no definición de directrices claras respecto a la obligatoriedad de la oportunidad para el diagnóstico y el tratamiento (36).

## **Referencias bibliográficas**

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer: datos y cifras [Internet]. 2017 [citado 2017 abr. 25]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. González-Robledo L. M, Nigenda G. Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina M. C. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):183-9.
3. Organización Panamericana de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión [Internet]. 2004 [citado 2016 mayo 2]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=18718&Itemid=270&lang=en](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=18718&Itemid=270&lang=en)
4. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a partir de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17(3):210-20.
5. Vargas I, Vázquez ML, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(4):927-37.
6. Rosselli D, Tarazona N, Aroca A. La salud en Colombia 1953-2013: un análisis de estadísticas vitales. *Revista Medicina*. 2014;36(2):120-35.
7. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2014. Lyon, Francia: International Agency for Research on Cancer; 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N.º 297 [Internet]. 2015 [citado 2016 feb. 10]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
9. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Washington D. C.: OPS; 2004.

10. Dawkins R. El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta. Barcelona: Salvat Editores; 1989.
11. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020. [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 21]. Disponible en: [https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf](https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf)
12. Organización Mundial para la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco [Internet]. 2003 [citado 2016 feb. 10]. Disponible en: <https://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>
13. Arroyave S. Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. Revista del Departamento de Ciencia Política FORUM. 2011; 1(1):95-111.
14. Secretaría Distrital de Planeación. Guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales [Internet]. Decreto 689 de 2011 [citado 2016 feb. 10]. Disponible en: [https://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/plan\\_desarrollo\\_local/Anexo%2004%20-%20Gu%EDa%20para%20la%20formulaci%F3n%20de%20Planes%20de%20Desarro.pdf](https://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/plan_desarrollo_local/Anexo%2004%20-%20Gu%EDa%20para%20la%20formulaci%F3n%20de%20Planes%20de%20Desarro.pdf)
15. Beláustegui V. Conceptos básicos para la formulación de políticas de producción limpia [Internet]. 2007 [citado 2016 feb. 18]. Disponible en: <https://www.eclac.cl/dmaah/noticias/paginas/8/28248/belaustegui.pdf>
16. Roth A. Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora; 2006.
17. Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud. Políticas públicas en salud: una aproximación a su análisis. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia; 2008.
18. Aguilar L. Estudio introductorio. En Aguilar Villanueva L, editor. Problemas públicos y agenda de gobierno. México: Porrúa; 1994.
19. Slovic P. El afecto, el riesgo, y la decisión que hace. En: Meeting Basic and applied decision making in cancer control, February 19-24. Washington, D. C.
20. McMichael AJ, Beaglehole R. The changing global context of public health. Lancet. 2000;35(6):495-99.
21. Rivera D. La política del cáncer. Revista Colombiana de Cancerología. 2005;9(1):29-33.
22. Sepúlveda J. Concepto y práctica del procedimiento legislativo colombiana [tesis]. Bogotá: Universidad externado de Colombia; 2004.
23. Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango.. Ramas del poder público. 2015 [Internet]. Disponible en: [https://www.banrepultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/ramas\\_del\\_poder\\_publico](https://www.banrepultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/ramas_del_poder_publico)
24. Castillo M, Padrón F. La entidad constitucional del procedimiento legislativo y los vicios formales en el proceso de elaboración de la ley [tesis de pregrado en Derecho]. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2002.
25. Gómez R. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria en Colombia. 1985-2001. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
26. Proctor RN. Cancer wars: How politics shapes what we know and don't know about cancer. Nueva York: Harper Collins Publishers; 1996.
27. Gómez R. La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2002;20(1):101-16.
28. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología ESE. Modelo para el control del cáncer en Colombia [Internet]. 2006 [citado 2016 mar. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/Modelo-para-el-control-cancer-colombia.pdf>
29. González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y la seguridad social en Colombia. El desastre del modelo económico. Bogotá D. C.: Biblioteca Jurídica; 1999.
30. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reform in Latin America: The convergence of the World Health Organization, the World Bank and Transnational Corporations. International Journal of Health Services. 2001;31(4):729-68.
31. Santa María M, García F, Prada C, Uribe MJ, Vásquez T. El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma [Internet]. 2008. Disponible en: [https://www.med-informatica.net/FMC\\_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion\\_MauricioSantamaria\\_cap2.pdf](https://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap2.pdf)

32. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001;53(9):1149-62.
33. Hairon N. Report finds inequity in access to breast surgery services. *Nurs Times*. 2008;104(11):21-22.
34. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med*. 2009;68:1153-1210.
35. Gañán J. Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia; 2013.
36. Tajada R. El cáncer como un problema público en Colombia [tesis de especialista en alta dirección del Estado]. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública; 2007.
37. Congreso de la República. Gobierno de Colombia. Ley 1384 de 2010 (abril 19). Diario Oficial N.º 47.685 de 19 de abril de 2010 Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la prevención integral del cáncer en Colombia [Internet]. 2010. Disponible en: <https://web.presidencia.gov.co/leyes/2010/abril/ley138419042010.pdf>
38. Sarmiento-Medina M. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*. 2011;1(2):23-37.
39. Moyano J, Zambrano S, Mayungo T. characteristics of the last hospital stay in terminal patients at an acute care hospital in Colombia. *American Journal of Hospices and Palliative Medicine*. 2010;000(00):1-5.
40. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública de México*. 2011;53(6):478-85.
41. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):305-13.
42. Sánchez G, Niño C, Estupiñán A. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016;34(3):297-305.
43. Ministerio de Salud y de Protección Social. Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y de Protección Social; 2012.
44. Alvis L, Acuña L, Sánchez P. Boletín de información técnica especializada. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo: Especial Cáncer [Internet]. 2015. Disponible en: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/CAC.CO\\_2016\\_02\\_18\\_BOLTEC\\_BOLETI%CC%81NTE%CC%81CNICO5\\_PDF\\_V.0.0.A001.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/CAC.CO_2016_02_18_BOLTEC_BOLETI%CC%81NTE%CC%81CNICO5_PDF_V.0.0.A001.pdf)
45. Bravo L. Estimación de la incidencia y mortalidad del cáncer en Colombia: cuales son los mejores datos para las políticas públicas? *Colombia Médica*. 2016;478(29):71-3.
46. Organización Mundial de la Salud. Acción Mundial Contra el Cáncer [Internet]. 2005 [citado 2017 feb. 18]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43205/1/9243593145\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43205/1/9243593145_spa.pdf)
47. Velasco M. Distintos instrumentos para un mismo fin. Los instrumentos de las políticas públicas como herramienta para el análisis. En VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración, 18-20 septiembre 2007, Valencia (no publicado). Disponible en: <https://eprints.ucm.es/12184/>
48. Vélez A. Marco político y legal de la promoción de la salud. *Colombia Médica*. 2000; 31(2). 86-95.
49. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud [Internet]. 2016 [citado 2017 mar. 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
50. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de la reforma del sistema de salud. *Rev Salud Pública*. 2001;3(1):13-39.
51. Castaño RA, Arbeláez J, Giedion U, Morales L. Evolución de la equidad en el sistema de salud colombiano. Santiago de Chile: Cepal; 2001.

## Notas

[1] En 1936 se crearon los órganos del poder público. Posteriormente, en 1945, por medio de una reforma política, este tomó forma en las tres ramas del poder público que conocemos hoy. Y en 1991, a raíz de la expedición de la nueva Constitución, se determinó dividirlo en ramas y órganos. Las ramas continuaron siendo las tres ya mencionadas (legislativa, judicial y ejecutiva), mientras que los órganos se dividieron en organización electoral y organismos de control. Véase [http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/ramas\\_del\\_poder\\_publico](http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/ramas_del_poder_publico)

[2] Poder público: son las atribuciones que tiene el Estado para orientar y organizar administrativamente la vida de los ciudadanos colombianos. Véase [http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/organizacion\\_del\\_estado\\_colombiano](http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/organizacion_del_estado_colombiano)

[3] Las reformas económicas y políticas de primera generación se orientaron a la liberalización de capitales, la expansión de los mercados al ámbito de los servicios públicos, la transformación de la cooperación internacional en el negocio de los empréstitos y la minimización del Estado en los países periféricos. Las reformas de segunda generación se refieren a la privatización del sector social y sus servicios.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

*Para citar este artículo:* Salazar L, Benavides M, Murcia Monroy EM. Actuar político para el control del cáncer en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2018;17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.apcc>