



ANALES DEL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C. PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO II N°. 4163 DIRECTORA: ELIAS APONTE BUSTAMANTE (E). MARZO 25 DEL AÑO 2026

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO N° 245 DE 2026 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL DICTAN LINEAMIENTOS PARA CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA ‘NAVEGADORES DE BIENESTAR’ EN EL DISTRITO CAPITAL”

4879

PROYECTO DE ACUERDO No 245 DE 2026

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL DICTAN LINEAMIENTOS PARA CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA ‘NAVEGADORES DE BIENESTAR’ EN EL DISTRITO CAPITAL”

I. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO

El presente proyecto de acuerdo tiene como propósito consolidar la estrategia “Navegadores de Bienestar”, hoy en día vigente y en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud. De esta manera se garantizará la implementación en el mediano y largo plazo de un programa de navegación de pacientes con cáncer en Bogotá, fundamentada en el contexto local, la evidencia científica internacional y las necesidades específicas de la población.

La consolidación de esta estrategia permitirá avanzar en el desarrollo de programas de navegación oncológica en el marco de los procesos de atención del cáncer en Bogotá, a través de un modelo adaptado al sistema de salud y seguridad social que ordena la normatividad vigente y que está orientado a reducir las brechas de acceso en función de mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias.

II. MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

(...)

LEYES

Ley 1384 de 2010 - Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Ley 1388 de 2010 - Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.

Ley 1751 de 2015 - Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

Ley 2360 de 2024 - Por medio de la cual se modifica y adiciona la Ley 1384 de 2010 reconociendo para los efectos de esta ley como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha o que padecen cáncer.

ACUERDOS DISTRITALES

Acuerdo 760 de 2020 - Por el cual se establecen acciones para el fortalecimiento de la atención integral del cáncer en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones.

III. COMPETENCIAS DEL CONCEJO DE BOGOTÁ

El Concejo de Bogotá tiene como competencia dictar normas relacionadas con la naturaleza y alcance del presente Proyecto de Acuerdo, según las disposiciones constitucionales y legales vigentes, en especial por las atribuciones conferidas en el Decreto Ley 1421 de 1993:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

Artículo 313. *Corresponde a los Concejos:*

1. *Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio.*
(...)

DECRETO LEY 1421 DE 1993

Artículo 12. Atribuciones. *Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley:*

1. *Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.*

(...)

25. *Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes.*

IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Contexto global del cáncer

El cáncer se ha consolidado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, constituyendo un desafío prioritario para los sistemas de salud contemporáneos. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 se registraron aproximadamente 19,3 millones de nuevos casos de cáncer y cerca de 10 millones de muertes asociadas a esta enfermedad (Sung et al., 2021).

Este fenómeno se inscribe en el marco de la transición epidemiológica global, caracterizada por la disminución progresiva de las enfermedades transmisibles y el incremento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles. En este contexto, el cáncer ha adquirido una relevancia creciente, especialmente en países de ingresos medios y bajos, donde la carga de la enfermedad aumenta a un ritmo superior a la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios.

El impacto del cáncer, sin embargo, no se distribuye de manera equitativa entre las poblaciones. Diversos factores sociales, económicos, educativos, culturales y geográficos influyen de forma determinante en la detección temprana, el acceso oportuno a tratamientos y la supervivencia de los pacientes. Investigaciones realizadas en Estados Unidos han demostrado que las personas de bajos ingresos, sin aseguramiento en salud o pertenecientes a minorías étnicas presentan desenlaces clínicos menos favorables, principalmente como consecuencia de retrasos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento (Freeman & Rodríguez, 2011). Estas inequidades se reproducen y, en muchos casos, se intensifican en contextos como el colombiano, donde la fragmentación de los sistemas de salud, las barreras administrativas y las limitaciones financieras constituyen obstáculos estructurales adicionales.

Panorama del cáncer en Colombia y Bogotá

Colombia enfrenta una carga significativa de cáncer que representa un reto creciente para su sistema de salud. Según datos del Observatorio Nacional de Cáncer, el país registra aproximadamente 106.000 casos nuevos de cáncer al año y cerca de 46.000 muertes asociadas a esta enfermedad (Observatorio Nacional de Cáncer, 2020). Esta situación se ve agravada por desigualdades regionales en la disponibilidad de servicios, la capacidad diagnóstica y la oportunidad del tratamiento.

Bogotá, como capital del país y principal centro urbano, concentra cerca del 20 % de la población nacional y presenta una elevada incidencia de cáncer. Los tipos más frecuentes en la ciudad incluyen el cáncer de mama, próstata, colon, estómago y pulmón (Piñeros et al., 2011). Las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología (INC) muestran que, para algunos tipos de cáncer, las tasas de incidencia en Bogotá superan el promedio nacional, lo cual se asocia tanto a factores demográficos como a una mayor capacidad de detección y diagnóstico.

No obstante, la concentración de infraestructura oncológica en la ciudad no se traduce automáticamente en un acceso equitativo a la atención. Persisten brechas significativas que afectan especialmente a pacientes de bajos ingresos, residentes en zonas periféricas y personas afiliadas a determinados regímenes de aseguramiento. Estos grupos suelen enfrentar demoras prolongadas entre la detección del cáncer y el inicio del tratamiento, lo que compromete los resultados clínicos y la calidad de vida.

Un estudio realizado por Mendoza et al. (2019), basado en las percepciones de pacientes oncológicos en Colombia, identificó múltiples barreras que obstaculizan el acceso oportuno a la atención, entre las que se destacan las demoras en los procesos de autorización por parte de las aseguradoras, la fragmentación de los servicios que obliga a los pacientes a desplazarse entre diversas instituciones, la falta de información clara sobre las rutas de atención y la sobrecarga emocional y logística que afecta la adherencia a los tratamientos.

Desafíos del sistema de salud colombiano

El sistema de salud colombiano, establecido a partir de la Ley 100 de 1993, ha logrado avances significativos en términos de cobertura, alcanzando niveles cercanos a la universalidad. Sin embargo, la atención oncológica pone en evidencia varias de sus limitaciones estructurales.

Entre los principales desafíos se encuentra la fragmentación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud (EPS e IPS), lo que dificulta la continuidad del cuidado y la coordinación entre los diferentes niveles de atención. A ello se suman procesos administrativos complejos, particularmente en la autorización de procedimientos de alto costo, que generan retrasos críticos en el diagnóstico y el tratamiento.

Asimismo, persisten importantes inequidades geográficas, dado que la mayor parte de la infraestructura oncológica del país se concentra en grandes ciudades como Bogotá, Medellín y Cali. Esta centralización limita el acceso de pacientes provenientes de zonas rurales o municipios intermedios. Finalmente, el sistema enfrenta una escasez de profesionales especializados, especialmente en áreas como oncología pediátrica, cuidados paliativos y oncología clínica.

En Bogotá, estas limitaciones se ven exacerbadas por la alta demanda y la presión constante sobre instituciones de referencia como el Instituto Nacional de Cancerología y los hospitales universitarios. Como resultado, los pacientes oncológicos enfrentan tiempos de espera prolongados que impactan negativamente tanto en la supervivencia como en la calidad de vida.

Justificación de la estrategia de navegación oncológica

Ante este panorama, se hace necesario implementar estrategias innovadoras que contribuyan a reducir las brechas de acceso y a mejorar la experiencia de los pacientes dentro del sistema de salud. En este contexto, el modelo de navegación de pacientes (Patient Navigation, PN), desarrollado inicialmente en Estados Unidos por Harold Freeman en la década de 1990, se ha consolidado como una intervención efectiva para apoyar a los pacientes en su tránsito por sistemas de salud complejos y fragmentados.

Los navegadores de pacientes desempeñan un papel clave al orientar a las personas sobre las rutas de atención, apoyar los trámites administrativos, coordinar citas y procedimientos, brindar acompañamiento psicosocial y educativo, y realizar un seguimiento longitudinal que garantice la continuidad del cuidado.

La evidencia científica respalda la efectividad de este modelo. Estudios como los de Fiscella et al. (2011) han demostrado que la navegación reduce los tiempos entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de mama y colon, mientras que Hendren et al. (2011) evidenciaron mejoras significativas en la adherencia terapéutica y la satisfacción de los pacientes. En el contexto latinoamericano, Donoso et al. (2021) señalaron que los programas piloto de navegación han contribuido a disminuir las desigualdades de acceso en poblaciones vulnerables.

En el caso de Bogotá, la implementación de un programa de navegación oncológica se justifica por la alta carga epidemiológica de cáncer, la complejidad y fragmentación del sistema de salud, la necesidad de mejorar la continuidad de la atención desde la detección hasta la finalización del tratamiento contribuya a fortalecer la equidad en salud a nivel distrital.

Marco conceptual de la navegación de pacientes

El modelo de navegación de pacientes (Patient Navigation, PN) surgió a comienzos de la década de 1990 en Harlem, Nueva York, como respuesta a profundas desigualdades en el acceso a la atención oncológica. Su desarrollo se atribuye al trabajo pionero del Dr. Harold Freeman, oncólogo y referente en salud pública, quien identificó que mujeres afroamericanas y de bajos ingresos diagnosticadas con cáncer de mama enfrentaban múltiples barreras para acceder de manera oportuna al diagnóstico y al tratamiento, lo que se traducía en una elevada mortalidad evitable (Freeman & Rodriguez, 2011).

Ante esta realidad, Freeman diseñó un programa piloto en el Harlem Hospital Center que introdujo la figura del patient navigator, un profesional encargado de acompañar a las pacientes desde la detección inicial de una anomalía hasta el inicio efectivo del tratamiento. Este acompañamiento incluía orientación sobre el sistema de salud, apoyo en trámites administrativos y seguimiento continuo del proceso asistencial.

Los resultados del programa fueron contundentes. La supervivencia a cinco años en cáncer de mama aumentó del 39 % al 70 % entre las mujeres atendidas bajo el modelo de navegación, evidenciando el impacto positivo de eliminar barreras no médicas en el curso de la enfermedad (Freeman, 2006). Este éxito impulsó la expansión del modelo a otros estados de Estados Unidos y sentó las bases para su institucionalización a nivel nacional.

En 2005, el Congreso de Estados Unidos aprobó *el Patient Navigator Outreach and Chronic Disease Prevention Act*, mediante el cual se reconoció formalmente la navegación de pacientes como una estrategia para reducir inequidades en salud y se asignaron recursos federales para su implementación en comunidades vulnerables.

Principios fundamentales del Patient Navigation

La navegación de pacientes se sustenta en un conjunto de principios que definen su alcance y la diferencian de otras estrategias de gestión en salud. De acuerdo con Freeman y otros autores, estos principios constituyen el núcleo conceptual del modelo (Freeman & Rodriguez, 2011; Wells et al., 2012).

En primer lugar, la PN se orienta prioritariamente a poblaciones vulnerables, es decir, a personas que enfrentan barreras socioeconómicas, culturales, educativas o geográficas que limitan su acceso efectivo a los servicios de salud. En segundo lugar, el modelo se basa en una orientación personalizada, reconociendo que cada paciente presenta necesidades particulares que requieren un acompañamiento adaptado a su contexto.

Otro principio central es la continuidad del cuidado. La navegación no se limita a un momento específico del proceso asistencial, sino que acompaña al paciente desde la detección temprana, pasando por el diagnóstico y el tratamiento, hasta la finalización del mismo, o el inicio de cuidados paliativos cuando corresponde. Asimismo, la PN tiene como objetivo explícito la identificación y eliminación de barreras, ya sean administrativas, financieras, logísticas, educativas o emocionales.

La medición de resultados constituye otro componente esencial del modelo. La efectividad de los programas de navegación se evalúa mediante indicadores que permiten monitorear el acceso, la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y, en algunos casos, los desenlaces clínicos. Finalmente, la PN se fundamenta en el trabajo interdisciplinario, ya que los navegadores actúan como articuladores entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros actores del sistema de salud.

Estos principios posicionan a la navegación de pacientes como un enfoque centrado en la persona y su contexto social, más allá de la atención estrictamente biomédica.

Diferencias con el *case management* y el *trabajo social*

Si bien la navegación de pacientes comparte ciertos elementos con el *case management* y el *trabajo social en salud*, se trata de enfoques conceptualmente distintos, con objetivos y alcances específicos. El *case management* se centra en la gestión integral de casos clínicos complejos y suele estar a cargo de profesionales de la salud, como enfermeras o médicos. Su propósito principal es optimizar el uso de recursos, mejorar la eficiencia del sistema y garantizar la continuidad clínica del cuidado. Por su parte, el *trabajo social en salud* aborda fundamentalmente las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familias, facilitando el acceso a recursos comunitarios, brindando apoyo emocional y promoviendo la adaptación a la enfermedad.

La navegación de pacientes integra componentes de ambos enfoques, pero se diferencia por su énfasis en la eliminación activa de barreras al acceso y en la mejora de la experiencia del paciente dentro del sistema de salud. El navegador asume un rol proactivo en la coordinación de la ruta asistencial y en el acompañamiento continuo del paciente, actuando como un puente entre la persona, su familia y las instituciones de salud.

En muchos contextos, los navegadores no necesariamente son profesionales de la salud; pueden ser trabajadores comunitarios debidamente capacitados, lo que amplía la capacidad del modelo para llegar a poblaciones tradicionalmente excluidas y se convierte en una estrategia de intervención integral al permitir abordar múltiples dimensiones, más allá del aspecto meramente clínico.

Evidencia científica internacional

La efectividad de la navegación de pacientes en oncología ha sido ampliamente documentada en la literatura científica internacional. Diversos estudios han demostrado su impacto positivo en el acceso, la continuidad del cuidado y los resultados reportados por los pacientes.

Fiscella et al. (2011), en un ensayo clínico aleatorizado con pacientes con cáncer de mama y colon, encontraron que la navegación redujo de manera significativa los tiempos entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, además de mejorar la adherencia terapéutica. De manera similar, Hendren et al. (2011) evidenciaron que los pacientes que contaban con un navegador presentaban mayores niveles de satisfacción con el sistema de salud y menores tasas de pérdida de seguimiento.

De igual forma, un análisis realizado por Ramírez et al. (2018) concluyó que los programas de PN en Estados Unidos contribuyeron a mejorar la detección temprana del cáncer y a reducir inequidades raciales y socioeconómicas en el acceso al tratamiento. Wells et al. (2012), por su parte, señalaron que la navegación resulta particularmente efectiva en cánceres como el de mama y cuello uterino, donde las demoras diagnósticas tienen un impacto crítico en el pronóstico.

Evidencia en América Latina

En América Latina, aunque la evidencia sobre navegación de pacientes es más limitada, los estudios disponibles muestran resultados alentadores. Arrossi et al. (2019) documentaron que, en Argentina, un programa piloto de navegación en cáncer de mama logró aumentar significativamente la proporción de mujeres que completaban el diagnóstico y accedían a tratamiento oportuno dentro del sistema público.

Asimismo, Donoso et al. (2021), en una revisión de experiencias en Brasil, México y Perú, encontraron que los programas de navegación contribuyeron a mejorar la continuidad del cuidado y a reducir las pérdidas de seguimiento, especialmente en poblaciones de bajos ingresos. Estos hallazgos sugieren que la PN es una estrategia adaptable a contextos con sistemas de salud fragmentados y recursos limitados.

Modelos de navegadores de pacientes

La literatura describe diversos modelos de navegación que se ajustan a las características y capacidades de cada sistema de salud (Wells et al., 2012). Entre ellos se encuentran los navegadores profesionales, generalmente enfermeras oncológicas, trabajadores sociales o psicólogos; los navegadores comunitarios, que suelen ser líderes locales o agentes de salud capacitados; y los modelos híbridos, que combinan ambos perfiles para ampliar la cobertura sin comprometer la calidad técnica.

Más recientemente, han surgido modelos de navegación digital que utilizan plataformas electrónicas y aplicaciones móviles para apoyar el seguimiento de citas, el envío de recordatorios y la comunicación entre pacientes y equipos de salud.

En Bogotá, un modelo híbrido apoyado por herramientas digitales representaría una alternativa viable, dado el tamaño de la población, la fragmentación del sistema y la necesidad de alcanzar sectores periféricos con mayores vulnerabilidades sociales.

Funciones específicas del navegador de pacientes

Las funciones del navegador de pacientes pueden agruparse en cinco grandes áreas.

- a. En primer lugar, la educación y orientación, que incluye explicar el diagnóstico, las opciones terapéuticas y la ruta de atención tanto al paciente como a su familia.
- b. En segundo lugar, el apoyo administrativo, facilitando autorizaciones, coordinando citas y articulando la atención entre EPS e IPS.
- c. Una tercera función es el soporte psicosocial, que implica brindar contención emocional, identificar signos de ansiedad o depresión y derivar a atención especializada cuando sea necesario.
- d. En cuarto lugar, la coordinación clínica busca garantizar que el paciente complete oportunamente los exámenes diagnósticos y las consultas con especialistas.
- e. Finalmente, el seguimiento longitudinal permite monitorear la adherencia al tratamiento y prevenir la pérdida de seguimiento mediante una comunicación constante con pacientes y familiares.

Barreras que busca superar el modelo de navegación de pacientes

La literatura identifica múltiples barreras que justifican la implementación de programas de navegación. Entre las más frecuentes se encuentran las barreras económicas, como los costos de transporte y medicamentos; las administrativas, relacionadas con demoras en autorizaciones y trámites; y las geográficas, especialmente relevantes para pacientes que deben desplazarse a centros de alta complejidad. También se identifican barreras educativas, asociadas a la falta de información clara y comprensible sobre la enfermedad y su tratamiento, así como barreras culturales y emocionales, como el miedo, el estigma y la desconfianza en el sistema de salud (Hendren et al., 2011; Wells et al., 2012).

En Bogotá, todas estas barreras han sido reportadas por pacientes oncológicos, lo que refuerza la pertinencia de definir un esquema de navegación estructurado (Mendoza et al., 2019). En particular, la implementación de una estrategia de navegación de pacientes tiene el potencial de generar impactos en múltiples niveles. A nivel clínico, puede contribuir a reducir los tiempos de diagnóstico y tratamiento, mejorar la supervivencia y aumentar la calidad de vida. Desde el punto de vista administrativo, permite optimizar los flujos de atención y reducir la duplicación de trámites y exámenes. En términos económicos, la navegación puede generar ahorros al sistema al disminuir complicaciones asociadas a diagnósticos tardíos. Finalmente, a nivel social, fortalece el empoderamiento de los pacientes y sus familias, contribuyendo a la reducción de inequidades y a una atención más humana y centrada en la persona.

Experiencias internacionales y regionales en programas de navegación de pacientes con cáncer

Durante las últimas tres décadas, la implementación de programas de navegación de pacientes (Patient Navigation, PN) en oncología ha experimentado un crecimiento sostenido a nivel internacional, consolidándose como una estrategia eficaz para mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud, fortalecer la continuidad de la atención y optimizar los desenlaces clínicos. Aunque el modelo tuvo su origen en Estados Unidos, su expansión a otros países ha demostrado que la navegación puede adaptarse a diversos sistemas de salud, incluidos aquellos con estructuras públicas, mixtas o altamente fragmentadas.

Institucionalización del modelo en Estados Unidos

En Estados Unidos, la navegación de pacientes se expandió rápidamente tras los resultados obtenidos en el Harlem Hospital Center en la década de 1990. En particular, el reconocimiento formal del modelo se consolidó en 2005 con la aprobación del *Patient Navigator Outreach and Chronic Disease Prevention Act*, que proporcionó financiamiento federal para el desarrollo de programas de navegación en hospitales y comunidades, con énfasis en poblaciones de bajos ingresos y minorías étnicas (Freeman & Rodriguez, 2011).

Actualmente, la navegación de pacientes se encuentra integrada en numerosos sistemas hospitalarios y redes oncológicas del país. El National Cancer Institute (NCI), por ejemplo, financia programas de PN como parte de sus estrategias para reducir disparidades en cáncer, promoviendo modelos basados en evidencia y con evaluación sistemática de resultados (Wells et al., 2012).

La evidencia empírica generada en Estados Unidos respalda ampliamente la efectividad de la navegación oncológica. Fiscella et al. (2011) reportaron que pacientes con cáncer de mama y colon que contaban con navegadores experimentaron una reducción significativa en los tiempos entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, así como mayores tasas de seguimiento completo.

De manera complementaria, Hendren et al. (2012) encontraron que la implementación de PN redujo las pérdidas de seguimiento en más del 30 % en pacientes recientemente diagnosticados. Programas desarrollados en instituciones como el Boston Medical Center demostraron, además, que la navegación incrementa la adherencia a procedimientos de tamizaje como la colonoscopia, contribuyendo a disminuir inequidades raciales y socioeconómicas en el acceso a la atención (Battaglia et al., 2012).

Desde el punto de vista económico, análisis realizados por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) sugieren que la navegación puede generar ahorros al sistema de salud al reducir hospitalizaciones evitables y complicaciones asociadas a diagnósticos tardíos.

Experiencias en Canadá

Canadá, cuyo sistema de salud se caracteriza por su cobertura universal y financiación pública, ha incorporado la navegación de pacientes en diversos programas provinciales de control del cáncer. En Ontario, el Ontario Breast Screening Program integró navegadores para acompañar a mujeres con resultados anormales en mamografías. Según Brouwers et al. (2016), esta estrategia permitió reducir el tiempo promedio de espera para diagnóstico confirmatorio de 37, a 21 días.

En Columbia Británica, los programas de navegación se han orientado tanto a poblaciones urbanas como rurales, facilitando el traslado de pacientes, la coordinación interinstitucional y el acceso a servicios especializados. Estas iniciativas han mostrado mejoras significativas en la satisfacción de los pacientes y en la continuidad del cuidado (Howell et al., 2009).

Asimismo, Canadá ha sido pionero en la integración de la navegación dentro de los cuidados paliativos oncológicos, garantizando un acompañamiento continuo hasta fases avanzadas de la enfermedad (Howell et al., 2010). La experiencia canadiense evidencia que la navegación puede sostenerse en sistemas universales y convertirse en un componente estructural de las políticas públicas en cáncer.

Experiencias en Europa

En Europa, la implementación de la navegación de pacientes ha adoptado enfoques diversos, ajustados a las particularidades de cada sistema de salud. En el Reino Unido, dentro del National Health Service (NHS), los denominados *nurse navigators* apoyan a pacientes oncológicos en la coordinación entre atención primaria y especializada. Programas desarrollados en el marco del National Cancer Plan han mostrado una reducción de las brechas en el acceso y mejoras en la continuidad asistencial (Richards et al., 2005).

En los Países Bajos, se han implementado programas de navegación en oncología pediátrica, con resultados positivos en la reducción de pérdidas de seguimiento y en la satisfacción de las familias (van der Geest et al., 2018). En España, aunque no existe un modelo nacional estandarizado, algunos hospitales de referencia, como el Hospital Clínic de Barcelona, han desarrollado programas piloto en cáncer de mama, evidenciando mejoras en la adherencia terapéutica y en los tiempos de inicio del tratamiento (Tornero-Aguilera et al., 2017).

Experiencias en América Latina

América Latina presenta condiciones particularmente complejas para la atención del cáncer, debido a altos niveles de desigualdad socioeconómica y a la fragmentación de los sistemas de salud. En este contexto, la navegación de pacientes adquiere especial relevancia como estrategia para reducir barreras estructurales.

- **Argentina**

En Argentina, Arrossi et al. (2019) evaluaron un programa piloto de navegación en cáncer de mama implementado en hospitales públicos. Los resultados mostraron que el 80 % de las mujeres con mamografías anormales lograron completar el diagnóstico, en comparación con el 60 % en instituciones sin navegación. Asimismo, se observó una reducción significativa en las pérdidas de seguimiento, a pesar de las limitaciones de recursos.

- **Brasil**

En Brasil, programas desarrollados en ciudades como São Paulo y Río de Janeiro han incorporado navegadores comunitarios para mujeres en tamizaje de cáncer de cuello uterino. Según Donoso et al. (2021), estas intervenciones lograron aumentar en más del 20 % la proporción de mujeres que completaron colposcopias y biopsias. Además, Brasil ha avanzado en la incorporación de herramientas digitales, como mensajes de texto y aplicaciones móviles, para fortalecer el seguimiento y la comunicación con las pacientes.

- **México**

En México, el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) ha implementado experiencias de navegación en cáncer cervicouterino y de mama, centradas en facilitar trámites administrativos y mejorar la adherencia al tratamiento. Estudios iniciales reportaron una mayor satisfacción de las pacientes y una reducción en los tiempos de espera para radioterapia (Gutiérrez-Delgado et al., 2017).

- **Perú**

En Perú, iniciativas desarrolladas en Lima incorporaron navegación de pacientes pediátricos con leucemia, logrando mejorar la adherencia a los esquemas de quimioterapia y reducir las pérdidas de seguimiento del 18 % al 7 % (OPS, 2020).

Experiencias en Colombia

En Colombia, la navegación de pacientes aún se encuentra en una fase germinal, aunque se han desarrollado algunas experiencias puntuales. El Instituto Nacional de Cancerología (INC) ha implementado proyectos piloto de acompañamiento a pacientes de bajos ingresos, especialmente en cáncer de cuello uterino, con resultados preliminares que indican una reducción de pérdidas de seguimiento y una mayor satisfacción de las pacientes (INC, 2019).

En Bogotá, algunos hospitales universitarios han incorporado funciones de navegación de manera informal, a través de trabajadores sociales y enfermeras gestoras de casos. No obstante, estas iniciativas carecen de estandarización, reconocimiento normativo y sostenibilidad financiera. Por su parte, la Liga Colombiana contra el Cáncer ha desarrollado programas comunitarios de orientación y acompañamiento que pueden considerarse formas incipientes de navegación, con énfasis en la educación y el apoyo emocional.

El principal desafío en el contexto colombiano es la ausencia de reconocimiento oficial de la navegación dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS), lo que limita su financiamiento y expansión.

Lecciones aprendidas de las experiencias internacionales

De la revisión de las experiencias internacionales y regionales se derivan varias lecciones clave para la adopción de un programa de navegación de pacientes oncológicos que sea sostenible en Bogotá. En primer lugar, la necesidad de adaptar el modelo al contexto local, considerando que las barreras socioeconómicas y administrativas suelen ser más determinantes que las barreras culturales o lingüísticas observadas en otros países.

En segundo lugar, los modelos híbridos, que combinan navegadores profesionales y comunitarios, han demostrado ser una estrategia efectiva para ampliar la cobertura sin sacrificar la calidad técnica. En tercer lugar, la integración de herramientas digitales, como recordatorios por SMS y plataformas de seguimiento electrónico, potencia la efectividad del modelo y facilita la continuidad del cuidado.

Finalmente, la sostenibilidad de los programas depende de la existencia de inversiones estables y de la incorporación de mecanismos de evaluación continua, con indicadores claros de acceso, adherencia y resultados clínicos. Estas lecciones constituyen un insumo fundamental para el diseño de un programa de navegación oncológica adaptado a la realidad de Bogotá.

Diagnóstico situacional de la atención oncológica en Bogotá

El diagnóstico situacional de la atención oncológica en Bogotá permite identificar las fortalezas, debilidades, brechas y oportunidades del sistema de salud, así como las principales barreras que enfrentan los pacientes a lo largo de la ruta de atención.

En particular, Bogotá concentra una parte significativa de la infraestructura oncológica del país, incluyendo instituciones de alta complejidad, hospitales universitarios, clínicas privadas y centros

especializados en diagnóstico y tratamiento del cáncer. Entre estas entidades se destacan el Instituto Nacional de Cancerología (INC), instituciones de salud públicas de nivel III y IV, y una amplia red de prestadores privados que atienden población afiliada a diferentes regímenes de aseguramiento.

La ciudad cuenta con servicios de diagnóstico por imágenes, patología, cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos. Sin embargo, esta oferta se encuentra distribuida de manera desigual en el territorio urbano, con una mayor concentración en zonas centrales y del norte de la ciudad, lo que genera barreras geográficas para pacientes residentes en localidades periféricas.

Adicionalmente, la atención oncológica en Bogotá se caracteriza por una alta fragmentación institucional. Los pacientes suelen recibir diagnóstico, tratamiento y seguimiento en instituciones diferentes, lo que dificulta la continuidad del cuidado y aumenta el riesgo de retrasos y pérdida de seguimiento.

En el sistema de salud colombiano, el acceso a la atención oncológica está mediado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que cumplen funciones de aseguramiento, autorización y contratación de servicios. Sin embargo, en la práctica, este modelo genera rutas asistenciales complejas, especialmente para pacientes con cáncer, quienes requieren múltiples consultas, procedimientos diagnósticos y tratamientos de alto costo.

Diversos estudios han evidenciado que los pacientes oncológicos en Bogotá enfrentan demoras significativas entre la sospecha clínica, el diagnóstico confirmado y el inicio del tratamiento. Estas demoras se asocian principalmente a procesos administrativos prolongados, falta de disponibilidad de citas especializadas y dificultades en la coordinación entre prestadores (Mendoza et al., 2019).

Aunque el país cuenta con lineamientos y rutas integrales de atención en salud (RIAS) para cáncer, su implementación es heterogénea y, en muchos casos, limitada por la capacidad operativa de las instituciones y por la fragmentación contractual entre EPS e IPS.

Tiempos de atención y oportunidad diagnóstica

La oportunidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer es un factor determinante en el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. En Bogotá, los tiempos de espera varían considerablemente según el tipo de cáncer, el régimen de aseguramiento y la institución prestadora.

Informes del Instituto Nacional de Cancerología indican que, para algunos tipos de cáncer, el tiempo promedio entre la primera consulta y el inicio del tratamiento puede superar los 90 días, especialmente en población afiliada al régimen subsidiado. Estas demoras resultan particularmente críticas en cánceres de rápido crecimiento, donde el retraso en el tratamiento se asocia a estadios más avanzados al momento del inicio terapéutico.

Las causas de estos retrasos incluyen la repetición de exámenes diagnósticos, la falta de interoperabilidad de los sistemas de información, la escasez de especialistas en determinadas áreas y la saturación de servicios de alta complejidad.

Barreras administrativas y financieras

Las barreras administrativas constituyen uno de los principales obstáculos para el acceso oportuno a la atención oncológica en Bogotá. Los pacientes y sus familias deben enfrentar procesos complejos de autorización de servicios, apelaciones y trámites ante las EPS, lo que genera desgaste emocional y retrasos significativos.

Desde el punto de vista financiero, aunque el Plan de Beneficios en Salud (PBS) cubre la mayoría de los tratamientos oncológicos, persisten costos indirectos que afectan de manera desproporcionada a los pacientes de bajos ingresos. Estos costos incluyen transporte, alojamiento, alimentación y pérdida de ingresos laborales durante el proceso de atención.

En muchos casos, estas barreras financieras influyen negativamente en la adherencia al tratamiento y contribuyen a la interrupción de los esquemas terapéuticos, especialmente en pacientes que requieren tratamientos prolongados.

Barreras geográficas y sociales

A pesar de ser una ciudad con amplia oferta de servicios de salud, Bogotá presenta barreras geográficas importantes. Los largos tiempos de desplazamiento, la congestión del transporte público y la distancia entre el lugar de residencia y las instituciones de referencia dificultan el acceso regular a los servicios oncológicos.

Estas barreras se ven agravadas por factores sociales como el bajo nivel educativo, la falta de redes de apoyo, la informalidad laboral y la carga de cuidado en el hogar. Asimismo, el diagnóstico de cáncer suele estar acompañado de miedo, estigmatización y ansiedad, lo que puede afectar la capacidad del paciente para navegar de manera autónoma el sistema de salud.

Diversos estudios cualitativos han señalado que muchos pacientes desconocen sus derechos, las rutas de atención disponibles y los mecanismos para reclamar servicios, lo que incrementa la vulnerabilidad frente a un sistema complejo y altamente burocratizado.

Experiencia del paciente oncológico en Bogotá

La experiencia del paciente oncológico en Bogotá se caracteriza por altos niveles de estrés, incertidumbre y desgaste emocional. La fragmentación del sistema, la multiplicidad de trámites y la falta de información clara generan una percepción de deshumanización de la atención.

Mendoza et al. (2019) reportaron que los pacientes oncológicos en Colombia identifican como principales problemas la falta de acompañamiento durante el proceso asistencial, la escasa comunicación entre instituciones y la sensación de abandono entre una etapa y otra del tratamiento. Estas experiencias negativas impactan no solo en la satisfacción del paciente, sino también en la adherencia y los resultados en salud.

Análisis de brechas y oportunidades

El diagnóstico situacional evidencia que, a pesar de contar con una amplia oferta de servicios oncológicos, Bogotá enfrenta brechas significativas en términos de acceso oportuno, continuidad del cuidado y experiencia del paciente. Estas brechas afectan de manera desproporcionada a poblaciones vulnerables, como personas de bajos ingresos, afiliados al régimen subsidiado y residentes en zonas periféricas.

Al mismo tiempo, el contexto urbano de Bogotá ofrece oportunidades relevantes para la implementación de un programa de navegación de pacientes. La concentración de servicios especializados, la disponibilidad de talento humano, la existencia de rutas de atención definidas y el avance en el uso de tecnologías de información en salud constituyen condiciones favorables para el desarrollo de un modelo de navegación estructurado y sostenible.

Avances en la adopción de programas de navegación oncológica en Bogotá

A través del Modelo de Atención en Salud MÁS Bienestar, la Secretaría Distrital de Salud empezó a implementar la estrategia 'Navegadores de Bienestar', la cual se centra en el acompañamiento cercano de los pacientes de cáncer de mama, ayudando a estas personas y sus familias a navegar por el sistema de salud, dando apoyo en cada una de las etapas del proceso oncológicos a través de actividades de escucha, orientación y acompañamiento con el fin que estos reciban la atención que necesitan.

En especial, se busca priorizar la reducción de demoras administrativas, la coordinación interinstitucional, el acompañamiento psicosocial y la educación del paciente. Asimismo, focaliza la intervención en poblaciones vulnerables y en momentos críticos de la ruta asistencial, como el periodo entre la sospecha diagnóstica y el inicio del tratamiento.

De igual forma, la estrategia está diseñada para articular equipos territoriales conformados por tres tipos de navegadores: el clínico, que orienta el proceso médico y las rutas de atención; el social, que gestiona barreras sociales y conecta con recursos del entorno; y el de bienestar, que promueve el cuidado comunitario, la educación en salud y la prescripción social. De este modo, el programa propone un acompañamiento integral que pone en el centro la dignidad de las personas diagnosticadas.

Institucionalización y consolidación del programa de navegación oncológica en Bogotá

Si bien desde la red pública distrital se viene avanzando en la superación de las distintas barreras en materia de atención y acompañamiento oncológico, la continuidad de la estrategia 'Navegadores en Salud y Bienestar' pasa por la adopción de nuevos arreglos institucionales (normativos, administrativos y presupuestales).

El modelo de navegación oncológica que hoy existe en la ciudad requiere de una estructura normativa que permita incorporar aprendizajes internacionales y regionales, al tiempo que responda a las particularidades del sistema de salud a nivel local. La adopción de este proyecto de acuerdo permitiría avanzar en un modelo de navegación con criterios de eficiencia, sostenibilidad y equidad entre pacientes y familias, mediante intervenciones enfocadas en garantizar la continuidad del cuidado, desde el diagnóstico temprano hasta el tratamiento y el seguimiento. Entre los principales aportes se destacan:

- Promover un enfoque centrado en el paciente y su contexto social, más allá de la dimensión estrictamente clínica.
- Generar sinergias entre navegadores profesionales y comunitarios, lo que amplía la cobertura sin comprometer la calidad técnica.
- Integrar herramientas digitales como apoyo al seguimiento, sin sustituir el contacto humano.
- Promover la incorporación explícita de la humanización de la atención como principio estructural del programa.
- Articular el programa con los planes distritales de desarrollo, planes territoriales de salud y demás instrumentos de gestión en materia de salud, priorizando así la reducción de inequidades.
- Estandarizar perfiles, competencias y funciones de los navegadores en todas las entidades e instituciones participantes.
- Promover la habilitación de unidades de navegación oncológica integradas a los servicios de oncología distritales.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario entre navegadores, oncólogos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.
- Formar navegadores comunitarios en zonas periféricas para apoyar procesos de detección temprana y referencia oportuna.
- Vincular organizaciones de pacientes y fundaciones como aliados estratégicos del programa.
- Promover redes de apoyo entre pacientes y sobrevivientes de cáncer.
- Articular pacientes oncológicos y sus familias a la oferta social del Distrito.

V. IMPACTO FISCAL

La Ley 819 de 2003 “*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones*”, en su artículo 7o, establece que el impacto fiscal de todo Proyecto de Acuerdo debe ser explícito y compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para lo cual en la respectiva Exposición de Motivos deberán incluirse expresamente los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional que se generaría para financiar tales costos.

En atención a lo manifestado en la normatividad que regula la materia, esta iniciativa no tendría impacto fiscal toda vez que su eventual aprobación ya cuenta con el respaldo financiero derivado del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027, en instrumentos tales como el plan de inversiones del actual Plan Territorial de Salud de Bogotá 2024-2027, así como en instrumentos normativos vigentes como el Acuerdo 760 de 2020.

Sobre el asunto, se sugiere que la Secretaría Distrital de Hacienda, a través de la Dirección Distrital de Presupuesto, pueda pronunciarse previamente a la discusión de esta iniciativa con el fin de conocer el respectivo concepto de viabilidad que debe emitir como entidad asesora del Concejo de Bogotá según el artículo 11º, literal f del Decreto Distrital 601 de 2014; haciendo énfasis en las fuentes de recursos y los gastos en los que se incurriría para la implementación de este Proyecto de Acuerdo que reviste de toda la importancia técnica y administrativa en beneficio de la ciudadanía de Bogotá, dado el caso que existiera impacto fiscal.

Aún con este contexto, para el caso concreto de esta iniciativa normativa se recuerdan los contenidos de la Sentencia C-911 de 2007 de la Corte Constitucional, en donde puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en impedimento para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa en los siguientes términos:

“Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

VI. CONSIDERACIONES FINALES DE LA INICIATIVA

Está propuesta de proyecto de acuerdo ha sido construida bajo el acompañamiento técnico de la Secretaría Distrital de Salud. En múltiples reuniones se ha hecho énfasis en reconocer que el cáncer no constituye únicamente un desafío clínico, sino una experiencia profundamente humana que atraviesa dimensiones sociales, emocionales y económicas. En este contexto, el Concejo de Bogotá y la Administración Distrital coinciden en considerar la navegación oncológica como una respuesta normativa, ética y sanitaria que coloca a la persona en el centro de las atenciones del sistema de salud a nivel local.

Por ello, institucionalizar y consolidar la estrategia “Navegadores de Bienestar” en Bogotá representa una apuesta por un modelo de atención más justo, humano y eficiente, una propuesta que se ajusta y complementa el marco normativo y disposiciones que regulan el sistema de salud del país.

La evidencia sugiere que los programas de navegación pueden reducir las desigualdades en el acceso al tamizaje y mejorar los resultados en salud, especialmente en comunidades marginadas donde las barreras geográficas, culturales y económicas son significativas. Esta estrategia, diseñada para coordinar el cuidado desde el diagnóstico temprano hasta el tratamiento y seguimiento, busca mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. Por ello, más que una innovación técnica y normativa, la navegación oncológica representa una expresión concreta del compromiso del Distrito Capital con la dignidad, la equidad y el cuidado integral de quienes enfrentan el cáncer en su cotidianidad.

Cordialmente,

OSCAR JAIME RAMÍREZ VAHOS
Honorable Concejal de Bogotá D.C.

PROYECTO DE ACUERDO No 245 DE 2026

PRIMER DEBATE

VII. ARTICULADO

“POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN LINEAMIENTOS PARA CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA NAVEGADORES DE BIENESTAR EN EL DISTRITO CAPITAL”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas en el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. OBJETO. El presente Acuerdo tiene por objeto dictar lineamientos para consolidar las acciones de navegación para personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, en concordancia con el Modelo de Atención, el Plan Territorial de Salud y la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 2. ALCANCE. Esta estrategia contará con el enfoque, principios, componentes y objetivos de la Atención Primaria en Salud, y tendrá como propósito ofrecer un acompañamiento institucional de carácter integral, cercano, continuo, oportuno y articulado, que integre el cuidado clínico con el apoyo comunitario, familiar y social hacia las personas con sospecha y diagnóstico oncológico, y que presentan múltiples barreras y desigualdades asociadas al acceso a los servicios de salud.

PARAGRAFO: Estas acciones no sustituyen las responsabilidades clínicas, administrativas, financieras y de gestión del riesgo que corresponden a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y su red prestadora de servicios de salud.

ARTÍCULO 3. LÍNEAS DE ACCIÓN. Las líneas de acción que integran la estrategia “Navegadores de Bienestar” en el Distrito Capital serán como mínimo las siguientes:

- a. Ofrecer acompañamiento institucional a pacientes y sus familias, en materia de rutas, servicios y procedimientos médicos especializados que pongan como centro la dignidad del paciente oncológico.
- b. Reducir las barreras clínicas, sociales, administrativas, organizacionales y de información, que limitan el derecho fundamental a la salud en el Distrito Capital.
- c. Promover el autocuidado, la construcción de redes de apoyo comunitario, la escucha activa y la atención médica y psicológica humanizada, con el fin de aliviar cargas asociadas al cuidado.

ARTÍCULO 4. INTEGRACIÓN Y COMPONENTES. La estrategia “Navegadores de Bienestar” estará integrada por equipos interdisciplinarios liderados desde la Secretaría Distrital de Salud, los cuales intervendrán como enlaces entre pacientes, familias, servicios de salud y redes de apoyo comunitarios. Para ello se tendrán en cuenta los componentes socio sanitarios y de bienestar, entre otros.

ARTÍCULO 5. POBLACIÓN BENEFICIARIA. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, definirá la población beneficiaria de la estrategia “Navegadores de Bienestar”, a través del instrumento que se defina para este fin, teniendo en cuenta el análisis de la información de los pacientes con sospecha y diagnóstico oncológico y que han sido identificados con múltiples barreras en materia de acceso al sistema de salud.

ARTÍCULO 6. IMPLEMENTACIÓN. La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, definirá una ruta de implementación de la estrategia “Navegadores de Bienestar”, acorde con su capacidad institucional, administrativa, financiera y de talento humano.

PARÁGRAFO 1. La Administración Distrital promoverá la articulación de acciones intersectoriales orientadas a abordar los determinantes sociales que inciden en la continuidad del cuidado de las personas con sospecha y diagnóstico oncológico.

PARÁGRAFO 2. En todo caso, la implementación de esta estrategia no superará el año siguiente a la publicación del presente Acuerdo.

ARTÍCULO 7. SEGUIMIENTO Y MONITOREO La Administración Distrital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, incorporará dentro de sus procesos y procedimientos de planeación y seguimiento sectorial y transectorial, mecanismos de monitoreo que permitan identificar el impacto de esta estrategia en la superación de las barreras que limitan la atención integral de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, con el fin de orientar acciones de mejora en la gestión territorial y en la articulación con los actores del sistema de salud.

ARTÍCULO 8. ARTICULACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN EN MATERIA DE SALUD. La Administración Distrital articulará la estrategia “Navegadores de Bienestar” dentro de los instrumentos de política pública que estén vigentes, en especial, el Plan Territorial de Salud.

ARTÍCULO 9. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación