

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 001233 DE 2026****( 26 JUN 2026 )**

Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 y se dictan otras disposiciones

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus atribuciones legales, y en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el numeral 2 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026 y,

**CONSIDERANDO:**

Que el artículo 49 de la Constitución Política establece que la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado, responsable de su dirección, organización, regulación, coordinación y control, así como de garantizar el acceso a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Que mediante el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 dispone que el derecho fundamental a la salud tiene carácter autónomo y no puede ser renunciado, tanto a nivel individual como colectivo. Incluye la garantía de acceso a servicios de salud oportunos, efectivos y de calidad, orientados a proteger, fortalecer y promover la salud. Corresponde al Estado adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y de oportunidades para todas las personas en el acceso a acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Asimismo, el artículo 6 de la citada ley fija los elementos y principios que orientan su garantía, en los literales a) y siguientes, entre los cuales se encuentran la universalidad, el principio pro homine, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la prevalencia de los derechos, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia, la interculturalidad y la protección especial a los pueblos y comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Que en el 2006 se construyó el "Modelo para el Control del Cáncer" como fundamento para el diseño del primer Plan Decenal para el control del cáncer y este integró no solamente el enfoque de riesgo sino además el poblacional. El núcleo del modelo para la toma de decisiones fue la investigación, el análisis de situación de cáncer, y la vigilancia. Con base en estos insumos se establecieron los objetivos del control del cáncer (prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo), los ámbitos en los que deben desarrollarse las acciones (política pública, comunidad, servicios de salud) y el uso de herramientas básicas para las acciones (comunicación, educación, movilización social).

Que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Colombia por la Ley 1346 de 2009, y su desarrollo interno a través de la Ley 1618 de 2013, obligan al Estado a garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo aquellas con secuelas o discapacidad

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 y se dictan otras disposiciones".

asociada al cáncer, mediante acciones afirmativas, ajustes razonables y la eliminación de barreras en el sistema de salud y en la vida social.

Que el cáncer fue declarado como enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional mediante las Leyes 1384 de 2010, 2026 de 2020 y 2360 de 2024, las cuales establecen disposiciones orientadas a su atención integral.

Que en el año 2013, se definió el Primer Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012–2021, mediante Resolución 1383 de 2013, cuyo propósito principal fue posicionar el cáncer en la agenda pública como un problema prioritario de salud, movilizar a los diferentes actores para reducir la mortalidad evitable, reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables, mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes, así como garantizar la generación y uso del conocimiento para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la gestión del Talento Humano.

Que, en el año 2022, el país inició la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, concebido como un instrumento orientado a trascender la visión centrada en los eventos de salud.

Que, teniendo en cuenta que las recomendaciones de organismos internacionales evidencian que los países que adoptan planes específicos para el control del cáncer logran mejores resultados en la reducción de su incidencia y mortalidad, en la medida en que concentran los recursos en prioridades definidas, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Cancerología, como entidad adscrita y órgano asesor técnico en la materia, decidió formular el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026–2036, que adopta un enfoque territorial, transdisciplinario, intercultural, e incorpora los acuerdos alcanzados con pueblos y comunidades étnicas, de conformidad con lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y su modificatoria, la Resolución 2367 de 2023.

Que en el marco de la Ley 2294 de 2023, Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 "Colombia, potencia mundial de la vida", específicamente en el documento que plasma las bases del plan, en el eje de seguridad humana y justicia social se determina el fortalecimiento de la detección temprana, la prevención, el acceso oportuno y el control, incluyendo enfoque intercultural en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Que en concordancia con lo dispuesto en el artículo 11 de la Resolución 518 de 2018, modificado por el artículo 3 de la Resolución 295 de 2023, específicamente en el numeral 11.1.11, se establece la obligación de adaptar y ajustar las intervenciones individuales y colectivas de manera conjunta con los grupos poblacionales presentes en el territorio, garantizando el acceso con respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales y culturales. Lo anterior debe desarrollarse en el marco de procesos de concertación entre las entidades territoriales y las comunidades indígenas, la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP) y el pueblo Rrom, así como mediante la concurrencia entre departamentos, distritos y municipios.

Que la Ley 2291 de 2023 modificó la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología y, en su artículo 3, determinó su objeto como autoridad técnico-científica en el control integral del cáncer, así como para adelantar actividades de

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 y se dictan otras disposiciones".

investigación, docencia y educación continua, desarrollo e innovación, y programas de salud pública orientados a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Asimismo, le asignó la prestación de atención integral y el rol de centro de referencia para la atención e investigación en cáncer.

Que, en el año 2025, se actualizó el Modelo para el Control del Cáncer, con el propósito de reconocer la continuidad de la atención, que comprende el control del riesgo, la detección temprana, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento interdisciplinario, la supervivencia y los cuidados al final de la vida, como uno de los elementos orientadores de las intervenciones, estrategias y enfoques dirigidos a su abordaje integral.

Que, en desarrollo de lo anterior, se estructuraron escenarios de intervención en el marco de las políticas públicas, los entornos y los servicios de salud, orientados a garantizar la implementación de acciones poblacionales que incidan de manera positiva en las prácticas sociales y en los determinantes de la salud.

Que, asimismo, el modelo incorpora componentes estratégicos tales como la movilización y participación social, el fortalecimiento del talento humano en salud, la evaluación de tecnologías en salud, y la comunicación y educación transformativa, los cuales comprenden el conjunto de acciones dirigidas a la solución, mitigación y superación de los problemas y desafíos asociados al control del cáncer.

Que, igualmente, el modelo define un núcleo orientado al fortalecimiento de la evaluación de resultados y al ajuste continuo de las intervenciones, a partir del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en Cáncer, e incorpora un componente trazador que articula los sistemas de información y las acciones intersectoriales, con el fin de medir, monitorear y reducir las desigualdades en salud relacionadas con el cáncer.

Que, en virtud de lo anterior, es necesario expedir el Plan Decenal para el control del Cáncer 2026-2035, cuyo objetivo es contribuir al bienestar de los habitantes en el territorio nacional, impartir directrices a los departamentos, distritos y municipios, así como a los demás integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la implementación del Plan, orientar las acciones del Estado y los sectores para la gestión de los determinantes sociales de la salud, que permitan el control del cáncer y la reducción de las inequidades en salud en los próximos diez (10) años, en armonización con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto adoptar el Plan Decenal para el Control del Cáncer (PDCC) en Colombia 2026-2035, contenido en el documento técnico que hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán aplicables al Ministerio de Salud y Protección Social y al Instituto Nacional de Cancerología, como entidades encargadas de liderar, orientar y evaluar la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 y se dictan otras disposiciones".

Igualmente, los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de sus competencias, como las entidades territoriales, entidades adscritas, entidades responsables del aseguramiento en salud, entidades adaptadas, administradoras de riesgos laborales y prestadores de servicios de salud, concurrirán a la implementación del Plan, en coordinación con otros sectores que intervienen en los determinantes sociales de la salud.

**Artículo 3. Etapas de implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035.** Son etapas del Plan de Implementación para el control del cáncer las siguientes:

1. **Etapa 1.** Alistamiento
2. **Etapa 2.** Implementación.
3. **Etapa 3.** Evaluación.

Los periodos de ejecución en los cuales se llevarán a cabo en cada una de las etapas previamente mencionadas son:

Etapa de implementación	Acciones hito	Periodo de tiempo
<b>Etapa 1. Alistamiento para fortalecer la implementación de las líneas estratégicas para el control del cáncer.</b>	Fortalecimiento de capacidades a referentes territoriales para la incorporación del componente de análisis de situación de salud del Cáncer, en el marco de las metodologías propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.  Adecuación y adopción de las metodologías y herramientas de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Decenal para el control del Cáncer en el marco del Plan Decenal de Salud Pública  Asistencia técnica y desarrollo de capacidades para la implementación del Plan Decenal para el control del cáncer.  Diagnóstico de capacidades institucionales y evaluación del Plan Territorial de Salud 2020-2023  Acompañamiento a las entidades territoriales departamentales y distritales durante la realización del Análisis de Situación de Salud del cáncer	II semestre de 2026
<b>Etapa 2. Implementación.</b>	Formulación de líneas estratégicas, en armonía con los ejes estratégicos de Plan Decenal de Salud Pública, planes territoriales de salud departamentales, distritales y municipales de manera articulada con los planes de desarrollo.  Implementación del marco estratégico (Ejes, estrategias y metas) del Plan Decenal de Salud Pública.	2026-2035  2026 – 2035
<b>Etapa 3. Evaluación.</b>	Evaluación del proceso de implementación del Plan Decenal para el control del cáncer	2028, 2030 y 2035

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 y se dictan otras disposiciones".

**Artículo 4. Seguimiento y evaluación del Plan Decenal para el control del Cáncer 2026-2035.** El Ministerio de Salud y Protección Social de manera conjunta con el Instituto Nacional de Cancerología, realizará el seguimiento trimestral y anual de metas establecidas en el documento técnico que hace parte integral de este acto administrativo. Así mismo, evaluarán el proceso de implementación del PDCC 2026-2035 en los años 2028, 2030 y 2035, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Por su parte, las entidades territoriales realizarán el seguimiento y evaluación del Plan Territorial en Salud en su jurisdicción, de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública y la metodología, condiciones y periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología.

**Artículo 5. Coordinación y armonización.** Las entidades territoriales, en el marco de sus competencias, adelantarán procesos de articulación y armonización de sus instrumentos de planificación en salud con los lineamientos establecidos en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, de conformidad con las políticas, planes y programas del orden nacional.

**Artículo 6. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D.C., a los 26 JUN 2026



**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ**  
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:  
Tatiana Lemus Pérez – Directora de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención



Vo. Bo.  
Jaime Hernan Urrego Rodríguez – Viceministro de Salud Pública y Atención Primaria  
Rodolfo Enrique Salas Figueroa – Director Jurídico (E)



Director Jurídico

**PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER**  
**EN COLOMBIA**  
**2026-2035**

Ministerio de Salud y Protección Social – Instituto Nacional de Cancerología  
2026

## Tabla de contenido

Glosario .....	6
<b>1. Metodología .....</b>	<b>10</b>
1.1. Fase de diagnóstico .....	10
1.2. Fase de formulación .....	11
1.3. Fase de consulta.....	12
1.4. Etapa de implementación .....	12
1.5. Fase de evaluación .....	13
<b>2. Propósito.....</b>	<b>13</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Situación actual del cáncer en Colombia.....</b>	<b>14</b>
4.1. Determinantes estructurales, sociales y comerciales en salud.....	14
4.2. Desempeño del sistema de salud.....	15
4.3. Determinantes de la situación epidemiológica .....	17
4.4. Factores de Riesgo .....	17
4.5. Situación epidemiológica del cáncer en adulto .....	19
4.5.1. Incidencia de cáncer.....	19
4.5.2. Mortalidad por cáncer.....	20
4.6. Situación en salud del cáncer infantil.....	21
<b>5. Marco político y normativo.....</b>	<b>22</b>
<b>6. Líneas estratégicas .....</b>	<b>27</b>
6.1. Línea estratégica 1. Vigilancia del Cáncer .....	27
6.1.1. Objetivos específicos.....	27
6.1.2 Acciones estratégicas .....	28
6.2. Línea estratégica 2. Investigación, desarrollo e innovación para el control integral del cáncer .....	29
6.2.1. Objetivos específicos.....	29
6.2.2. Acciones estratégicas .....	29
6.3. Línea estratégica 3. Promoción, prevención y reducción del riesgo.....	31
6.3.1. Objetivos específicos.....	31
6.3.2. Acciones estratégicas .....	31
6.4. Línea estratégica 4. Detección temprana.....	38

6.4.1. Objetivos específicos.....	38
6.4.2. Acciones estratégicas.....	39
6.5. Línea estratégica 5. Diagnóstico y Estadificación.....	44
6.5.1. Objetivos específicos.....	44
6.5.2. Acciones estratégicas.....	45
6.6. Línea estratégica 6. Tratamiento, Supervivencia y Calidad de vida relacionada con la salud.....	46
6.6.1. Objetivos específicos.....	47
6.6.2. Acciones estratégicas.....	47
6.7. Línea estratégica 7. Soporte oncológico desde el diagnóstico hasta el final de la vida.....	49
6.7.1. Objetivos específicos.....	49
6.7.2. Acciones estratégicas.....	49
6.8. Línea estrategia 8. Evaluación Tecnológica, Vigilancia e Inteligencia Estratégica.....	50
6.8.1. Objetivo específico.....	51
6.8.2. Acciones Estratégicas.....	51
6.9. Línea estratégica 9. Fortalecimiento del Talento Humano.....	51
6.9.1. Objetivos específicos.....	51
6.9.2. Acciones estratégicas.....	52
7. Componente Cáncer infantil.....	53
7.1. Objetivo específico.....	53
7.2. Priorización.....	54
7.3. Acciones estratégicas.....	54
8. Plan de implementación.....	55
8.1. Responsables de la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer.....	56
9. Seguimiento y Evaluación.....	58
10. Metas del plan decenal para el control del cáncer 2026-2035.....	59
11. Sostenibilidad financiera del PDCCC 2026-2035.....	67
12. Referencias.....	70

### Índice de Figuras

Figura 1. Modelo para el control del cáncer en Colombia .....	10
Figura 2. Distribución porcentual de la incidencia, principales tipos de cáncer y sexo, en Colombia, 2017-2021.....	19
Figura 3. Mortalidad por cáncer en Colombia 1997-2024.....	20
Figura 4. Muestra las principales causas de muerte por cáncer en Colombia en 2024 según las tasas ajustadas por edad (TAE) .....	20
Figura 5. Mortalidad por cáncer según departamentos, Colombia 2024 .....	21

### Índice de Tablas

Tabla 1: Servicios oncológicos habilitados por región, departamento o distrito, Colombia 2025.....	15
--	----

### Siglas

ACHOP	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica
ACHO	Asociación Colombiana de Homología y oncología
APS	Atención Primaria en Salud
APP	Aplicación/ Plataforma Nacional de educación comunicativa para el control integral del cáncer
ARL	Administradora de Riesgos Laborales
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ASIC	Análisis de Situación de Cáncer
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CAC	Cuenta de Alto Costo
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CAREX	Carcinógeno EXposure
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CONASA	Comisión Técnica Nacional para la Salud Ambiental
CONIAF	Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física
CTI	Ciencia, Tecnología e Innovación
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
EEVV	Estadísticas Vitales

ENTJ	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes
EPS	Entidades Promotoras de Salud
FIS	Fondo de Investigación en Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
HBsAg	Antígeno de Superficie del Virus de la Hepatitis B
IARC	International Agency for Research on Cancer
IDH	Índice de Desarrollo Humano
I+D+i	Investigación, el Desarrollo y la Innovación
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales
IEC	Información, Educación y Comunicación
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INC	Instituto Nacional de Cancerología
INFOCÁNCER	Sistema de Información de Cáncer en Colombia
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPA	Índice Paquete Año
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Minciencias	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación
MinTic	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NGS	Next Generation Sequencing (Secuenciación de Nueva Generación)
NAAT	Nucleic Acid Amplification Test (Prueba de amplificación de ácido nucleico)
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONC	Observatorio Nacional de Cáncer
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Alimentación Escolar
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDCCC	Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia
PEI	Proyecto Educativo Institucional
PIGCC-T	Planes Integrales de Gestión del Cambio Climático Territorial
PNI	Plan Nacional de Inmunizaciones
PROs	Resultados informados por el paciente (Por sus siglas en inglés)
PSA	Prueba de antígeno prostático
RCBP	Registros de Cáncer de Base Poblacional
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RNIC	Red Nacional de Investigación en Cáncer
RSL	Registro de síntomas en tiempo real
RUV	Radiación ultravioleta
SAFER	Paquete técnico de la OMS para reducir daños asociados al alcohol
SENA	Servicio Nacional de Abrendizaje
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud
SOMFi	Sangre Oculta en Materia Fecal por Inmunoquímica

TAC	Tomografía Axial Computarizada
UACAI	Unidades de Atención de Cáncer Infantil.
UFCA	Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto
Vel	Vigilancia Tecnológica e Inteligencia Estratégica
VHB	Virus de la Hepatitis B
VIA VILI	Técnicas de Inspección visual del cuello uterino con ácido acético (VIA) y con Lugol (VILI)
VPH	Virus del Papiloma Humano

## Glosario

**Aseguramiento de la Calidad:** Conjunto de actividades planificadas, sistemáticas y orientadas a la mejora continua que brindan confianza en que todos los procesos —desde la gestión del sistema, la toma y análisis de la muestra, hasta la interpretación y reporte de resultados— se ejecutan de manera consistente conforme a requisitos establecidos, estándares validados, garantizando resultados precisos, confiables, reproducibles y clínicamente útiles para la toma oportuna de decisiones en salud ((1)

**Calidad en el laboratorio:** Se define por la exactitud, confiabilidad y oportunidad de los resultados analíticos que reporta. Estos resultados deben ser lo más precisos posible, sustentados en procesos analíticos confiables en todas sus etapas, y comunicados de manera oportuna, de modo que sean útiles y pertinentes para la toma de decisiones en el ámbito clínico y de la salud pública ((2).

**Detección temprana del cáncer:** La detección temprana es el componente del control del cáncer que busca el diagnóstico de las patologías oncológicas en estadios tempranos con el fin de brindar una mejor posibilidad de curación al paciente. Existen dos estrategias para la detección temprana del cáncer: el diagnóstico temprano y la tamización ((3).

**Diagnostico oportuno:** Estrategia cuyo público objetivo es la población con sospecha de una enfermedad oncológica, cuyo fin es disminuir al máximo posible el tiempo entre la identificación de la sospecha de la enfermedad y la confirmación diagnóstica de la misma. Es de particular importancia para las enfermedades oncológicas que no son susceptible de diagnóstico temprano o tamización (4)

**Evaluación Tecnológica:** Herramienta que permite comparar tecnologías en términos de aplicación médica y clínica, características técnicas e impacto medio ambiental con dimensiones sociales, éticas, organizacionales y económicas; asegurando la incorporación idónea, de calidad y costo efectivas ((5).

**Globocan-** Observatorio Global del Cancer: Plataforma interactiva basada en la web, desarrollada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que presenta estadísticas globales de cáncer con el fin de informar la investigación y las políticas de control del cáncer. Integra y visualiza indicadores como incidencia, mortalidad y supervivencia a partir de fuentes como GLOBOCAN, Cancer Incidence in Five Continents (CI5), International Incidence of Childhood Cancer (IICC) y proyectos de supervivencia poblacional. La información presentada corresponde a las mejores estimaciones disponibles a nivel mundial, aunque su interpretación debe considerar las limitaciones en la calidad y cobertura de los datos en algunos países ((6).

**Prueba de tamización:** Se emplean en personas asintomáticas con el fin de identificar de manera temprana la posible presencia de una enfermedad, trastorno u otra condición fisiológica. Según la naturaleza de la

enfermedad y las características de la población objetivo, estas pruebas pueden implementarse de forma rutinaria en la población general o dirigirse específicamente a grupos con mayor riesgo ((Organización Mundial de la Salud, 2024).

**Programa Organizado de tamización poblacional:** Es la tamización sistemática de una población determinada considerada en riesgo para una enfermedad por su edad o por otro factor, que incluye, de forma articulada, herramientas de captación activa, gestión de información, gestión de casos y garantía de calidad que permiten medir su eficacia y seguridad para la población, garantizando la atención integral del conjunto de pacientes con sospecha o diagnóstico de la enfermedad tamizada ((8).

**Tecnologías habilitadoras:** Son tecnologías transversales y de alto impacto sistémico que sirven como base para acelerar y potenciar el desarrollo de múltiples soluciones, productos y modelos organizacionales en distintos sectores. Algunos ejemplos son: inteligencia artificial y big data, secuenciación genómica, terapias CAR-T, nanotecnología y robótica

**Vigilancia en salud pública:** Proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública ((9).

**Vigilancia epidemiológica del cáncer:** Proceso coordinado de recolección, análisis, interpretación y difusión continua y sistemática de indicadores en cáncer que muestran la magnitud y perfil de la enfermedad en una población, enmarcada en la vigilancia de la incidencia, mortalidad, prevalencia y supervivencia por cáncer ((10).

**Vigilancia de atención en el sistema de salud:** Está orientada hacia el cumplimiento de los criterios de oportunidad y calidad en el continuo de la atención, contribuyendo a mejorar la supervivencia de las personas con riesgo o presencia de cáncer. Esta vigilancia permite identificar riesgos y barreras de acceso en el proceso de atención desde las funciones de cada actor en el sistema, con el objetivo de gestionarlos y evitar demoras en el diagnóstico que puedan llevar a estadios avanzados, así como prevenir reprocesos, el abandono del tratamiento y mortalidades tempranas potencialmente evitables (11,12).

**Vigilancia de los factores riesgo:** Proceso sistemático, continuo y organizado de recolección, análisis e interpretación de datos sobre comportamientos o hábitos, exposiciones ambientales o condiciones biológicas que aumentan la probabilidad de desarrollar una patología. Se enfoca en los determinantes previos mediante estrategia de encuestas poblacionales ((13).

**Vigilancia e Inteligencia Estratégica:** Proceso sistemático que permite recopilar, analizar y procesar datos de diversas fuentes de información, identificando patrones, tendencias, factores de riesgo y oportunidades que permiten a las organizaciones tomar decisiones informadas y ajustadas a su necesidad particular ((14).

## Introducción

En la actualidad, el cáncer es una de las principales causas de incidencia, morbilidad y mortalidad en Colombia, con una carga creciente de casos que impacta significativamente la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, no solo desde el compromiso biológico de la enfermedad, sino en lo que representa a nivel

emocional, económico, social y cultural (15). Colombia sigue siendo uno de los 57 países donde el cáncer constituye la primera causa de muerte prematura (entre 30 y 69 años) (16)

En este contexto, una proporción sustancial de la carga de cáncer es prevenible, de acuerdo a estimaciones del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Cancer Research UK indican que alrededor del 40 % de los casos de cáncer se asocian a factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, las infecciones, el consumo de alcohol, la obesidad, la dieta no saludable y las exposiciones ambientales y ocupacionales, esto evidencia la necesidad de fortalecer de la promoción y prevención; sin embargo, la reducción de la mortalidad por cáncer también depende del acceso oportuno, equitativo y continuo a los servicios de salud, que permita la detección temprana y el diagnóstico en estadios iniciales, cuando las probabilidades de curación y supervivencia son significativamente mayores(17)(18)(19).

Ante este panorama, el país ha definido múltiples instrumentos normativos y de política pública orientados a fortalecer las estrategias para el control de la enfermedad, así como para promover la atención integral de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer.

En el año 2006, el Instituto Nacional de Cancerología diseñó el Modelo para el Control del Cáncer como fundamento para el diseño del primer Plan Decenal para el Control del Cáncer; este modelo integró no solamente el enfoque de riesgo, sino también el poblacional; estableciendo como núcleo del modelo para la toma de decisiones la investigación, el análisis de situación de cáncer y la vigilancia. Por otra parte, definió como objetivos del control del cáncer la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo, Adicionalmente, precisó los ámbitos en los que deben desarrollarse las acciones (arena política, comunidad, servicios de salud) y el uso de herramientas básicas para las acciones (comunicación, educación, movilización social) (20).

Con el marco conceptual definido , en el año 2011, se formuló el primer Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012–2022, cuyo propósito principal fue posicionar el cáncer en la agenda pública como un problema prioritario de salud, movilizar a los diferentes actores para reducir la mortalidad evitable, reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables, mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes, así como garantizar la generación y uso del conocimiento para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la gestión del talento humano(15)

En el año 2021, la evaluación del plan evidenció avances significativos relacionados con reconocimiento del cáncer como un problema de salud pública, generando acciones que permitieron priorizar y evidenciar la pertinencia de estrategias dirigidas al control del cáncer en el país, sin embargo se identificaron limitaciones relacionadas con la falta de articulación interinstitucional y sectorial, limitada armonización entre desarrollos legales, técnicos y de información, falta de capacidad de talento humano, recursos informáticos insuficiente, y ausencia de recursos propios para su implementación. Como resultado, se logró el 52 % de las metas establecidas (21).

En el 2022, el País inició la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, concebido como un instrumento para trascender la visión centrada en eventos de salud-enfermedad y avanzar hacia el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, buscando la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, en este marco el plan incorpora el cáncer como un evento de alto costo, definiendo metas específicas en algunos tipos priorizados ((22,23)

No obstante, los desafíos actuales del sistema de salud requieren la adopción de estrategias innovadoras y la integración de tecnologías que aseguren la efectividad, escalabilidad y sostenibilidad de las intervenciones en el mediano y largo plazo.

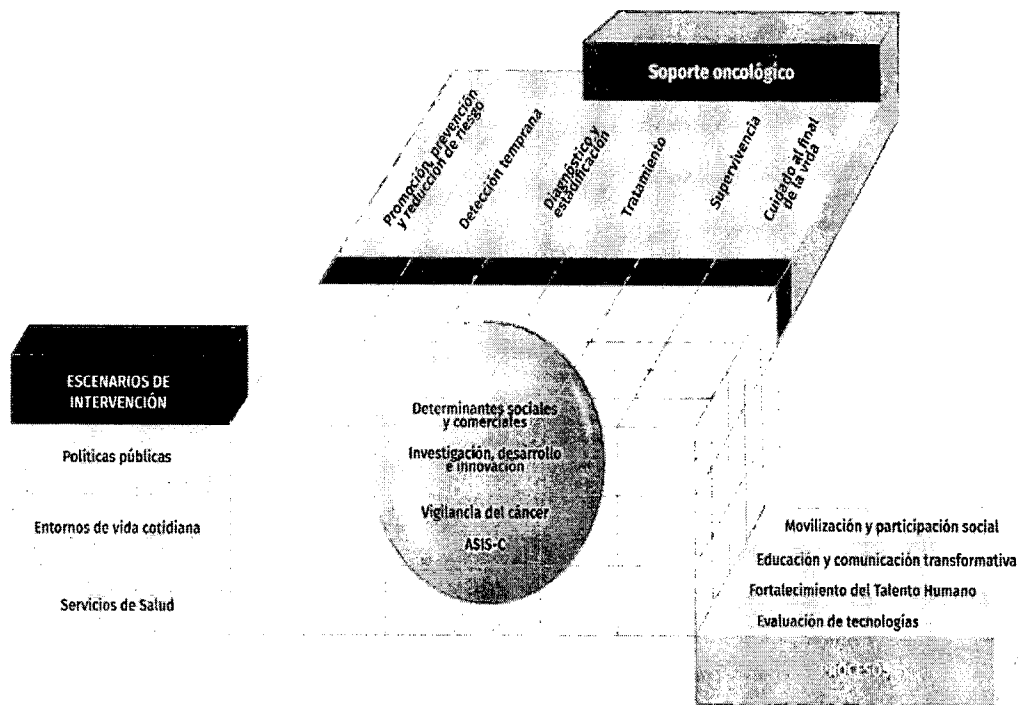
En consecuencia, y atendiendo las recomendaciones de organismos internacionales que destacan que los países con planes específicos de cáncer obtienen mejores resultados en la reducción de la incidencia y mortalidad, y que estos pueden tener un impacto positivo en la equidad en salud y el acceso gracias a medidas de control del cáncer, dado que los recursos se centran en prioridades específicas(21); el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología como ente asesor para el país, deciden construir el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, con un enfoque territorial, transdisciplinario e intercultural, con énfasis en la Atención Primaria en Salud, armonizado con el actual Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031(22).

En coherencia con esta decisión, se inició la revisión de los desarrollos que el mundo ha realizado en relación a los marcos y modelos para el control del cáncer, mecanismo para impactar los determinantes estructurales, sociales, y comerciales en salud, así como las intervenciones, la perspectiva del curso de vida y la visión de un abordaje integral; estas revisiones conllevaron a la actualización del Modelo para el Control del Cáncer 2026; actualización que resalta la importancia de ampliar el continuo de la atención partiendo del control del riesgo, la detección temprana, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento, la supervivencia, el soporte oncológico y el cuidado al final de la vida e incorporando componentes que permitan orienten intervenciones, estrategias y enfoques .

El modelo propone escenarios de intervención sustentados en una visión integral que busca garantizar acciones poblacionales capaces de modificar de manera sostenible las prácticas sociales. Estos escenarios se articulan mediante procesos transversales como la movilización y participación social, el fortalecimiento del talento humano, la evaluación tecnológica y la comunicación y educación transformativa, en conjunto estos elementos funcionan como medios para sustentar el modelo, garantizando intervenciones en control del cáncer que sean equitativas, sostenibles y eficaces.

Finalmente, el núcleo del modelo se consolida como un proceso activo del conocimiento en cáncer, resultado de la identificación y comprensión permanente de como los determinantes estructurales influyen y definen las realidades sociales de los individuos, las colectividades y las poblaciones desde sus diferenciales (genero, pertenencia étnica, ocupación, situación económica y residencia. entre otros), insumos fundamentales para fortalecer los sistemas de información, medición y monitoreo de desigualdades en cáncer para apoyar la toma de decisiones a corto, mediano y largo plazo desde todos los niveles. Sus componentes incluyen el análisis de situación de salud con énfasis en cáncer, la investigación, el desarrollo y la innovación, así como la vigilancia del cáncer (24).

figura 4. Modelo para el control del cáncer en Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología.

Partiendo de lo anterior y después de un proceso participativo con diferentes actores del sistema general de seguridad social, entre ellos los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales, la sociedad civil, académica y científica, las entidades de orden nacional y organismos internacionales, se consolidan las principales recomendaciones que permitieron estructurar el nuevo horizonte para el control del Cáncer en Colombia de los próximos 10 años y los cuales se materializan en nueve líneas estratégicas y un componente para cáncer infantil.

### 1. Metodología

El proceso de formulación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, atendió las recomendaciones del ciclo de política pública definidas por el Departamento Nacional de Planeación y utilizadas para la construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, esta metodología buscó de manera participativa discutir desafíos, compartir experiencias y formular estrategias sobre temas puntuales que requieren de intervenciones en un país para el control del cáncer.

A continuación, se presentan las fases de formulación del plan:

#### 1.1. Fase de diagnóstico

La fase de diagnóstico se desarrolló entre el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025, el cual comprendió una revisión en dos momentos. En el primero, se analizaron 25 propuestas entre marcos para la acción, marcos del continuum del cáncer y modelos conceptuales orientados al control del cáncer.

Este análisis permitió concluir que el Modelo para el Control del Cáncer propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología en 2006 constituye un marco robusto, al incorporar desde su formulación el enfoque intersectorial, la atención integral, la gestión territorial y la institucionalidad. En consecuencia, se optó por actualizar dicho modelo, integrando los avances conceptuales y estratégicos identificados durante la revisión documental.

La revisión de marcos conceptuales evidenció aproximaciones complementarias para abordar la complejidad del cáncer. Entre ellas se destaca el enfoque sindémico, que resalta la interacción entre condiciones patológicas y contextos de inequidad; los marcos sistémico y multinivel, que promueven una mirada integral y multisectorial; el marco ecológico, que identifica influencias a nivel micro, meso y macro sobre la continuidad de la atención; y los modelos interactivos, que reconocen la participación de múltiples actores y la influencia tanto de los determinantes sociales como comerciales. Asimismo, se identificaron marcos integradores, como el enfoque sinérgico, que enfatizan factores estructurales clave para la equidad y efectividad de la atención oncológica, entre ellos la alfabetización en salud, el aseguramiento, la calidad de la relación médico-paciente y el acceso a intervenciones basadas en evidencia y culturalmente pertinentes.

En un segundo momento, se realizó una búsqueda no sistemática en el portal del International Cancer Control Partnership (ICCP) para identificar planes nacionales de control del cáncer, lo que permitió reconocer prioridades regionales y la necesidad de visibilizar acciones concretas en la política pública nacional.

Finalmente, se revisaron las recomendaciones derivadas de la evaluación institucional y operativa del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012–2022, realizada por el Departamento Nacional de Planeación. Este análisis permitió identificar como principales lecciones aprendidas la necesidad de posicionar el cáncer en la agenda pública y de fortalecer la articulación entre los diferentes actores involucrados en su control.

Asimismo, la evaluación evidenció un cumplimiento del 52 % de las metas establecidas en el PDCCC, porcentaje superior al observado en la dimensión de enfermedades no transmisibles del Plan Decenal de Salud Pública para el mismo periodo. Entre los aspectos clave identificados para fortalecer la implementación de futuras intervenciones se destacan la consolidación de mecanismos efectivos de articulación entre la nación y los territorios, el fortalecimiento de la coordinación intersectorial, el desarrollo de procesos robustos de monitoreo, seguimiento y evaluación, así como la disponibilidad de mecanismos financieros que garanticen la sostenibilidad de las acciones propuestas.

## 1.2. Fase de formulación

La fase de formulación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, se desarrolló entre julio y diciembre de 2025 y se fundamentó en un enfoque participativo, basado en evidencia y orientado a la toma de decisiones. En primer lugar, se alcanzó un consenso técnico sobre la necesidad de contar con un plan específico para el control del cáncer en Colombia, reconociendo los retos particulares que esta enfermedad impone y la importancia de implementar acciones coordinadas, sostenidas y de alto impacto para reducir la incidencia, la mortalidad y mejorar la calidad de vida, así como fortalecer la supervivencia, la capacidad del sistema de salud y la articulación intersectorial.

Posteriormente, se realizó la identificación y vinculación de actores clave del sector gubernamental, académico, científico, social, asegurador, prestador, territorial y de organismos internacionales, analizando su nivel de influencia e interés para priorizar esfuerzos en el control del cáncer. Como eje central del proceso; se

desarrollaron mesas de trabajo participativas mediante diálogos de política y la metodología world café, con participación de actores territoriales, pacientes, sobrevivientes, cuidadores y la industria farmacéutica, alcanzando una participación del 88% de las personas convocadas. Los insumos generados fueron analizados mediante análisis temático cualitativo con apoyo del software NVivo®, permitiendo identificar consensos, tensiones y propuestas estratégicas.

A partir de los resultados del diagnóstico y del proceso participativo, se definieron nueve líneas estratégicas alineadas con el continuum de la atención para el control del cáncer que contienen acciones integrales y robustas orientadas al control del cáncer en todo el curso de vida, las cuales permiten abordar de manera transversal tanto el cáncer en población adulta y un componente para cáncer infantil, reconociendo las particularidades del cáncer por curso de vida.

### **1.3. Fase de consulta**

El proceso de consulta pública se realizó entre los meses de febrero a mayo de 2026 de acuerdo con lo previsto en el numeral 8 del artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 2.1.2.1.23 del Decreto 1081 de 2015 (25), esta etapa incluyó la publicación, recepción de observaciones, análisis de resultados y ajuste de la versión final del acto administrativo y sus anexos para su firma y publicación.

### **1.4. Etapa de implementación**

La etapa de implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026–2035 constituye un eje transversal orientado a asegurar la ejecución efectiva, el seguimiento y la sostenibilidad de la política pública, mediante el fortalecimiento de la capacidad institucional, la articulación intersectorial y la participación social. Esta etapa se fundamenta en procesos de aprestamiento, gobernanza y consolidación de una estrategia nacional integral del control del cáncer en Colombia y la participación activa de la sociedad, comunicación, asistencia técnica y fortalecimiento territorial, integrando la ciencia de la implementación como marco metodológico para garantizar que las acciones se desarrollen con pertinencia, equidad y sostenibilidad en los diferentes contextos territoriales, lo cual permitirá identificar barreras y facilitadores, adaptando las intervenciones a las realidades territoriales, así como generar evidencia sobre la efectividad de las estrategias en condiciones reales, consolidando un proceso de aprendizaje continuo que fortalezca la política pública de control del cáncer en Colombia.

Entre las acciones principales se contempla realizar el seguimiento periódico a la implementación del plan, evaluar el cumplimiento de las metas y proponer ajustes basados en evidencia, indicadores de desempeño y métricas propias de la ciencia de la implementación, tales como adopción, fidelidad, aceptabilidad y sostenibilidad; asimismo, se desarrollará una estrategia integral de información y comunicación, con enfoque diferencial y territorial, orientada a promover la divulgación, apropiación y adopción del Modelo y del Plan Decenal para el Control del Cáncer por parte de los actores institucionales y la ciudadanía, incorporando herramientas de evaluación de impacto comunicacional y de cambio de comportamiento.

Adicionalmente, se prevé la adecuación y adopción de instrumentos técnicos de planeación, seguimiento y evaluación en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública, así como el acompañamiento metodológico y técnico a las entidades territoriales para la socialización, implementación y seguimiento del PDCCC 2026-2035; este proceso incluye el fortalecimiento de capacidades locales, la transferencia de conocimiento y el apoyo a la

realización del análisis de situación de salud del cáncer a nivel departamental, distrital y municipal, con el fin de garantizar la sostenibilidad y pertinencia territorial de las acciones.

### 1.5. Fase de evaluación

Se realizará la evaluación del proceso de implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2028, 2030 y 2035 en el cual permitirá evaluar el proceso de implementación y del resultado de las metas en el marco de las líneas estratégicas.

## 2. Propósito

El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 en Colombia, define la implementación de líneas estratégicas integrales con un enfoque territorial, transdisciplinario, intercultural e intersectorial, con énfasis en la atención primaria en salud en la población colombiana, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas diagnósticas.

## 3. Objetivos

1. Consolidar un sistema nacional de información y gestión del conocimiento en cáncer que permita la vigilancia y el análisis integrado de la magnitud, la carga y la calidad de la atención.
2. Consolidar la Red Nacional de Investigación en Cáncer como eje articulador de la investigación e innovación en el país, fortaleciendo las capacidades científicas, tecnológicas y territoriales
3. Definir las estrategias nacionales de prevención y control del cáncer en Colombia, que fortalezca la comunicación educativa, reduzca factores de riesgo modificables, gestione de manera efectiva el riesgo genético y promueva los estilos de vida saludables.
4. Fortalecer la capacidad nacional y territorial para la detección temprana del cáncer que permita la reducción de la mortalidad evitable.
5. Garantizar el diagnóstico de cáncer un acceso oportuno, integral, equitativo y de calidad a los servicios de salud, fortaleciendo la capacidad técnica, la estandarización y el control de calidad de los procesos de diagnóstico y estadificación oncológica.
6. Mejorar el acceso integral y equitativo al tratamiento oncológico, garantizando la disponibilidad continua de medicamentos en salud, fortaleciendo la supervivencia y calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
7. Garantizar el soporte oncológico, humanizado y personalizado que acompañe al paciente y su entorno desde el momento del diagnóstico.
8. Fortalecer el modelo nacional de evaluación, planificación y gestión de tecnologías sanitarias para el control integral del cáncer.
9. Fortalecer de manera integral las capacidades del talento humano en atención primaria y especializada en oncología, mediante la formación, distribución y permanencia de personal.
10. Fortalecer el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes (NNA) con cáncer infantil y su familia, con el fin de mejorar la tasa de supervivencia y disminuir el sufrimiento evitable.

#### 4. Situación actual del cáncer en Colombia

El cáncer representa uno de los principales desafíos para la salud pública a nivel mundial. El crecimiento y el envejecimiento de la población están impulsando un aumento significativo en el número de casos nuevos, y se proyecta que esta tendencia continúe en las próximas décadas. La transición demográfica es un factor clave en este fenómeno, ya que se espera que la población mundial pase de 8.000 millones en 2022 a 9.700 millones en 2050 (26)

En América Latina y el Caribe, los tipos de cáncer más frecuentes están relacionados con la adopción progresiva de estilos de vida más occidentalizados a nivel poblacional —como el cáncer de pulmón, colon y recto y los relacionados con infecciones —como el gástrico y cuello uterino—. Se prevé un incremento notable en la incidencia y mortalidad por cáncer en la región, impulsado por factores como el envejecimiento poblacional, los cambios en los estilos de vida, la urbanización, y el aumento de factores de riesgo individuales y ambientales (27).

Diversos estudios han demostrado una relación directa entre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y la incidencia del cáncer, con importantes desigualdades entre regiones. En 2022, los países con mayor IDH —principalmente en Europa, Norteamérica y Oceanía— registraron las tasas más altas de incidencia, mientras que regiones como Asia, América Latina y el Caribe se ubicaron en niveles intermedios (Bajo este contexto, el panorama general de la carga del cáncer será mayor en los países de ingresos bajos y medios, donde persisten grandes desigualdades en el acceso y la atención oncológica, indicando la necesidad de fortalecer el sistema de salud para ampliar la cobertura y calidad de la atención oncológica (28,29).

En Colombia, el cáncer es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, y la principal causa de muerte prematura. Comprender su carga a nivel nacional, regional y departamental es clave para la formulación de políticas públicas, planes, programas y proyectos efectivos que respondan a las necesidades específicas de cada territorio (16)

##### 4.1. Determinantes estructurales, sociales y comerciales en salud.

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". En este marco, se distinguen determinantes estructurales e intermedios.

Los determinantes estructurales se relacionan con el contexto socioeconómico y político que distribuye de manera desigual el poder y los recursos, generando inequidades en salud entre los distintos grupos sociales. Por su parte, los determinantes intermedios corresponden a las condiciones de vida y trabajo, como el empleo, la vivienda, el transporte y los factores psicosociales, que influyen directamente en la salud. Se reconoce además que los determinantes estructurales condicionan a los intermedios, configurando una relación causal que incide en las condiciones de salud de la población.

Los determinantes comerciales de la salud se definen como "los sistemas, prácticas y vías a través de los cuales los actores comerciales direccionan la salud y la equidad". La definición es deliberadamente neutral, con el

objetivo de reconocer que los actores comerciales pueden hacer tanto contribuciones positivas como negativas y el potencial de cambio en la situación de salud poblacional que ello implica.

El modelo de los determinantes comerciales reconoce que estas entidades son diversas y que sus contribuciones en sentido positivo o negativo afectan la equidad humana y planetaria. Esto se relaciona con su posición por encima de los determinantes estructurales del contexto socioeconómico y político, desde donde ejercen su influencia en las políticas públicas y las decisiones de los gobiernos (30). La regulación más importante de la Organización Mundial de la Salud para abordar la influencia de los determinantes comerciales es la exigencia ordenada por el artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del tabaco. El relacionamiento con los demás actores comerciales, distintos a tabaco, derivados, sucedáneos e imitadores, se hace bajo el marco de las disposiciones reglamentarias, normativas y técnicas sobre la gestión de conflictos de intereses.

#### 4.2. Desempeño del sistema de salud

La atención de las personas con cáncer en Colombia enfrenta importantes desafíos relacionados con la oportunidad en la atención, la sostenibilidad financiera del sistema y un acceso a los servicios de salud. Estas dificultades impactan de manera directa el diagnóstico temprano, el inicio oportuno del tratamiento y, en consecuencia, los desenlaces en salud de los pacientes.

De acuerdo con el informe de la Cuenta de Alto Costo, en el año 2024 los distintos aseguradores reportaron cerca de 62.000 casos nuevos de cáncer, de los cuales 58.058 correspondieron a tumores invasivos. En términos de oportunidad, la mediana de tiempo de espera para la confirmación diagnóstica fue de 30 días desde la sospecha médica, mientras que el intervalo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento alcanzó una mediana de 48 días. Estos tiempos evidencian la persistencia de barreras estructurales y operativas que dificultan el acceso al diagnóstico oportuno y al tratamiento temprano. (50).

En cuanto a la oferta de servicios oncológicos, para el año 2025 se encontraban habilitados 2.545 servicios en el país. De estos, 1.786 (70,2%) correspondían a consulta externa, 400 (15,7%) a servicios quirúrgicos y 359 (14,1%) a servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

Asimismo, se observa un marcado predominio del sector privado, que concentra el 92,3% de la oferta total. Las instituciones prestadoras de servicios de salud agrupan el 90,8% de los servicios con enfoque oncológico, mientras que el 9,2% restante está habilitado a través de profesionales independientes.

Tabla 1: Servicios oncológicos habilitados por región, departamento o distrito, Colombia 2025

Región/ Departamento	Consulta Externa	Quirúrgicos	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Total
<b>1. Amazonia /Orinoquia</b>	<b>15</b>		<b>2</b>	<b>17</b>
Casanare	10		1	11
Putumayo	5		1	6
<b>2. Bogotá D.C</b>	<b>358</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>526</b>
Bogotá D.C	358	100	68	526
<b>3. Caribe</b>	<b>479</b>	<b>99</b>	<b>94</b>	<b>672</b>
Atlántico	15	9	4	28
Barranquilla	137	30	26	193

Región/ Departamento	Consulta Externa	Quirúrgicos	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Total
Bolívar	11	1	1	13
Buenaventura	1			1
Cartagena	66	21	14	101
Cesar	74	11	14	99
Córdoba	31	8	8	47
La Guajira	22	1	4	27
San Andrés y Providencia	2			2
Santa Marta	60	10	15	85
Sucre	60	8	8	76
<b>4. Central</b>	<b>453</b>	<b>101</b>	<b>91</b>	<b>645</b>
Antioquia	201	40	41	282
Caldas	34	7	10	51
Caquetá	20	3	4	27
Huila	47	11	8	66
Quindío	28	5	5	38
Risaralda	68	22	14	104
Tolima	55	13	9	77
<b>5. Oriental</b>	<b>221</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>321</b>
Boyacá	21	9	4	34
Cundinamarca	20		5	25
Meta	46	7	8	61
Norte de Santander	37	9	11	57
Santander	97	25	22	144
<b>6. Pacífica</b>	<b>260</b>	<b>50</b>	<b>54</b>	<b>364</b>
Cali	148	31	28	207
Cauca	50	8	9	67
Chocó	2		1	3
Nariño	33	9	9	51
Valle del cauca	27	2	7	36
<b>Total</b>	<b>1786</b>	<b>400</b>	<b>359</b>	<b>2 545</b>

Fuente: Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud. REPS (53). Elaborado por autores.

Como describe la literatura, la oferta se concentra en las grandes ciudades o distritos como Bogotá (526; 20.7%), Antioquia (282; 11.1%), Cali (207; 8.1%), Barranquilla (193; 7.6%) y Santander (144; 5.7%), entre los cinco suman alrededor del 53% de los servicios oncológicos del país (53).

Es pertinente precisar que, a pesar de la disponibilidad de servicios oncológicos en el territorio nacional, la sospecha y el diagnóstico del cáncer deben realizarse en los servicios de atención primaria, para su posterior remisión a centros oncológicos de alta complejidad, generalmente concentrados en áreas urbanas. El principal desafío del sistema de salud es centralizar la estadificación y el tratamiento de la enfermedad, proceso que depende, en primera instancia, de la disponibilidad y la capacidad resolutoria de los servicios de anatomía patológica y del trabajo especializado de los patólogos, y, en segunda instancia, de los servicios de apoyo y complementación terapéutica disponibles

### 4.3. Determinantes de la situación epidemiológica

Colombia, al igual que algunos países de la región, pasa por una transición demográfica, con aumento en la esperanza de vida y disminución en la tasa de fecundidad. De acuerdo con los cambios demográficos y sociales, la población aumentó en un 24 % entre el 2005 y el 2023 (de 41.671.878 a 51.682.692 habitantes), la esperanza de vida tuvo un incremento sostenido de 66,8 años (1985-1990) a 75,7 años (2020-2024) y la fecundidad fue de 1,8 hijos para el quinquenio 2015-2020. La densidad poblacional aumentó principalmente en las grandes ciudades y el porcentaje de población urbana incrementó en un 14 % entre 1985 y 2020, con mayor concentración en las cabeceras municipales.

Estos cambios han conllevado a una modificación de la estructura poblacional con estrechamiento en la base para el año 2022 y aumento en la población de edades avanzadas, donde el índice de envejecimiento aumentará de 55 en 2019 a 74 en 2026 (31).

El riesgo de cáncer en el país está determinado por una compleja interacción de factores no modificables, comportamientos de consumo, exposiciones ambientales exteriores, domiciliarias y ocupacionales, y desigualdades sociales relacionadas con la calidad de vida y el trabajo, la atención médica inadecuada y políticas sociales insuficientes o desarticuladas, lo que ha desembocado en el aumento de la mortalidad y la disminución de la supervivencia y la calidad de vida de las personas que la padecen.

A continuación, se presentan los principales factores de riesgo, el comportamiento de la incidencia y mortalidad en Colombia para adultos y cáncer infantil.

### 4.4. Factores de Riesgo

El riesgo de cáncer y otras enfermedades crónicas está determinado por una compleja interacción de factores no modificables y modificables, dentro de los que están los de comportamientos de consumo y ambientales. La contribución de los factores varía de acuerdo con el tipo de cáncer.

En Colombia la epidemia de tabaquismo ha presentado un descenso sostenido de las prevalencias de consumidores de cigarrillo tradicional en todos los grupos de edad y por sexo. Según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas de Colombia, en la población escolar entre los 12 y 18 años hubo disminución en las prevalencias, entre los años 2004 (32) y 2022(33). En escolares hombres las prevalencias de consumo de último mes bajaron del 28,5 % en 2004 al 15,5 % en el 2011, posteriormente en el 2016 cayeron al 9,17 % y en la medición del 2022 siguió descendiendo al 4,5 %. En escolares mujeres se observó la misma tendencia con prevalencias de fumadoras en 2004 de 18,5 %, de 9,6 % en 2011, de 6,3 % en 2016 y finalmente del 4,5 % en 2022 (34).

En los adultos, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE (35) mostró que las prevalencias de fumadores actuales en hombres y mujeres mayores de 18 años promedio fueron de 6,6; 6,4; 6,3; 7,1 y 6,3 % en los años 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024, en su orden. Aunque el dato de prevalencia en adultos en 1993 era de 21,4 %, que no procede de la misma fuente, el descenso de las prevalencias es inobjetable (36).

No obstante, el crecimiento demográfico hace que aun con el descenso de las prevalencias en adultos y escolares, el número absoluto de fumadores sea significativo. Este número puede ser de aproximadamente tres millones

de adultos fumadores y casi un millón de menores de 18 años fumadores de cigarrillo tradicional. Pero además de este preocupante número de colombianos expuestos al tabaco convencional, emerge un grave problema de salud pública con los productos novedosos y emergentes derivados, sucedáneos e imitadores del tabaco se estableció la preocupante cifra de consumo de cigarrillos electrónicos por niños, niñas y adolescentes de 13 a 15 años en el último mes del 9 % lo que significa un número cercano a los trescientos mil escolares en el consumo de este dispositivo en Colombia (37).

Otro factor de riesgo que cobra cada vez más importancia es el alcohol, que se ha asociado a la ocurrencia de siete localizaciones de cánceres en el ser humano. Una de las metas no cumplidas del plan decenal precedente fue la de posponer la edad de inicio del consumo de alcohol en niños, niñas y adolescentes, que sigue en la actualidad en 13,4 años; esto implica un imperativo inaplazable para las políticas sanitarias. Lo que es confirmado por las altas prevalencias de consumo de alcohol en el último mes de 30,5 % en el grupo de 12 a 18 años, que pueden estar condicionada con los vínculos al entorno familiar, como el nivel de compromiso y supervisión parental (33).

En octubre de 2024, la Organización Panamericana de la Salud – OPS lanzó el Código Latinoamericano y Caribeño (38) Con las recomendaciones para la prevención del cáncer, dentro de las que está el grupo denominado “Dieta saludable”, que, en resumen, se traduce en aumentar el consumo de frutas y verduras y limitar los productos comestibles y bebidas ultraprocesados. Mientras el consumo de verduras crudas y cocidas (38) en el grupo de 5 a 17 años es del 66,9 % y en el grupo de 18 a 64 años 76,3 %, el de frutas (enteras o en jugo natural) en el grupo de 5 a 17 años es de 86,7 % y en el de 18 a 64 años es de 82,6 %. En contraste, el consumo de bebidas azucaradas en el grupo de 2 a 17 años es de 72,3 %, en el de mayores de 18 años 67 %, y el de alimentos de paquete de 2 a 17 años 70,6 % y mayores de 18 años 50,6 % (39)

Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia -ENSIN 2015, la prevalencia de obesidad incrementó de 2010 a 2015. En adultos (18 a 64 años) el incremento fue de 13,3 % pasando de 16,5 % a 18,7 %; en los niños y niñas de 5 a 12 años, el exceso de peso se incrementó de 18,8 % a 24,4 % y en los adolescentes se incrementó de 15,5 % a 17,9 %. (31,39)

En relación con la actividad física, el 31,1 % de las personas entre 6 y 12 años cumplieron con las recomendaciones mínimas establecidas a través del juego activo. En los adolescentes entre los 13 y 17 años, el 13,4 % cumplía con la recomendación de realizar actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos al día. Y en las personas entre 18 y 64 años, hubo un incremento en el cumplimiento de las recomendaciones al pasar de 51,3 % en 2010 a 56,9 % en 2015 (31,39)

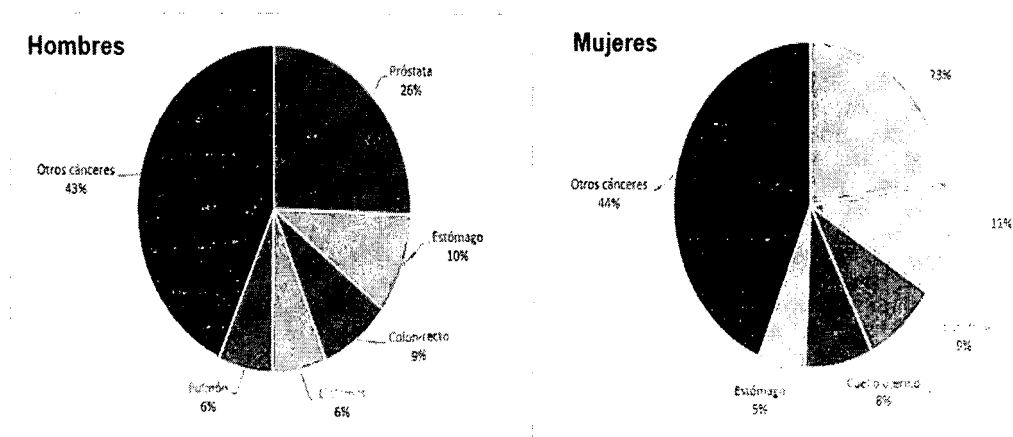
El riesgo genético y genómico constituye un factor determinante en la aparición de ciertos tipos de cáncer, estimándose que entre el 5 % y el 10 % de los casos son de origen hereditario (40,41)) y que, en poblaciones colombianas, hasta el 21 % de los pacientes con tumores sólidos presentan variantes patogénicas en genes asociados a síndromes de predisposición hereditaria (42). El avance y disponibilidad de tecnologías genéticas y genómicas, como la secuenciación de nueva generación (NGS) y los paneles mutagénicos, permiten identificar variantes germinales y perfiles poligénicos de susceptibilidad, facilitando la detección temprana, la vigilancia familiar y la toma de decisiones clínicas y de salud pública basadas en evidencia científica (43,44)

## 4.5. Situación epidemiológica del cáncer en adulto

### 4.5.1. Incidencia de cáncer

Se estimaron para 2022, 114.573 casos nuevos de cáncer con una tasa de incidencia ajustada de 177,6 por cada 100.000 habitantes, junto con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,75, clasificado como alto (6) (27). La distribución de la incidencia por sexo presentó un incremento para el período 2003–2017; en los hombres la tasa ajustada aumentó de 198 a 201,6 por 100.000 habitantes, y en las mujeres, de 184,7 a 191,6 por 100.000 habitantes (44)

**Figura 5. Distribución porcentual de la incidencia, principales tipos de cáncer y sexo, en Colombia, 2017-2021.**



Fuente: Datos extraídos de las estimaciones de Incidencia, mortalidad y prevalencia de Cáncer en Colombia, 2017-2021 (28)

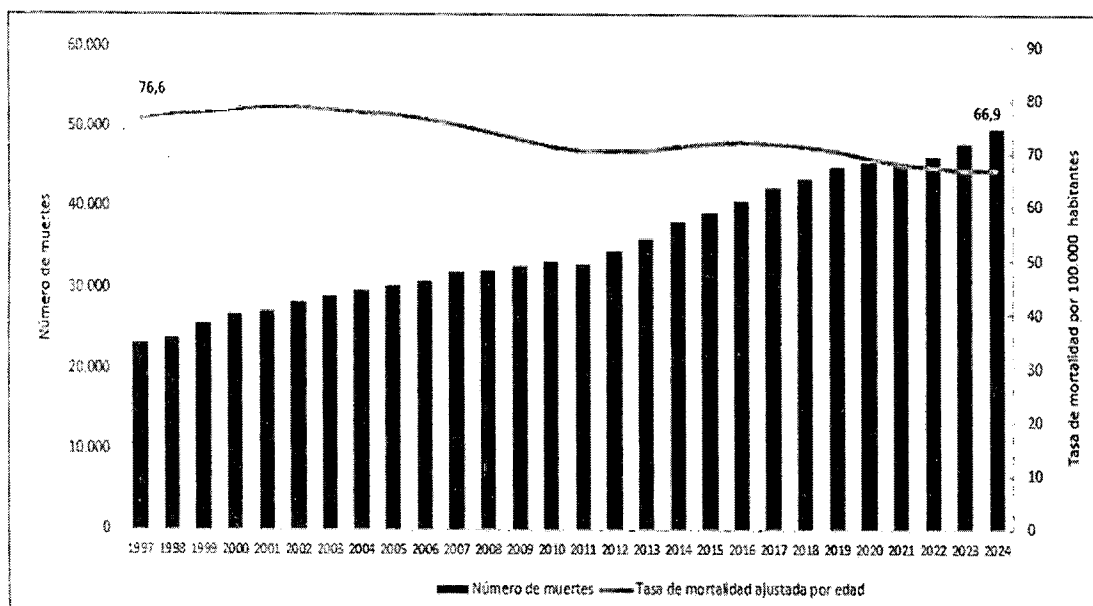
De igual manera, para el periodo 2017-2021, se estimaron en Colombia 101.483 casos nuevos de cáncer anuales, 47.393 (46,7 %) en hombres y 54.090 (53,3 %) en mujeres. Los cinco principales tumores en ambos sexos representaron 48.016 casos incidentes (el 47,3 % del total): mama de la mujer (12 236 casos; 12,1 %), próstata (12.090 casos; 11,9 %), colon-recto (8.679 casos; 8,6 %), estómago (7.679 casos; 7,6 %) y tiroides (7.332 casos; 7,2 %). En los hombres, el cáncer de próstata fue el más frecuente (26 %), seguido del de estómago (10 %), colon-recto (8 %), linfomas (6 %) y pulmón (6 %). Entre las mujeres, el cáncer de mama fue el más frecuente (23%), seguido del de tiroides (11 %), colon-recto (9 %), cuello uterino (8 %) y estómago (5 %) (Ver figura 2). Los departamentos con tasas de incidencia más altas en hombres y mujeres para todos los tipos de cáncer (exceptuando los de piel de tipo no melanoma), fueron La Guajira, Risaralda y Norte de Santander (45) . Para el país se proyectó un incremento del 59,4 % en el número de casos nuevos de cáncer para el año 2040 (182.629 casos), y un aumento del 92,8 % para 2050 (220.870 casos), tomando como referencia los 114.573 casos nuevos reportados en 2022 (46).

De acuerdo con Globocan 2022, se estimó para Colombia 1.469 casos nuevos de cáncer en menores de 0 - 14 años (tasa de incidencia ajustada de 13,5 por 100.00 habitantes). El principal tipo de cáncer infantil incidente es la leucemia, seguido de los tumores de sistema nervioso central y los linfomas. El sistema de Información de Cáncer en Colombia - Infocancer a partir de la información de los seis Registros de Cáncer de Base Poblacional de Colombia (Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Manizales, Medellín y Pasto) muestra la tendencia de la tasa de incidencia de cáncer infantil en menores de 0-14 años, la cual pasa de 13,2 en 2012 a 15,4 en 2019.

#### 4.5.2. Mortalidad por cáncer

La tasa de mortalidad por cáncer presentó una tendencia al descenso, con una tasa ajustada de 76,6 por cada 100.000 habitantes en 1997 (23.326 muertes) a 66,9 por cada 100.000 habitantes en 2024 (49.795 muertes). Sin embargo, en cifras absolutas, se observa un aumento en el número de muertes, en concordancia con el crecimiento y el envejecimiento de la población (Ver figura 3) (47)

Figura 6. Mortalidad por cáncer en Colombia 1997-2024

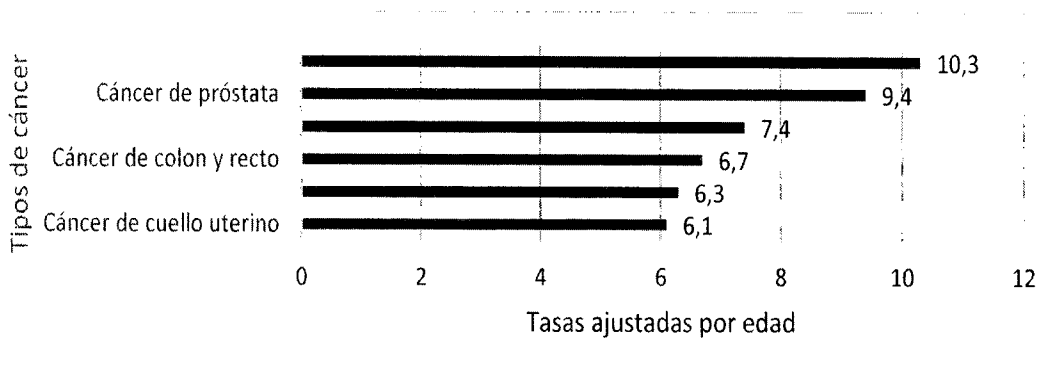


Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – Infocancer, con datos del Sistema de Estadísticas Vitales del DANE (30)

Entre los cánceres priorizados en el Plan de choque para el fortalecimiento de las acciones para el control del cáncer para el año 2023-2026, hubo una tendencia al incremento en la mortalidad por cáncer de colon-recto, y una tendencia a la disminución en los cánceres de mama, próstata, gástrico y cuello uterino. (48)

La figura 4. Muestra las principales causas de muerte por cáncer en Colombia en 2024 según las tasas ajustadas por edad (TAE)

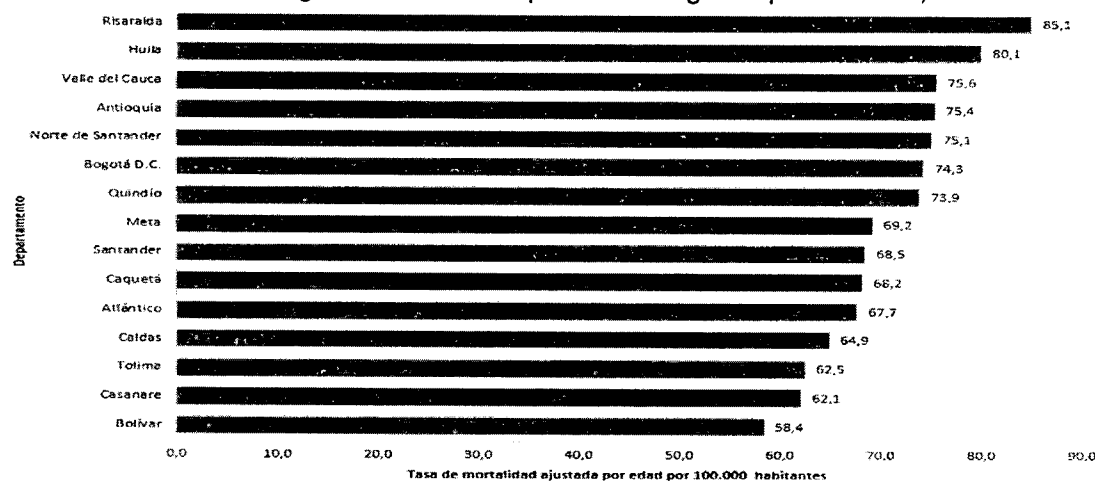
Figura 4. Principales causas de muerte por cáncer en Colombia 2024



Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – Infocancer, con datos del Sistema de Estadísticas Vitales del DANE (30)

Departamentos como Risaralda, Huila, Valle del Cauca, Antioquia y Norte de Santander presentaron las tasas más altas de mortalidad ajustada por cáncer. (ver figura 5) (45)

Figura 5. Mortalidad por cáncer según departamentos, Colombia 2024



Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – Infocancer, con datos del (49)

En menores de 0-14 años, según la mortalidad en Infocancer, con base en el registro del sistema de estadísticas vitales del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), se observó una tendencia a la disminución en la tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes de 4,3 en 1997 (543 muertes) a 3,6 en 2024 (402 muertes).

La información sobre la situación del cáncer del país es la base para la implementación de intervenciones eficaces a lo largo de todo el continuum para el control del cáncer, desde el control del riesgo, la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento oportuno hasta la supervivencia, calidad de vida, y el cuidado al final de la vida.

#### 4.6. Situación en salud del cáncer infantil.

El cáncer infantil constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños, niñas y adolescentes a nivel mundial. Su impacto es particularmente significativo en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM), donde persisten inequidades asociadas a determinantes sociales, económicos, culturales y a barreras estructurales del sistema de salud. Estas inequidades influyen de manera directa en la oportunidad diagnóstica, el acceso al tratamiento, la continuidad en la atención y, en consecuencia, en la mortalidad y la supervivencia de esta población.

En el contexto colombiano, la carga del cáncer infantil ha mostrado un incremento progresivo en los últimos años. Según la Cuenta de Alto Costo (CAC), para diciembre de 2024 se han atendido 13.126 casos de cáncer en menores de 18 años, evidenciándose un aumento acumulado del 125,1 % en la prevalencia y del 62,9 % en los casos nuevos entre 2019 y 2024. Estos datos reflejan no solo el crecimiento de la carga de la enfermedad, sino también un aumento en la captación y el reporte, y una mayor visibilidad de la problemática en el país (50).

De acuerdo con el Observatorio Global de Cáncer - GLOBOCAN, se estima que en Colombia en 2022 se presentaron 2.124 casos nuevos de cáncer infantil (0-19 años), tasa ajustada de 14,0 por cada 100.000 menores), con mayores tasas en niños (15,9) que en niñas (12,0)(6). Los tipos de cáncer más frecuentes continúan siendo

las leucemias, seguidas por los tumores del sistema nervioso central (SNC) y los linfomas, patrón que coincide con lo reportado por la Cuenta de Alto Costo, el Sistema de Vigilancia del Instituto Nacional de Salud (INS) y centros especializados del país. De estos 796 casos corresponden a leucemias, tasa de incidencia ajustada de 5,5 por 100.000 menores), seguida de tumores del encéfalo y del sistema nervioso central (219 casos, tasa de incidencia ajustada de 1,5 por 100.000 menores) y linfomas (202 casos, tasa de incidencia ajustada de 1,3 por 100.000 menores).

En términos de vigilancia epidemiológica, el INS ha reportado entre 2020 y 2024 un total de 7.309 casos notificados al sistema de vigilancia nacional. Para el año 2024, las leucemias agudas concentraron cerca del 38 % de los cánceres pediátricos, reafirmando su predominio en la población infantil y adolescente.(51)

Respecto a la mortalidad, GLOBOCAN estima que en 2022 ocurrieron 784 muertes por cáncer en menores de 0 a 19 años en Colombia (tasa ajustada de 5,1 por 100.000 menores). Aunque las Estadísticas Vitales (SISPRO) muestran una ligera disminución de la mortalidad general por cáncer infantil entre 2021 y 2022 (de 4,41 a 4,00 por 100.000 habitantes), persiste una marcada heterogeneidad territorial, con departamentos como Atlántico, Huila, Meta y Norte de Santander presentando tasas históricamente superiores al promedio nacional.

Las principales causas de muerte por cáncer en menores de 10 a 19 años fueron leucemia (357 muertes, tasa de mortalidad ajustada de 2,4 por 100.000 menores), seguido de tumores del encéfalo y sistema nervioso central (120 muertes, tasa de mortalidad ajustada de 0,8 por 100.000 menores) y linfomas (50 muertes, tasa de mortalidad ajustada de 0,3 menores).

En cuanto a los desenlaces, la supervivencia global a 60 meses para el periodo 2017-2021 se ubicó alrededor del 65 % en menores de 18 años, con diferencias por grupo etario: 66 % en niños (0-14 años) y 57 % en adolescentes (15-18 años). Si bien se evidencia una mejora con respecto al periodo 2012-2016 —particularmente en leucemias (de 57,7 % a 64 %) y tumores del SNC (de 51,9 % a 56 %), persisten brechas asociadas al régimen de aseguramiento, la región de residencia, la oportunidad diagnóstica, la accesibilidad a centros especializados y las condiciones socioeconómicas de las familias.

## 5. Marco político y normativo

El nuevo Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, se sustenta en un marco normativo que integra instrumentos internacionales, constitucionales, legislativos y reglamentarios, entre los cuales se destacan:

Derechos humanos, discapacidad e instrumentos internacionales

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Ley 1346 de 2009 (54), y la Ley 1618 de 2013(55), que obligan al Estado a garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, incluidos quienes presentan discapacidad derivada del cáncer, mediante la adopción de medidas legislativas, administrativas y de política pública.
- Instrumentos internacionales de la OMS, la OPS y la OIT, tales como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (56) , el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y los convenios sobre sustancias cancerígenas laborales, que continúan vigentes y orientan los compromisos del país en la reducción de factores de riesgo y la protección de la salud de los trabajadores.

- La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que sustituyen a los Objetivos de Desarrollo del Milenio como marco global de referencia para el desarrollo sostenible y la salud, incluyendo metas específicas sobre ENT, salud universal y reducción de desigualdades.
- Plan regional de enfermedades no transmisibles, estrategia de salud pública impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para reducir la carga de ENT como cardiovasculares, diabetes y cáncer en las Américas, centrándose en reducir factores de riesgo (tabaco, alcohol, inactividad, mala dieta), fortalecer la atención primaria (paquete WHO PEN), mejorar la vigilancia y promover la salud mental, alineado con metas globales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030 (57) .
- Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama, lanzada por la OMS en 2021, orientada a reducir la mortalidad por cáncer de mama mediante un abordaje integral sustentado en tres pilares estratégicos: la promoción de la salud y la concienciación comunitaria, el diagnóstico oportuno y de calidad, y el acceso equitativo a un tratamiento integral, oportuno y basado en evidencia, a lo largo de todo el continuo de la atención (56) .
- Estrategia de eliminación del cáncer de cuello uterino, lanzada por la OMS en noviembre de 2020, cuyo objetivo es reducir la incidencia del cáncer de cuello uterino a menos de 4 casos por 100.000 mujeres, mediante la implementación articulada de intervenciones de prevención primaria y secundaria, que incluyen la vacunación contra el VPH, el tamizaje con pruebas de VPH y/o citología cervical, y el acceso oportuno al tratamiento, con el propósito de avanzar hacia un mundo libre de cáncer de cuello uterino (59)
- Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil, lanzada en 2018, cuyo objetivo es aumentar la tasa de supervivencia de niños, niñas y adolescentes con cáncer al 60 % para 2030, mediante el fortalecimiento del diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y de calidad, el acceso a medicamentos esenciales y la integración de los cuidados paliativos, con especial énfasis en países de ingresos bajos y medianos. En el área andina, se han registrado avances relevantes asociados al fortalecimiento de redes de atención oncopediátrica, la adopción de guías clínicas estandarizadas, la mejora en los sistemas de referencia y contrarreferencia y la implementación de estrategias de detección temprana en los primeros niveles de atención, así como iniciativas orientadas a garantizar el acceso a tratamientos y a reducir el abandono terapéutico, contribuyendo de manera progresiva al mejoramiento de la supervivencia infantil (60).
- Código Latinoamericano y Caribeño Contra el Cáncer, el cual plantea 17 recomendaciones basadas en la evidencia científica sólida más reciente y adaptadas a escenarios comunes en América Latina y el Caribe que contribuyan a la prevención del cáncer (38)
- Convenio Marco para el Control del tabaco de la OMS, cuyo objetivo es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco (56).
- Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2025-2030 (34)

## Marco constitucional y de políticas de salud nacional

- Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, adoptado por la Resolución 1035 de 2022 (61) y ajustado por la Resolución 2367 de 2023, como política de Estado para orientar la salud pública en los próximos diez años, incluyendo la gestión de las enfermedades no transmisibles, la vigilancia en salud pública, el talento humano y la gobernanza (23).
- Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia, potencia mundial de la vida” (Ley 2294 de 2023), que prioriza el fortalecimiento del modelo de salud preventivo y predictivo, la atención primaria en salud y la acción intersectorial para la reducción de riesgos y el control del cáncer (62).
- Ley Estatutaria 1751 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, se definen las obligaciones del Estado y se consagran principios como la equidad, la continuidad, la progresividad y la participación social (63)
- Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley 715 de 2001, que estructuran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus competencias y la organización de la prestación de los servicios, complementadas y compiladas reglamentariamente en el Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud (64)
- Constitución Política de 1991, que reconoce la dignidad humana, la igualdad, la protección especial a personas en situación de debilidad manifiesta y el derecho a la seguridad social (65).

## Normatividad específica para el control del cáncer

### - Leyes

- Ley 2475 de 2025, por medio de la cual se establece y garantizar el derecho al olvido oncológico en Colombia y se dictan otras disposiciones (66)
- 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 (67).
- Ley 2291 de 2023, por medio de la cual se transforma la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología, empresa social del Estado, se define su objeto, funciones, estructura y régimen legal (68).
- Ley 2194 de 2022, que refuerza la rehabilitación integral y elimina barreras de acceso a programas de apoyo para personas con cáncer y modifica la Ley 1384 de 2010 – Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia(69)
- Ley 1733 de 2014 “Ley Consuelo Devis Saavedra, 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 en la calidad de vida (70) .
- Ley 2026 de 2020 (Ley Jacobo), que declara prioritaria la atención integral oncopediátrica y ordena la eliminación de barreras administrativas y de acceso para niños, niñas y adolescentes con cáncer y modifica Ley 1388 de 2010, “por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia” (71)
- Ley 1968 DE 2019 “por el cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos” (70)

### - Decretos

- Decreto 221 de 2023, Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la prohibición de la importación y la exportación de asbesto en desarrollo de la Ley 1968 de 2019” (71).

- Decreto 441 de 2022, por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud (74)
- Decreto 647 de 2022, por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en el sentido de reglamentar la prelación de pagos y el giro directo a los prestadores de servicios de salud por las atenciones a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer (75).

- Resoluciones

- Resolución 1786 de 2025 “Por medio de la cual se adopta el Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud para las personas, familias y comunidades con potencial exposición al asbesto o con enfermedades relacionadas al asbesto” (74)
- Resolución 624 de 2025 “Por la cual se adopta el Manual para la señalización de los ambientes 100% libres de humo de tabaco y aerosoles emitidos por sus sucedáneos e imitadores”
- Resolución 202 de 2021, por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (77)
- Resolución 229 de 2020, por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud — EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (76)
- Resolución 2263 de 2020, por la cual se establecen disposiciones para la selección de miembros y funcionamiento del Consejo Nacional Asesor en Cáncer Infantil y de los Consejos Asesores en Cáncer Infantil a nivel territorial (77)
- Resolución 276 de 2019, por la cual se modifica el artículo 4 y los anexos técnicos que hacen parte integral de la Resolución 3280 de 2018 276 (80).
- Resolución 3339 de 2019, Por la cual se establece e Implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - ECO, para los cánceres priorizados (79) .
- Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal y se establecen directrices para su operación (11).
- Resolución 247 de 2014, por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer (82)
- Resoluciones y decretos reglamentarios derivados de estas leyes, entre ellos la Resolución 4496 de 2012, por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer
- Resolución 1552 de 2013, Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones (81)
- Resolución 1440 de 2013, por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010 y 13 de la Ley 1388 del mismo año (84)
- Resolución 1442 de 2013, por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica - GPC para el manejo de la Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, Cáncer de Mama, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata y se dictan otras disposiciones (85)

## Enfermedades no transmisibles, factores de riesgo y determinantes sociales

- CONPES 4143 de 2025, define los lineamientos de la Política Nacional de Cuidado, reconociendo el cuidado como un derecho, un trabajo con valor económico y social, y un eje fundamental para la equidad (84,85)
- Ley 2456 de 2025, por medio de la cual se crean los fondos de protección y apoyo a personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales, y se dictan otras disposiciones (87)
- Ley 2354 de 2024, por medio de la cual se modifica el artículo 1° de la ley 1335 de 2009 y se dictan otras disposiciones (86)
- Ley 2297 de 2023, por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Cuidado, orientado a reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado no remunerado, así como a garantizar derechos de las personas cuidadoras y quienes requieren cuidado (89).
- Ley 2281 de 2023, mediante la cual se crea el Ministerio de Igualdad y Equidad, incorpora dentro de sus funciones la estructuración del Sistema Nacional de Cuidado (90)
- Planes y políticas de actividad física, deporte, recreación y nutrición que, aunque han tenido periodos específicos (como el Plan Decenal del Deporte, la Recreación, la Educación Física y la Actividad Física 2009-2019), se integran hoy al PDSP 2022-2031 en sus ejes de entornos y territorios saludables, determinantes sociales y promoción de la salud.
- Ley 1968 de 2019, por el cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos (72)
- Ley 1335 de 2009, que establece políticas para la prevención del consumo de tabaco, la protección de la población no fumadora y la regulación de ambientes libres de humo, en concordancia con el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (91).
- Ley 1355 de 2009, que define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas como prioridad de salud pública y ordena medidas para su prevención, atención y control (92).
- 

## Protección de datos, tecnologías e información en salud

- Ley 1581 de 2012, que establece el régimen general de protección de datos personales, reglamentada y compilada en el Decreto 1074 de 2015, incluyendo disposiciones del Decreto 1377 de 2013 sobre autorizaciones y manejo de bases de datos, aplicables al tratamiento de la información clínica, epidemiológica y administrativa vinculada al cáncer (93) .
- Ley 1273 de 2009, que tipifica delitos informáticos, relevante para la protección de la información clínica, los sistemas de información en salud y la seguridad digital en los procesos de registro, notificación y análisis de datos oncológicos (94)
- Ley 1266 de 2008 (habeas data financiero) y Ley 2157 de 2021, que regulan el tratamiento de datos en centrales de riesgo, la permanencia de reportes negativos y las garantías para los titulares de la información (95).

## Investigación, desarrollo e innovación

- CONPES 4144 de 2025, define la hoja de ruta de Colombia en Inteligencia Artificial para los retos actuales y la transformación futura (96).

- CONPES 4069 del 2022, la cual contiene la nueva Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación que nos indica la hoja de ruta en materia de CTI para la próxima década. La nueva política busca incrementar la contribución de la CTI al desarrollo social, económico, ambiental, y sostenible, del país, con un enfoque diferencial, territorial, y participativo, para aportar a los cambios culturales que promuevan la consolidación de una sociedad del conocimiento (97).
- Política Pública de Apropiación Social del Conocimiento en el marco de la Ctel, la cual busca generar condiciones para el uso, inclusión e intercambio de saberes y conocimientos en ciencia, tecnología e innovación (CTel) para la democratización de la ciencia y la construcción de una sociedad basada en el conocimiento (98).

## 6. Líneas estratégicas

Las líneas estratégicas y el componente de cáncer infantil del presente plan se estructuran a partir de la actualización del Modelo para el Control del Cáncer. Para cada uno de estos componentes se definen objetivos específicos y acciones estratégicas que orientan su implementación y contribuyen al cumplimiento de los resultados esperados..

### 6.1. Línea estratégica 1. Vigilancia del Cáncer

La vigilancia de las enfermedades no transmisibles ha evolucionado del concepto epidemiológico tradicional hacia un enfoque de salud pública. Este modelo integra variables demográficas, factores de riesgo y protectores, morbilidad, discapacidad, mortalidad y servicios de salud. Para el caso del cáncer, las estrategias de vigilancia en los diversos grupos poblacionales y en cada etapa del continuum de la enfermedad garantizan información válida para planificar y evaluar las acciones de control. Dada su complejidad, los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) se han consolidado como la estrategia global estándar para monitorear la incidencia y supervivencia.

La línea de vigilancia en cáncer se fundamenta en tres componentes clave: la vigilancia epidemiológica (pilar del modelo para la prevención y el control del cáncer), el seguimiento de la atención en el sistema de salud y el Observatorio Nacional de Cáncer (ONC), este último bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología.

#### 6.1.1. Objetivos específicos

1. Generar y fortalecer el conocimiento sobre la magnitud y la carga del cáncer en Colombia, con la disponibilidad de datos válidos y comparables que permita la adecuada planificación de los servicios de salud y la adecuada distribución de los recursos en salud
2. Monitorear, analizar y gestionar de manera sistemática la calidad, oportunidad, continuidad e integralidad de la atención en cáncer en el sistema de salud colombiano, mediante el uso articulado de información proveniente de múltiples fuentes (DANE, CAC, SIVIGILA), con el fin de identificar brechas, generar alertas tempranas y orientar acciones de mejora, regulación y toma de decisiones que contribuyan a mejores resultados en salud para las personas con cáncer.
3. Fortalecer la gestión del conocimiento y la capacidad analítica sobre la información en cáncer disponible en el país, articulando las fuentes nacionales existentes y promueva el uso de datos de calidad para la toma de

decisiones, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas orientadas al control integral del cáncer en Colombia.

### 6.1.2 Acciones estratégicas

Componente	Acciones estratégicas
<p><b>Vigilancia epidemiológica del cáncer</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir como el estándar oficial para la incidencia y supervivencia la información de los registros de cáncer de base para las ciudades y departamentos donde opere.</li> <li>2. Establecer los mecanismos para el intercambio de información entre los sistemas de la base de datos nacional SISPRO (EEVV, CAC, SIVIGILA) y los registros poblacionales de cáncer y proporcionar bases de datos de mortalidad con identificadores a los registros poblacionales de cáncer.</li> <li>3. Garantizar la cooperación entre Estado y academia para garantizar la sostenibilidad del funcionamiento de los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP).</li> <li>4. Fortalecer el componente de Encuestas Poblacionales para generar la información de factores de riesgo o protectores relacionados con cáncer</li> <li>5. Establecer el suministro de información y eliminar las barreras de acceso a la información para los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) mediante el reporte de datos.</li> <li>6. Impulsar la modernización tecnológica de los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) mediante la automatización de los procesos de extracción de datos y mejora de la oportunidad y calidad de la información</li> </ol>
<p><b>Vigilancia de atención en el sistema de salud</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir el sistema de nacional de vigilancia de la atención del cáncer adulto e infantil integrando los registros de atención existentes para medir la gestión del riesgo de los cánceres priorizados.</li> <li>2. Generar mecanismos de seguimiento y monitoreo de los indicadores de calidad en la atención en salud del país —incluyendo PQRS, tutelas, y demás instrumentos de control ciudadano— desagregados por regiones y servicios de salud, con el fin de identificar brechas, orientar acciones de mejora y fortalecer la formulación de políticas públicas</li> <li>3. Definir los estándares de cumplimiento de los indicadores de calidad de la atención de los cánceres priorizados de acuerdo con la evidencia científica, estándares internacionales e iniciativas mundiales o globales que permita medir el desempeño de los actores del sistema encargados de la atención integral del cáncer.</li> <li>4. Definir, medir y evaluar indicadores de calidad de la atención en cáncer que permitan seguimiento periódico y toma de decisiones oportunas</li> <li>5. Diseñar e implementar estrategias que promuevan el uso correcto, uniforme y estandarizado de los códigos CIE-10 oncológicos por parte del personal asistencial</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estructurar la gobernanza del ONC, definiendo los roles de los actores involucrados (Ministerios, instituciones de salud, academia, sector privado, entre otros) y garantizar el soporte financiero necesario para su sostenibilidad y funcionamiento integral a largo plazo.</li> <li>2. Producir recomendaciones técnicas y evidencia para orientar la formulación de políticas, incluyendo lineamientos para la regulación del</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
Observatorio Nacional de Cáncer	<p>uso de la IA en cáncer, de manera que las intervenciones sean equitativas, sostenibles y eficaces.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Constituir un espacio de articulación entre la academia, tomadores de decisiones, sociedad científica, la sociedad civil y población en general para el análisis, monitoreo y evaluación de las acciones para el control del cáncer.</li> <li>4. Implementar estrategias de comunicación para la divulgación y apropiación del conocimiento generado, difundiendo de manera oportuna políticas públicas, legislación en cáncer y factores de riesgo a través del ONC.</li> </ol>

## 6.2. Línea estratégica 2. Investigación, Desarrollo e Innovación para el control integral del cáncer

La investigación, el desarrollo y la innovación articulan conocimiento, política pública, intersectorialidad y servicios de salud para comprender o resolver los retos para el control integral del cáncer atendiendo el enfoque de la política de investigación e innovación orientada por misiones, adoptando progresiva y éticamente tecnologías habilitadoras. Esta línea se implementa a través de la Red Nacional de Investigación en Cáncer fortaleciendo capacidades territoriales.

### 6.2.1. Objetivos específicos

1. Consolidar y fortalecer la Red Nacional de Investigación en Cáncer como un mecanismo articulador de las capacidades de I+D+i en el ámbito territorial.
2. Diseñar y consolidar una estrategia nacional colaborativa que permita identificar, comparar y fortalecer las capacidades territoriales de I+D+i para el control del cáncer, articulando actores del sistema de CTI y salud, para orientar inversiones y decisiones de política con enfoque de equidad y cierre de brechas
3. Fortalecer las capacidades científicas, tecnológicas y de innovación para el control del cáncer mediante la adopción progresiva, ética e interoperable de tecnologías habilitadoras que integren, gestionen y usen inteligentemente la información en salud.

### 6.2.2. Acciones estratégicas

Componente	Acciones estratégicas
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar y actualizar el funcionamiento operativo de la Red Nacional de Investigación en Cáncer, formalizando y actualizando ecosistemas territoriales y temáticos de investigación en cáncer.</li> <li>2. Fortalecer capacidades de investigación e innovación mediante acompañamiento técnico, estandarización de buenas prácticas y promoción de resultados aplicables al sistema de salud y al sistema nacional de ciencia tecnología e innovación.</li> <li>3. Implementar estrategias de capacitación y educación continua en I+D+i en cáncer para los actores de los ecosistemas involucrados.</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
<p>Red Nacional de Investigación en Cáncer (RNIC)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Implementar la estrategia de convocatorias cocreadas por misiones transformativas para el control integral del cáncer, con participación académica, clínica, y de la comunidad.</li> <li>5. Contar con un mecanismo nacional, permanente y articulado de convocatorias cocreadas orientadas por misiones transformativas de I+D+i en cáncer, en el marco del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación</li> <li>6. Establecer esquemas de cofinanciación público-privada y cooperación internacional que aseguren la sostenibilidad de las convocatorias.</li> <li>7. Implementar un programa de investigación e innovación basada en la comunidad, que sea participativa, con pacientes, cuidadores y organizaciones sociales en territorios priorizados.</li> <li>8. Fortalecer el banco nacional de tumores terry fox mediante una logística de muestras y red nacional de biocustodia.</li> </ol>
<p>Capacidades territoriales de I+D+i para el control integral del cáncer en Colombia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Publicar, validar e implementar un Índice de Capacidades Territoriales de I+D+i para el control del cáncer, con metodología estandarizada, indicadores comparables y tableros públicos de información en alianza con el Departamento Nacional de planeación.</li> <li>2. Consolidar una línea base y un sistema nacional de información interoperable sobre capacidades territoriales de I+D+i para el control del cáncer, con actualización periódica y criterios de calidad de datos.</li> <li>3. Formular, facilitar y evaluar intervenciones e instrumentos de fomento orientados a reducir brechas territoriales identificadas, mediante incentivos, cofinanciación Nación-territorio y cooperación interinstitucional principalmente con el Departamento Nacional de planeación y el Ministerio de Ciencia Tecnología e innovación.</li> </ol>
<p>Transformación digital, innovación y transferencia de tecnología para el control del cáncer</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar, validar y escalar modelos predictivos basados en inteligencia artificial para prevención y detección temprana, diagnóstico y tratamiento del cáncer, iniciando con cáncer de mama, cuello uterino y pulmón.</li> <li>2. Ampliar progresivamente la implementación de modelos predictivos a otros cánceres priorizados, con base en evidencia de impacto y factibilidad.</li> <li>3. Fortalecer capacidades institucionales y territoriales y formar talento especializado para que la investigación en cáncer genere innovación, facilitando el diseño, validación y prueba de soluciones de retos prioritarios para el control integral.</li> <li>4. Diseñar, implementar y consolidar una plataforma nacional integrada de datos en cáncer, interoperable con los sistemas de información en salud</li> <li>5. Incorporar tecnologías habilitadoras, incluidos esquemas de aprendizaje federado, para la gestión, análisis y uso inteligente de datos, garantizando protección de datos y soberanía de la información.</li> <li>6. Establecer marcos éticos y condiciones normativas y operativas que aseguren la sostenibilidad y adopción de la infraestructura digital en el sistema de salud.</li> </ol>

### 6.3. Línea estratégica 3. Promoción, prevención y reducción del riesgo

Las acciones aquí presentadas desarrollan las intervenciones de prevención primaria que incluyen aumentar la exposición a factores protectores del cáncer conocidos, reducir la exposición a riesgos de cáncer conocidos, proporcionar medios para reducir los efectos de la exposición a dichos riesgos o intervenir de otro modo en los estados patológicos que causan cáncer.

La línea de promoción, prevención y reducción del riesgo está formulada sobre cuatro componentes que incluyen: comunicación educativa para el control integral del cáncer, control de factores de riesgo, promoción de factores protectores y fortalecimiento de la gestión integral del riesgo genético de cáncer en Colombia.

#### 6.3.1. Objetivos específicos

1. Fortalecer la comunicación educativa para el control integral del cáncer para empoderar a la población en la identificación de riesgos de cáncer, la adopción de conductas protectoras y su participación activa en programas de prevención y atención oportuna en Colombia.
2. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para el cáncer en Colombia.
3. Posicionar en la agenda pública, a través del desarrollo de las acciones requeridas, la importancia de las medidas poblacionales que promuevan el involucramiento parental, la dieta saludable y la actividad física como estrategias fundamentales para la prevención del cáncer en Colombia, con proyección al año 2035
4. Fortalecer la gestión integral del riesgo genético asociado al cáncer en Colombia.

#### 6.3.2. Acciones estratégicas

##### Componente 1. Comunicación educativa para el control integral del cáncer

Componente	Acciones estratégicas
<p><b>Comunicación educativa para el control integral del cáncer</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consolidar una Plataforma Nacional de Comunicación Educativa para el Control Integral del Cáncer, soportada en una APP de alcance nacional, como herramienta de Estado para la difusión de contenidos basados en evidencia y la implementación de estrategias pedagógicas dirigidas a la población y al talento humano en salud, incorporando enfoques diferenciales de edad, género, pertenencia étnica, discapacidad, cultura y territorio, en articulación con las estrategias, políticas y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS); así como para la medición de conocimientos poblacionales y la implementación de la Estrategia Nacional de Entornos de entornos con aplicación completa de las 17 recomendaciones del Código Latinoamericano y Caribeño contra el cáncer.</li> <li>2. Adoptar lineamientos técnicos para EAPB, IPS, instituciones educativas, medios públicos y entidades territoriales que garanticen la implementación de contenidos de comunicación educativa basados en evidencia científica, libres de conflictos de interés y culturalmente pertinentes.</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Definir e incorporar metas progresivas de mejora del conocimiento poblacional en comunicación educativa para el control integral del cáncer, integrándolas en los acuerdos de gestión del sistema de salud, y establecer mecanismos de seguimiento y reporte territorial, apoyados en la APP de comunicación educativa, que permitan monitorear su cumplimiento, activar incentivos, adoptar medidas regulatorias cuando corresponda y generar alertas frente a riesgos como interferencia comercial, desinformación digital o incumplimiento normativo relacionado con los determinantes del cáncer.</li> <li>4. Implementar estrategias orientadas a la personalización del riesgo de cáncer en la población colombiana y a la emisión de recomendaciones individualizadas para su prevención y control, considerando la edad, el género, la pertenencia étnica, la situación de discapacidad, el contexto cultural, el territorio, el perfil de riesgo y las condiciones de vulnerabilidad social.</li> <li>5. Fortalecer la articulación entre el nivel nacional y las gobernaciones y alcaldías para la implementación anual de campañas integrales de prevención y detección temprana del cáncer, en el marco del Día Mundial contra el Cáncer, priorizando zonas rurales y de difícil acceso mediante el despliegue de unidades móviles, en cumplimiento de los mandatos de la Ley 2194 de 2022 y con énfasis en cáncer de mama, próstata y otros cánceres de alta carga.</li> </ol>

### Componente 2. Control de factores de riesgo

Subcomponente	Acciones estratégicas
<p><b>Avanzar hacia una Colombia libre de tabaco</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer la articulación entre el nivel nacional y las gobernaciones y alcaldías para la implementación anual de campañas integrales de prevención y detección temprana del cáncer, en el marco del Día Mundial contra el Cáncer, priorizando zonas rurales y de difícil acceso mediante el despliegue de unidades móviles, en cumplimiento de los mandatos de la Ley 2194 de 2022 y con énfasis en cáncer de mama, próstata y otros cánceres de alta carga.</li> <li>2. Promover la adopción y la efectiva implementación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.</li> <li>3. Promover la implementación de la mejor intervención (best buys): Estrategia para el fortalecimiento de capacidades en el artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco en Colombia (BP.0541.01) de la Organización Panamericana de la Salud.</li> <li>4. Gestionar, por parte de las entidades competentes del orden nacional, los trámites legislativos necesarios ante el Congreso de la República para el fortalecimiento del marco normativo del control del tabaco.</li> <li>5. Tramitar con el Ministerio de Educación Nacional la inclusión en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) de contenidos relacionados con el control del consumo de tabaco, derivados, sucedáneos e imitadores.</li> <li>6. Promover la reglamentación de los contenidos de productos de tabaco y de sus derivados, sucedáneos e imitadores en concordancia con el</li> </ol>

Subcomponente	Acciones estratégicas
	<p>artículo 22 de la Ley 1335 de 2009 y ley 2354 de 2024, estableciendo criterios sobre la evaluación de los ingredientes saborizantes y aromatizantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Fortalecer la movilización social, la participación familiar, comunitaria y en el entorno laboral, así como la veeduría ciudadana, incluyendo escuelas de padres, liderazgos juveniles y actores del ámbito laboral, para el control de los ambientes 100 % libres de humo y aerosol, la prevención de la venta al menudeo y el cumplimiento de la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y sus derivados, sucedáneos e imitadores.</li> <li>8. Fortalecer las estrategias de comunicación masiva, educación formal y acciones en el entorno laboral, orientadas a la prevención del consumo de tabaco y de sus derivados, sucedáneos e imitadores; la sensibilización sobre los efectos nocivos del humo y aerosol en la salud humana y el daño ambiental generado por los residuos de estos productos; promoviendo el autocuidado y la adopción de entornos protectores, e incorporando de manera sistemática estos contenidos en los currículos escolares, en programas de promoción en los lugares de trabajo y en campañas sostenidas de concientización , así como el fortalecimiento de programas de cesación tabáquica que incluyan intervenciones conductuales y apoyo farmacológico, en articulación con los actores del sistema de salud</li> <li>9. Actualizar la Guía de Práctica clínica de cáncer de cesación Tabáquica para adultos vigente a la expedición de este plan.</li> <li>10. Desarrollar la guía de práctica clínica para cesación tabáquica y nicotínica dirigida a niños, niñas y adolescentes.</li> <li>11. Desarrollar la política nacional y programa de cesación de tabaco.</li> </ol>
<p><b>Reducción de la exposición y consumo de alcohol</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar el paquete técnico SAFER de la OMS, mediante la articulación intersectorial, estrategias de movilización social y veedurías ciudadanas para vigilar el cumplimiento de las medidas de restricción de disponibilidad, publicidad, promoción y patrocinio, del alcohol.</li> <li>2. Impulsar medidas fiscales a las bebidas alcohólicas, y promover la destinación de un porcentaje específico de estos recursos a programas de prevención, detección temprana y atención integral del cáncer y otras enfermedades asociadas al consumo de alcohol.</li> <li>3. Desarrollar e implementar la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda y el consumo de alcohol, fortaleciendo la APS mediante el uso de herramientas validadas como ASSIST y AUDIT, y la formación del talento humano en salud.</li> <li>4. Garantizar acceso oportuno a servicios integrales para la atención de personas con consumo de alcohol, articulando redes comunitarias, familiares niveles de atención para asegurar continuidad del cuidado.</li> </ol>
<p><b>Control del riesgo frente a la exposición a radiaciones ultravioleta.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incorporar acciones de prevención de la exposición a radiación ultravioleta en los planes territoriales de salud, mediante la implementación de “Entornos Seguros frente a la Radiación UV”, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional y las entidades</li> </ol>

Subcomponente	Acciones estratégicas
	<p>territoriales, promoviendo prácticas de protección solar y educación para la prevención en entornos educativos y comunitarios.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Desarrollar y mantener sistemas nacionales de información, medición y alerta frente a la exposición a radiación ultravioleta, incluyendo una línea de base y mediciones periódicas de conocimientos, actitudes y prácticas de la población, la implementación de sistemas públicos diarios de alerta sobre índice UV a cargo del IDEAM.</li> <li>3. Fortalecer el marco normativo para la protección frente a la exposición a radiación ultravioleta, incorporando medidas obligatorias de seguridad y laboral y ambiental; y regulando la publicidad y comercialización de productos y servicios que promuevan la exposición innecesaria a RUV, garantizando advertencias sanitarias y la prohibición de publicidad engañosa.</li> <li>4. Desarrollar y ejecutar campañas educativas intersectoriales sostenidas, para escolares, adolescentes y trabajadores con exposición prolongada a radiación ultravioleta, promoviendo la foto protección, la detección temprana y el autocuidado desde la infancia</li> </ol>
<p><b>Superar el desafío de la vigilancia de los carcinógenos ocupacionales</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalizar por las entidades competentes la gestión ante el Congreso de la República para la ratificación del Convenio 139 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos.</li> <li>2. Establecer el plan para la apropiación social de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS – Resolución 1786 de 2025) para las personas, familias y comunidades con potencial exposición al asbesto o con enfermedades relacionadas al asbesto para contribuir a la prevención de la exposición al asbesto.</li> <li>3. Actualizar el Manual de Agentes Carcinógenos de interés Ocupacional para Colombia y del CAREX Colombia, para orientar oportunamente políticas de seguridad y salud en el trabajo.</li> <li>4. Promover la incorporación de la información sobre la ocupación en las Historias Clínicas con reconocimiento de exposición a carcinógenos.</li> <li>5. Desarrollar e implementar estrategias integrales de información, comunicación y educación, para el control de los carcinógenos ocupacionales, sobre las unidades de trabajo del sector informal direccionadas por las entidades territoriales competentes y sobre la población afiliada en articulación de las entidades territoriales departamentales/distritales con las entidades administradoras de riesgos laborales, en los términos de sus competencias</li> <li>6. Impulsar en las entidades prestadoras de salud la caracterización de la ocupación u oficio y el entorno laboral en los servicios de Atención Primaria en Salud.</li> <li>7. Fortalecer la identificación, caracterización y seguimiento a carcinógenos ocupacionales desde la APS, mediante la indagación sistemática de la ocupación y el entorno laboral, la articulación entre las ARL y las IPS, la interoperabilidad de la historia clínica y mecanismos específicos de intervención para la población.</li> </ol>

Subcomponente	Acciones estratégicas
<p><b>Prevenir los cánceres asociados a infecciones mediante vacunación y control integral.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer los acuerdos intersectoriales entre los Ministerios de Salud y Educación y otros actores relevantes para asegurar el desarrollo de jornadas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en entornos escolares, acompañadas de estrategias de comunicación y sensibilización dirigidas a padres, cuidadores y estudiantes, que fomenten la confianza, la participación informada y contribuyan al logro de las metas nacionales y globales de eliminación del cáncer de cuello uterino.</li> <li>2. Incorporar en los programas escolares de educación para la sexualidad contenidos educativos sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y Virus de la Hepatitis B (VHP), su relación con distintos tipos de cáncer y la importancia de la vacunación, como parte de una estrategia integral de prevención para los niños, niñas y adolescentes.</li> <li>3. Analizar brechas de cobertura, evaluar el impacto de las estrategias implementadas y fortalecer los mecanismos de monitoreo y seguimiento a niñas, niños y adolescentes no vacunados o con esquemas incompletos, con el fin de orientar acciones correctivas que contribuyan al cierre de brechas territoriales y poblacionales y al cumplimiento de las metas de vacunación contra el VPH en el marco de la estrategia de eliminación del cáncer de cuello uterino.</li> <li>4. Fortalecer la comunicación y educación en salud mediante campañas de información, educación y comunicación (IEC) culturalmente adaptadas, con enfoque territorial y diferencial, dirigidas a padres, cuidadores, docentes, líderes comunitarios y a la población general, con el fin de promover la confianza en la vacunación, contrarrestar la desinformación y la reticencia vacunal, y fomentar decisiones informadas frente a la prevención de los cánceres asociados al Virus del Papiloma Humano.</li> <li>5. Diseñar e implementar estrategias diferenciadas para población no escolarizada, rural, indígena, de difícil acceso y grupos con mayor vulnerabilidad clínica o epidemiológica, incluyendo personas con inmunocompromiso, mediante brigadas extramurales o móviles, articuladas con autoridades territoriales, líderes comunitarios y redes locales, así como con estrategias de comunicación culturalmente adaptadas con el fin de garantizar equidad en el acceso a la vacunación contra el VPH.</li> <li>6. En personas con condiciones de inmunosupresión o enfermedades autoinmunes, la vacunación deberá realizarse conforme a las recomendaciones clínicas vigentes y lineamientos del programa nacional de inmunización. En este contexto, se recomienda vacunar cuando: la enfermedad esté estable o controlada, no exista exacerbación aguda, se evalúe la terapia inmunosupresora y no exista contraindicación específica a vacunas no vivas.</li> <li>7. Realizar la articulación con vacunación VPH para mujeres sin antecedente de vacunación, de manera que prevención primaria (vacuna) y secundaria (tamización) operen de forma complementaria, fortalezcan el control de la infección por VPH y aceleren el avance hacia la eliminación del cáncer de cuello uterino.</li> </ol>

Subcomponente	Acciones estratégicas
<p align="center"><b>Reducción de la contaminación ambiental</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualizar estándares de calidad del aire y fortalecer el control de emisiones industriales y vehiculares conforme a recomendaciones OMS y evidencia sobre cáncer.</li> <li>2. Desarrollar campañas nacionales de educación ambiental articuladas con redes comunitarias de monitoreo del aire, integrando diversos actores para visibilizar los efectos de la contaminación en la salud</li> <li>3. Incentivar la ampliación y modernización de las redes de monitoreo atmosférico, integrando vigilancia ambiental, climática y sanitaria, con acceso público a información y alertas.</li> <li>4. Incorporar indicadores de riesgo ambiental y cáncer en planes territoriales, promoviendo participación social, investigación aplicada y cooperación técnica intersectorial.</li> <li>5. Desarrollar investigaciones sobre la relación entre contaminación atmosférica, cambio climático y cáncer.</li> </ol>

### Componente 3. Promoción de Factores protectores

Subcomponente	Acciones estratégicas
<p align="center"><b>Aumentar el consumo de frutas/verduras y limitar el consumo de productos comestibles y bebibles ultra procesados.1</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer la implementación del marco normativo y técnico para la promoción de una alimentación saludable y la prevención del cáncer, mediante estrategias de comunicación educativa y la protección de lo dispuesto en la Ley 2120 de 2021, la adopción del Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer y el fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional para promover entornos educativos saludables y acciones de educación alimentaria y nutricional.</li> <li>2. Adoptar e implementar medidas fiscales, regulatorias y ambientales para disminuir el consumo de productos ultraprocesados, incluyendo impuestos saludables, control de la oferta y restricción de la promoción de bebidas azucaradas en entornos escolares y comunitarios, así como la certificación de entornos alimentarios saludables que prioricen frutas y verdura.</li> <li>3. Actualizar, difundir e implementar la Guía de Alimentación Saludable del Ministerio de Salud y Protección Social, articulándola con las Guías Alimentarias para la población colombiana y con los programas públicos de alimentación, incluido el PAE, en coherencia con los objetivos del control del cáncer, incorporando recomendaciones específicas y basadas en evidencia sobre el consumo adecuado de frutas y verduras, especialmente en niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con el curso de vida.</li> <li>4. Actualizar, difundir e implementar la Guía de Alimentación Saludable del Ministerio de Salud y Protección Social, articulándola con las Guías Alimentarias para la población colombiana y con los programas públicos</li> </ol>

De acuerdo con la OPS Los alimentos ultrabprocesados son formulaciones industriales principalmente a base de sustancias extraídas o derivadas de alimentos, además de aditivos y cosméticos que dan color, sabor o textura para intentar imitar a los alimentos. Estos productos están nutricionalmente desequilibrados. Tienen un elevado contenido en azúcares libres, grasa total, grasas saturadas y sodio, y un bajo contenido en proteína, fibra alimentaria, minerales y vitaminas, en comparación con los productos, platos y comidas sin procesar o mínimamente procesados.

Subcomponente	Acciones estratégicas
	de alimentación, incluido el PAE, en coherencia con los objetivos del control del cáncer. Asimismo, incorporar recomendaciones específicas y basadas en evidencia sobre el consumo adecuado de frutas y verduras —especialmente en niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con el curso de vida—, integrando estas orientaciones en las estrategias de educación alimentaria y nutricional dirigidas a la comunidad, instituciones educativas y entornos institucionales
Fomentar la actividad física y el comportamiento no sedentario	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impulsar acciones integrales en los planes territoriales de salud para promover la actividad física y reducir el comportamiento sedentario en los diferentes momentos del curso de vida: infancia (6 a 11 años), adolescencia (12 a 18 años), juventud (14 a 26 años), adultez (27 a 59 años) y vejez, fortaleciendo intervenciones comunitarias, educativas y de movilidad activa con enfoque de curso de vida</li> <li>2. Fortalecer la articulación intersectorial para el fomento de la actividad física, a través de la Comisión Nacional Intersectorial para la Actividad Física (CONIAF) o la instancia que haga sus veces, en coherencia con la Resolución 3280 de 2018 impulsando políticas desde un enfoque ecológico, multinivel, con énfasis en promoción de la movilidad activa segura, e incentivos fiscales y sociales dirigidos a empresas, instituciones y comunidades que desarrollen programas de promoción de la actividad física y reducción de los comportamientos sedentarios.</li> <li>3. Consolidar en entornos escolares, laborales y comunitarios activos y seguros, pausas activas, educación física diaria, programas de bienestar físico y mental, y el desarrollo de programas de actividad física en espacios públicos, con énfasis en zonas rurales, urbanas marginales y comunidades vulnerables.</li> <li>4. Fortalecer el rol del sistema de salud en la promoción de la actividad física, mediante la incorporación sistemática de la evaluación del nivel de actividad física en la historia clínica, la capacitación del talento humano en salud en consejería en actividad física, salud mental y hábitos saludables para transformación de entornos, para fortalecer una APS centrada en las personas y sus contextos.</li> </ol>

#### Componente 4. Gestión del riesgo genético

Componente	Acciones estratégicas
Gestión integral del riesgo genético de cáncer en Colombia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estructurar, adoptar e implementar una guía para la gestión del riesgo genético del Cáncer, que oriente el abordaje integral y la investigación del riesgo hereditario, familiar y multifactorial, mediante un marco normativo, ético, técnico y científico que garantice el uso responsable y seguro de la información genética y genómica en el territorio nacional.</li> <li>2. Generar y actualizar líneas de base nacionales y territoriales sobre la distribución del riesgo genético del cáncer, incluyendo variantes de predisposición hereditaria y perfiles de riesgo multifactorial, como insumo para la planificación, priorización de intervenciones y focalización de recursos en salud pública.</li> <li>3. Estructura, desarrollar e impulsar programas integrales de identificación, evaluación y seguimiento del riesgo genético del cáncer en entidades</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
	<p>territoriales priorizadas, que incluyan evaluación familiar y poblacional del riesgo, asesoramiento genético y vigilancia longitudinal de personas y familias en riesgo, y que contribuyan a la conformación y fortalecimiento progresivo de una Red Nacional de Riesgo Genético en Cáncer, articulada con los ecosistemas de la Red Nacional de Investigación en Cáncer.</p> <p>4. Definir y aplicar criterios nacionales de identificación y priorización de personas y familias candidatas a pruebas genéticas y genómicas con fines predictivos, preventivos y de tamizaje, como base para la ampliación progresiva y equitativa del acceso, garantizando la evaluación de tecnologías sanitarias, el asesoramiento genético pre y postprueba y la protección de los datos genéticos personales.</p> <p>5. Fortalecer la participación social y el enfoque de derechos en la gestión del riesgo genético del cáncer, mediante estrategias de alfabetización genética, empoderamiento comunitario y corresponsabilidad ciudadana que promuevan decisiones informadas, reduzcan el estigma y protejan la autonomía, la privacidad y la no discriminación.</p>

#### 6.4. Línea estratégica 4. Detección temprana

La detección temprana es un componente fundamental para el control integral del cáncer, comprende el conjunto de acciones orientadas a identificar lesiones premalignas o cánceres en estadios iniciales, mediante dos estrategias: la tamización y la detección temprana.

Esta línea estratégica prioriza el fortalecimiento de la tamización de base poblacional para el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de colon y recto, patologías para las cuales Colombia ha realizado avances significativos en materia de detección temprana.

De igual forma, se proponen acciones para el fortalecimiento de la tamización de oportunidad como el cáncer de próstata y la tamización de oportunidad para cáncer gástrico y cáncer de pulmón en población de alto riesgo, así como la detección oportuna del cáncer de piel, lo que representaría un beneficio claro para la población.

Finalmente, define la creación de programas de aseguramiento de la calidad en las pruebas de detección temprana del cáncer para garantizar que los procesos de tamización se desarrollen con los más altos estándares técnicos y clínicos. Su propósito es establecer mecanismos de control, evaluación y mejora continua que aseguren que cada prueba realizada sea precisa, segura y oportuna.

##### 6.4.1. Objetivos específicos

1. Desarrollar e implementar el programa nacional de tamización y detección temprana para alcanzar metas efectivas de cobertura poblacional y de oportunidad, mediante la captación activa.
2. Fortalecer las acciones de tamización oportuna para el cáncer de próstata, así como para los cánceres de pulmón y gástrico en poblaciones de alto riesgo, definidas mediante criterios de estratificación basados en la evidencia. De igual manera, fortalecer la gestión de los casos sospechosos y la generación, análisis y uso de

la información derivada de estas acciones, con el propósito de mejorar el seguimiento, la evaluación y la toma de decisiones.

3. Fortalecer y garantizar la detección oportuna del cáncer de piel.
4. Implementar programas integrales de aseguramiento de la calidad en el tamizaje de cáncer, que garanticen que los procesos de tamización se desarrollen con los más altos estándares técnicos y clínicos, mediante mecanismos sistemáticos de evaluación, control y mejora continua.

#### 6.4.2. Acciones estratégicas

##### Trasversales

1. Estructurar e implementar un programa nacional de tamización y detección temprana del cáncer.
2. Implementar los lineamientos para la detección temprana de los cánceres priorizados formulados por el Ministerio de Salud y Protección y el Instituto Nacional de Cancerología integrado a la atención primaria en salud, en el marco de un programa nacional de detección temprana del cáncer.
3. Fortalecer las estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana del cáncer y la participación en programas de tamización.
4. Promover la participación de la población general y demás actores del SGSSS en el diseño, implementación y seguimiento de estrategias de movilización social con enfoque diferencial e intercultural que permita fomentar la detección temprana de cánceres priorizados
5. Fortalecer un sistema de información en detección temprana a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, que incluya indicadores de cobertura, oportunidad e impacto, garantizando el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2021 o la norma que la derogue o sustituya.
6. Realizar gestión oportuna de los casos sospechosos hasta su confirmación diagnóstica, garantizar la calidad de las pruebas utilizadas y el inicio oportuno del tratamiento multidisciplinario en centros oncológicos consolidado un sistema de información en detección temprana que facilite el monitoreo y mejoramiento continuo.
7. Implementar estrategias para la identificación de la población en riesgo para los diferentes tipos de cáncer priorizados.
8. Formar líderes comunitarios y promotores de salud como agentes multiplicadores en la identificación temprana y acompañamiento de personas con sospecha de cáncer.
9. Desarrollar y adoptar un protocolo actualizados de protección específica y detección temprana para los tipos de cáncer de mayor prevalencia y mortalidad en el país, en concordancia con los mandatos de la Ley 2360 de 2024, que estandarice actividades, procedimientos e intervenciones a lo largo del continuum de atención y oriente su implementación en los diferentes niveles del sistema de salud.
10. Realizar la articulación de acciones del plan nacional de eliminación y sostenimiento de la eliminación de enfermedades no transmisibles y condiciones prioritarias, en especial lo relacionada con las acciones definidas en el artículo 29 de la resolución 119 de 2026 y la norma que la modifique

**Componente 1. Tamización organizada de base poblacional y diagnóstico temprano**

Subcomponente	Acciones estratégicas
Cáncer de mama	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualizar e implementar la ruta de atención para la tamización y de diagnóstico temprano alineadas al riesgo diferencial, las características de los territorios y la capacidad instalada de los mismos.</li> <li>2. Actualizar e implementar la guía de práctica clínica (GPC), informada en la evidencia para la tamización de cáncer de mama en Colombia.</li> <li>3. Incorporar los flujogramas de atención del Manual para la Detección Temprana de Cáncer de Mama del INC en las pacientes con hallazgos positivos al examen clínico de la mama y/o en imágenes diagnósticas</li> <li>4. Desarrollar proyectos de implementación de tecnologías habilitadoras como la Inteligencia Artificial u otras tecnologías emergentes, para la lectura de mamografía y clasificación de riesgo de cáncer de mama desarrollada por el INC.</li> </ol>
Cáncer de cuello uterino	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptar el lineamiento para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en todos los departamentos según el enfoque que aplique a su población objetivo (E.G. Tamizar-Triage-Diagnósticas-Tratar; o Tamizar-Triage-Tratar; o Tamizar-Tratar).</li> <li>2. Implementar la estrategia de autotoma para la tamización del cáncer de cuello uterino en la población objeto, con el propósito de reducir barreras geográficas y socioculturales, e incrementar la cobertura de tamización y fortalecer el acceso oportuno a los servicios de detección temprana, garantizando el cumplimiento de los lineamientos emitidos por el MSPS para esta técnica. garantizando el cumplimiento de los lineamientos emitidos por el MSPS para esta técnica (99).</li> <li>3. Implementar en los territorios de difícil acceso la estrategia de tamización de VIA VILI y el manejo de lesiones precancerosas mediante ablación térmica garantizando estándares de calidad frente a: la disponibilidad de equipos, talento humano capacitado, insumos y protocolos estandarizados que permitan asegurar de manera efectiva la ruta de atención establecida, con el fin de ampliar la cobertura de en zonas rurales, dispersas y poblaciones con baja accesibilidad a servicios especializados.</li> <li>4. Garantizar la disponibilidad de las pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino de alta precisión y con validación clínica (pruebas NAAT de VPH) para alcanzar la cobertura nacional (100).</li> <li>5. Dar cumplimiento a las acciones definidas en el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, y se dictan otras disposiciones.</li> <li>6. Desarrollar procesos de articulación entre el programa PAI y los procesos de tamización para mujeres sin antecedente de vacunación, de manera que prevención primaria (vacuna) y secundaria (tamización) operen de forma complementaria, fortalezcan el control de la infección por VPH y aceleren el avance hacia la eliminación del cáncer de cuello uterino.</li> </ol>
Cáncer de Colon y recto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualizar e implementar la Guía de tamización de cáncer colon y recto basada en la estratificación del riesgo en las diferentes poblaciones.</li> <li>2. Garantizar la tamización para cáncer de colon a través de las pruebas de SOMfi en todo el territorio nacional y detección temprana con colonoscopia en la población con riesgo o prueba SOMfi positiva</li> </ol>

## Componente 2. Tamizajes de oportunidad

### Tamizaje de oportunidad

Subcomponente	Acciones estratégicas
Cáncer de próstata	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualizar e implementar la guía de práctica clínica (GPC) para la tamización del cáncer de próstata en Colombia.</li> <li>2. Asegurar la realización sistemática del tacto rectal como parte del examen físico en consultas de medicina general y urología de población objeto</li> </ol>

### Tamizaje de oportunidad con énfasis en población de alto riesgo

Subcomponente	Acciones estratégicas
Cáncer de Gástrico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar e implementar la ruta para la detección y tratamiento de la infección por H. pylori en población adulta con factores de riesgo o en zonas de alta prevalencia, integrada a la atención primaria en salud.</li> <li>2. Implementar un modelo de estratificación del riesgo de cáncer gástrico en la población colombiana.</li> <li>3. Garantizar el acceso oportuno a la endoscopia de las vías digestivas altas en personas con diagnóstico de Helicobacter pylori.</li> <li>4. Actualizar e implementar la guía de práctica clínica (GPC) para la tamización del cáncer de estómago en Colombia-</li> </ol>
Cáncer de Pulmón	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar la ruta de atención para la detección oportuna del cáncer de pulmón, priorizando inicialmente a grupos de alto riesgo.</li> <li>2. Fortalecer la ruta de atención para el manejo de nódulos pulmonares, mediante la implementación de protocolos estandarizados de seguimiento y diagnóstico oportuno.</li> <li>3. Actualizar la Guía de Práctica Clínica para la detección oportuna del cáncer de pulmón, incorporando la estandarización del algoritmo de tamizaje, la definición de la prueba diagnóstica de referencia y la adopción de lineamientos técnicos para el reporte y la clasificación de hallazgos, incluyendo el sistema Lung-RADS.</li> </ol>

## Componente 3. Detección oportuna

Subcomponente	Acciones estratégicas
Cáncer de piel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar campañas segmentadas (redes sociales, aplicaciones móviles y portales de salud) dirigidas a jóvenes y población laboralmente activa, para fomentar la consulta oportuna y la protección solar, haciendo uso de tecnologías habilitadoras emergentes.</li> <li>2. Implementar modelos de tele dermatología con dermatoscopia digital y algoritmos validados de IA como apoyo al triage en zonas con baja cobertura de especialistas en dermatología oncológica y con alta exposición a radiación ultravioleta, asegurando su evaluación, integración</li> </ol>

Subcomponente	Acciones estratégicas
	<p>a la ruta de atención, interoperabilidad con los sistemas de información en salud y el cumplimiento de estándares de protección de datos personales.</p> <p>3. Actualizar e implementar las Guías de Práctica Clínica para el manejo de lesiones preneoplásicas y neoplásicas de piel, e incorporar en la historia clínica electrónica la evaluación sistemática de hábitos de exposición y factores de riesgo relacionados.</p>

#### Componente 4. Aseguramiento de la calidad de las pruebas de detección temprana del cáncer

##### Acciones estratégicas transversales

1. Definir los lineamientos para establecer un programa nacional para el aseguramiento de la calidad para las pruebas de detección temprana del cáncer, que incluya criterios para las pruebas de cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, próstata, pulmón y gástrico.
2. Monitorear periódicamente indicadores nacionales y regionales de aseguramiento de la calidad de las pruebas.

Componente	Acciones estratégicas
Cáncer de mama	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medir y consolidar a nivel nacional la tasa de recitación en los servicios de mamografía, es decir, la proporción de mujeres que, después de una mamografía de tamizaje, requieren ser citadas nuevamente para realizar exámenes complementarios y desarrollar acciones de seguimiento, análisis y mejora continua que permitan reducir progresivamente este indicador hasta alcanzar un valor inferior al 12 %, conforme a los estándares internacionales de calidad en tamizaje de cáncer de mama.</li> <li>2. Desarrollar y ejecutar actividades de capacitación y educación continua dirigidas al personal técnico, médico, médico radiólogos de los servicios de mamografía, enfocadas en: lectura de mamografía, toma de ecografía mamaria, biopsias mamarias, aseguramiento de la calidad, seguridad radiológica, procedimientos de tamización y técnica adecuada de adquisición de mamografías.</li> <li>3. Educación continua dirigida a patólogos en patología mamaria benigna, maligna y biomarcadores</li> <li>4. Establecer niveles de referencia nacionales de dosis en mamografía que permitan estandarizar la práctica radiológica, optimizar la exposición a la radiación y garantizar imágenes de alta calidad diagnóstica con mínima dosis al paciente.</li> <li>5. Implementar un programa de evaluación continua de la calidad de la imagen mamográfica, apoyado en tecnologías habilitadoras, que permita analizar imágenes, emitir retroalimentación y aplicar mejoras para fortalecer la calidad diagnóstica y la seguridad radiológica.</li> </ol>
Cáncer de cuello uterino	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualizar los lineamientos de aseguramiento de la calidad para pruebas NAAT de VPH y citología cervicouterina, según los grupos de edad y recomendaciones vigentes.</li> <li>2. Estandarizar los procesos técnicos y operativos de la red de laboratorios que procesan pruebas de VPH y Citologías cervicouterina en el país.</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Asegurar la acreditación y cumplimiento de buenas prácticas en los laboratorios de tamización VPH.</li> <li>4. Verificar y garantizar que los laboratorios que procesan pruebas de tamización de VPH contarán con pruebas validadas clínicamente para su uso en tamización según criterios de la OMS.</li> <li>5. Desarrollar e implementar programas de capacitación para el fortalecimiento de las competencias del talento humano de los laboratorios, en el uso adecuado de las pruebas de tamización de cáncer de cuello uterino incluyendo todas las fases del proceso: preanalítica, analítica y postanalítica.</li> </ol>
Cáncer de próstata	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir y adoptar protocolos nacionales unificados para la toma de muestra, transporte y análisis del PSA ultrasensible en laboratorios habilitados, asegurando trazabilidad y control de calidad interno y externo.</li> <li>2. Garantizar la calidad de las pruebas de antígeno prostático (PSA).</li> </ol>
Cáncer de colon y recto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar los lineamientos para la evaluación del aseguramiento de la calidad de las pruebas de detección temprana para cáncer de colon y recto, esto incluye pruebas SOMFi y Colonoscopias.</li> <li>2. Capacitar al personal de los laboratorios en técnicas de calidad para la prueba SOMFi y verificar su participación en programas de control de calidad externos y el cumplimiento de estándares de calibración, sensibilidad y especificidad.</li> <li>3. Desarrollar e implementar programas de capacitación para fortalecer las competencias del talento humano en los servicios de colonoscopia, garantizando su actualización técnica y el dominio de todas las fases del procedimiento</li> <li>4. Verificar y asegurar que los prestadores del servicio de colonoscopia reporten completa y oportunamente los indicadores de calidad definidos en los lineamientos nacionales.</li> </ol>
Cáncer gástrico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer los lineamientos nacionales para la evaluación del aseguramiento de la calidad de la endoscopia digestiva alta (EDA), alineados con estándares internacionales, que contemplen de manera integral las fases pre-procedimiento, intra-procedimiento y post-procedimiento, orientados a fortalecer la detección temprana del cáncer gástrico.</li> <li>2. Definir un programa de capacitación y entrenamiento al talento humano de los servicios de endoscopia en los componentes de aseguramiento de la calidad y definir los criterios e indicadores para medición del desempeño técnico y diagnóstico.</li> <li>3. Desarrollar e implementar programas de capacitación continua para fortalecer las competencias del talento humano en la EDA, garantizando la actualización técnica y el dominio de todas las fases del procedimiento: inspección sistemática, documentación fotográfica, criterios de biopsia, identificación de patrones de mucosa y reconocimiento de lesiones tempranas.</li> <li>4. Definir y monitorizar los indicadores de aseguramiento de la calidad para el procedimiento de endoscopia digestiva alta (EDA) para la detección temprana del cáncer gástrico.</li> <li>5. Establecer programas de seguimiento de condiciones premalignas basados en las clasificaciones de OLGA y OLGIM en forma sistemática con el objetivo de lograr una detección temprana e impactar la mortalidad.</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
Cáncer de Pulmón	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer e Implementar los lineamientos para la evaluación del aseguramiento de la calidad para la tomografía computarizada de baja dosis (TCBD o LDCT), prueba utilizada para la detección oportuna del cáncer de pulmón en personas de alto riesgo.</li> <li>2. Definir un programa de capacitación y entrenamiento al talento humano de los servicios de imágenes diagnósticas donde se realicen tomografía computarizada de baja dosis (TCBD o LDCT) en los componentes de aseguramiento de la calidad y definir los criterios e indicadores para medición del desempeño técnico y diagnóstico.</li> <li>3. Implementar un programa de evaluación continua de la calidad de la imagen en tomografía, apoyado en tecnologías habilitadoras, que permita analizar imágenes, emitir retroalimentación y aplicar mejoras para fortalecer la calidad diagnóstica y la seguridad radiológica.</li> <li>4. Establecer niveles de referencia nacionales de dosis, en tomografía computarizada de baja dosis (TCBD o LDCT) permitan estandarizar la práctica radiológica para la detección oportuna del cáncer de pulmón, optimizar la exposición a la radiación y garantizar imágenes de alta calidad diagnóstica.</li> </ol>

### 6.5. Línea estratégica 5. Diagnóstico y Estadificación

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia incorpora, dentro de su línea estratégica, el fortalecimiento del diagnóstico oportuno y la estadificación de los diferentes tipos de cáncer, ya sean tumores sólidos, como tumores hematológicos (leucemias, Mieloides Múltiple y linfomas); esta estrategia busca que, además de los programas de tamización organizada, se refuercen acciones que garanticen un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud mediante redes integrales e integradas, precisión diagnóstica, disponibilidad y oportunidad de servicios especializados.

Por otro lado, se busca el fortalecimiento de la estadificación, siendo un componente esencial para orientar la acción terapéutica, definir protocolos de tratamiento y establecer pronósticos más precisos, su efectividad depende de la calidad del diagnóstico inicial, la estandarización de criterios clínicos y patológicos, así como de la disponibilidad de servicios especializados en todo el territorio nacional.

De esta manera, la estadificación no solo transforma el diagnóstico en decisiones terapéuticas concretas, sino que también contribuye a reducir las brechas de acceso y calidad, asegurando que los pacientes reciban atención oportuna, segura y con equidad territorial y poblacional.

#### 6.5.1. Objetivos específicos

1. Garantizar a las personas con sospecha de cáncer el acceso a un diagnóstico oportuno, de calidad y equitativo, mediante el fortalecimiento de la capacidad técnica, la calidad de los servicios y la implementación de modelos de atención integral, humanizada y articulada en redes organizadas
2. Garantizar un acceso oportuno, integral, equitativo y de calidad a la estadificación oncológica para las personas con diagnóstico de cáncer, mediante el fortalecimiento técnico, la estandarización y el control de calidad de los servicios especializados.

### 6.5.2. Acciones estratégicas

Componente	Acciones estratégicas
<b>Fortalecimiento del diagnóstico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integrar el diagnóstico oncológico como proceso obligatorio y trazable en las rutas integrales de atención del cáncer, asegurando su registro estandarizado en la historia clínica electrónica y en los sistemas de información nacionales para todas las personas con diagnóstico de cáncer.</li> <li>2. Garantizar, mediante la acción coordinada de aseguradores, o quien haga sus veces, y entidades territoriales, la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta de servicios diagnósticos (imágenes, patología, endoscopia, pruebas moleculares) en las redes existentes, reduciendo las brechas geográficas que hoy limitan la oportunidad diagnóstica.</li> <li>3. Incorporar la figura del navegador en los servicios de salud, con funciones orientadas a acompañar al paciente desde la sospecha clínica hasta la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento, garantizando oportunidad, continuidad y articulación entre niveles de atención.</li> </ol>
<b>Optimización de la estadificación oncológica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adoptar de manera progresiva estándares de calidad para los servicios de patología, biología molecular e imagenología diagnóstico, incluyendo acreditación, auditorías periódicas y acompañamiento técnico prioritario a laboratorios en territorios con mayores brechas de desempeño.</li> <li>2. Garantizar el cumplimiento del control de calidad en las fases preanalítica (preparación del paciente y toma de la muestra), analítica (procesamiento, análisis e interpretación de la muestra) y postanalítica, que incluye la validación, emisión y comunicación del informe diagnóstico, así como el archivo, almacenamiento, conservación, trazabilidad y recuperación de bloques de parafina, láminas histológicas y material biológico asociado.</li> <li>3. Integrar la estadificación clínica y el subtipo biológico, cuando aplique según el tipo de cáncer, asegurando su registro estandarizado en la historia clínica electrónica y en los sistemas de información nacionales para todas las personas con diagnóstico de cáncer.</li> <li>4. Fomentar la implementación de modelos de atención basados en medicina de precisión que integren información genómica, clínica y ambiental, favoreciendo la toma de decisiones personalizadas en diagnóstico, prevención y tratamiento del cáncer.</li> </ol>
<b>Fortalecimiento del diagnóstico molecular</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir y normatizar perfiles moleculares básicos y avanzados, según el nivel de evidencia clínica y acorde con el tipo tumoral y necesidades clínicas.</li> <li>2. Estandarización de técnicas, plataformas y criterios de calidad del diagnóstico molecular mediante la creación de un programa nacional de Diagnóstico molecular.</li> <li>3. Garantizar la realización de los perfiles moleculares en los servicios habilitados de patología y biología molecular del territorio nacional.</li> <li>4. Fortalecer los centros de referencia en patología biológica y molecular oncológica en el país con criterios de calidad (El INC será el centro nacional de referencia para patología molecular oncológica de alta complejidad con impacto clínico y como entidad para las segundas opiniones para casos complejos o discordantes).</li> <li>5. Fortalecer la gobernanza y el uso secundario de los datos moleculares, asegurando su registro estandarizado en los sistemas de información nacionales.</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
<p>Habilitación de servicios, redes de atención y estándares de calidad en servicios oncológicos</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir y fortalecer los estándares y criterios de cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de detección temprana, aseguramiento de la calidad, servicios oncológicos, así como los criterios de evaluación, monitoreo y seguimiento a la calidad, el cual será liderado por el MSPS e INC</li> <li>2. Modificación normativa de la Resolución 1477 de 2016, Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA".</li> <li>3. Fomentar la conformación, habilitación y certificación de al menos una UFCA o centro de cáncer por región del país, mediante modelos de incentivos que fortalezcan la atención integral oncológica.</li> <li>4. Establecer mecanismos graduales de evaluación del desempeño de centros oncológicos, incentivando certificación, acreditación y mejora continua.</li> <li>5. Organizar y gestionar, en cada territorio, redes de detección temprana y diagnóstico que definan con precisión las IPS responsables y los tiempos máximos permitidos entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica para cada cáncer priorizado</li> <li>6. Incorporar y fortalecer la modalidad de telesalud en la Red de Prestación de Servicios para el diagnóstico y referencia de pacientes con sospecha y diagnóstico del cáncer.</li> </ol>

#### 6.6. Línea estratégica 6. Tratamiento, Supervivencia y Calidad de vida relacionada con la salud

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia establece una línea estratégica orientada a garantizar un abordaje integral de la enfermedad, que articula acciones en cuatro dimensiones fundamentales: tratamiento, acceso a medicamentos y tecnologías, supervivencia y calidad de vida.

En materia de tratamiento, se busca fortalecer las capacidades técnico-científicas y de suficiencia de los servicios, asegurando acceso equitativo a modalidades terapéuticas como la terapia sistémica, la radioterapia y la cirugía oncológica. Se promueve la atención interdisciplinaria, la adopción progresiva de estándares de calidad y el acceso a terapias avanzadas e innovadoras, incluyendo inmunoterapias y trasplantes con células progenitoras hematopoyéticas, respaldadas por evidencia científica y guías de práctica clínica.

Respecto a medicamentos y tecnologías en salud, el plan plantea la definición de indicadores de oportunidad y continuidad en el acceso, la incorporación de criterios de eficacia clínica, seguridad y costo-efectividad, así como la evaluación económica de nuevas tecnologías. Se establecen mecanismos de seguimiento y prevención del desabastecimiento, garantizando disponibilidad oportuna de medicamentos esenciales y acceso equitativo en todo el territorio nacional.

En el ámbito de la supervivencia, se desarrollarán sistemas de información y plataformas para el monitoreo de desenlaces clínicos y resultados reportados por pacientes, con énfasis en los cánceres priorizados. El seguimiento a supervivientes se articulará con la vigilancia epidemiológica y los servicios de salud, liderados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología.

Finalmente, en calidad de vida, se definen instrumentos para medir y analizar el impacto del cáncer en pacientes y sobrevivientes, abordando las barreras sociales, laborales, educativas y económicas. Se promoverá la articulación intersectorial con el Sistema Nacional de Cuidado y otras instancias, garantizando servicios de apoyo social, acompañamiento integral y participación activa de pacientes y cuidadores, con el fin de mitigar el impacto económico y fortalecer la reintegración social.

Este conjunto de acciones configura un modelo centrado en la persona y su entorno, que busca resultados sostenibles, equitativos y de alto impacto en la lucha contra el cáncer en Colombia.

### 6.6.1. Objetivos específicos

1. Mejorar el acceso a tratamiento oncológico
2. Garantizar el acceso oportuno, continuo y equitativo a medicamentos, dispositivos médicos, equipos biomédicos y otras tecnologías en salud para el diagnóstico y tratamiento especializado para pacientes oncológicos.
3. Medir y mejorar la supervivencia de los pacientes con cáncer.
4. Mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
5. Fortalecer la red de apoyo del paciente, especialmente los cuidadores, como componente del abordaje integral para mejorar la continuidad del tratamiento y la calidad de vida.

### 6.6.2. Acciones estratégicas

Componente	Acciones estratégicas
Tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer las capacidades técnico-científicas y de suficiencia de servicios que garanticen el acceso a las modalidades terapéuticas de tratamiento: Terapia sistémica, radioterapia y cirugía oncológica</li> <li>2. Definir estrategias orientadas a la atención integral e interdisciplinaria del cáncer, combinando las diferentes modalidades de tratamiento según las características del paciente</li> <li>3. Adoptar de manera progresiva estándares de calidad para los servicios de radioterapia, medicina nuclear e imagenología diagnóstica, incluyendo acreditación y auditorías periódicas.</li> <li>4. Promover el fortalecimiento de capacidades para garantizar el acceso efectivo a terapias innovadoras (inmunoterapias, tratamientos dirigidos, CART, entre otros) así como la disponibilidad de equipos de tratamiento.</li> <li>5. Desarrollar un repositorio nacional de productos informados en evidencia para la atención integral del cáncer en Colombia.</li> <li>6. Garantizar que las instituciones prestadoras de servicios oncológicos realicen estrategias de difusión, adopción, implementación y seguimiento de las recomendaciones de GPC para la atención en cáncer.</li> <li>7. Garantizar que todo paciente con cáncer sea evaluado en juntas bi-disciplinarias o multi-disciplinarias para la definición de la conducta clínica</li> </ol>
Medicamentos y otras tecnologías	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir, medir y evaluar indicadores de oportunidad y continuidad en el acceso a medicamentos y tecnologías en salud usadas en</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
	<p>oncología, incluidas las tecnologías en salud innovadoras, que permitan seguimiento periódico y toma de decisiones oportunas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Definir e incorporar criterios medibles de eficacia clínica, seguridad, costo efectividad y pertinencia territorial para tecnologías en salud, priorizando los de aplicación oncológicas.</li> <li>3. El IETS y el INC de manera articulada realizará los estudios de evaluación económica de medicamentos y otras tecnologías oncológicas, incluyendo análisis de costo-efectividad, análisis de impacto presupuestal y estudios de posicionamiento terapéutico, que permitan evaluar su valor clínico y económico en el contexto colombiano.</li> <li>4. El IETS y el INC de manera articulada producirá informes de evaluación rápida (rapid review) para tecnologías oncológicas de alto costo que requieran decisiones de incorporación o exclusión en plazos definidos.</li> <li>5. Definir mecanismos de homologación de medicamentos, si es el caso, y otras tecnologías para diagnóstico y tratamiento.</li> <li>6. Incluir en el Plan de beneficios que financia la atención individual, la lista de medicamentos esenciales para el continuo de la atención, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), promoviendo la compra centralizada.</li> <li>7. Definir mecanismos nacionales orientados a prevenir y gestionar el desabastecimiento de medicamentos oncológicos esenciales, incluyendo mecanismos de monitoreo temprano, planes de contingencia y fortalecimiento de la cadena de suministro.</li> <li>8. Desarrollar mecanismos necesarios para garantizar la priorización del estudio y trámite de aprobación regulatoria de terapias oncológicas innovadoras.</li> </ol>
Supervivencia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar un sistema de información para el monitoreo de desenlaces clínicos, principalmente la supervivencia con énfasis en los cánceres priorizados.</li> <li>2. Desarrollar una plataforma que permita monitorear la supervivencia de pacientes con cáncer por sexo, para todos los tipos de tumor, para todas las edades y para todas las etapas.</li> <li>3. Liderar junto con los diferentes actores del sistema general de seguridad social, el seguimiento a supervivientes de los cánceres priorizados, con gestión de información a través de la vigilancia epidemiológica y de servicios de salud.</li> </ol>
Calidad de vida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir los instrumentos para la medición de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.</li> <li>2. Realizar la aplicación del instrumento y análisis de resultados de la medición de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes.</li> <li>3. Implementar instrumentos validados para la medición de desenlaces reportados por pacientes.</li> <li>4. Articular el abordaje de las barreras sociales, laborales, educativas y económicas que enfrentan las personas con cáncer y los sobrevivientes de cáncer con el Sistema Nacional de Cuidado, mediante la coordinación entre el sector salud, el Ministerio de</li> </ol>

Componente	Acciones estratégicas
	<p>Igualdad y Equidad y el Departamento Nacional de Planeación, en el marco del CONPES 4143.</p> <p>5. Formular recomendaciones tendientes a mejorar la igualdad de oportunidades y la participación de los pacientes y sobrevivientes de cáncer en los ámbitos social, laboral, familiar, educativa, entre otros.</p> <p>6. Incorporar estrategias de acompañamiento integral al paciente oncológico y su red de apoyo, especialmente cuidadores, incluyendo formación básica para el cuidado, apoyo psicosocial, navegación de pacientes y articulación con mecanismos de protección social para facilitar el acceso, la continuidad del tratamiento y mitigar el impacto económico en las familias.</p>

### 6.7. Línea estratégica 7. Soporte oncológico desde el diagnóstico hasta el final de la vida

El soporte oncológico integral es un continuum que integra salud mental, control sintomático, red de soporte social, cuidado nutricional y rehabilitación funcional (preventiva, restauradora, soporte y paliativa) hasta el desenlace, y se asume como equivalente al cuidado paliativo temprano integrado a las intervenciones oncológicas, mediante un abordaje comprehensivo y multi e interdisciplinario que incluye cuidado paliativo, clínica de heridas, trabajo social, nutrición, salud mental (psicología – psiquiatría) y rehabilitación oncológica (fisiatría, terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia respiratoria, neuropsicología y ortesis y prótesis, entre otros), con enfoque en la dignidad, el bienestar y la autonomía en todas las fases de la enfermedad.

Dentro de esta línea estratégica no solo se incluye al paciente, sino que se incluye a los cuidadores y familiares como actores clave dentro del continuum de la atención de la enfermedad, dado que cumple funciones críticas en la continuidad del cuidado, adherencia terapéutica, soporte emocional y gestión económica de la enfermedad.

El cuidado al final de la vida comprende la atención multidisciplinaria e interdisciplinaria en progresión y fase terminal para asegurar comodidad, dignidad y alivio del sufrimiento, respetar el proceso natural de la muerte, facilitar la autonomía y el acompañamiento en el duelo.

#### 6.7.1. Objetivos específicos

1. Garantizar soporte integral y personalizado que acompañe al paciente y su entorno, mejorando su bienestar y facilitando la continuidad y calidad del cuidado en todo el proceso de la enfermedad y sus desenlaces
2. Garantizar cuidado humanizado que asegure bienestar físico, emocional y espiritual, apoyando al paciente y su familia en la etapa final de vida y promoviendo decisiones informadas.

#### 6.7.2. Acciones estratégicas

Componente	Acciones estratégicas
Soporte oncológico y cuidados paliativos	1. Lograr la implementación efectiva de normativas en salud que faciliten el acceso al soporte oncológico / cuidado paliativo y su

Componente	Acciones estratégicas
	<p>articulación con las políticas para el control del cáncer y el manejo integral en los diferentes niveles de atención.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Establecer lineamientos normativos para la integración y articulación intersectorial con áreas de protección social, educación, rehabilitación y trabajo, orientados a la atención integral del paciente, sobreviviente y su entorno familiar incluido el cuidador, que permitan fortalecer las redes de apoyo y disminuyan la deserción escolar, laboral y social.</li> <li>3. Establecer redes colaborativas de soporte oncológico / cuidados paliativos entre las instituciones prestadoras de servicios, sociedades científicas, grupos sociales y comunitarios de interés para la atención integral del cáncer en el territorio nacional.</li> <li>4. Establecer dentro de la ruta de navegación la articulación efectiva del proceso asistencial del paciente con cáncer, garantizando la continuidad del cuidado y evitando la fragmentación y las demoras en la atención relacionada con el soporte oncológico y cuidado paliativo.</li> <li>5. Desarrollar estrategias de educación, apoyo psicosocial y orientación para familiares y cuidadores de pacientes con cáncer, con enfoque en territorios rurales y con menor capacidad de servicios oncológicos.</li> </ol>
<p><b>Acceso humanizado a los cuidados paliativos al final de vida</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer las estrategias de cuidado a final de la vida extrahospitalarias como la atención domiciliaria, hospitales día y hospicios, garantizando la disponibilidad de opciones elegibles para los pacientes y sus cuidadores de acuerdo con sus preferencias y necesidades.</li> <li>2. Diseñar e implementar los lineamientos nacionales para la habilitación y acreditación de servicios de cuidados paliativos en atención primaria, consulta externa, atención domiciliaria, hospicios, hospitales día y hospitales de mediana y alta complejidad.</li> <li>3. Diseñar y ejecutar estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a la población general y a personas con cáncer sobre los cuidados al final de la vida, la planificación anticipada del cuidado, las voluntades anticipadas, Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), muerte digna, muerte médicamente asistida y cómo acceder a estos servicios.</li> <li>4. Diseñar y ejecutar estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a la población general y a personas con cáncer sobre los cuidados al final de la vida, la planificación anticipada del cuidado, las voluntades anticipadas, muerte digna, muerte médicamente asistida y cómo acceder a estos servicios</li> </ol>

### 6.8. Línea estrategia 8. Evaluación Tecnológica, Vigilancia e Inteligencia Estratégica

Este componente reconoce la importancia de integrar la infraestructura tecnológica con las prioridades del PDCCC. Por ello, propone implementar procesos sistemáticos de Evaluación de Tecnologías en Salud, Vigilancia e Inteligencia Estratégica (Vel) que permitan optimizar los recursos, fortalecer las capacidades tecnológicas

promoviendo la sostenibilidad del sistema de salud, mediante la planificación estratégica y la identificación de brechas tecnológicas.

Para la consolidación del PDCCC resulta indispensable articular esfuerzos con entidades del estado que cuenten con competencias regulatorias como el Ministerio de Salud y Protección Social, y competencias técnicas como el Instituto Nacional de Cancerología, IETS, INVIMA, y contar con la participación de otros actores con el enfoque de asegurar el cumplimiento de las metas planteadas.

#### 6.8.1. Objetivo específico

Implementar metodologías para evaluar las tecnologías sanitarias, de forma que se garantice su incorporación basada en evidencia asegurando una infraestructura tecnológica pertinente.

#### 6.8.2. Acciones Estratégicas

- 1- Actualizar y aplicar el modelo nacional de evaluación de tecnologías sanitarias que incorpore criterios de efectividad clínica, seguridad y costo efectividad, basado en evidencia para adquisición de tecnologías con enfoque especial en cáncer.
- 2- Definir los lineamientos para la planificación nacional para la asignación, reposición y gestión de tecnologías en salud de diagnóstico y tratamiento oncológico, priorizando regiones con menor disponibilidad y oportunidad, que oriente a la toma de decisiones e inversiones estratégicas.
- 3- Evaluar y monitorear las capacidades tecnológicas a nivel nacional que permita identificar brechas en el acceso equitativo en el diagnóstico y tratamiento oportuno por región para el control integral del cáncer.

#### 6.9. Línea estratégica 9. Fortalecimiento del Talento Humano

El fortalecimiento del talento humano entendido como el proceso continuo de formación, desarrollo, bienestar y retención de profesionales de la salud, orientado a garantizar la calidad de la atención oncológica en sus diferentes etapas. Incluye la formación básica, especializada y la educación continua para un desempeño óptimo en la atención integral de cáncer.

En este sentido la línea estratégica busca definir acciones para incrementar y fortalecer el talento humano en todo el continuum de la atención para el control del cáncer, desde la formación, distribución y permanencia del Talento humano en el país.

#### 6.9.1. Objetivos específicos

1. Fortalecer las capacidades del talento humano en atención primaria en salud para la identificación de signos de alarma, detección temprana, rutas de direccionamiento y manejo oportuno de pacientes con sospecha de cáncer con un enfoque de género, curso de vida, salud familiar y comunitaria.
2. Ampliar y fortalecer la formación, distribución y permanencia del talento humano especializado en oncología, promoviendo *competencias* técnicas, tecnológicas y humanísticas que aseguren una atención de alta calidad.

### 6.9.2. Acciones estratégicas

Componente	Acciones estratégicas
<p><b>Talento humano para la detección temprana</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incorporar la cátedra en prevención y detección temprana del cáncer recomendada por el INC en al menos 10 currículos de medicina y otros programas como enfermería, odontología, bacteriología, fisioterapia, psicología, citohistología y tecnologías en imágenes diagnósticas de instituciones de educación, respetando el principio de autonomía universitaria.</li> <li>2. Promover la creación de una cátedra específica de cuidado paliativo para profesionales de primer nivel de atención</li> <li>3. Promover la creación de una cátedra específica de cuidado paliativo para profesionales de primer nivel de atención</li> <li>4. Incrementar la cobertura del talento humano en salud adscrito al territorio que se certifica y recertifica en los cursos de educación continua virtuales en detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento relacionados con el control del cáncer, liderados por el Instituto Nacional de Cancerología.</li> <li>5. Asegurar la disponibilidad de talento humano capacitado en detección temprana para todos los cánceres en las diferentes regiones del país.</li> <li>6. Fortalecer el diagnóstico temprano por medio de un programa de educación continua teórico-práctico para profesionales de IPS de atención primaria coordinado por el INC, con énfasis en indicaciones para derivación diagnóstica.</li> </ol>
<p><b>Talento humano especializado en oncología</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incrementar el número de programas de posgrado médico quirúrgico en Oncología Clínica y Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.</li> <li>2. Ofrecer nuevos programas y/o entrenamientos avanzados en Patología Oncológica, Anestesia Oncológica, Radiología Oncológica, Medicina Nuclear Oncológica, Rehabilitación Oncológica, Fisioterapia Oncológica, Cirugía Plástica Oncológica, Cirugía Gastrointestinal Oncológica, Neurocirugía Oncológica, Cirugía Pediátrica Oncológica, Oftalmología Oncológica, Cito tecnología, Física Médica, Biología Molecular y Tecnólogos en radioterapia.</li> <li>3. Diseñar incentivos para formación de profesionales que incluyan créditos o becas para los profesionales interesados en especialidades oncológicas.</li> <li>4. Fortalecer la disponibilidad y la certificación técnica del talento humano que participa en la atención de soporte oncológico, promoviendo formación específica y continua en áreas clave como cuidado paliativo, rehabilitación (enfermería, terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y trabajo social, fonoaudiología), medicina familiar, geriatría, nutrición y salud mental.</li> <li>5. Desarrollar programas nacionales de formación, certificación y actualización de profesionales de la salud en patología molecular, radioterapia, física médica, medicina nuclear navegación oncológica, gestión de casos y rutas de atención, nutrición oncológica, genética médica en oncología, asesoramiento genético, bioinformática, genómica poblacional y medicina de precisión.</li> </ol>

## 7. Componente Cáncer infantil

El cáncer infantil es una de las principales causas de muerte en niños, niñas y adolescentes, en todo el mundo, la mayoría de esta población viven en países de ingresos bajos y medianos (PIBM), donde se enfrentan a inequidades (101)

En razón a lo anterior y reconociendo la importancia de abordar el cáncer infantil como un problema de salud pública, la Organización Mundial de Salud (OPS) lanzó la Iniciativa Global contra el cáncer infantil cuyo objetivo es "alcanzar una tasa de sobrevivencia al menos del 60% en los niños, niñas y adolescentes con cáncer para el 2030", buscando que todos los países entre esos Colombia, aumente la capacidad para brindar servicios de calidad a los niños, niñas y adolescentes con cáncer y aumentar la priorización del cáncer infantil a nivel nacional, regional y mundial (102).

A su vez, Colombia cuenta con un marco regulatorio que ha buscado poner en marcha políticas públicas enfocadas en la atención del cáncer infantil, entre estas se encuentra la ley 1388 de 2010 "por el Derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia" (103), en la cual se avanzó en la estandarización de la gestión clínica y disminución de la variabilidad en el tratamiento con la expedición de las Guías de Práctica Clínica de leucemias linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, linfomas Hodgkin y no Hodgkin, definición de estándares para la conformación de Unidades Funcionales de Cáncer para adultos y niños, adopción de la Ruta de atención para niños con presunción o diagnóstico de leucemia, reglamentación de la Ley 1733 de 2014 "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 en la calidad de vida." (70), mejorando el abastecimiento de medicamentos opioides en el territorio nacional, a cargo del fondo nacional de estupefacientes (FNE), constitución del Sistema Nacional de Información en Cáncer y del Observatorio Nacional de Cáncer, entre otros (47).

No obstante, reconociendo la necesidad de avanzar en una mayor integralidad de la atención, en el año 2020, se expide la ley 2026 "Ley Jacobo" que establece medidas para garantizar la prestación de servicios de salud oncopediátrica y se declara la atención integral como prioritaria a los menores de edad enfermos de cáncer (7), esta nueva disposición busca establecer medidas que hagan efectiva la protección del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico o presunción de cáncer fortaleciendo el goce efectivo a los servicios de salud y el fortalecimiento del apoyo social que recibe esta población.

Es por esto que, teniendo en cuenta la regulación existente y los instrumentos de política pública establecidos, se definió la necesidad de avanzar en la construcción y puesta en marcha de un capítulo para el cáncer infantil en el presente plan, con el fin de orientar acciones estratégicas que serán complementarias a cada línea estratégica definida en este documento.

### 7.1. Objetivo específico

1. Fortalecer de manera integral el sistema nacional de atención del cáncer infantil en Colombia, mediante la articulación interinstitucional y territorial para la vigilancia epidemiológica
2. Mejorar la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, soporte social y oncológico de los niños, niñas y adolescentes con cáncer infantil

- Fortalecer la formación del talento humano y seguimiento a la supervivencia, con el fin de garantizar acceso oportuno, calidad de vida y reducción de la mortalidad en niños, niñas y adolescentes afectados por cáncer.

### 7.2. Priorización

**Grupo 1** - Tumores Hematológicos: (leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide aguda, linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin)

**Grupo 2** - Tumores sólidos:

- Tumores sólidos abdominales (tumor de Wilms, hepatoblastoma, neuroblastoma)
- Tumores en hueso y tejidos blandos (osteosarcoma, sarcoma de Ewing, rabdomiosarcoma)
- Tumores del sistema nervioso central y retinoblastoma
- Tumores de origen germinal (excepto tumores germinales en SNC).

### 7.3. Acciones estratégicas

<p><b>Vigilancia del cáncer</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definir el mecanismo de articulación entre el Sistema de Vigilancia de resultados Clínicos de Cáncer Infantil (Vigicancer) con los Registros Poblacionales de Cáncer (RPC), que permita medir los indicadores de incidencia, mortalidad, supervivencia global de los cánceres de NNA priorizados en el país.</li> <li>Establecer una línea de base nacional de la oportunidad en tiempo hasta el diagnóstico (tiempo desde la identificación de la sospecha clínica en los servicios de salud hasta la confirmación diagnóstica por imágenes, biopsia, cirugía, informe de patología o marcador tumoral) en los cánceres de NNA priorizados y definir acciones de mejora.</li> <li>Establecer una línea de base nacional de la oportunidad de inicio de tratamiento (desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento) de los cánceres de NNA y definir acciones de mejora.</li> </ol>
<p><b>Detección oportuna</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar un programa de fortalecimiento del diagnóstico oportuno y el tratamiento integral de NNA con cáncer infantil a nivel nacional que establezca rutas prioritarias de atención por territorio y mida indicadores trazadores de proceso e impacto.</li> </ol>
<p><b>Diagnóstico y estadificación</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Organizar y gestionar redes de servicios oncológicos que definan con precisión las IPS responsables y los tiempos máximos permitidos entre la sospecha clínica en los servicios de salud hasta y la confirmación diagnóstica por imágenes, biopsia, cirugía, informe de patología o marcador tumoral de los cánceres de NNA priorizados.</li> <li>Formular e implementar protocolos y/o Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de tumores sólidos priorizados en cáncer infantil.</li> <li>Modificación normativa de la Resolución 1477 de 2016, por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones.</li> <li>Fomentar la conformación, habilitación y certificación de al menos una UFCA o centro de cáncer por región del país, mediante modelos de incentivos que fortalezcan la atención integral oncológica.</li> </ol>

<p><b>Tratamiento, supervivencia y calidad de vida</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar articulación intersectorial con otros actores para la garantía de servicios de apoyo social, especialmente hogar de paso y apoyo académico especial según lo contemplado en las Leyes 1384 y 1388 y Resolución 1440 de 2013, a fin de garantizar tratamiento y calidad de vida de la población más vulnerable.</li> <li>2. Visibilizar el componente de participación social y de instancias como el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil- CONACAI y CODACAI como garantes de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer</li> <li>3. Diseñar una estrategia para la detección y abordaje integral de abandono del tratamiento del cáncer de niños, niñas y adolescentes con participación del MSPS, INC e ICBF, definiendo el mecanismo de medición.</li> <li>4. Liderar con las entidades territoriales, la formulación e implementación de lineamiento nacional de seguimiento a supervivientes de los cánceres de NNA priorizado.</li> <li>5. Realizar la nominación de medicamentos de oncología pediátricos con uso no Incluidos en Registro Sanitario- UNIRS</li> <li>6. Fortalecer el seguimiento a la disponibilidad y acceso a medicamentos.</li> </ol>
<p><b>Fortalecimiento del Talento Humano</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer el diagnóstico oportuno de cáncer infantil por medio de un programa de educación continua teórico práctico para profesionales de IPS de atención primaria coordinado por el INC, con énfasis en indicaciones para derivación diagnóstica.</li> <li>2. Para la detección oportuna del cáncer infantil, el fortalecimiento de competencias se realizará con base en las herramientas dispuestas por el MSPS, OPS o INC.</li> <li>3. Desarrollar formación y entrenamiento para el talento humano en salud para el manejo integral del cáncer infantil incluyendo cuidado paliativo en población oncológica menor de 18 años o en condiciones especiales.</li> </ol>
<p><b>Soporte Oncológico</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lograr la implementación efectiva de normativas en salud que faciliten el acceso al soporte oncológico / cuidado paliativo y su articulación con las políticas para el control del cáncer y el manejo integral en los diferentes niveles de atención</li> <li>2. Establecer lineamientos normativos para la integración y articulación intersectorial con áreas de protección social, educación, rehabilitación y trabajo, orientados a la atención integral del paciente, sobreviviente y su entorno familiar incluido el cuidador, que permitan fortalecer las redes de apoyo y disminuyan la deserción escolar, laboral y social.</li> </ol>

## 8. Plan de implementación

La implementación se concibe como un conjunto de procesos integrados y adaptativos, orientados por liderazgo institucional e interinstitucional, fortalecimiento de capacidades, participación social y monitoreo sistemático, para convertir los planes en resultados tangibles y mejorar la calidad de la atención oncológica.

La implementación tendrá dos enfoques, uno enmarcado en el ciclo de política pública que busca que las políticas públicas logren una articulación con diferentes sectores que permita reducir y controlar los factores que puedan incidir en el logro de objetivos propuestos para el Plan decenal para el Control del Cáncer y la ciencia de la implementación.

La implementación del plan se armonizará con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en sus ejes estratégicos y las metodologías de planeación, seguimiento y evaluación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual también se buscará armonizar el marco regulatorio para el control del cáncer identificando los retos, vacíos y oportunidades para lograr la implementación del plan.

### **8.1. Responsables de la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer**

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, serán los líderes estratégicos y técnicos del Plan Decenal para el Control del Cáncer y 2026-2035, quienes tendrán las siguientes responsabilidades:

- Definir e implementar el Sistema de Seguimiento del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035
- Realizar seguimiento y reporte de indicadores del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035
- Generar lineamientos que orienten a las entidades territoriales y demás actores en el seguimiento al Plan Territorial de Salud alineado con el seguimiento al Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035
- Establecer los mecanismos de articulación entre el sistema de seguimiento y el sistema de evaluación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035
- Realizar los ajustes en la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035

Para la implementación, evaluación y seguimiento se contará con la participación de los siguientes actores:

#### **A nivel nacional**

Superintendencia Nacional de Salud

Realizar acciones de inspección, vigilancia y control tomando como insumo los resultados del sistema de seguimiento y evaluación del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035:

El Departamento Nacional de Planeación-DNP

- Coordinar el seguimiento del plan decenal para el control del cáncer con énfasis en convergencia regional, ordenamiento territorial y articulación entre niveles de gobierno y fuentes de recursos en los territorios.

La Comisión Intersectorial de Salud Pública - CISP

- Contribuir con el seguimiento del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.
- Generar recomendaciones en el marco de sus funciones frente a la implementación del plan de acuerdo con los resultados obtenidos por el sistema de seguimiento.

Instituto Nacional de salud

- Definir en conjunto con el INC como entidad que coordina e implementar el modelo de vigilancia epidemiológica del cáncer en el Sistema Nacional de Información en Cáncer, los criterios de notificación obligatoria de los cánceres priorizados en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035.

#### Sociedad civil

- Participar en los espacios de análisis del comportamiento de los indicadores y las acciones realizadas para el cumplimiento de los mismos.
- Apoyar las acciones de movilización y participación social en torno al control del cáncer.
- Realizar control político y veeduría basado en los resultados del sistema de seguimiento del plan.

#### Sociedad académica y científica

- Fomentar la investigación, desarrollos e innovación en los temas relacionadas con cáncer
- Participar de manera activa en los proyectos, protocolos de I+D+I, Guías de práctica Clínica desarrollados por el Instituto Nacional de Cancerología
- Favorecer la generación de conocimiento

#### Instituto De Evaluación Tecnológica En Salud

Evaluar las tecnologías en materia de salud con criterios de seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico.

#### A nivel territorial

##### Entidades territoriales Departamentales, Distritales

- Adoptar y adaptar el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035 a su territorio y formular el Plan de Salud Territorial y Plan Operativo Anual bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social armonizando sus acciones al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
- Fortalecimiento de las mesas intersectoriales en el cumplimiento de las acciones para el control del cáncer.
- Coordinar y articular con los actores sectoriales e intersectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas e indicadores incluidos para el control del cáncer en los Planes de Salud Territoriales
- Realizar seguimiento y reporte de los indicadores (de resultado, de producto, de proceso) del Plan Territorial de Salud acompañado de un análisis participativo a los procesos de implementación y los resultados del indicador para plantear acciones de fortalecimiento y/o redireccionamiento de las mismas, en el marco de la implementación del Plan Decenal para el Control del Cáncer.
- Realizar ajustes en la implementación del Plan Territorial de Salud de acuerdo con los resultados del sistema de seguimiento de las metas para el control del cáncer.
- Participar de las asistencias técnicas y mesas de trabajo que realice el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología en el cual se realicen los diferentes pasos en la implementación del plan.
- Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación en cáncer de la población de su territorio y la respuesta sectorial e intersectorial de los actores en el territorio.

## A nivel institucional

### Entidades administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

- Gestión del riesgo de su población afiliada
- Realizar seguimiento y reporte de los indicadores de resultado y de producto del PDCCC 2026-2035
- Realizar el cargue de la información
- Participar de las mesas de seguimiento a la implementación del PDCCC 2026-2035
- Organizar y gestionar la red de prestadores de servicios oncológicos.
- Verificar el cumplimiento de los indicadores de resultado por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Incluir en la formulación del Plan Operativo de Acción Anual acciones orientadas al cumplimiento de las metas e indicadores para el control del cáncer
- Realizar y actualizar el análisis de la situación en cáncer de su población afiliada.
- Realizar el seguimiento y análisis por cohortes de pacientes con cáncer, tal como sea definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

- Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico - científicas, administrativas y financieras, requeridas para el cumplimiento de las metas del Plan Decenal para el Control del Cáncer.
- Generar la información requerida por el Sistema de Información en Cáncer, para el seguimiento a las metas e indicadores del Plan Decenal para el Control del Cáncer
- Participar en la operación de la vigilancia en salud pública, entorno laboral y control de la gestión del SGSSS, las cuales están orientadas al control del cáncer en Colombia.
- Desarrollar e implementar estrategias educativas para los profesionales y funcionarios de la salud, orientadas al control del cáncer en Colombia.
- Implementar las guías de atención integral y protocolos para la detección temprana, diagnóstico, atención y rehabilitación de cáncer en Colombia.
- Implementar estrategias de capacitación, información, comunicación y educación para los usuarios del sistema de salud.

## 9. Seguimiento y Evaluación

El seguimiento se establece como un proceso continuo y sistemático de diseño, recolección y análisis de información que permitirá determinar el grado de avance del PDCCC 2026-2035. Lo anterior posibilita: i) generar alertas tempranas que permitan los ajustes pertinentes para el logro de metas; ii) producir información pertinente y oportuna para la toma de decisiones; iii) fortalecer el proceso de rendición de cuentas.

El seguimiento se desarrolla a través de los siguientes componentes:

- Monitoreo de metas e indicadores

Se realiza el monitoreo periódico de las metas establecidas en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2026-2035, mediante indicadores cuantitativos y cualitativos. Los datos se recolectan a partir de fuentes primarias

(encuestas, registros clínicos, reportes institucionales) y secundarias (sistemas de información nacionales y territoriales).

- Participación de los actores:

Todos los actores involucrados—instituciones nacionales y territoriales, prestadores de servicios de salud, organizaciones sociales y la sociedad civil—participarán en el seguimiento, aportando información, reportando resultados y generando alertas sobre posibles barreras o brechas en la atención del cáncer.

- Uso de sistemas de información

Se valorarán los avances en interoperabilidad y calidad de los sistemas de información, promoviendo el fortalecimiento tecnológico, la estandarización digital y el reporte oportuno al Observatorio Nacional de Cáncer, buscando superar los desafíos en ciclos anteriores.

- Rendición de cuentas y transparencia

Se establecerán informes periódicos y espacios de rendición de cuentas ante la comunidad y los entes de control, garantizando la transparencia y la participación informada de todos los sectores

El seguimiento al Plan decenal para el control del cáncer implicará armonizarse a los momentos de evaluación del Plan Decenal de Salud Pública

El Ministerio de Salud y Protección Social de manera conjunta con el Instituto Nacional de Cancerología, realizará el seguimiento anual de metas establecidas

Así mismo, evaluará el proceso de implementación del PDCCC 2026-2035 en los años 2028, 2030 y 2035, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública. Por su parte, las entidades territoriales realizarán el seguimiento y evaluación del Plan Territorial en Salud en su jurisdicción, de acuerdo con la metodología, condiciones y periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Evaluación y ajuste de estrategias

El seguimiento permitirá identificar cuellos de botella, evaluar el cumplimiento de procesos trazadores y proponer ajustes de las estrategias y metas a través de evaluaciones periódicas. Esto incluye el rediseño de programas diferenciales según el contexto territorial y el enfoque de equidad.

## **10. Metas del plan decenal para el control del cáncer 2026-2035**

Las metas del PDCCC 2026-2035, se plantean como aquellos hitos que se quieren alcanzar para los próximos 10 años, para el control del cáncer, A continuación, se presentan las metas estratégicas y las metas de resultado.

### 10.1. Metas estratégicas

línea estratégica	Meta
Vigilancia del cáncer	<p>El país contará con un sistema de vigilancia en salud pública del cáncer, que permita vigilar la prevalencia de los factores protectores, factores de riesgo, prestación y calidad de los servicios, así como la incidencia, mortalidad, supervivencia.</p> <p>El país contará con el Observatorio Nacional de Cáncer (ONC) como un sistema integrado de información, análisis y gestión del conocimiento, que articule las fuentes de información existentes sobre cáncer en el país, con el fin de fortalecer la generación y uso de evidencia científica para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en cáncer.</p>
Investigación, desarrollo e innovación	<p>El país contará con una RNIC financiada consolidada y estructurada y a partir de ecosistemas científicos y de innovación en cáncer, garantizando gobernanza, sostenibilidad y alineación con las prioridades nacionales.</p> <p>El país fortalecerá las capacidades en I+D+i para el control del cáncer mediante la identificación, caracterización y generación de intervenciones para la reducción de las brechas en territorios priorizados.</p> <p>Incorporar estrategias predictivas en el marco del modelo de control integral del cáncer basados en inteligencia artificial, validados e interoperables para fortalecer el sistema nacional de Ciencia Tecnología e Innovación y el Sistema de Salud.</p> <p>Contar con una infraestructura nacional interoperable de datos para investigación, desarrollo e innovación, que integre información clínica, epidemiológica, genómica y de servicios de salud, con altos estándares de calidad, seguridad, ética y gobernanza para el control del cáncer.</p>
Promoción, prevención y reducción del riesgo	<p>Incluir en el Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para la Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, preguntas validadas que permitan contar con información sobre las acciones de promoción de la salud, prevención y reducción del riesgo y control integral del cáncer.</p> <p>El 100 % de los municipios de Colombia, habrán incorporado acciones basadas en evidencia para la prevención de la exposición por radiación solar ultravioleta en los planes territoriales en salud.</p> <p>Implementar el Sistema de Vigilancia de Cáncer Ocupacional</p> <p>Incorporar la evaluación de riesgo ambiental y climático en el 100% de los departamentos y planes territoriales de salud, integrando indicadores de riesgo ambiental y cáncer en los instrumentos de planificación sectorial.</p> <p>Estructurar e implementar programas de identificación temprana, evaluación diagnóstica, seguimiento clínico y asesoramiento genético especializado, orientados tanto al abordaje de los síndromes de predisposición hereditaria como al análisis del riesgo genético multifactorial o poligénico en cáncer familiar y esporádico.</p>
	<p>Creación de Centros de Prevención y Detección Temprana del Cáncer (CPred) orientada a fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) para la detección oportuna de enfermedades oncológicas y la garantía de accesibilidad, oportunidad y continuidad en el proceso diagnóstico-terapéutico.</p>

línea estratégica	Meta
<b>Detección temprana</b>	Diseñar e implementar el programa nacional de aseguramiento de la calidad de las pruebas de detección temprana del cáncer, con enfoque al cumplimiento de los estándares de calidad aceptables a nivel mundial, en concordancia con las recomendaciones de OMS y las guías nacionales e internacionales de control del cáncer.
<b>Diagnóstico y estadificación</b>	El país contará con redes de detección temprana y diagnóstico, articulando prestadores públicos-privados de los diferentes niveles de atención con la rectoría del INC y contará con centros de atención en Cáncer en regiones priorizadas
	El país contará con un programa nacional de diagnóstico molecular.
	Conformar un comité nacional de genómica oncológica.  Desarrollar e implementar lineamientos para la detección oportuna de los cánceres hematológicos y tumores sólidos priorizados, en el cual se definan acciones estratégicas que aborden de manera integral la prevención, el diagnóstico temprano, el acceso equitativo a tratamientos innovadores, la investigación y la formación del talento humano.
<b>Tratamiento, Supervivencia y Calidad de vida relacionada con la salud</b>	Diseñar, implementar y/o actualizar la política nacional de medicamentos y otras tecnologías que garanticen su acceso oportuno, continuo y equitativo, basadas en evidencia clínica, técnica y económica para la atención de pacientes oncológicos.
	Realizar y disponer los procedimientos regulatorios y de expedición de registros sanitarios diferenciales para la incorporación de medicamentos, dispositivos, equipos biomédicos y otras tecnologías oncológicas innovadoras.
	Diseñar con un sistema de Información de supervivencia de pacientes con cáncer con el objetivo de monitorear, analizar y visualizar datos para apoyar la toma de decisiones clínicas, políticas públicas, investigación y mejora continua de la atención oncológica.
	Lograr un aumento de la supervivencia a 5 años de los cánceres priorizados  Diseñar e implementar un lineamiento nacional que oriente la identificación, análisis e intervención de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer
<b>Soporte oncológico y cuidados paliativos</b>	El 100 % de las instituciones prestadoras de servicios de salud que atiendan pacientes con cáncer, contarán con personal calificado en cuidado paliativo para la evaluación y tratamiento de las necesidades de las personas con cáncer en toda la trayectoria de la enfermedad hasta el final de la vida y el manejo del duelo en el marco de las redes de soporte oncológico.
<b>Evaluación Tecnológica, Vigilancia e Inteligencia Estratégica</b>	Conformar un comité nacional de evaluación de tecnologías para el control del cáncer, liderado por el INC a fin de asegurar las iniciativas enmarcadas en el PDCCC, articulado con el MSPS, IETS, INVIMA, INS.

línea estratégica	Meta
Fortalecimiento del talento humano	Formar al 100% del Talento humano de atención primaria en salud en signos de alarma, detección temprana, rutas de direccionamiento y manejo oportuno de pacientes con sospecha de cáncer con un enfoque de género, curso de vida, salud familiar y comunitaria.
	Aumentar en un 50 % la disponibilidad de talento humano especializado en Oncología Clínica y Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos en los próximos 10 años.

### 10.2. Metas de resultado

Componente	Indicador	Línea de base	Año de la línea de base
Colombia libre de tabaco	A 2035, disminuir la prevalencia (último mes) de consumo de productos de tabaco en jóvenes escolares de 12 a 18 años por debajo del 3,5 %	<p style="text-align: center;"><b>4,54%</b></p> <p>Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población Escolares</p>	2022
	A 2035, posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los jóvenes de 12 a 18 años por encima de los 14 años.	<p style="text-align: center;"><b>13,39 años.</b></p> <p>Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, &amp; Ministerio de Educación Nacional. (2022). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar.</p>	2022
	A 2035, disminuir la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en los últimos 30 días en jóvenes escolares de 12 a 18 años por debajo del 8,5%	<p style="text-align: center;"><b>11.21%</b></p> <p>Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población Escolares</p>	2022
	A 2035, posponer la edad de inicio de consumo de cigarrillos electrónicos de 12 a 18 años por encima de 15 años.	<p style="text-align: center;"><b>14,14 años</b></p> <p>Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, &amp; Ministerio de Educación Nacional. (2022). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar</p>	2022
Exposición y consumo de alcohol	Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes colombianos por encima de 14 años.	<p style="text-align: center;"><b>13,4 años</b></p> <p>Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población Escolar.</p>	2022
	A 2035, disminuir la prevalencia (último mes) de consumo de alcohol en jóvenes escolares de 12 a 18 años por debajo del 25,49 %.	<p style="text-align: center;"><b>30,49%</b></p> <p>Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población Escolar 2022</p>	2022

Componente	Indicador	Línea de base	Año de la línea de base
Cánceres asociados a infecciones mediante vacunación	A 2035, Lograr y mantener una cobertura nacional útil de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en el 90 % en niñas, niños y adolescentes de la población objetivo, mediante estrategias intersectoriales, escolares y comunitarias adaptadas a las condiciones territoriales y culturales	53.9% (niñas) 44.1% (niños) PAIWEB	2025
	A 2035, Lograr y mantener una cobertura nacional útil de vacunación en al 95% con la vacuna pentavalente ( <i>contiene el Virus de la Hepatitis B</i> ) con tercera dosis de la vacuna.	92% PAIWEB	2025
Contaminación ambiental	A 2035, reducir la exposición a la contaminación del aire exterior mediante una disminución del 25% en la concentración promedio anual de PM <sub>2.5</sub> en los centros urbanos priorizados.	Pendiente definir línea base	
Consumo de frutas/verduras y limitar los ultras procesados	A 2035 incrementar el consumo de verduras y frutas en la población de 5 a 17 años, por encima del 75 %.	66.9 % Promedio general del consumo de verduras (crudas y cocidas) en población de 5 a 17 años Fuente: ENSIN	2015
	A 2035, disminuir la prevalencia de consumo frecuente de alimentos de paquete en la población de 2 a 17 años por debajo del 40 %	70,57% DANE – Encuesta Nacional de Calidad de Vida	2024
Actividad física y el comportamiento sedentario	A 2035, el 17.3% de los adolescentes cumplen las recomendaciones de actividad física.	13,4% ENSIN.	2015
	A 2035, disminuir en 5%. la prevalencia de tiempo excesivo frente a pantallas (ver televisión o jugar videojuegos más de 2 horas al día) en niños de 5 a 12 años,	67.6% ENSIN	2015

Componente	Indicador	Línea de base	Año de la línea de base
Cáncer de mama	A 2035, incrementar por encima de 75 % la cobertura de mamografía de tamización bienal de mujeres de 50 a 69	38,4% Fuente: SISPRO - Monitor RIAS	2025
	Garantizar una oportunidad en confirmación diagnóstica para casos sospechosos de cáncer de mama en un tiempo menor o igual de 60 días a nivel nacional.	CAC	
	A 2035, incrementar por encima de $\geq 60$ % la proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I y IIA)	54,03% CAC Cuenta de Alto Costo/consenso 2016	2024
	A 2035, garantizar que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de mama transcurran en promedio 30 días o menos	49.8 días Cuenta de Alto Costo/consenso 2016	2024
	A 2035, reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama igual o menor a 9,0 por 100.000 mujeres	TAE 11,9 por 100.000 mujeres EEVV	2024
Cáncer de Cuello uterino	A 2035, incrementar al 75% la cobertura de tamización de las mujeres entre 25 y 29 años con citología cervicouterina.	41,2 SISPRO - Monitor RIAS	2025
	A 2035, incrementar la cobertura de tamización superior al 70 % en mujeres de 30 a 65 años con pruebas de NAAT de VPH.	20.9 SISPRO - Monitor RIAS	2025
	Para 2035, garantizar la atención general entre el tamizaje y el inicio del primer tratamiento para el cáncer de cuello uterino en 75 días o menos.	línea de base Pendiente Indicador consenso CAC 2026	
	A 2035, reducir la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino a menos de 9.7 por 100.000 mujeres por año	14.8 por 100.000 mujeres Tasa Ajustada por Edad (TAE) de en el periodo 2017-2021 Instituto Nacional de Cancerología, 2022	2017-2021
	A 2035, reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a menos de 4,7 por 100.000 mujeres.	6.24 por 100.000 mujeres EEVV	2024

Componente	Indicador	Línea de base	Año de la línea de base
Cáncer de colon y recto	A 2035, incrementar al 80% la proporción de personas entre 50-75 años tamizadas para cáncer de colon y recto con sangre oculta en heces por inmunoquímica.	23% Fuente: SISPRO - Monitor RIAS	2025
	A 2035, incrementar por encima del 50 % la proporción de casos de cáncer de colon y recto diagnosticados en estadios tempranos.	31.32 % CAC.	2024
	A 2035, garantizar que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de colon y recto transcurran en promedio 30 días o menos	35.9 días CAC	2024
	A 2035, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de colon y recto a 5 por 100.000 habitantes	5.9 por 100.000 personas EEVV	2024
Cáncer de próstata	A 2035, incrementar al 65% la proporción de hombres entre 50-75 años tamizados para cáncer de próstata.	10,4 % SISPRO - Monitor RIAS	2025
	A 2035, incrementar a $\geq 69$ % la proporción de casos de cáncer de próstata diagnosticados en estadios tempranos (0-I-II)	56.87% CAC	2024
	A 2035, garantizar que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos.	76,3 días CAC	2024
	A 2035, garantizar que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos	70.5 días CAC	2024
	A 2035, reducir a 8.5 casos por 100.000 habitantes la mortalidad de cáncer de próstata.	12,5 por 100,00 hombres EEVV	2024
Cáncer gástrico	A 2035, incrementar al 50 % la proporción de casos de cáncer gástrico diagnosticados en estadios tempranos II	19,30% CAC	2024

Componente	Indicador	Línea de base	Año de la línea de base
	A 2035, reducir a 7 casos por 100.000 habitantes la mortalidad de cáncer gástrico	8,5 x 100.000 habitantes EEVV	2024
Cáncer de pulmón	A 2035, incrementar la proporción de casos de cáncer de pulmón diagnosticados en estadios tempranos (IA-IB, IIA-IIB) en un 50 %	13,6 %, CAC	2024
	A 2035, reducir a 5 casos por 100.000 habitantes la mortalidad de cáncer de pulmón	7,71 x 100.000 hab EEVV	2024
	A 2035, garantizar que la oportunidad de diagnóstico transcurra en promedio 30 días o menos	42.8 días CAC	2024
	A 2035, garantizar que la oportunidad de inicio de tratamiento transcurra de 30 días o menos	50 días CAC	2024
	A 2035, mantener la proporción de pacientes diagnosticados con melanoma cutáneo en estadios tempranos (I y II) superior al 80 %.	67,7 %. CAC	2024
Cáncer de piel	A 2035, reducir a 0.6 casos por 100.000 habitantes la mortalidad de cáncer de piel (melanoma)	0.7 EEVV	2024
	A 2035, mantener una tasa de supervivencia global a 5 años superior a 75 % en los NNA con cáncer infantil.	65% Supervivencia Global a 5 años (Vigicancer)	2013-2024
Diagnóstico y estadificación	A 2035, el 80 % de los laboratorios de patología, biología molecular e imagenología oncológica cumplen con estándares de calidad en los servicios.	línea de base Pendiente	
	A 2035, el 90 % o más de las personas con diagnóstico de cáncer en Colombia cuenta con estadificación documentada.	58,7% Tumores sólidos 66,7% linfomas Cuenta de alto costo	2024

Componente	Indicador	Línea de base	Año de la línea de base
	A 2035, el 100 % de las personas con diagnóstico confirmado de cáncer contará con un perfil molecular básico acorde con el tipo tumoral y las necesidades clínicas.	línea de base Pendiente	
Soporte oncológico	A 2035, el 80 % de los casos de diagnóstico de cáncer de primera vez, serán evaluados por un equipo multidisciplinario de soporte oncológico / cuidados paliativos.	línea de base Fuente: RIPS	
	A 2035, el 100 % de centros de atención en oncología deben garantizar la disponibilidad de servicios de soporte oncológico / cuidados paliativos para sus pacientes	línea de base Fuente, REPS	

## 11. Sostenibilidad financiera del PDCCC 2026-2035

La sostenibilidad financiera del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2026-2035 se respalda en diversas fuentes articuladas entre la Nación y los territorios. Sin perjuicio de que el Gobierno Nacional revise posteriormente los mecanismos de financiación y pago de las acciones para el control del cáncer definidas en el presente plan. Las fuentes vigentes se detallan a continuación:

### 11.1. Financiamiento del Sistema de Salud al Nivel Territorial

Las Leyes 223 de 1995, 643 de 2001, 1393 de 2010, 1438 de 2011, 1816 de 2016 y 1819 de 2016 establecieron las fuentes de financiación de los Departamentos, Distritos y Municipios para dar cumplimiento a las competencias en salud de la Ley 715 de 2001, entre las que se encuentran los recursos derivados de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar; el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares; el impuesto al consumo de cigarrillos, tabaco y elaborados; el impuesto al consumo de la cerveza y sifones; los cuales son complementarios a las asignaciones del Sistema General de Participaciones del componente de salud y los recursos de libre destinación

### 11.2. Sistema General de Participaciones

El Sistema General de Participaciones -SGP corresponde a los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) y a los resguardos indígenas, para la financiación de los servicios a su cargo en salud, educación, y servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico. Respecto de la participación de Salud, el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019 determina que a partir

del 1 de enero de 2020 la destinación de estos recursos los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

“(…)

*47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.*

*47.2. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.*

*47.3. Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.”*

### **11.3. Sistema General de Participaciones para Salud Pública Colectiva**

La Ley 715 de 2001, en sus artículos 43 y 44, modificados por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011, establecen competencias de las entidades territoriales en materia de salud pública, entre las cuales, además de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC, se encuentran la adaptación, el monitoreo y la evaluación de políticas, planes y proyectos de salud pública a través de la planeación integral con participación social, la vigilancia en salud pública, el análisis de situación de salud, la coordinación intersectorial, la gestión del conocimiento y la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades.

### **11.4. Sistema General de Participaciones para Subsidio Oferta**

Ley 715 de 2001, establece que los recursos del Sistema General de Participaciones del subcomponente de Subsidio a la Oferta, corresponden a una asignación realizada a las entidades territoriales para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.

### **11.5. Sistema General de Participaciones para el Régimen Subsidiado**

El artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, definió que la administración del Régimen Subsidiado por parte de las entidades territoriales se efectuará a través del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su correspondiente jurisdicción y que el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) girará directamente a nombre de las entidades territoriales, la Unidad de Pago por Capitación - UPC a las Entidades Promotoras de Salud o hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con fundamento en el instrumento jurídico que para el efecto defina el Gobierno Nacional.

### **11.6. Manejo de los Ingresos y Gastos en los Fondos Locales de Salud en Colombia**

En cuanto al manejo de los recursos, el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 3042 de 2007 y modificatorias, establecen que, todos los recursos de salud de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal se deben manejar a través del Fondo de Salud, el cual fue creado como una cuenta especial del presupuesto, con el propósito de tener precisión sobre el origen y destinación de los recursos de cada fuente.

### **11.7. Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud**

Los recursos del régimen subsidiado, de conformidad con el Decreto 971 de 2011 compilado en el Decreto 780 de 2016, son girados a las Entidades Promotoras de Salud — EPS y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS, mediante el mecanismo denominado Liquidación Mensual de Afiliados — LMA, que consiste en la liquidación del valor de las Unidades de Pago por Capitación — UPC que corresponden a cada EPS por entidad

territorial de acuerdo con la afiliación y novedades de la afiliación que son reportadas por las EPS a la Base de Datos Única de Afiliados —BDUA y validadas por las entidades territoriales (MSPS, Decreto 780, 2016).

**Fuentes:**

- Sistema General de Participaciones — SGP
- Cajas de Compensación Familiar — CCF
- Presupuesto General de la Nación — PON y ADRES.
- Ingresos Corrientes de Libre Destinación y Esfuerzo Propio
- Rentas Territoriales

### **11.8. Subcuenta de Prestación de Servicios de Salud en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda**

En esta subcuenta se incluyen los gastos por concepto de i) la atención a la población no afiliada, ii) los recursos para concurrir en la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las ESE o de los administradores de infraestructura pública destinada a la prestación de servicios de salud, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, y iii) pago de deuda por concepto de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados a los afiliados al régimen subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019.

**Fuentes:**

- Sistema General de Participaciones — SGP Subsidio a la oferta
- Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado,
- Excedentes del SGP de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Excedentes del SGP de Salud Pública generados a 31 de diciembre de 2019
- Excedentes de rentas cedidas en virtud de lo definido en el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016
- Rentas territoriales.

### **11.9. Subcuenta de Salud Pública Colectiva**

Corresponde a los recursos destinados a financiar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y las acciones de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionadas con las competencias de salud pública de las Entidades Territoriales asignadas en la Ley 715 de 2001 y sus modificatorias.

**Fuentes**

- Sistema General de Participaciones —SGP
- Rendimientos financieros del SGP subcomponente de salud pública
- Otras transferencias que realice la nación para actividades de salud pública.
- Ingresos por venta de servicios del laboratorio de salud pública
- Rentas territoriales
- Otros recursos y recursos propios

- Recursos no comprometidos del SGP subcomponente de Salud Pública de
- vigencias anteriores

#### 11.10. Subcuenta de Otros Gastos en Salud

La subcuenta de otros gastos en salud solo podrá manejarse a través de dos (2) cuentas bancarias según el concepto de gasto: de inversión en salud o de funcionamiento; los gastos de funcionamiento conforme a lo definido por el Estatuto Orgánico de Presupuesto y, ii) los gastos de inversión, los cuales incluyen la financiación los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado — ESE, los programas de saneamiento fiscal y financiero de las IPS públicas viabilizados por el MHCP, y los recursos para el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.

##### Fuentes para Gastos de Funcionamiento

- Rentas cedidas.
- Recursos de balance
- Ingresos corrientes de libre destinación.
- Otros recursos

##### Fuentes para Gastos de Inversión

- Ingresos corrientes de libre destinación.
- Recursos de balance.
- Excedentes del SGP
- Excedentes de rentas cedidas
- Recursos nación.
- Recursos Lotto en línea.

#### 11.11. Gestión Financiera de la Salud Pública de las Entidades Territoriales

A nivel territorial, la implementación del PDCCC se concreta a través del Plan Territorial de Salud — PTS, instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud del nivel departamental, distrital y municipal, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan.

Los recursos necesarios para la efectiva implementación del Plan Territorial de Salud son programados en el componente de inversión plurianual, el cual debe ser coherente y consistente con el Plan Financiero Territorial de Salud, que hace parte integral del Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo Territorial. Estos recursos deben ser ingresados y ejecutados desde las subcuentas del Fondo Local de Salud de acuerdo con la norma.

## 12. Referencias

1. Cuschieri K, Fellner Md, Arroyo Mühr Ls, Padalko E, Correa Rm, Dillner J, Et Al. Quality Assurance In Human Papillomavirus Testing For Primary Cervical Screening. International Journal Of Gynecological Cancer. 2023 May 1;33(5):802. Doi:10.1136/ijgc-2022-004197 Pubmed Pmid: 36914171
2. organización Mundial De La Salud. Sistema De Gestión De La Calidad En El Laboratorio [Internet]. 2016 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/Server/Api/Core/Bitstreams/Bed804a8-Cc42-4596-Bbb2-46d8704bdeff/Content>

3. Effect Of Screening And Adjuvant Therapy On Mortality From Breast Cancer: Commentary. *Obstet Gynecol Surv.* 2006 Mar;61(3):179–80. Doi:10.1097/01.Ogx.0000201966.23445.91
4. The Global Breast Cancer Initiative [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative>
5. Evaluación De Tecnologías Sanitarias Aplicada A Los Dispositivos Médicos. 2012;39.
6. Agencia Internacional De Investigaciones Sobre El Cáncer. Global Cancer Observatory [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/en>
7. Organización Mundial De La Salud. Target Product Profiles For Human Papillomavirus Screening Tests To Detect Cervical Pre-Cancer And Cancer [Internet]. 2024 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/544db89c-fb23-49e7-b27d-6ee0e625fb05/content>
8. Planning Knowledge Into Action Cancer Control Who Guide For Effective Programmes.
9. Sistema De Vigilancia En Salud Pública [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/sivigila.aspx>
10. Silva I Dos Santos. Epidemiología Del Cáncer: Principios Y Métodos. Agencia Internacional De Investigación Sobre El Cáncer; 1999. 471 P.
11. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 3280 De 2018. Por Medio De La Cual Se Adoptan Los Lineamientos Técnicos Y Operativos De La Ruta Integral De Atención Para La Promoción Y Mantenimiento De La Salud Y La Ruta Integral De Atención En Salud Para La Población Materno Perinatal Y Se Establecen Las Directric.... 2018.
12. Situación Del Cáncer En La Población Adulta Atendida En El SGSSS De Colombia 2023 - Cuenta De Alto Costo [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: [https://cuentadealtocosto.org/sdm\\_downloads/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2023/](https://cuentadealtocosto.org/sdm_downloads/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia-2023/)
13. Ministerio De Salud Y Protección Social. Abordaje De Las Enfermedades No Transmisibles, La Salud Bucal, Visual Y Auditiva Y Las Enfermedades Huérfanas/Raras Y Autoinmunes [Internet]. Colombia; 2024 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/abordaje-enfermedades-nt-salud-bucal-visual-auditiva-huefnas-raras.pdf>
  14. Guía Nacional De Vigilancia E Inteligencia Estratégica (Veie). 2015.
  15. Instituto Nacional De Cancerología. Plan Decenal Para El Control Del Cáncer En Colombia 2012–2022. Ministerio De Salud Y Protección Social. 2012.
16. Mendoza Gmh, Ceballos Cw. El Cáncer Es Un Problema Prioritario En Salud Pública En Colombia: Se Necesita Un Nuevo Plan Para Su Control, Específico Y Vinculante Para El Sistema De Salud Colombiano. *Revista Colombiana De Cancerología.* 2024 Dec 27;28(4):136–8. Doi:10.35509/01239015.1073
17. Fink H, Langselius O, Vignat J, Rungay H, Rehm J, Martínez Rx, Et Al. Global And Regional Cancer Burden Attributable To Modifiable Risk Factors To Inform Prevention. *Nature Medicine* 2026 32:4. 2026 Feb 3;32(4):1306–15. Doi:10.1038/s41591-026-04219-7
18. World Health Organization. Nearly 40% Of Global Cancer Cases Are Linked To Modifiable Risk Factors. Who News Release [Internet]. 2026 [Consultado 22 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/>
19. International Agency For Research On Cancer (IARC). Global Cancer Burden Attributable To Modifiable Risk Factors In 2022: Evidence To Guide Cancer Prevention. [Internet]. 2026 [Consultado 22 abr 2026]. Disponible en: <https://www.iarc.who.int/>
20. Murillo Álvaro Quintero Marion Piñeros María Mercedes Bravo Ricardo Cendales Carolina Wiesner Luis Ar Turo Lizcano R. Modelo Para El Control Del Cáncer En Colombia.
21. Departamento Nacional De Planeación -DNP. Realizar Una Evaluación Institucional Y De Operaciones Del Plan Decenal Para El Control Del Cáncer En Colombia 2012 - 2021 [Internet]. 2021 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: [https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/sinergia/documentos/eval\\_institucional\\_operaciones\\_plan\\_decenal\\_conbtrol\\_cancer\\_colombia\\_2012\\_2021\\_infografia\\_resumen\\_ejecutivo.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/sinergia/documentos/eval_institucional_operaciones_plan_decenal_conbtrol_cancer_colombia_2012_2021_infografia_resumen_ejecutivo.pdf)
22. Ministerio De Salud Y Protección Social. Plan Decenal De Salud Pública PDSP 2022 - 2031. 2022.
23. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 2367 De 2023 . Por La Cual Se Modifican Los Artículos 1, 2 Y 3 De La Resolución 1035 De 2022 Y Los Capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 Y 11 Del Anexo Técnico "Plan Decenal De Salud Pública 2022-2031 [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/norma1.jsp?i=152662>
24. Instituto Nacional De Cancerología. Modelo Para El Control Del Cáncer . 2026.
25. Función Pública. Decreto 1081 De 2015. Por Medio Del Cual Se Expide El Decreto Reglamentario Único Del Sector Presidencia De La República. [Internet]. 2015. Disponible en: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=73593](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=73593)
26. United Nations. Population | United Nations [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://www.un.org/en/global-issues/population>
27. Alfaro T, Martínez-Folgar K, Stern D, Wilches-Mogollon Ma, Muñoz Mp, Quick H, Et Al. Variability And Social Patterning Of Cancer Mortality In 343 Latin American Cities: An Ecological Study. *Lancet Glob Health.* 2025 Feb 1;13(2):E268–76. Doi:10.1016/S2214-109x(24)00446-7 Pubmed Pmid: 39890227.

28. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Et Al. Global Cancer Statistics 2022: Globocan Estimates Of Incidence And Mortality Worldwide For 36 Cancers In 185 Countries. *Ca Cancer J Clin*. 2024 May;74(3):229–63. Doi:10.3322/Caac.21834 Pubmed Pmid: 38572751.
29. The Lancet. Cancer Registries: The Bedrock Of Global Cancer Care. *The Lancet*. 2025 Feb 1;405(10476):353. Doi:10.1016/S0140-6736(25)00189-8 Pubmed Pmid: 39892893.
30. Sheffield, York. Commercial Determinants Of Noncommunicable Diseases In The Who European Region. 2024.
31. Dirección De Epidemiología Y Demografía. Análisis De Situación De Salud Colombia 2023 [Internet]. 2024 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Www.Minsalud.Gov.Co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/Vs/Ed/Psp/Asis-Colombia-2023.Pdf>
32. Ministerio De Salud Y Protección Social. Encuesta Nacional Sobre Consumo De Sustancias Psicoactivas En Jóvenes Escolarizados De 12 A 17 Años En Colombia En El 2004. 2003.
33. Observatorio De Drogas En Colombia. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Población Escolares 2022 [Internet]. 2020 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Www.Minjusticia.Gov.Co/Programas-Co/Odc/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.Pdf>
34. Convenio Marco De La Oms Para El Control Del Tabaco. Directrices Para La Aplicación Del Artículo 5.3 [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Ftc.Who.Int/Es/Resources/Publications/M/Item/Guidelines-For-Implementation-Of-Article-5.3>
35. Dane - Encuesta Nacional De Calidad De Vida (Ecv) 2024 [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Www.Dane.Gov.Co/Index.Php/Estadisticas-Por-Tema/Salud/Calidad-De-Vida-Ecv/Encuesta-Nacional-De-Calidad-De-Vida-Ecv-2024>
36. Giraldo Osorio A, Ruano-Ravina A, Arias Ortiz Ne, Pérez Ríos M. Caracterización Del Consumo De Tabaco En Población Adulta En Colombia: Propuestas De Mejora. *Revista Colombiana De Cancerología*. 2023 Mar 30;27(1):140–9. Doi:10.35509/01239015.873
37. Ministerio De La Protección Social Republica De Colombia Grupo De Vigilancia En Salud Pública Encuesta Nacional Sobre Consumo De Sustancias Psicoactivas En.
38. Código Latinoamericano Y Caribeño Contra El Cáncer.
39. Encuesta Nacional De La Situación Nutricional-Ensin 2015.
40. Nagy R, Sweet K, Eng C. Highly Penetrant Hereditary Cancer Syndromes. *Oncogene*. 2004 Aug 23;23(38):6445–70. Doi:10.1038/Sj.Onc.1207714 Pubmed Pmid: 15322516.
41. Sanabria-Salas Mc, Rivera-Herrera Al, Manotas Mc, Guevara G, Gómez Am, Medina V, Et Al. Building A Hereditary Cancer Program In Colombia: Analysis Of Germline Pathogenic And Likely Pathogenic Variants Spectrum In A High-Risk Cohort. *Eur J Hum Genet*. 2025 Jul 1;33(7):913–29. Doi:10.1038/S41431-025-01807-Y Pubmed Pmid: 40065011.
42. Price Ks, Svenson A, King E, Ready K, Lizarin Ga. Inherited Cancer In The Age Of Next-Generation Sequencing. *Biol Res Nurs*. 2018 Mar 1;20(2):192–204. Doi:10.1177/1099800417750746 Pubmed Pmid: 29325452.
43. Yang X, Kar S, Antoniou Ac, Pharoah Pdp. Polygenic Scores In Cancer. *Nature Reviews Cancer* 2023 23:9. 2023 Jul 21;23(9):619–30. Doi:10.1038/S41568-023-00599-X Pubmed Pmid: 37479830.
44. Observatorio Mundial Del Cáncer. Cancer Tomorrow [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Gco.Iarc.Who.Int/Tomorrow/En/Dataviz/Isotype>
45. Pardo C, Cendales R. Estimaciones De Incidencia Y Mortalidad Para Los Cinco Principales Tipos De Cáncer En Colombia, 2017-2021. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2024 [Consultado en: 2026 Abr 21];162–76. Disponible en: <https://Www.Revistacancercol.Org/Index.Php/Cancer/Article/View/1061/1045>
46. Observatorio Mundial Del Cáncer. Cancer Today [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Gco.Iarc.Who.Int/Today/En>
47. Sistema De Información De Cáncer En Colombia [Internet]. [Consultado en: 2026 Abr 21]. Disponible en: [https://Www.Infocancer.Co/Portal/#!/Filtro\\_Mortalidad/](https://Www.Infocancer.Co/Portal/#!/Filtro_Mortalidad/)
48. Circular Externa Conjunta 010 De 2024 Ministerio De Salud Y Protección Social - Instituto Nacional De Cancerología - Superintendencia Nacional De Salud [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Www.Alcaldiabogota.Gov.Co/Sisjur/Normas/Norma1.Jsp?l=157437>
49. Dane - Estadísticas Vitales Nacimientos Y Defunciones [Internet]. [Consultado en: 2026 Abr 21]. Disponible en: <https://Www.Dane.Gov.Co/Index.Php/Estadisticas-Por-Tema?Id=34phpmyadmin=3om27vamm65hhkhrtc8rrn2g4>
50. Día Mundial Del Cáncer Infantil 2025 - Cuenta De Alto Costo [Internet]. [Consultado en: 2026 May 14]. Disponible en: <https://Cuentadealtocosto.Org/Noticias/Dia-Mundial-Del-Cancer-Infantil-2025/>
51. El Cáncer Infantil, Un Tema Analizado En El Congreso [Internet]. [Consultado en: 2026 May 14]. Disponible en: <https://Www.Ins.Gov.Co/Noticias/Paginas/El-C%C3%A1ncer-Infantil-Un-Tema-Analizado-En-El-Congreso.Aspx>
52. Cuenta De Alto Costo. Situación Del Cáncer En La Población Adulta 2024 [Internet]. 2025 [Consultado en: 2026 Abr 22]. Disponible en: <https://Cuentadealtocosto.Org/Wp-Content/Uploads/2025/09/Situacion-Del-Cancer-En-La-Poblacion-Adulta-2024-2.Pdf>
53. Ministerio De Salud Y Protección Social. Registro Especial De Prestadores De Servicios De Salud [Internet]. [Consultado en: 2026 Abr 21]. Disponible en: [https://Prestadores.Minsalud.Gov.Co/Habilitacion/Consultas/Habilitados\\_Reps.Aspx?Pagetitle=Registro%20actual&Pagehlp=](https://Prestadores.Minsalud.Gov.Co/Habilitacion/Consultas/Habilitados_Reps.Aspx?Pagetitle=Registro%20actual&Pagehlp=)

54. Funcion Publica. Por Medio De La Cual Se Abrueba La “Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad” [Internet]. 2007 Consultado 20 abr 2026. Ley 1346 De 2009. Disponible en: [https://Www.Google.Com/Search?Q=Ley+1346+De+2009&Rlz=1c1uuxu\\_Esco1141co1141&Oq=Ley+1346+De+2009&Gs\\_Lcrp=Egzjahjyb wuycgaeeyoriabdhcaeabiabdhcaiabiabdhcamqabiabdhcaqqabiabdhcauqabiabdhcayqabiabdhcacqabiabdhcagqabiabdhcakqabiabnibbzy4nmowajeoagcwaga&Sourceid=Chrome&le=UTF-8](https://Www.Google.Com/Search?Q=Ley+1346+De+2009&Rlz=1c1uuxu_Esco1141co1141&Oq=Ley+1346+De+2009&Gs_Lcrp=Egzjahjyb wuycgaeeyoriabdhcaeabiabdhcaiabiabdhcamqabiabdhcaqqabiabdhcauqabiabdhcayqabiabdhcacqabiabdhcagqabiabdhcakqabiabnibbzy4nmowajeoagcwaga&Sourceid=Chrome&le=UTF-8)
55. Función Pública. Por Medio De La Cual Se Establecen Las Disposiciones Para Garantizar El Pleno Ejercicio De Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad. [Internet]. 2013 Consultado 20 abr 2026. Ley 1618 De 2013 . Disponible en: <https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=52081>
56. Convenio Marco De La Oms Para El Control Del Tabaco - Ops/Oms | Organización Panamericana De La Salud [Internet]. [Consultado en: 2026 Abr 21]. Disponible en: <https://Www.Paho.Org/Es/Documentos/Convenio-Marco-Oms-Para-Control-Tabaco>
57. Organización Panamericana De La Salud. Plan De Acción Sobre La Prevención Y El Control De Las Enfermedades No Transmisibles 2025-2030 [Internet]. Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Www.Paho.Org/Es/Documentos/Plan-Accion-Sobre-Prevencion-Control-Enfermedades-No-Transmisibles-2025-2030>
58. Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework Assessing, Strengthening And Scaling Up Services For The Early Detection And Management Of Breast Cancer.
59. Who. Global Strategy To Accelerate The Elimination Of Cervical Cancer As A Public Health Problem: Technology Landscape. World Health Organization [Internet]. 2020 [Consultado en: 2026 Abr 22];1–56. Disponible en: <https://Www.Who.Int/Publications/I/Item/9789240014107>
60. Organización Mundial De La Salud. Framework: Who Global Initiative For Childhood Cancer. Cureall Framework: Who Global Initiative For Childhood Cancer: Increasing Access, Advancing Quality, Saving Lives [Internet]. 2021 [Consultado en: 2026 Abr 22];1–109. Disponible en: <https://Apps.Who.Int/Iris/Handle/10665/347370>
61. Ministerio De Salud Y Protección Social. Por El Cual Se Adopta El Plan Decenal De Salud Pública 2022-2031 [Internet]. 2022 Consultado 20 abr 2026. Resolución 1035 De 2022 -. Disponible en: <https://Www.Suin-Juriscal.Gov.Co/Viewdocument.Asp?Id=30044423>
62. Departamento Nacional De Planeación - Dnp. Plan Nacional De Desarrollo 2022-2026 [Internet]. 2022 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Colaboracion.Dnp.Gov.Co/Cdt/Prensa/Publicaciones/Plan-Nacional-De-Desarrollo-2022-2026-Colombia-Potencia-Mundial-De-La-Vida.Pdf>
63. Función Pública. Ley 1751 De 2015 [Internet]. 2015 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=60733>
64. Funcion Pública. Decreto 780 De 2016 [Internet]. 2016 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: <https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=77813>
65. Función Pública. Constitución Política 1 - Asamblea Nacional Constituyente [Internet]. 1991. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=4125](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=4125)
66. Función Pública. Por Medio De La Cual Se Establece Y Garantizar El Derecho Al Olvido Oncológico [Internet]. 2025 Consultado 20 abr 2026. Ley 2475 De 2025. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=260786](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=260786)
67. Ministerio De Salud Y Protección Social. Ley 2360 De 2024. A Presente Ley Tiene Por Objeto Modificar La Ley 1384 De 2010 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://Www.Suin-Juriscal.Gov.Co/Viewdocument.Asp?Id=30051713>
68. Función Pública. Ley 2291 De 2023 [Internet]. Por Medio De La Cual Se Transforma La Naturaleza Jurídica Del Instituto Nacional De Cancerología Empresa Social Del Estado; 2023. Disponible en: <https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=204543>
69. Función Pública. Ley 2194 De 2022 [Internet]. 2022 Consultado 20 abr 2026. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=177606](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=177606)
70. Función Pública. Ley 1733 De 2014 . Ley Consuelo Devis Saavedra, Mediante La Cual Se Regulan Los Servicios De Cuidados Paliativos Para El Manejo Integral De Pacientes Con Enfermedades Terminales, Crónicas, Degenerativas E Irreversibles [Internet]. Disponible en: <https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=59379>
71. Función Pública. Ley 2026 De 2020 . Por Medio De La Cual Se Modifica La Ley 1388 De 2010 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=159507>
72. Ministerio De Salud Y Protección Social. Por El Cual Se Prohíbe El Uso De Asbesto En El L T:Ritorio Nacional [Internet]. 2019 Consultado 20 abr 2026. Ley 1968 De 2019 . Disponible en: <https://Www.Minambiente.Gov.Co/Wp-Content/Uploads/2021/06/Ley-1968-2019.Pdf>
73. Función Pública. Decreto 221 De 2023. Se Definen Las Directrices Para La Puesta En Marcha Y Funcionamiento A Nivel Territorial De La Ruta Integral Para La Atención Integra [Internet]. 2023. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=204223](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=204223)
74. Función Pública. Decreto 441 De 2022. Por Medio Del Cual Se Sustituye El Capítulo 4 Del Título 3 De La Parte 5 Del Libro 2 Del Decreto 780 De 2016 Relativo A Los Acuerdos De Voluntades Entre Las Entidades Responsables De Pago, [Internet]. 2022. Disponible en: <https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=184728>

75. Función Pública. Decreto 647 De 2022. Por El Cual Se Adiciona El Capítulo 6 Al Título 2 De La Parte 5 Del Libro 2 Del Decreto 780 De 2016, En El Sentido De Reglamentar La Prelación De Pagos Y El Giro Directo A Los Prestadores De Servicios De Salud Por Las Atenciones A La Población Menor De E... [Internet]. 2022. Disponible en:  
<https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma.Php?l=186047>
76. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 1786 De 2025 . 2025 [Internet]. Disponible en:  
<https://Www.Alcaldiabogota.Gov.Co/Sisjur/Normas/Norma1.Jsp?l=190597&Dt=S>
77. Función Pública. Resolución 202 De 2021. Por La Cual Se Modifica El Artículo 10 De La Resolución 4505 De 2012 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://Www.Suin-Juriscal.Gov.Co/Viewdocument.Asp?Id=30041619>
78. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 229 De 2020. Por La Cual Se Definen Los Lineamientos De La Carta De Derechos Y Deberes De La Persona Afiliada Y Del Paciente En El Sistema General De Seguridad Social En Salud Y De La Carta De Desempeño De Las Entidades Promotoras De Salud - Eps De Los Regimenes Cont... [Internet]. 2020. Disponible en:  
<https://Www.Asivamosensalud.Org/Políticas-Publicas/Normatividad/Resoluciones/Resolucion-229-De-2020>
79. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 2263 De 2020. Por La Cual Se Establecen Disposiciones Para La Selección De Miembros Y Funcionamiento Del Consejo Nacional Asesor En Cáncer Infantil Y De Los Consejos Asesores En Cáncer Infantil A Nivel Territorial . 2020.
80. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 276 De 2019. Por La Cual Se Modifica La Resolución 3280 De 2018 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://Www.Minsalud.Gov.Co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/De/Dij/Resolucion-276-De-2019.Pdf>
81. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 3339 De 2019. Por La Cual Se Establece E Implementa El Mecanismo De Cálculo Y Distribución De Los Recursos De La Upc Para Las Empresas Promotoras De Salud (Eps) De Los Regímenes Contributivo Y Subsidiado Y Demás Entidades Obligadas A Compensar (Eoc), Para Los Cánceres... [Internet]. 2019. Disponible en:  
<https://Www.Alcaldiabogota.Gov.Co/Sisjur/Normas/Norma1.Jsp?l=90223>
82. Ministerio De Salud Y Protección Social. Por La Cual Se Establece El Reporte Para El Registro De Pacientes Con Cáncer. [Internet]. 2014 [Consultado en: 2026 Abr 21]. Resolución 247 De 2014 . Disponible en:  
[https://Compilacionjuridica.Antioquia.Gov.Co/Compilacion/Compilacion/Docs/Resolucion\\_Minsaludps\\_0247\\_2014.Htm](https://Compilacionjuridica.Antioquia.Gov.Co/Compilacion/Compilacion/Docs/Resolucion_Minsaludps_0247_2014.Htm)
83. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 1552 De 2013 . Por Medio De La Cual Se Reglamentan Parcialmente Los Artículos 123 Y 124 Del Decreto-Ley 019 De 2012 Y Se Dictan Otras Disposiciones [Internet]. 2013. Disponible en:  
<https://Www.Alcaldiabogota.Gov.Co/Sisjur/Normas/Norma1.Jsp?l=53131>
84. Ministerio De Salud Y Protección Social. Resolución 1440 De 2013 . Por La Cual Se Reglamentan Parcialmente Los Artículos 14 De La Ley 1384 De 2010 Y 13 De La Ley 1388 Del Mismo Año [Internet]. 2013. Disponible en:  
<https://Www.Alcaldiabogota.Gov.Co/Sisjur/Normas/Norma1.Jsp?l=53068>
85. Ministerio De Salud Y Protección Social. Por La Cual Se Adoptan Las Guías De Práctica Clínica - Gpc Para El Manejo De La Leucemias Y Linfomas En Niños, Niñas Y Adolescentes, Cáncer De Mama, Cáncer De Colon Y Recto, Cáncer De Próstata Y Se Dictan Otras Disposiciones [Internet]. 2013 [Consultado en: 2026 Abr 22]. Resolución 1442 De 2013. Disponible en:  
<https://Www.Minsalud.Gov.Co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/De/Dij/Resolucion-1442-De-2013.Pdf>
86. Departamento Nacional De Planeación. Conpes 4143 De 2025 [Internet]. 2015. Disponible en:  
<https://Colaboracion.Dnp.Gov.Co/Cdt/Conpes/Econ%C3%B3micos/4143.Pdf>
87. Función Pública. Ley 2456 De 2025. Por Medio De La Cual Se Crean Los Fondos De Protección Y Apoyo A Personas Con Discapacidad Y Sus Cuidadores O Asistentes Personales, Y Se Dictan Otras Disposiciones. [Internet]. 2025. Disponible en:  
[https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=260416](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=260416)
88. Función Pública. Ley 2354 De 2024. Por Medio De La Cual Se Modifica El Artículo 1° De La Ley 1335 De 2009 Y Se Dictan Otras Disposiciones [Internet]. 2024. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=240576](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=240576)
89. Congreso De La República De Colombia. Por Medio De La Cual Se Establecen Medidas Efectivas Y Oportunas En Beneficio De La Autonomía De Las Personas Con Discapacidad Y Los Cuidadores O Asistentes Personales Bajo Un Enfoque De Derechos Humanos, Biopsicosocial, Se Incentiva Su Formación, Acceso... [Internet]. 2023 [Consultado en: 2026 Abr 21]. Ley 2297 De 2023. Disponible en:  
<https://Www.Alcaldiabogota.Gov.Co/Sisjur/Normas/Norma1.Jsp?l=143777>
90. Función Pública. Ley 2281 De 2023. Por Medio De La Cual Se Crea El Ministerio De Igualdad Y Equidad Y Se Dictan Otras Disposiciones [Internet]. 2023. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=200325](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=200325)
91. Función Pública. Ley 1335 De 2009. Por Medio De Las Cuales Se Previenen Daños A La Salud De Los Menores De Edad, La Población No Fumadora Y Se Estipulan Políticas Públicas Para La Prevención Del Consumo Del Tabaco Y El Abandono De La Dependencia Del Tabaco Del Fumador Y Sus Derivados En ... [Internet]. 2009. Disponible en:  
[https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=36878](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=36878)
92. Función Pública. Ley 1355 De 2009. Por Medio De La Cual Se Define La Obesidad Y Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles Asociadas A Esta Como Una Prioridad De Salud Pública Y Se Adoptan Medidas Para Su Control, Atención Y Prevención. [Internet]. 2009. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=37604](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=37604)

93. Función Pública. Ley 1581 De 2012. Por La Cual Se Dictan Disposiciones Generales Para La Protección De Datos Personales. [Internet]. 2012. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=49981](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=49981)
94. Función Pública. Por Medio De La Cual Se Modifica El Código Penal, Se Crea Un Nuevo Bien Jurídico Tutelado - Denominado "De La Protección De La Información Y De Los Datos"- Y Se Preservan Integralmente Los Sistemas Que Utilicen Las Tecnologías De La Información Y Las Com... [Internet]. 2009 [Consultado en: 2026 Abr 21]. Ley 1273 De 2009. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=34492](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=34492)
95. Función Pública. Ley 1266 De 2008. Por La Cual Se Dictan Las Disposiciones Generales Del Hábeas Data Y Se Regula El Manejo De La Información Contenida En Bases De Datos Personales, En Especial La Financiera, Crediticia, Comercial, De Servicios Y La Proveniente De Terceros Países Y Se Dict... [Internet]. 2008. Disponible en: [https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma\\_Pdf.Php?l=34488](https://Www.Funcionpublica.Gov.Co/Eva/Gestornormativo/Norma_Pdf.Php?l=34488)
96. Departamento Nacional De Planeación. Conpes 4144 De 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://Colaboracion.Dnp.Gov.Co/Cdt/Conpes/Econ%C3%B3micos/4144.Pdf>
97. Departamento Nacional De Planeación. Conpes 4069 Del 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://Colaboracion.Dnp.Gov.Co/Cdt/Conpes/Econ%C3%B3micos/3582.Pdf>
98. Ministerio De Ciencia T E I. Política Pública De Abropiación Social Del Conocimiento En El Marco De La Ctei. 2021.
99. Ministerio De Salud Y Protección Social. Orientaciones Para La Incorporación De La Técnica De Autotoma En Las Pruebas De Tamización De Adn-Vph Para La Detección Temprana De Cáncer De Cuello Uterino Subdirección De Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2025 [Consultado en: 2026 Abr 22]. Disponible en: [Www.Minsalud.Gov.Co](http://Www.Minsalud.Gov.Co)
100. Ministerio De Salud Y Proteccion Social, Instituto Nacional De Cancerología. Lineamiento Para El Fortalecimiento De Las Acciones Para El Control Del Cáncer De Cuello Del Útero En El Marco Del Plan De Choque En Colombia [Internet]. 2025 [Consultado en: 2026 Abr 22]. Disponible en: <https://Www.Minsalud.Gov.Co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/Vs/Pp/Ent/Lineamiento-Acciones-Cancer-Cuello-Utero-Plan-Choque-Colombia.Pdf>
101. Cáncer En La Niñez Y La Adolescencia - Ops/Oms | Organización Panamericana De La Salud [Internet]. [Consultado en: 2026 Abr 22]. Disponible en: <https://Www.Paho.Org/Es/Temas/Cancer-Ninez-Adolescencia>
102. Organización Mundial De La Salud. The Global Initiative For Childhood Cancer [Internet]. 2025 [Consultado en: 2026 Abr 22]. Disponible en: <https://Www.Who.Int/Initiatives/The-Global-Initiative-For-Childhood-Cancer>
103. Congreso De La República De Colombia. Ley 1388 De 2010 [Internet]. 2010 [Consultado en: 2026 Abr 22]. Disponible en: <https://Www.Alcaldiabogota.Gov.Co/Sisjur/Normas/Norma1.Jsp?l=39669>