



MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER 2026 - 2030

PUBLICACIÓN

581

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2026



MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER 2026 - 2030

PUBLICACIÓN

581

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia

2026

<p>R-BO QZ241 M665p No.581 2026</p>	<p>Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Plan Nacional de Respuesta Contra el Cáncer 2026-2030. /Ministerio de Salud y Deportes; Adriana Romanet Reynaga Soria; Eliana Zamora Ibañez; Ivan Aliaga Montenegro. Coaut. La Paz: Industrias Gráficas Platinum, 2026.</p> <p>52p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 581)</p> <p>Depósito legal: 4-1-40-2026 P.O.</p> <ul style="list-style-type: none"> I. NEOPLASIAS II. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER^smétodos III. VIGILANCIA EN SALU PÚBLICA IV. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS V. SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE SALUD^sprovisión & distribución VI. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD VII. POLÍTICA DE SALUD VIII. BOLIVIA <ul style="list-style-type: none"> 1. t. 2. Serie 3. Reynaga Soria, Adriana Romanet; Zamora Ibañez, Eliana; Aliaga Montenegro, Ivan. Coaut.
---	--

“PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER 2026 - 2030”

Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Calle Corneta Mamani N° 1981, esquina 20 de octubre. Zona Sopocachi.
Teléfono: (+591) 2426965.
www.minsalud.gob.bo

R.M.: 0125

Depósito legal: 4-1-40-2026 P.O.

Elaboración:

Dr. Ricardo Freddy Cespedes Sanabria
Dr. Iván Aliaga Montenegro
Dra. Eliana Zamora Ibañez
Dra. Adriana Romanet Reynaga Soria

Revisión Final:

Dr. Mayber Lenin Aparicio Loayza - Jefe de Gabinete
Dr. Stanley David Blanco Alba - Asesor de Despacho

Revisión Final y Validación:

Anexo editorial

La Paz, Dirección General de Redes de Servicios de Salud - Ministerio de Salud y Deportes – 2026

©Ministerio de Salud y Deportes 2026

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
AUTORIDADES NACIONALES**

Dra. Marcela Tatiana Flores Zambrana
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dr. José Luis Ríos Cambeses
**VICEMINISTRO DE GESTIÓN
DEL SISTEMA DE SALUD**

Dra. Roxana Elizabeth Encarnación Salamanca Kacic
**VICEMINISTRA DE PROMOCIÓN,
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y MEDICINA TRADICIONAL**

Dr. Roberto Bustamante Ponce
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Ricardo Freddy Céspedes Sanabria
**DIRECTOR GENERAL DE REDES Y
SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTACIÓN

El Plan Nacional de Respuesta contra el Cáncer constituye el marco estratégico que orienta la acción del Estado Plurinacional de Bolivia para enfrentar, de manera integral y coordinada, la creciente carga del cáncer en el país. Su formulación se sustenta en los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) y en el fortalecimiento del primer nivel de atención, reconociendo su rol fundamental en la promoción de la salud, la prevención, el tamizaje, la detección temprana y la referencia oportuna en el marco del Sistema Único de Salud.

El Plan impulsa la consolidación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como eje organizador de la atención oncológica, garantizando una continuidad real del cuidado desde el primer hasta el tercer nivel. Este modelo permitirá mejorar la coordinación entre servicios, establecimientos y territorios, reducir la fragmentación, optimizar el uso de los recursos disponibles y asegurar una atención resolutive, humanizada y centrada en las personas.

Asimismo, el Plan se implementa en coherencia con el proceso de descentralización en salud, promoviendo la participación activa y articulada de los niveles nacional, departamental y municipal en la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones. Esta articulación permitirá adaptar la respuesta a las realidades y necesidades de cada territorio, fortalecer capacidades locales y reducir desigualdades en el acceso a los servicios oncológicos.

El Plan integra intervenciones basadas en evidencia y en lineamientos internacionales, orientadas a mejorar la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Todo ello se desarrolla con un enfoque de equidad, género y curso de vida, garantizando que cada persona, sin distinción, pueda acceder a servicios oportunos y de calidad.

Con su implementación, el Estado Plurinacional de Bolivia avanza hacia la construcción de un sistema de salud más sólido, eficiente y accesible, capaz de responder de manera efectiva a las necesidades de la población frente al cáncer y comprometido con la protección de la vida y el bienestar de las y los bolivianos.


Dra. Marcela Tatiana Flores Zambrana
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Resolución Ministerial

16 MAR 2026



MINISTERIO
DE SALUD Y DEPORTES

Nº 0125

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I del Artículo 35 de la Constitución Política del Estado establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que, el Artículo 37 de la Constitución Política del Estado establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, constituyéndose en una función suprema y primera responsabilidad financiera, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Que, la Ley Nº 1152 establece que el Estado garantizará el acceso universal, gratuito y equitativo a la atención integral en salud para toda la población boliviana, priorizando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el fortalecimiento del primer nivel de atención como eje articulador del sistema sanitario.

Que, el inciso w) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo Nº 4857 establece que las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo tienen la atribución de emitir Resoluciones Ministeriales en el marco de sus competencias.

Que, los incisos b), d) y g) del Artículo 84 del Decreto Supremo Nº 4857 establecen entre las atribuciones de la Ministra(o) de Salud y Deportes ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria del sistema de salud; regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud; y promover la implementación del modelo de gestión y atención en salud.

Que, mediante Informe Técnico MSyD/VGSNS/DGRSS/PNLCC/IT/54/2026, de 09 de marzo de 2026, emitido por la Dra. Eliana Zamora Ibáñez, Profesional Médico de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud y el Dr. Iván Aliaga Montenegro, Profesional Médico del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, vía el Director General de Redes de Servicios de Salud y el Viceministro de Gestión del Sistema Nacional de Salud, solicitan la emisión de Resolución Ministerial para la aprobación del Documento Técnico Normativo "PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER 2026-2030".

Que, el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJU/IL/217/2026, concluye que el Documento Técnico Normativo "PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER 2026-2030" no contraviene las disposiciones jurídicas vigentes y se encuentra en concordancia con las políticas nacionales de salud y el marco normativo que regula el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, por lo que resulta procedente la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe dicho documento.

POR TANTO:

La **MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES**, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo Nº 4857 de 6 de enero de 2023, de Organización del Órgano Ejecutivo.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Documento Técnico Normativo "PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER 2026-2030" asignado con el Nº 582, que en anexo forma parte integrante e insoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER la implementación y aplicación del Documento Técnico Normativo "PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER 2026-2030" en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, en los subsectores público, privado y de la seguridad social de corto plazo, conforme a sus competencias y niveles de atención.

ARTÍCULO TERCERO.- AUTORIZAR a la Dirección General de Redes de Servicios de Salud la reproducción, difusión y socialización del Documento Técnico Normativo aprobado mediante la presente Resolución Ministerial, debiendo depositarse un ejemplar en el Archivo Central del Ministerio de Salud y Deportes.





MINISTERIO
DE SALUD Y DEPORTES

ARTÍCULO CUARTO.- El Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud y del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, queda encargado de la ejecución, seguimiento y evaluación de la implementación del referido documento.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Gonzalo Omar Rivas Valverde
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dra. Marcela Tatiana Flores Zambrana
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I. GENERALIDADES	15
1. Antecedentes	15
2. Marco normativo y estratégico	15
2.1. Marco Normativo y Estratégico Internacional	16
2.2. Marco Normativo y Estratégico Nacional	17
3. Ámbito de aplicación	19
4. Finalidad	19
CAPITULO II. DETERMINANTES DE LA SALUD, SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN EN SALUD	21
1. Determinantes de la salud	21
1.1. Determinantes sociales de la salud	21
2. Promoción de la salud y prevención de enfermedades	21
2.1. Factores de riesgo	22
3. Situación mundial del cáncer	22
4. Situación del cáncer en Bolivia	23
4.1. Cáncer en adultos	23
4.2. Cáncer infantil	25
5. Situación de la atención del cáncer en Bolivia	26
5.1. Disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento	27
5.2. Servicios de salud oncológicos adultos	28
5.3. Servicios de salud oncológicos pediátricos	28
5.4. Red Oncológica Departamental	29
5.4.1. Principios de Gobernanza	29
5.4.2. Estructura de Gobernanza	29
5.4.3. Mecanismos de Coordinación de la Red	30
5.5. Presupuesto para cáncer	30
5.6. Red Integral Oncológica de Bolivia por Departamentos	31
5.6.1. Nodo Nacional de Alta Complejidad	31
5.6.2. Nodos Regionales de Atención Oncológica	31
5.6.3. Nodos Departamentales de Atención Oncológica	31
5.6.4. Departamentos con Referencia Interdepartamental	32
5.6.5. Estructura Funcional y Territorial de la Red	32
5.6.6. Modelo Propuesto de Red Especializada de Cáncer en Bolivia	33
5.7. Misión impACT	34
CAPITULO III. PLAN NACIONAL DE RESPUESTA AL CÁNCER	37
1. Justificación	37
2. Misión	37
3. Visión	37
4. Objetivos	38

5. Actividades por objetivo específico	38
6. INDICADORES	43
CAPÍTULO IV. ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA PARA EL CONTROL DEL CÁNCER (2026-2030)	57
CAPÍTULO V. MONITOREO Y EVALUACIÓN	63
ANEXOS	65
ANEXO 1. Medicamentos citostáticos para cáncer en adultos en la LINAME	65
ANEXO 2. Medicamentos citostáticos para cáncer en niños en la LINAME	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de casos nuevos de todos los tipos de cáncer según subsector. Bolivia, 2016 al 2024	23
Tabla 2. Distribución de número de casos nuevos de cáncer en adultos, por departamento y gestión, Bolivia 2016 al 2024	23
Tabla 3. Distribución de casos nuevos de todos los tipos de cáncer por localización o sitio primario, sexo y casos fallecidos. Bolivia, 2016 al 2024	24
Tabla 4. Distribución de casos nuevos de todos los tipos de cáncer en la niñez y la adolescencia por subsector y sexo. Bolivia, 2016 al 2024	25
Tabla 5. Distribución de casos de cáncer infantil y adolescente, por departamento y gestión. Bolivia 2016 al 2024	25
Tabla 6. Distribución de casos nuevos y fallecimientos por cáncer infantil y adolescente, por diagnóstico y sexo. Bolivia, 2016 al 2024	26
Tabla 7. Consolidado de transferencias a establecimientos de salud públicos. Bolivia, 2019 al 2025	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Red oncológica de Bolivia, 2026	34
--	----

ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES

ABEN	Agencia Boliviana de Energía Nuclear
AGEMED	Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud
ASUSS	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo
CAI	Comité de Análisis de la Información
CAP	Conductas Actitudes y Prácticas
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS
CEASS	Central de Abastecimientos y Suministros de Salud
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CNIDAI	Comité Nacional de Integración Docente Asistencia e Investigación
ECE	Expediente Clínico Electrónico.
ENT	Enfermedades No Transmisibles
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FR	Factor de Riesgo
INAMEN	Instituto Nacional de Medicina Nuclear
IARC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
LINAME	Lista Nacional de Medicamentos
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
PAP	Papanicolau
PDES	Plan de Desarrollo Económico Social
PEI	Plan Estratégico Institucional
PNLCC	Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer
PNRCC	Plan Nacional de Respuesta Contra el Cáncer 2026 - 2030
PRONACS	Proyecto Nacional de Calidad en Salud
PSA	Prostatic Specific Antigen (Antígeno Prostático Específico)
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SALMI	Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SIAL	Sistema de Información de Administración de Almacenes
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
SIS	Sistema Integrado de Salud
TAC	Tomografía Axial Computarizada
VPH	Virus del Papiloma Humano

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1. Antecedentes

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud y establece la obligación del Estado de garantizar la inclusión, el acceso universal y la atención sin ningún tipo de discriminación.

Asimismo, el dispone que el Estado, en todos sus niveles de gobierno, debe proteger y promover el derecho a la salud mediante políticas públicas que fortalezcan la calidad de la atención, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

En cumplimiento de este mandato constitucional y ante el incremento sostenido de las necesidades de las personas con cáncer en el país, el Ministerio de Salud y Deportes creó el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer (PNLCC) mediante Resolución Ministerial N.º 0953 del 21 de diciembre de 2017, bajo dependencia de la Dirección General de Servicios de Salud.

La resolución otorga al Programa la responsabilidad de formular políticas, estrategias y planes para la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento integral y rehabilitación de todos los tipos de cáncer a nivel nacional, así como de generar, actualizar e implementar normativa y procedimientos técnicos que garanticen una atención oportuna y resolutiva, en coordinación con los diferentes niveles de gobierno y en el marco de la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes.

Posteriormente, y en concordancia con el mandato constitucional, se promulgó la Ley N.º 1223 del 5 de septiembre de 2019 (Ley del Cáncer), instrumento que declara al cáncer como prioridad de salud pública y establece los lineamientos para el desarrollo de acciones integrales de prevención, control, atención y rehabilitación.

Esta ley fue reglamentada mediante el Decreto Supremo N.º 4881 del 22 de febrero de 2023, el cual operacionaliza sus disposiciones e incorpora la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva del sistema de salud, con énfasis en el primer nivel de atención, la Atención Primaria de Salud (APS) y la organización de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en coherencia con los compromisos internacionales asumidos.

2. Marco normativo y estratégico

El marco normativo que sustenta el Plan se construye sobre los principios constitucionales del derecho a la salud, la rectoría del Estado y la garantía de acceso universal, oportuno y equitativo a los servicios de salud.

Este cuerpo legal incorpora leyes, decretos y disposiciones que establecen las bases para la organización, regulación y fortalecimiento de las intervenciones integrales en cáncer, así como lineamientos que orientan la implementación de la Atención Primaria de Salud, las Redes Integradas de Servicios de Salud y la capacidad resolutiva del primer nivel de atención.

2.1. Marco Normativo y Estratégico Internacional

- » **El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.** “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, que posiciona la reducción de la mortalidad prematura por ENT como una prioridad a 2030, específicamente mediante la meta 3.4.
- » **Alianza por la Atención Primaria de Salud en las Américas.** Bolivia formalizó su adhesión a esta Alianza en enero de 2026, incorporándola como un referente técnico-político fundamental para la formulación del presente Plan. Su adopción permite integrar plenamente los lineamientos regionales orientados a la transformación de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria, la expansión de los servicios esenciales, la promoción de la innovación en la prestación de servicios y el fortalecimiento de la resiliencia del sistema sanitario.
- » **Plan de acción sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2025-2030 de la OPS/OMS.** Reconoce que para abordar las ENT es necesario aplicar un enfoque que abarque a todo el gobierno y a toda la sociedad, con alianzas multisectoriales y con tres líneas de acción estratégicas generales.
- » **Hoja de ruta 2023-2030 para la aplicación del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.** Sus seis objetivos serán la guía para el desarrollo y fortalecimiento de los planes nacionales de respuesta frente a las ENT.
- » **Iniciativa de la OPS para ampliar y acelerar la integración de servicios de Enfermedades No Transmisibles en la atención primaria de salud.** Busca fortalecer la APS para garantizar acceso equitativo a servicios integrales de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las ENT. Se centra en fortalecer la capacidad de las autoridades sanitarias para planificar e implementar servicios integrados; mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para brindar detección, diagnóstico, tratamiento y derivación/contrarreferencia de calidad; y optimizar la recopilación y uso de datos para el seguimiento del diagnóstico, tratamiento y resultados clínicos de las personas con ENT.
- » **Estrategia Mundial para acelerar la Eliminación del Cáncer Cervicouterino 2020–2030.** La Estrategia establece el marco de metas 90-70-90, basado en tres pilares esenciales: vacunación, logrando que el 90 % de las niñas esté completamente vacunada contra el virus del papiloma humano (VPH) antes de los 15 años; tamizaje, asegurando que el 70 % de las mujeres sea evaluada mediante pruebas de alta precisión en los grupos de edad recomendados; y tratamiento, mediante el cual el 90 % de las mujeres con lesiones precancerosas recibe tratamiento oportuno y efectivo. Este conjunto de metas orienta a los países hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública.
- » **La Iniciativa Mundial para el Cáncer de Mama 2021.** Establece un marco estratégico sustentado en tres pilares esenciales: La detección precoz, cuyo objetivo es que más del 60 % de los cánceres invasivos se diagnostiquen en fases I o II; El diagnóstico oportuno, garantizando que la evaluación clínica, los estudios de imagen, la toma de muestras y el análisis anatomopatológico se completen dentro de un plazo máximo de 60 días;

y el tratamiento integral, orientado a que más del 80 % de las mujeres diagnosticadas accedan y completen un manejo multimodal basado en la evidencia, sin abandono. Estos pilares permiten estructurar respuestas nacionales que reduzcan de forma sostenida la mortalidad por cáncer de mama (1).

- » **Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil – CureAll.** Orienta la respuesta global y regional al cáncer infantil, con la meta de alcanzar al menos 60 % de supervivencia para todos los niños y niñas con cáncer hacia 2030. Se organiza en cuatro pilares técnicos: Centros de excelencia, que aseguran diagnóstico oportuno, referencia efectiva y fortalecimiento de capacidades e infraestructura; Cobertura universal, que garantiza acceso al diagnóstico, tratamiento, soporte clínico y cuidados paliativos; Regímenes de tratamiento, basados en guías nacionales y disponibilidad continua de medicamentos e insumos; y Evaluación y monitoreo, mediante la optimización de registros e indicadores. Estos pilares se articulan con tres facilitadores esenciales: abogacía, financiamiento sostenible y gobernanza nacional, que permiten la continuidad del tratamiento y la organización de redes pediátricas oncológicas integrales (2).
- » **Estrategias para la disminución de los factores de riesgo.** La ONU, reconoce mandatos en particular las resoluciones 64/265 y 65/238; el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS; las resoluciones con relación al control y prevención de las ENT previstas en el Plan de Acción 2008 – 2013; estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol además de otras iniciativas regionales, tales como:
 - o La estrategia Mundial Para Reducir el uso nocivo del alcohol que insta a los miembros a que “adopten y apliquen la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.
 - o Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, cuyo objetivo es reducir los factores de riesgo relacionados con las dietas poco saludables y la inactividad física.

2.2. Marco Normativo y Estratégico Nacional

- Constitución Política del Estado, de 07 de febrero de 2009.
- Ley N° 650, Agenda Patriótica del Bicentenario 2025 del 15 de enero de 2015.
- Ley N° 1407, PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2021-2025.
- Ley N° 1737, Política Nacional del Medicamento del 17 de diciembre de 1996.
- Ley N° 548, Código Niño, Niña y Adolescente de 14 de octubre de 1999.
- Ley N° 3131, del Ejercicio Profesional Médico, de 08 de agosto de 2005.
- Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” del 19 de julio de 2010.
- Ley N° 252, De tolerancia para examen médico de Papanicolaou y/o Mamografía, del 3 de julio de 2012.

- Ley N° 798, Ley de Modificación a la Ley N° 252 de 25 de abril de 2016.
- Ley N° 1223, Ley del Cáncer de 05 de septiembre de 2019.
- Decreto Ley N° 15629 del 18 de julio de 1978 “Código de Salud”.
- Decreto Supremo N° 28562 del 22 de diciembre de 2005, Reglamento del Ejercicio Profesional Médico.
- Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo 2018, Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- Decreto Supremo N° 4881 de 22 de febrero de 2023, Reglamento de la Ley del Cáncer.
- Resolución Ministerial N° 0025 del 14 de enero de 2005, Reglamento General de Hospitales.
- Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008, Instrumentos Normativos de Calidad del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).
- Resolución Ministerial N° 0039 del 30 de enero del 2013, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud del Primer Nivel, Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.
- Resolución Ministerial N° 0953 de 21 de diciembre de 2017, Creación del Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer.
- Resolución Ministerial N° 0752 de 19 de septiembre de 2019, Norma Nacional de Caracterización y Funcionamiento de las Unidades de Radioterapia.
- Resolución Ministerial N° 0109 de 25 de marzo de 2022, Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- Resolución Ministerial N° 0326 de 12 de junio de 2024, Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Cuello Uterino, Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Mama y Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Próstata.
- Resolución Ministerial N° 0075 de 27 de febrero de 2024, Guía de Diagnostico Oportuno del Cáncer en la Niñez y Adolescencia.
- Resolución Ministerial N° 0277 de 20 de junio de 2024, Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 0523 de 31 de octubre de 2025, Norma Nacional de Atención Clínica de los Cánceres Priorizados en la Niñez y la Adolescencia.
- Resolución Ministerial N° 0524 de 31 de octubre de 2025, Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026-2030.
- Resolución Ministerial N° 0036, del 03 de febrero del 2026, declaración del “Mes de la lucha contra el cáncer” a nivel nacional.

3. Ámbito de aplicación

El Plan Nacional de Cáncer, es de cumplimiento y aplicación obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud e Instituciones relacionadas en todo el territorio nacional.

4. Finalidad

El Plan Nacional de Cáncer, tiene como finalidad brindar lineamientos estratégicos para mejorar la atención integral del cáncer contribuyendo en la disminución de la morbimortalidad por esta enfermedad.

CAPÍTULO II

DETERMINANTES DE LA SALUD, SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN EN SALUD

1. Determinantes de la salud

Los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

El modelo de Marc Lalonde plantea que la salud de una población depende de la interacción de cuatro grupos de factores: el medio ambiente, que abarca tanto el entorno natural como el social y sus influencias sobre la salud; los estilos y hábitos de vida, conformados por comportamientos individuales y por el contexto social que pueden afectar negativamente la salud; el sistema sanitario, entendido como la disponibilidad, accesibilidad, calidad y eficacia de los servicios, recursos y tecnologías; y la biología humana, que incluye factores genéticos y hereditarios que influyen en la susceptibilidad a enfermedades y en la respuesta a tratamientos. Este enfoque permitió ampliar la comprensión de los determinantes de la salud más allá del sistema sanitario, destacando la importancia de intervenciones intersectoriales.

1.1. Determinantes sociales de la salud

Se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”.

El modelo de determinantes sociales de la salud distingue factores estructurales, que definen la posición socioeconómica de las personas y generan inequidades según su ubicación en las jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos (como educación, empleo, género y grupo étnico), y factores intermedios, que explican la exposición y vulnerabilidad diferencial a riesgos para la salud (3). Estos incluyen condiciones materiales (vivienda, entorno laboral, capacidad de consumo), factores psicosociales (estrés, apoyo social), conductuales y biológicos (hábitos de vida y predisposición genética), cohesión social y el desempeño del sistema de salud. Ambos niveles interactúan y están atravesados por desigualdades de género que condicionan el acceso oportuno a información, servicios y acciones de prevención, detección y atención integral, especialmente en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (4-6).

2. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Las políticas de salud deben priorizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, integrando estas acciones de manera transversal en todas las actividades de atención.

2.1. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica biológica, genética, conductual, ambiental o social que aumenta la probabilidad de desarrollar o morir por una enfermedad. En el cáncer, destacan como riesgos principales el consumo de tabaco y alcohol, la alimentación no saludable, la inactividad física y la exposición a contaminantes ambientales con potencial cancerígeno. También son determinantes importantes diversas infecciones crónicas, como *Helicobacter pylori*, los virus de hepatitis B y C, los papilomavirus humanos y el virus de Epstein-Barr, mientras que el VIH incrementa significativamente el riesgo de varios cánceres. En la población pediátrica, los riesgos se asocian con síndromes genéticos, enfermedades congénitas y antecedentes familiares, lo que requiere seguimiento especializado por predisposición hereditaria (7).

3. Situación mundial del cáncer

La incidencia y mortalidad por cáncer están aumentando rápidamente a nivel mundial como resultado del crecimiento y envejecimiento de la población, así como de los cambios en la prevalencia y distribución de los principales factores de riesgo, muchos de ellos vinculados al desarrollo socioeconómico (8).

Distribución de casos y muertes por región mundial y tipos de cáncer

En 2022 se estimaron 20 millones de casos nuevos de cáncer y 9,7 millones de muertes en el mundo, con una distribución desigual entre regiones: Europa concentró el 22,8% de los casos y América el 20,9%, mientras que en Asia y África la proporción de muertes superó la de incidencia debido a mayores tasas de letalidad (8). Los tipos de cáncer más frecuentes son:

- » **Cáncer de cuello uterino (CCU).** Es el cuarto cáncer diagnosticado con más frecuencia y la cuarta causa principal de muerte por cáncer en mujeres, con un estimado de 604.000 casos nuevos y 342.000 muertes en todo el mundo en 2020.
- » **Cáncer de mama.** El cáncer de mama es la principal causa de incidencia mundial de cáncer en 2020, con un estimado de 2,3 millones de casos nuevos, lo que representa el 11,7 % de todos los casos de cáncer. Es la quinta causa de mortalidad por cáncer en todo el mundo, con 685.000 muertes. Entre las mujeres, el cáncer de mama representa 1 de cada 4 casos de cáncer y 1 de cada 6 muertes por cáncer, ocupando el primer lugar en incidencia en la gran mayoría de los países (159 de 185 países) y en mortalidad en 110 países (8, 9).
- » **Cáncer de próstata.** Con un estimado de casi 1,4 millones de casos nuevos y 375.000 muertes en todo el mundo, el cáncer de próstata es el segundo cáncer más frecuente y la quinta causa principal de muerte por cáncer entre los hombres en 2020. Es el cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en hombres en más de la mitad (112 de 185) de los países del mundo. Las tasas de incidencia varían de 6,3 a 83,4 por cada 100.000 hombres en todas las regiones, y las tasas más altas se encuentran en el norte y el oeste de Europa, el Caribe y Australia.
- » **Cáncer infantil.** Cada año, el cáncer afecta a aproximadamente 280.000 niñas, niños

y adolescentes a nivel mundial y a cerca de 30.000 menores de 19 años en América Latina y el Caribe, de los cuales alrededor de 10.000 fallecen por esta causa, siendo los más frecuentes la leucemia, los tumores del sistema nervioso central, los linfomas y los tumores sólidos como el neuroblastoma y el tumor de Wilms. Respecto a la supervivencia, persisten marcadas inequidades, en contextos de ingresos altos la supervivencia alcanza cerca al 80 %, en muchos países de ingresos bajos y medianos alcanza solo alrededor del 20 % (2).

4. Situación del cáncer en Bolivia

Los datos presentados en este apartado son derivados del Registro del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer (PNLCC).

4.1. Cáncer en adultos

Tabla 1. Distribución de casos nuevos de todos los tipos de cáncer según subsector. Bolivia, 2016 al 2024

SUBSECTOR	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL CASOS
PÚBLICO	5689	5686	5399	6366	6027	7085	7470	7563	9532	60.817
SEGURIDAD TOTAL	2731	3125	3031	4255	1355	2822	2178	2260	1456	23.213
PRIVADO	783	852	673	1065	515	809	818	806	666	6.987
TOTAL	9.203	9.663	9.103	11.686	7.897	10.716	10.466	10.629	11.654	91.017

Fuente: Base de datos 2016-2024 PNLCC –Ministerio de Salud y Deportes - Bolivia

El Registro Nacional de Cáncer del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer reporta **91.017** nuevos casos de cáncer en adultos entre el 2016 y 2024, de los cuales el 66,9% fueron diagnosticados en el subsector público, un 22,2% en el subsector de la seguridad social a corto plazo y un 10,9% en el subsector privado, esto nos muestra que en el sistema nacional de salud el subsector publico registra la mayoría de los casos nuevos por cáncer, tal como se muestra en la tabla N° 1.

Tabla 2. Distribución de número de casos nuevos de cáncer en adultos, por departamento y gestión, Bolivia 2016 al 2024.

DEPARTAMENTO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL CASOS
SANTA CRUZ	3250	3354	3239	3488	2216	3244	3191	3218	3899	29.099
LA PAZ	3449	3567	2865	3707	2764	3120	2787	2553	3000	27.812
COCHABAMBA	1459	1672	1810	2779	1334	2183	2399	3074	2892	19.602
CHUQUISACA	542	540	755	486	599	881	644	565	602	5.614
TARIJA	256	224	148	353	442	487	760	432	504	3.606
ORURO	154	151	142	284	179	398	212	292	325	2.137
POTOSI	1	51	30	283	215	179	249	349	279	1.636
BENI	76	77	93	248	118	177	182	109	113	1.193
PANDO	16	27	21	58	30	47	42	37	40	318
TOTAL	9.203	9.663	9.103	11.686	7.897	10.716	10.466	10.629	11.654	91.017

Fuente: Base de datos 2016-2023 PNLCC-Ministerio de Salud y Deportes –Bolivia

El Registro Nacional de Cáncer reporta 91.017 casos nuevos en adultos entre 2016 y 2024, concentrados principalmente en los departamentos de Santa Cruz (32%), La Paz (30,6%) y Cochabamba (21,5%), departamentos que en conjunto acumulan el 84,1% de los casos, además en estos departamentos se cuentan con los hospitales de referencia nacional con respecto al servicio de oncología del país. Tal como lo muestra la tabla N° 2.

Tabla 3. Distribución de casos nuevos de todos los tipos de cáncer por localización o sitio primario, sexo y casos fallecidos. Bolivia, 2016 al 2024.

LOCALIZACIÓN POR SITIO PRIMARIO	CASOS NUEVOS		TOTAL CASOS	CASOS FALLECIDOS		TOTAL, FALLECIDOS
	SEXO			SEXO		
	FEMENINO	MASCULINO		FEMENINO	MASCULINO	
CÉRVIX	15.560	0	15.560	3.306	0	3.306
MAMA	9.054	0	9.054	1.871	0	1.871
PIEL	4.095	2.754	6.849	580	453	1.033
PRÓSTATA	0	5.207	5.207	0	2.005	2.005
ESTÓMAGO	2.335	2.103	4.438	1.480	1.518	2.998
PULMÓN	2.351	1.942	4.293	1.425	1.193	2.618
COLON	1.879	1.609	3.488	774	689	1.463
LINFOMA	1.698	1.671	3.369	630	695	1.325
LEUCEMIA	1.501	1.660	3.161	818	900	1.718
VESÍCULA BILIAR	1.993	770	2.763	1.339	639	1.978
HÍGADO	1.501	1.040	2.541	1.045	786	1.831
OVARIO	1.923	0	1.923	541	0	541
TIROIDES	1.398	521	1.919	264	118	382
OTRAS LOCALIZACIONES	12.569	13.883	26.452	4.297	4.225	8.522
TOTAL	57.857	33.160	91.017	18.370	13.221	31.591

Fuente: Base de datos 2016-2024 - PNLCC - Ministerio de Salud y Deportes – Bolivia

Durante el periodo 2016 al 2024, se reportaron un total de 31.591 casos fallecidos por todos los tipos de cáncer durante el mismo periodo. De estos, 18.370 casos (58%) correspondieron al sexo femenino, y 13.221 casos (42%) al sexo masculino.

Respecto a los casos nuevos de cáncer según el sexo. En las mujeres, los cinco sitios primarios más frecuentes son cuello uterino, mama, piel, estómago y pulmón, mientras que en los varones predominan los cánceres de próstata, piel, estómago, pulmón y esófago.

Respecto al cáncer en la mujer, entre 2016 y 2024, el Registro notificó 57.857 casos en mujeres, predominando el cáncer de cérvix (cuello uterino) (26,9%), otras localizaciones (21,7%), mama (15,6%), piel (7,1%) y pulmón (4,1%), con mayor concentración de cáncer de cuello uterino entre los 30 y 59 años y de cáncer de mama entre los 40 y 59 años. En el mismo periodo se registraron 18.370 muertes en mujeres, quienes mantuvieron de forma consistente el número más alto de defunciones por año, con un incremento notable entre 2018 y 2019 y un retorno a niveles similares o superiores en 2021 y 2022.

Respecto al cáncer en varones, entre 2016 y 2024 se notificaron 33.160 casos de cáncer en varones, predominando otras localizaciones (41,90%), cáncer de próstata (15,7%), piel (8,3%), estómago (6,3%) y pulmón (5,8%), además de casos relevantes en ganglio linfático, colon, médula ósea, hígado, encéfalo y vesícula biliar. El cáncer de próstata se concentra principalmente en hombres mayores de 50 años, mientras que el cáncer de piel se presenta con mayor frecuencia a partir de los 40 años. En cuanto a mortalidad, se registraron 13.221 defunciones en el periodo, con una tendencia ascendente entre 2016 y 2019, una reducción marcada en 2020 y un repunte en 2021–2022.

4.2. Cáncer infantil

Tabla 4. Distribución de casos nuevos de todos los tipos de cáncer en la niñez y la adolescencia por subsector y sexo. Bolivia, 2016 al 2024.

SUBSECTOR	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MACULINO	
PÚBLICO	1589	1794	3.383
SEGURIDAD SOCIAL	197	234	431
PRIVADO	49	68	117
TOTAL	1.835	2.096	3.931

Fuente: Base de datos 2016-2024 PNLCC-Ministerio. Salud y Deportes –Bolivia

El Registro Nacional de Cáncer del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer reporta **3.931** nuevos casos de cáncer en niños y adolescentes entre el 2016 y 2024, de los cuales el 86% fueron diagnosticados en el sub sector público, un 11% en el sub sector de la seguridad social a corto plazo y un 3% en el subsector privado, esto nos muestra que en el sistema nacional de salud el subsector publico registra la mayoría de los casos nuevos por cáncer, también se puede observar que el sexo masculino presenta un mayor porcentaje de casos nuevos (53,3%) en comparación con el sexo femenino (46,7%) tal como se muestra en la tabla N° 4.

Tabla 5. Distribución de casos de cáncer infantil y adolescente, por departamento y gestión. Bolivia 2016 al 2024.

DEPARTAMENTOS	GESTIONES									TOTAL CASOS
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
SANTA CRUZ	194	228	168	166	122	133	144	119	140	1.414
LA PAZ	165	151	126	171	126	138	113	117	138	1.245
COCHABAMBA	34	55	47	71	100	57	220	102	136	822
CHUQUISACA	7	16	13	45	14	20	16	19	25	175
TARIJA	0	10	2	17	9	18	21	14	11	102
ORURO	2	7	4	23	23	3	8	3	2	75
POTOSI	3	3	3	10	4	3	10	3	11	50
BENI	3	2	1	2	10	7	3	2	2	32
PANDO	0	2	0	3	0	1	4	3	3	16
TOTAL	408	474	364	508	408	380	539	382	468	3.931

Fuente: Base de datos 2016-2024 - PNLCC - Ministerio de Salud y Deportes - Bolivia

El Registro Nacional de Cáncer del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer reporta que durante el periodo de 8 años (2016-2024), se registraron 3.931 nuevos casos de cáncer en la niñez y adolescencia (0 a 15 años), lo que representa un promedio de 436 casos nuevos por año a nivel nacional, también se puede observar que los departamentos de Santa Cruz (30,5%), La Paz (27,6%) y Cochabamba (17,3%), concentran la mayoría de los casos nuevos de cáncer en la niñez y la adolescencia con un total acumulado (gestiones 2016-2024) de 2.961 (75,4%) nuevos casos (tabla 5), en estos departamentos también se cuenta con hospitales de referencia nacional en los que se brinda el servicio de oncología para la atención a los niños y adolescentes que así lo requieran.

Tabla 6. Distribución de casos nuevos y fallecimientos por cáncer infantil y adolescente, por diagnóstico y sexo. Bolivia, 2016 al 2024.

DIAGNÓSTICOS	SEXO		TOTAL, CASOS	SEXO		TOTAL, FALLECIDOS
	FEMENINO	MASCULINO		FEMENINO	MASCULINO	
LEUCEMIA	720	778	1498	216	240	456
LINFOMA	166	220	386	32	45	77
TUMORES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	90	115	205	10	12	22
RETINOBLASTOMA	55	65	120	11	10	21
HEPATOBLASTOMA	39	57	96	18	32	50
TUMOR DE WILMS	52	36	88	10	15	25
SARCOMA DE PARTES BLANDAS	33	28	61	30	21	51
SARCOMA ÓSEOS	10	13	23	8	5	13
OSTEOSARCOMA	46	68	114	21	19	40
RABDOMIOSARCOMA	22	37	59	5	11	16
NEUROBLASTOMA	11	18	29	4	9	13
OTROS TIPOS DE DIAGNÓSTICOS	591	661	1252	70	90	160
TOTAL	1.835	2.096	3.931	435	509	944

Fuente: Base de datos 2016-2024 - PNLCC - Ministerio de Salud y Deportes – Bolivia

La tabla 6 muestra que, entre 2016 y 2024, de los 3.931 existe predominio en varones (2.096 casos) frente a mujeres (1.835). Los diagnósticos más frecuentes fueron leucemia, linfomas y sarcomas, seguidos por retinoblastoma, osteosarcoma, hepatoblastoma y otros tumores sólidos, con un patrón similar en ambos sexos. En términos de mortalidad, se notificaron 944 fallecimientos, también con mayor carga en varones (509) que en mujeres (435), siendo la leucemia la principal causa de muerte (456 fallecidos).

5. Situación de la atención del cáncer en Bolivia

En el subsector público, la atención de las personas con cáncer se rige por Sistema Integrado de Salud que garantiza la cobertura integral desde la promoción hasta la rehabilitación para la población sin seguro social a corto plazo, lo que exige asegurar mecanismos sostenibles de financiamiento. La organización de los servicios se estructura en redes de atención, con ingreso por el primer nivel y derivación a niveles superiores según la complejidad:

- » **Primer Nivel.** El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud y tiene un rol central en la promoción de la salud, prevención y detección temprana del cáncer, trabajando de manera coordinada con organizaciones de la sociedad civil. Sus funciones incluyen orientar a la población, identificar signos y síntomas de sospecha, realizar pruebas de laboratorio e imagen básicas según su capacidad resolutive, y referir oportunamente los casos sospechosos a al 2do o 3er nivel de atención. Asimismo, debe fortalecer las competencias del recurso comunitario en salud para apoyar la promoción y detección temprana, de acuerdo con la normativa vigente y los estándares de la APS.
- » **Segundo Nivel.** El segundo nivel es responsable de la atención de personas referidas desde el primer nivel con sospecha de cáncer, realizando pruebas de laboratorio e imagen según su capacidad resolutive y efectuando valoraciones especializadas y biopsias cuando estén disponibles. Asimismo, participa en el seguimiento de pacientes contrarreferidos del tercer nivel conforme a protocolos, y ejecuta otras acciones diagnósticas propias de su capacidad resolutive. Cuando se confirme un diagnóstico de cáncer, el segundo nivel debe referir al paciente al tercer nivel u otro establecimiento con servicio de oncología, garantizando continuidad y oportunidad en la atención.
- » **Tercer Nivel.** El tercer nivel concentra los servicios de diagnóstico y tratamiento oncológico especializado, realizando estudios avanzados de laboratorio e imagen, biopsias e inmunohistoquímica para la confirmación diagnóstica y el estadiaje clínico-quirúrgico. Cuenta con equipos multidisciplinarios que definen y aplican el tratamiento integral, incluyendo cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapias dirigidas, además de brindar cuidados paliativos, seguimiento y monitoreo de los casos. Este nivel debe contrarreferir oportunamente al 1er nivel de atención, para que el paciente oncológico realice su debido seguimiento y control acorde a la necesidad y según la evolución clínica y apoyar la capacitación y control de calidad del segundo nivel dentro de la red.

5.1. Disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento

La disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer en el sector público muestra una marcada concentración en el eje troncal, con La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Chuquisaca como principales núcleos de atención especializada. Estos departamentos cuentan con servicios de oncología de adultos, y solo La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija disponen además de oncología pediátrica, lo que confirma su rol como centros de referencia nacional. Los estudios de imagen avanzada (RM/TAC), quimioterapia y anatomía patológica están presentes fundamentalmente en estos mismos departamentos, mientras que Beni y Pando no registran ninguno de los servicios listados, lo que obliga a la referencia sistemática de sus pacientes a otros territorios.

En cuanto a tecnologías y procedimientos de mayor complejidad, la tabla evidencia que Santa Cruz es el departamento con la oferta más completa, al concentrar servicios de diagnóstico molecular, radioterapia, braquiterapia, trasplante de médula ósea, inmunohistoquímica, cuidados paliativos y anatomía patológica, configurándose como el principal polo oncológico del país. En el subsector público, la radioterapia se brinda únicamente en La Paz, Santa Cruz, lo que limita el acceso a tratamientos curativos y paliativos avanzados, especialmente para cánceres ginecológicos. Departamentos como

Tarija, Chuquisaca, Potosí y Oruro disponen de servicios básicos de oncología y anatomía patológica, con capacidad restringida para quimioterapia en algunos casos, lo que refleja una red de servicios fragmentada y con importantes brechas territoriales en el acceso a diagnóstico oportuno, estadiaje adecuado y tratamiento integral del cáncer.

El SUS incluye la quimioterapia en adultos, técnicas avanzadas de radioterapia y otros procedimientos, garantizando el acceso a quimioterapia mediante un conjunto de medicamentos citostáticos para cáncer en adultos y niños (anexos 1 y 2). En el subsector de la seguridad social, los Entes Gestores deben asegurar los tratamientos oncológicos conforme a la LINAME; mientras que, en el subsector privado, la provisión de terapias depende de la prescripción del médico tratante y es financiada directamente por los pacientes, constituyendo gasto de bolsillo.

5.2. Servicios de salud oncológicos adultos

La oferta de servicios oncológicos en el país presenta importantes disparidades territoriales. Actualmente, solo siete establecimientos públicos cuentan con servicios de quimioterapia, con excepción de Beni y Pando, mientras que la radioterapia está disponible únicamente en La Paz, Chuquisaca y Santa Cruz, siendo este último el único que dispone también de Braquiterapia, a través del Instituto Oncológico del Oriente. La capacidad resolutoria quirúrgica se concentra en seis departamentos; sin embargo, en La Paz, Cochabamba y Tarija, los servicios quirúrgicos oncológicos comparten infraestructura con la cirugía general, lo que puede limitar su disponibilidad. Por el contrario, Oruro, Potosí, Beni y Pando no realizan cirugías oncológicas, remitiendo a sus pacientes a otros departamentos. En términos de internación, el sector público dispone de 126 camas oncológicas, concentradas mayoritariamente en Santa Cruz (48%), seguidas de Cochabamba y Chuquisaca (18% cada una).

En cuanto a recursos humanos especializados, se identifica una mayor disponibilidad de oncólogos clínicos (45%), seguidos por oncólogos cirujanos (40%) y oncólogos radioterapeutas (15%), con ausencia de especialistas en Beni y Pando. Respecto al personal de enfermería, se registran 67 licenciadas, de las cuales 32 no cuentan con formación especializada en oncología, y 78 auxiliares de enfermería, evidenciando brechas significativas en competencias y distribución territorial.

5.3. Servicios de salud oncológicos pediátricos

La atención oncológica pediátrica en el sector público se encuentra altamente concentrada en cuatro departamentos —La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija— que actúan como centros nacionales de referencia para el resto del país. Solo tres de ellos ofrecen quimioterapia pediátrica (Hospital del Niño Ovidio Aliaga Uría en La Paz, Hospital Manuel Ascencio Villarroel en Cochabamba y el Instituto Oncológico del Oriente en Santa Cruz). Los servicios de oncología quirúrgica pediátrica están disponibles únicamente en los hospitales del eje central, y la radioterapia pediátrica se realiza exclusivamente en el Instituto Oncológico del Oriente, lo que genera una dependencia significativa de la capacidad instalada de Santa Cruz.

En cuanto a infraestructura, existen 53 camas de internación oncológica pediátrica,

concentradas en Cochabamba (18), Santa Cruz (17), La Paz (15) y Tarija (3). El país cuenta con 16 oncólogos pediatras y solo 1 radioterapeuta-oncólogo para población infantil, una distribución que evidencia importantes brechas de equidad territorial. En el área de enfermería, se registran 49 licenciadas, principalmente en Santa Cruz (33%) y La Paz (32%), y 33 auxiliares de enfermería, también concentradas en La Paz (42%) y Santa Cruz (36%). Este panorama revela limitaciones significativas en disponibilidad de servicios, especialistas y personal de apoyo, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las redes oncológicas pediátricas, ampliar la capacidad resolutive y mejorar la distribución del recurso humano especializado en el país.

5.4. Red Oncológica Departamental.

5.4.1. Principios de Gobernanza

La Red Nacional de Cáncer se basa en la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes, la gestión en red bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la coordinación interinstitucional y la descentralización operativa. Asimismo, promueve una gestión orientada a resultados, con transparencia y rendición de cuentas en la implementación de las políticas de control del cáncer.

5.4.2. Estructura de Gobernanza

La gobernanza de la red se organiza en cuatro niveles de conducción: estratégico nacional, coordinación nacional, nivel departamental y nivel operativo. Esta estructura permite articular la toma de decisiones, la planificación y la prestación de servicios oncológicos en todo el sistema de salud.

Nivel Estratégico Nacional. El Ministerio de Salud y Deportes ejerce la rectoría del sistema oncológico nacional, definiendo políticas, normas técnicas y asignación de recursos para el control del cáncer. Como instancia consultiva, el Consejo Nacional de Control del Cáncer brinda asesoramiento técnico, promueve la investigación y realiza seguimiento a la implementación del plan nacional.

Nivel de Coordinación Nacional. El Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer actúa como instancia operativa responsable de coordinar la red a nivel nacional, implementar el plan nacional, elaborar normativa técnica y monitorear los indicadores de control del cáncer en coordinación con los SEDES.

Nivel Departamental. Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) gestionan la red oncológica a nivel territorial, implementando las políticas nacionales, supervisando los establecimientos de salud y coordinando la referencia de pacientes. Para fortalecer esta gestión se conforman los Comités Departamentales de Cáncer, que apoyan la planificación y el seguimiento de las intervenciones.

Nivel Operativo. Los establecimientos de salud brindan la atención directa a la población a través de los tres niveles del sistema. El primer nivel se enfoca en promoción, prevención y tamizaje; el segundo nivel en diagnóstico inicial

y procedimientos básicos; y el tercer nivel en tratamiento especializado y cuidados paliativos.

5.4.3. Mecanismos de Coordinación de la Red

El funcionamiento de la red se apoya en mecanismos como el Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia, el Sistema Nacional de Información en Cáncer y procesos periódicos de supervisión y evaluación del plan nacional, que permiten garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento de resultados.

5.5. Presupuesto para cáncer

En el marco del Sistema Integrado de Salud y en respuesta a las necesidades de atención del cáncer en Bolivia, para la gestión 2023 se dispuso de 48.183.170 bolivianos destinados a la atención oncológica en el subsector público. De manera complementaria, el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer (PNLCC) registró en su Plan Operativo Anual 2023 un presupuesto de 3.000.000 de bolivianos, orientado a acciones de promoción, prevención y otras intervenciones estratégicas establecidas en su POA (tabla 7).

Tabla 7. Consolidado de transferencias a establecimientos de salud públicos. Bolivia, 2019 al 2025.

TRANSFERENCIAS (Bs.) - SUS									
DEPARTAMENTO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
LA PAZ	HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URUA	1.437.506,2	2.400.000,00	3.325.100,00	3.629.324,00	1.800.000,0	2.747.874,0	3.188.808,0	18.528.612,20
	HOSPITAL DE CLINICAS			4.422.281,50	9.217.877,70	4.900.000,0	10.162.352	10.644.688,0	39.347.199,20
	INLASA							5.574.830,0	5.574.830,00
	INAMEN						83.333,0		83.333,00
COCHABAMBA	HOSPITAL MANUEL ASCENCIO VILLARROEL	919.056,41	3.348.468,10	2.419.549,00	2.101.187,0	600.000,0	2.374.735,0		11.762.995,51
	HOSPITAL VIEDMA		2.686.948,54	5.796.376,00	6.545.188,0	3.066.795,0	12.615.597,0		30.710.904,54
	HOSPITAL GERMAN URQUIDI			2.500.000,00	1.950.000,0	5.713.177,0	8.094.139,00		18.257.316,00
SANTA CRUZ	INSTITUTO ONCOLOGICO DEL ORIENTE BOLIVIANO	11.144.512,7	4.864.287,00	22.565.399,52	23.865.922,6	33.438.573	42.583.433,0		138.462.127,87
CHUQUISACA	INSTITUTO CHUQUISAQUEÑO DE ONCOLOGIA							1.539.338,0	1.539.338,00
TARIJA	HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS				2.900.936,80	1.950.000,0	8.340.555,0	10.717.276,0	23.908.767,80
POTOSÍ	HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE				2.000.000,00	2.800.000,0	3.704.258,0	5.531.713,0	14.035.971,00
ORURO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y BLOQUE COREA				2.000.000,00	1.500.000,0	1.500.000,0	800.000,0	5.800.000,00
TOTAL		2.937.506,2						2.225.792,00	2.621.976,00

Fuente: Programa Nacional de Lucha Contra el cáncer, 2025

5.6. Red Integral Oncológica de Bolivia por Departamentos

5.6.1. Nodo Nacional de Alta Complejidad

Dentro de la arquitectura de la Red Nacional Oncológica, el Nodo Nacional de Alta Complejidad constituye el nivel superior de especialización y la mayor capacidad resolutoria del país. Estos centros se consolidan como referentes finales para la atención de casos que requieren diagnóstico avanzado y tratamientos oncológicos de alta precisión, sustentados en infraestructura especializada en radioterapia, medicina nuclear, PET-CT y quimioterapia, bajo protocolos estandarizados y criterios de calidad científico-clínica. Su función estratégica es garantizar el acceso equitativo a tecnologías de vanguardia, actuar como instancia nacional de referencia de pacientes y asegurar la resolución de intervenciones terapéuticas complejas, integrándose de manera articulada a la red y concentrándose en los siguientes departamentos:

- » Departamento de La Paz: Hospital de Clínicas (servicio de oncología); Centro de Medicina Nuclear y Radioterapia de La Paz (Achumani); Centro de Medicina Nuclear y Radioterapia de El Alto; y el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uria.
- » Departamento de Santa Cruz: Instituto Oncológico del Oriente Boliviano (IOOB); y el Centro de Medicina Nuclear y Radioterapia de Santa Cruz.

5.6.2. Nodos Regionales de Atención Oncológica

Los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca, junto con hospitales estratégicos en La Paz, se constituyen como Nodos Regionales de Atención, con la función de descentralizar la atención oncológica especializada y acercar los servicios a la población de regiones circundantes. Estos nodos garantizan una atención continua que abarca la valoración ambulatoria, el diagnóstico especializado, la hospitalización y el tratamiento oncológico, incluyendo la administración de terapias citostáticas (quimioterapia). Su rol dentro de la red es clave para asegurar la continuidad del tratamiento, reducir las brechas de acceso geográfico y articular eficazmente la referencia y contrarreferencia con el Nodo Nacional de Alta Complejidad y el primer nivel de atención. Se encuentran en:

- » Departamento de La Paz: Hospital el Alto Sur.
- » Departamento de Cochabamba: Hospital Clínico Viedma; Hospital Materno Infantil German Urquidi; y el Hospital del Niño Manuel Asencio Villarroel.
- » Departamento de Chuquisaca: Instituto Chuquisaqueño de Oncología.

5.6.3. Nodos Departamentales de Atención Oncológica

En los departamentos de Oruro, Potosí y Tarija, la Red Nacional Oncológica se articula a través de hospitales de tercer nivel que funcionan como centros de referencia departamental, integrados al sistema público de atención del cáncer en Bolivia. Estos nodos concentran funciones clave de diagnóstico especializado, tratamiento oncológico, hospitalización y seguimiento clínico, incluyendo procedimientos quirúrgicos de complejidad intermedia, y cumplen un

rol estratégico en la descentralización de los servicios oncológicos. Su accionar garantiza que el ingreso de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer al sistema de salud sea oportuno, protocolizado y conforme a la normativa nacional, fortaleciendo la continuidad del cuidado y la articulación con los nodos regionales y el nivel nacional de alta complejidad.

- » **Oruro:** Hospital General San Juan de Dios
- » **Potosí:** Hospital Daniel Bracamonte
- » **Tarija:** Hospital Regional San Juan de Dios

5.6.4. Departamentos con Referencia Interdepartamental

Para los departamentos de Beni y Pando, la red establece un flujo de referencia interdepartamental obligatorio. Ante la ausencia de servicios de alta complejidad local, se formalizan corredores sanitarios hacia los nodos de Santa Cruz o La Paz, asegurando que la gestión del paciente no se vea interrumpida por limitaciones de infraestructura regional, garantizando así la equidad en el acceso a la salud oncológica.

En esto dos departamentos la atención oncológica se centra a la promoción de la salud, la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer, por lo que es menester el fortalecimiento con infraestructura, recursos humanos, insumos y reactivos.

5.6.5. Estructura Funcional y Territorial de la Red

La arquitectura de la Red Oncológica se articula en tres niveles funcionales interconectados, diseñados para garantizar un flujo bidireccional de pacientes (referencia y contrarreferencia) y optimizar la capacidad resolutive del sistema:

Nivel I: El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud y el pilar estratégico de la respuesta oncológica, en el marco de la APS. Su rol central es la promoción de la salud, la prevención primaria y la detección temprana del cáncer, mediante la identificación de factores de riesgo, la vigilancia epidemiológica comunitaria y la implementación de acciones de tamizaje poblacional. Este nivel asegura la captación oportuna de personas con sospecha de cáncer, la detección de lesiones precursoras y la referencia efectiva a niveles de mayor complejidad, contribuyendo a diagnósticos oportunos y a la continuidad del cuidado. Su alcance comprende los establecimientos de salud de primer nivel y las brigadas móviles.

Nivel II: El segundo nivel de atención corresponde al componente de complejidad intermedia de la red oncológica y cumple una función estratégica en la confirmación diagnóstica y el abordaje terapéutico inicial del cáncer. Este nivel concentra servicios de apoyo diagnóstico especializado, cirugía oncológica de complejidad media y la administración de esquemas básicos de quimioterapia, permitiendo el manejo oportuno de estadios iniciales de la enfermedad y evitando su progresión. Asimismo, actúa como un filtro técnico clave para definir la necesidad de referencia a unidades de mayor

especialización, integrando cuidados paliativos básicos y garantizando la continuidad del cuidado dentro de la red. Su alcance comprende los hospitales de segundo nivel con servicios de especialidades básicas.

Nivel III: El tercer nivel de atención representa el máximo grado de complejidad y especialización oncológica del sistema de salud, concentrando tecnología de vanguardia y recursos humanos altamente especializados para la resolución de patologías oncológicas de mayor complejidad. Su función principal es la implementación de protocolos terapéuticos avanzados, que incluyen radioterapia externa, braquiterapia, medicina nuclear diagnóstica y terapéutica, cirugía oncológica de alta complejidad y atención especializada en oncología pediátrica. Como nodo final de la red, garantiza la continuidad del cuidado en casos de difícil manejo, asegurando intervenciones de alta precisión bajo estándares de calidad y rigor científico-clínico. Su alcance comprende institutos oncológicos, centros de medicina nuclear y hospitales de tercer nivel de referencia nacional.

5.6.6. Modelo Propuesto de Red Especializada de Cáncer en Bolivia

Con el objetivo de optimizar la distribución de recursos y garantizar la continuidad asistencial en todo el territorio nacional, se propone la estructuración de la red mediante tres Macro-regiones Oncológicas. Esta organización territorial permite concentrar la alta complejidad en nodos estratégicos, facilitando el flujo de pacientes y minimizando las barreras geográficas de acceso (Gráfico N° 1):

a. Macro-región Occidente (Eje Andino).

Ámbito Geográfico: Integrada por los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí.

Nodo de Referencia Principal: La Paz / El Alto.

Descripción Técnica: Se consolida como el núcleo de mayor densidad institucional, aprovechando la infraestructura de medicina nuclear y radioterapia avanzada para absorber la demanda de la población andina, garantizando corredores sanitarios eficientes desde las zonas rurales y mineras hacia los centros de tercer nivel.

b. Macro-región Centro (Eje de los Valles)

Ámbito Geográfico: Cochabamba, Chuquisaca y Tarija.

Nodos de Referencia Principal: Cochabamba y Sucre.

Descripción Técnica: Funciona como un sistema de soporte intermedio que articula la atención de los valles interandinos y el sur del país, equilibrando la carga asistencial a través de centros con alta capacidad en oncología clínica y quirúrgica.

c. Macro-región Oriente (Eje de los Llanos)

Ámbito Geográfico: Santa Cruz, Beni y Pando.

Nodo de Referencia Principal: Santa Cruz de la Sierra.

Descripción Técnica: Establece un modelo de resolución para la región de los llanos y la Amazonía. Debido a la extensión territorial y la

dispersión poblacional de Beni y Pando, Santa Cruz se constituye como el nodo tecnológico de alta especialidad, gestionando el flujo nacional e internacional de pacientes y liderando la investigación oncológica en la región.

Gráfico 1. Red oncológica de Bolivia, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes y Servicios de Salud, 2026

5.7. Misión impACT.

Los hallazgos de la Evaluación impACT 2024, realizada por el OIEA, la OPS/OMS y el IARC, organismos internacionales referentes en control del cáncer y salud pública, ofrecen un análisis independiente y basado en evidencia que resulta clave para orientar las prioridades nacionales.

La evaluación confirma que el cáncer es uno de los principales desafíos de salud pública en Bolivia, con una incidencia y mortalidad en ascenso que requieren respuestas estructurales y sostenidas.

El informe identifica brechas críticas en prevención y atención: alta carga de cánceres prevenibles, coberturas insuficientes de vacunación VPH y hepatitis B, ausencia de programas de tamizaje organizados y marcadas desigualdades territoriales en acceso a diagnóstico, anatomía patológica, radioterapia, cirugía oncológica y medicamentos esenciales. También resalta la fragmentación entre subsistemas, debilidades en gobernanza

y dificultades de articulación dentro de las RISS.

En cáncer infantil, la evaluación señala baja supervivencia vinculada a retrasos diagnósticos, escasez de especialistas y limitada disponibilidad terapéutica, lo que refuerza la urgencia de consolidar centros de excelencia y redes pediátricas funcionales.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la APS y el primer nivel como base de la detección temprana, ampliar la capacidad resolutive de los servicios en todos los niveles, mejorar la gestión territorial mediante la descentralización e implementar un Registro Nacional de Cáncer sólido que permita una planificación y toma de decisiones basada en evidencia.

CAPITULO III

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA AL CÁNCER

1. Justificación

El cáncer representa un problema creciente de salud pública en Bolivia y evidencia importantes desigualdades territoriales y de acceso a servicios especializados. Estas brechas hacen necesaria una respuesta nacional articulada que fortalezca la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia central para la promoción, prevención, detección temprana y acompañamiento continuo, reduciendo diagnósticos tardíos y barreras de acceso.

Asimismo, se requiere consolidar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que aseguren continuidad del cuidado entre los tres niveles, superando la fragmentación actual y garantizando rutas de referencia y contrarreferencia efectivas para diagnóstico y tratamiento oportuno.

La descentralización del sistema de salud demanda lineamientos nacionales claros que orienten la organización territorial de los servicios y permitan a los gobiernos subnacionales planificar, asignar recursos y fortalecer su capacidad resolutive.

En este marco, todos los niveles de atención adquieren un rol estratégico dentro de la estrategia de la APS, y el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema sin excluir al segundo y tercer nivel, responsables de identificar signos de alarma, iniciar procesos de tamizaje, orientar a la comunidad y garantizar derivaciones oportunas. Este Plan se justifica como un instrumento esencial para ordenar la respuesta del país, priorizar intervenciones costo-efectivas y avanzar hacia un sistema más equitativo, integrado y centrado en las personas.

2. Misión

Garantizar una respuesta integral, equitativa y oportuna al cáncer en Bolivia mediante el fortalecimiento de la APS, la organización y funcionamiento efectivo de RISS y el desarrollo de capacidades en todos los niveles de atención, con especial énfasis en el primer nivel. El Plan busca asegurar la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de calidad, promoviendo la participación comunitaria, la descentralización y la articulación interinstitucional para reducir la carga del cáncer y mejorar la calidad de vida de la población a lo largo del curso de vida.

3. Visión

Un país en el que la respuesta nacional contra el cáncer reduce de manera sostenida la incidencia y la mortalidad, mediante estrategias efectivas de prevención, promoción, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y terapia del dolor, implementadas dentro de redes integrales de servicios de salud, con un primer nivel de atención fortalecido y un enfoque de curso de vida, género e interculturalidad, garantizando acceso equitativo y calidad de atención para toda la población.

4. Objetivos

Objetivo General. Contribuir a la disminución de la morbilidad causada por el cáncer estableciendo acciones y estrategias enfocadas en el manejo integral del cáncer dirigidas a definir acciones de promoción – prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y cuidados paliativos en el marco de una red funcional de atención.

Objetivos específicos.

- a. Fortalecer la función rectora y la gobernanza del Ministerio de Salud y Deportes en la respuesta nacional al cáncer, mediante la conformación de estructuras técnicas y mecanismos de articulación intersectorial.
- b. Definir e implementar estrategias de promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención integral de calidad de enfermedades oncológicas, con cobertura universal.
- c. Desarrollar estrategias de formación continua y fortalecimiento de equipos multidisciplinarios en todos los niveles de atención, para responder de manera oportuna y de calidad a las necesidades oncológicas.
- d. Fortalecer la vigilancia epidemiológica del cáncer para la toma de decisiones.
- e. Gestionar fuentes de financiamiento sostenible para la respuesta nacional contra el cáncer.

5. Actividades por objetivo específico

1. Primer objetivo específico: Fortalecer la función rectora y la gobernanza del Ministerio de Salud y Deportes en la respuesta nacional al cáncer, mediante la conformación de estructuras técnicas y mecanismos de articulación intersectorial.

- 1.1. Consolidación del funcionamiento de los Programas Departamentales de Cáncer en los SEDES, asegurando la disponibilidad de personal exclusivo y capacidades operativas para la gestión de la respuesta oncológica.
- 1.2. Conformación y operativización de la Comisión Nacional del Cáncer, incluyendo la instalación de sus comisiones departamentales.
- 1.3. Implementación y funcionamiento efectivo de la atención integral Oncológica, articulando los tres niveles de atención dentro del marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).
- 1.4. Creación de un mecanismo de coordinación con los entes correspondientes, para que se pueda generar procedimientos que regulen a las fundaciones que trabajan en oncología.

2. Segundo objetivo específico: Definir e implementar estrategias de promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención integral de calidad de enfermedades oncológicas, con cobertura universal.

- 2.1. Formulación e implementación de normativa técnica para la promoción, prevención,

diagnóstico oportuno y el manejo integral del cáncer en todos los niveles de atención.

- 2.2. Fortalecer las intervenciones de prevención y detección temprana del de Cuello Uterino mediante la consolidación de la vacunación contra el VPH, la implementación del tamizaje molecular de VPH y asegurando el acceso al tratamiento del 90 % de las lesiones precancerosas identificadas.
- 2.3. Fortalecimiento de la vacunación contra la Hepatitis B como intervención prioritaria de prevención del cáncer asociado a infecciones en los grupos de riesgo.
- 2.4. Implementación de intervenciones de detección precoz y diagnóstico oportuno del cáncer de mama para lograr que más del 60 % de los casos se identifiquen en estadio I o II, asegurando además que la evaluación clínica, los estudios de imagen, la biopsia y el informe anatomopatológico se completen en un plazo máximo de 60 días.
- 2.5. Fortalecimiento de la implementación de la iniciativa CureAll con metas de supervivencia a 3 y 5 años y abandono <10 %, operativizado a través de la red interdepartamental de referencia/contrarreferencia.
- 2.6. Implementación y descentralización de las pruebas laboratoriales para el tamizaje y diagnóstico de cáncer a nivel nacional mediante el fortalecimiento de tecnologías diagnósticas y equipamiento de acuerdo a pertinencia técnica.
- 2.7. Fortalecimiento los laboratorios de referencia para tamizaje y diagnóstico, para garantizar la calidad y soporte técnico de la red nacional de laboratorios.
- 2.8. Implementación y estandarización de rutas de atención para la sospecha, diagnóstico temprano y referencia oportuna de cáncer, definiendo tiempos máximos de atención y responsabilidades por nivel.
- 2.9. Implementación de intervenciones de detección precoz del cáncer estableciendo tiempos para su diagnóstico y garantizando su discusión en el comité oncológico.
- 2.10. Actualización de la LINAME y su aplicación en establecimientos de salud en coordinación con el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, SEDES y Sociedades Científicas, de acuerdo a la necesidad.
- 2.11. Fortalecimiento de la cadena de suministro de medicamentos, insumos y tecnologías esenciales para el tratamiento del cáncer, incluyendo la adecuación de las políticas de prescripción y el aseguramiento del acceso a opioides para manejo del dolor y cuidados paliativos.
- 2.12. Fortalecimiento de la telemedicina como estrategia de soporte clínico para la teleinterconsulta especializada, segunda opinión diagnóstica y apoyo a la toma de decisiones en la atención integral oncológica.
- 2.13. Implementación de un modelo nacional de calidad en los servicios oncológicos, incorporando estándares, indicadores, mecanismos de auditoría y procesos de mejora continua, de acuerdo a normativa vigente.

- 2.14. Fortalecimiento de los servicios de anatomía patológica en las redes de servicios de salud, mediante la estandarización de procesos, fortalecimiento de capacidades técnicas, dotación de insumos críticos y monitoreo sistemático del desempeño, con el fin de garantizar tiempos oportunos de emisión de resultados diagnósticos que permitan la detección temprana y el inicio oportuno del tratamiento oncológico.
 - 2.15. Fortalecimiento de la capacidad resolutive departamental para la atención oncológica y reducción de la derivación interdepartamental.
- 3. Tercer objetivo específico:** Desarrollar una estrategia de formación y fortalecimiento de equipos multidisciplinarios en todos los niveles de atención.
- 3.1. Fortalecimiento de la formación y competencias del personal de salud en oncología dentro de la red asistencial del país.
 - 3.2. Ampliación de las plazas de residencia médica y del personal multidisciplinario en oncología.
 - 3.3. Implementación de un programa de capacitación continua en atención oncológica, con enfoque multidisciplinario y por niveles de atención.
 - 3.4. Establecimiento de alianzas estratégicas con universidades e instituciones académicas para la formación y actualización del recurso humano en oncología.
 - 3.5. Actualización y aplicación de normativa de seguridad radiológica dirigida al personal de salud involucrado en la atención oncológica en coordinación con la AETN.
- 4. Cuarto objetivo específico** Fortalecer la vigilancia epidemiológica del cáncer para la toma de decisiones.
- 4.1. Implementación de los registros hospitalarios y poblacionales de cáncer con estándares técnicos internacionales como comparabilidad, exhaustividad, validez y oportunidad.
 - 4.2. Desarrollo del Expediente Clínico Electrónico Oncológico Nacional para cáncer infantil y de adulto.
 - 4.3. Elaboración del reporte automatizado dinámico (control de mando) de cáncer con indicadores de calidad reconocidos internacionalmente e interoperable con otros sistemas de información disponibles
 - 4.4. Capacitación en vigilancia epidemiológica y calidad del dato, por niveles de gestión y atención.
 - 4.5. Regulación y promoción de la investigación mediante colaboraciones nacionales e internacionales.
 - 4.6. Implementación de estándares nacionales de codificación y clasificación oncológica.

5. Quinto objetivo específico: Gestionar fuentes de financiamiento sostenible para la respuesta nacional contra el cáncer.

- 5.1. Declaración del abordaje integral e integrado del cáncer como área estratégica de salud pública, orientada al incremento del presupuesto destinado a la atención oncológica.
- 5.2. Elaboración de un plan para cerrar brechas de recursos humano, infraestructura y tecnología oncológica.
- 5.3. Presentación de propuestas de incremento impositivo y control a los productos identificados como factores de riesgo.
- 5.4. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) para financiar la implementación del Plan Nacional de Respuesta contra el Cáncer.
- 5.5. Desarrollo de alianzas con cooperación internacional y sector privado regulado para movilizar recursos y apoyar inversiones prioritarias.

INDICADORES

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA CONTRA EL CÁNCER - MATRIZ DE INDICADORES ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS											
IDENTIF.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR			METAS ESCALONADAS			ESTRATEGIA PARA EL LOGRO		VERIFICACIÓN	ALINEAMIENTO GLOBAL	
	Objetivo Específico	Indicador	Definición Operacional	Fórmula de Cálculo	Línea Base	Meta Corto Plazo (2026)	Meta Mediano Plazo (2027-2028)	Meta Largo Plazo (2029-2030)	Estrategia / Intervención Clave para alcanzar la meta	Actividades Operativas Principales	Fuente de Verificación
1.1 OE1: Gobernanza y rectoría	Número de SEDES con Programa Departamental de Cáncer en funcionamiento, con personal exclusivo y capacidades operativas para la gestión oncológica.	Conteo absoluto de SEDES que cuentan formalmente con un Programa Departamental de Cáncer en funcionamiento, mediante Resolución Administrativa del SEDES, con al menos: (a) 1 profesional de salud pública asignado a tiempo completo; (b) plan operativo anual aprobado; (c) presupuesto específico asignado; (d) funciones de vigilancia, prevención, articulación de la red y supervisión documentadas.	Σ de SEDES que cumplen los 4 criterios operativos (personal exclusivo + POA + presupuesto + funciones documentadas)	0	2 SEDES (La Paz, Cochabamba)	4 SEDES (Santa Cruz, Oruro, Potosí, Tarija)	3 SEDES (Chuquisaca, Beni, Pando) Total: 9/9	1. Abogacía política ante Gobernaciones para la creación formal de programas departamentales de cáncer con presupuesto propio. 2. Asistencia técnica del MSyD para la elaboración de POA oncológicos departamentales alineados al Plan Nacional. 3. Desarrollo de un paquete estandarizado de funciones, instrumentos y herramientas de gestión para los programas departamentales. 4. Vinculación del cumplimiento de este indicador con los convenios intergubernamentales de gestión compartida.	1. Reuniones de abogacía con Secretarías Departamentales de Salud (SDSs). 2. POA departamentales aprobados 3. Designaciones de personal 4. Informes de supervisión semestral del MSyD	1. Resoluciones Administrativas de SEDES 2. POA departamentales aprobados 3. Designaciones de personal 4. Informes de supervisión semestral del MSyD	• OMS: NCCP Assessment Tool (Sección Governance & Planning) • OPS: Plan de Acción Regional 2024-2030 (Línea estratégica 1) • ODS 3.d (fortalecimiento de capacidades en salud pública)
1.2 OE1: Gobernanza y rectoría	Número de Comisiones Nacionales del Cáncer de adultos y niños conformadas y operativizadas, incluyendo la instalación de sus comités departamentales.	Conteo de Comisiones Nacionales de Cáncer (adultos y pediátrico) formalizadas mediante Resolución Ministerial y que realizan sesiones periódicas, con al menos un comité departamental instalado y activo.	Σ de comisiones nacionales conformadas y operativizadas.	0	2 comités	4 comités	4 comités	1. Asistencia técnica del MSyD para el acompañamiento a los SEDES. 2. Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional y técnica para la rectoría nacional del control del cáncer.	1) Emisión de Resoluciones Ministeriales. 2) Designación de miembros técnicos. 3) Instalación de comités departamentales. 4) Realización de reuniones periódicas de seguimiento.	1. Resoluciones Ministeriales. 2. Actas de reuniones.	OPS: Plan de Acción Regional contra el Cáncer 2024-2030. ODS 3.4.
1.3 OE1: Gobernanza y rectoría	Número de Redes Oncológicas implementadas y en funcionamiento, articuladas a los tres niveles de atención dentro del marco de las RISS.	Conteo de Redes Oncológicas que cuentan con manual de organización y funciones aprobado y ruta crítica de atención oncológica implementada, articulando los tres niveles de atención.	Σ de Redes Oncológicas en funcionamiento.	0	1 red oncológica	2 redes oncológicas	0	Implementación progresiva de redes oncológicas territoriales integradas a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).	1) Elaboración y aprobación de MOF. 2) Definición e implementación de rutas críticas. 3) Capacitación del personal de salud. 4) Supervisión y monitoreo del funcionamiento.	1. Manual de organización y funciones aprobado. 2. Ruta crítica implementada en al menos 3 departamentos. 3. Informe de supervisión y control.	OPS/OMS: Redes Integradas de Servicios de Salud. ODS 3.

1.4 OE1: Gobernanza y rectoría	Número de mecanismos de coordinación implementados para regular a las fundaciones que trabajan en oncología.	Existencia y operativización de un mecanismo nacional de coordinación interinstitucional para la regulación de fundaciones que trabajan en oncología.	Indicador dicotómico: 0 = no existe / 1 = existe y está operativo.	0	0	1 mecanismo	0	1. Aprobación del marco normativo (Resolución Ministerial + TDR + procedimientos) para registro, coordinación y transparencia de fundaciones en oncología. 2. Implementación de un registro único y protocolo de articulación con la red oncológica (denuncias, apoyos, complementariedad sin duplicación). 3. Mecanismos de rendición de cuentas: informes periódicos, revisión de cumplimiento de procedimientos y gestión de conflictos de interés.	1) Elaboración de lineamientos y normativa. Ministerial. 2) Emisión de Resolución Ministerial. 3) Instalación del mecanismo de coordinación. 4) Seguimiento a su implementación.	Resolución Ministerial.	OMS: buenas prácticas de gobernanza, transparencia y gestión de actores no estatales en salud (enfoque de rendición de cuentas); ODS 16.6 (instituciones eficientes y transparentes) y ODS 17.17 (alianzas); OPS: fortalecimiento de rectoría y coordinación para respuestas integrales frente al cáncer.
-----------------------------------	--	---	--	---	---	-------------	---	--	---	-------------------------	---

IDENTIF.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		METAS ESCALONADAS				ESTRATEGIA PARA EL LOGRO		VERIFICACIÓN	ALINEAMIENTO GLOBAL
	Indicador	Definición Operacional	Fórmula de Cálculo	Línea Base	Meta Corto Plazo (2026)	Meta Mediano Plazo (2027-2028)	Meta Largo Plazo (2029-2030)	Estrategia / Intervención Clave para alcanzar la meta	Fuente de Verificación	Alineamiento con Marco Internacional
2.1 OE2: Prevención diagnóstico temprano oportuno.	Número de normativas técnicas para la prevención, el diagnóstico oportuno y el manejo integral de los cánceres prioritarios (adulto y pediátrico) en todos los niveles de atención.	Coteo de normativas técnicas (guías/lineamientos/protocolos integrales) aprobadas y en implementación para cánceres prioritarios, que incluyan como mínimo: prevención primaria y secundaria, criterios de sospecha y diagnóstico, referencia/contrarreferencia, tratamiento por nivel de complejidad, seguimiento, cuidados paliativos y consideraciones para población pediátrica cuando corresponda; con evidencia de difusión/capacitación e incorporación en la práctica asistencial.	Σ de normativas técnicas aprobadas mediante instrumento oficial y con evidencia de implementación (difusión + capacitación + aplicación en servicios).	0	0	1	0	1. Elaboración participativa y basada en evidencia de la normativa con validación clínica. 2. Aprobación oficial y publicación.	Resolución Ministerial.	OMS/OPS: implementación de guías clínicas y rutas integradas para cáncer; fortalecimiento de calidad y continuidad en RISS; ODS 3.4 y 3.8.

<p>2.2 OEZ: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de los estándares 90-70-90 para la prevención y control del cáncer cervicouterino, según normativa nacional, por departamento.</p>	<p>Proporción de departamentos que alcanzan simultáneamente: (a) $\geq 90\%$ de cobertura de vacunación VPH en niñas de 10-14 años; (b) $\geq 70\%$ de tamizaje molecular (prueba VPH-ADN) en mujeres de 30-49 años; (c) $\geq 90\%$ de lesiones precancerosas CIN2+ dentro de los 6 meses posteriores al diagnóstico. Se mide como indicador compuesto: un departamento cumple solo si alcanza los tres umbrales.</p>	<p>(N° de departamentos que alcanzan simultáneamente 90% vacunación VPH + 70% tamizaje molecular en mujeres 30-49 + 90% tratamiento de lesiones precancerosas) / Total de departamentos x 100</p>	<p>10 %</p> <p>Vacunación VPH: 70% Tamizaje molecular: 10% Tto. lesión precancerosa: 20%</p>	<p>Vacunación VPH: 80% Tamizaje molecular: 40% Tto. lesión precancerosa: 60%</p>	<p>Vacunación VPH: 90% Tamizaje molecular: 70% Tto. lesión precancerosa: 90%</p>	<p>1. Implementación escalonada del tamizaje primario con prueba VPH-ADN (GenXpert o equivalente validado por OMS) sustituyendo convencionalmente el PAP. 2. Vacunación escolar masiva de VPH (dosis única según recomendación OMS/SAGE 2024) integrada al calendario nacional con microplanificación departamental. 3. Tratamiento ablativo descentralizado (termocoagulación/criterapia) en establecimientos de primer nivel con algoritmo "screen-and-treat". 4. Fortalecimiento del sistema de seguimiento nominal de mujeres tamizadas positivas para garantizar tratamiento oportuno (56 meses).</p>	<p>1. Capacitación en toma de muestra y procesamiento de prueba VPH (CENE TROP referencia). 2. Adquisición e instalación de plataformas moleculares en SEDES prioritizados. 3. Campaña de vacunación VPH con estrategia escolar y de recuperación. 4. Implementación de sistema nominal de seguimiento (vinculado a SICE/SNIS). 5. Supervisión trimestral de calidad de tamizaje y tratamiento por SEDES.</p>	<p>1. Registro Nacional de Cáncer (Sistema de Registro de Vacunación) 2. SNRV 3. SICE 4. Informes semestrales de SEDES 5. Encuesta de cobertura (EDSA)</p> <p>• OMS: Estrategia Global para la Eliminación del CaCú (90-70-90) • ODS 3.4 (reducción de mortalidad prematura por ENI) • WHA73.2 (Aceleración de la eliminación del CaCú) • OPS: Plan de Acción Regional contra el Cáncer 2024-2030</p>
<p>2.3 OEZ: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de vacunación contra la Hepatitis B como intervención prioritaria de prevención del cáncer asociado a infecciones en los grupos de riesgo.</p>	<p>Proporción de la población objetivo definido como "grupos de riesgo" según normativa nacional que cuenta con esquema de vacunación contra hepatitis B completo o actualizado durante el periodo de medición.</p>	<p>Total de personas de grupos de riesgo vacunadas contra hepatitis B / Población objetivo (grupos de riesgo) x 100.</p>	<p>10 %</p>	<p>40 %</p>	<p>80 %</p>	<p>1. Definir/actualizar población objetivo por territorio y estimaciones de dosis. 2. Jornadas focalizadas y vacunación oportunista en servicios con alta afluencia de población de riesgo. 3. Capacitación del personal y lineamientos operativos para registro nominal y seguimiento. 4. Supervisión de coberturas y acciones de recuperación.</p>	<p>Registro Nacional de Vacunación Electrónica. Prevenición de cáncer asociado a infecciones (HBV); ODS 3.4; enfoque de curso de vida y prevención primaria.</p>	
<p>2.4 OEZ: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento del estándar de detección precoz y diagnóstico oportuno de cáncer de mama, según normativa, por departamento.</p>	<p>Proporción de departamentos que alcanzan simultáneamente: (a) $\geq 60\%$ de los casos nuevos diagnosticados en estado I-II; (b) $\geq 90\%$ con evaluación diagnóstica integral completada en 560 días desde la primera consulta (clínica + imagen + biopsia + anatomía patológica); (c) $\geq 80\%$ con tratamiento multimodal completo sin abandono, de acuerdo con normativa.</p>	<p>(N° de departamentos que cumplen los 3 criterios / Total de departamentos) x 100.</p>	<p>5%</p> <p>Estado I-II: 30% Diagnóstico integral ≤ 60 días: 40% Tratamiento completo sin abandono: 40%</p>	<p>Estado I-II: 45% Diagnóstico integral ≤ 60 días: 65% Tratamiento completo sin abandono: 60%</p>	<p>Estado I-II: 60% Diagnóstico integral ≤ 60 días: 90% Tratamiento completo sin abandono: 80%</p>	<p>1. Definir y desplegar algoritmo de sospecha para su derivación oportuna desde APS. 2. Establecer "circuito rápido" para biopsia y AP (agencia, transporte de muestras, reporte). 3. Capacitación clínica y estandarización de registros de notificación. 4. Auditorías de tiempos (primera consulta-diagnóstico-tratamiento) y revisión de casos. 5. Intervenciones de adherencia: recordatorios, seguimiento telefónico, apoyo social.</p>	<p>Registro Nacional de Cáncer SICE. Detección precoz y reducción de mortalidad por cáncer de mama; ODS 3.4 y 3.8; enfoque de redes integradas para continuidad del cuidado.</p>	

<p>2.5 OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de iniciativa CureAll, según normativa vigente.</p>	<p>Proporción de centros oncológicos pediátricos que cumplen criterios de desempeño: (a) sobrevida global a 3 años; (b) sobrevida global a 5 años; (c) abandono de tratamiento <10%; con registro y seguimiento estandarizado en el registro nacional correspondiente.</p>	<p>N° de centros pediátricos que alcanzan metas de sobrevida (3 y 5 años) y abandono <10% oncológicos pediátricos x 100.</p>	<p>10 %</p>	<p>Sobrevivida global 3 años: 40% Sobrevivida global 5 años: 40% Abandono: 20%</p>	<p>Sobrevivida global 3 años: 50% Sobrevivida global 5 años: 55% Abandono: 15%</p>	<p>Sobrevivida global 3 años: 60% Sobrevivida global 5 años: 60% Abandono: 9%</p>	<p>1. Fortalecer centros pediátricos con estándares CureAll; protocolos, equipos multidisciplinarios y continuidad terapéutica. 2. Gestión activa para reducir abandono (apoyo psicosocial, navegación de casos). 3. Registro clínico y monitoreo de resultados.</p>	<p>1. Estandarizar protocolos terapéuticos y comités oncológicos pediátricos. 2. Implementar paquetes de apoyo al paciente/familia (trabajo social, psicología, coordinación intersectorial). 3. Supervisión clínica y auditoría de casos; planes de mejora por centro. 4. Fortalecer registro nominal y seguimiento.</p>	<p>Registro Nacional de Cáncer infantil.</p>	<p>Iniciativa mundial CureAll (cáncer infantil), calidad y equidad en acceso, ODS 3.4 y 3.8; derechos de la niñez.</p>
<p>2.6 OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de implementación y descentralización de las pruebas laboratoriales para el tamizaje y diagnóstico de cáncer a nivel nacional mediante el fortalecimiento de tecnologías y equipamiento de acuerdo con pertinencia técnica.</p>	<p>Proporción de laboratorios prioritizados que han implementado y están realizando de forma rutinaria la prueba definida (p. ej., VPH) según estándares técnicos (capacidad instalada, personal entrenado, insumos, control de calidad resultados al sistema).</p>	<p>N° de laboratorios que implementaron la prueba (p. ej., VPH) / N° total de laboratorios prioritizados x 100.</p>	<p>10 %</p>	<p>15 %</p>	<p>40 %</p>	<p>80 %</p>	<p>1. Plan de ejecución escalonada de tecnología diagnóstica con criterios de pertinencia territorial y carga de enfermedad. 2. Fortalecimiento de capacidades (formación, mantenimiento, logística de insumos y transporte de muestras). 3. Integración de resultados al sistema de información y supervisión de desempeño.</p>	<p>1. Diagnóstico de brechas por laboratorio 2. Capacitación y certificación operativa; manuales y SOPs. 3. Mecanismo de abastecimiento y mantenimiento preventivo o correctivo. 4. Implementación de flujo de reporte y tableros de seguimiento.</p>	<p>Actas de habilitación; Informes de implementación.</p>	<p>Acceso a diagnóstico esencial y descentralización con calidad; continuidad del cuidado en redes; ODS 3.8.</p>
<p>2.7 OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de laboratorios de referencia para tamizaje y diagnóstico que cumplen con criterios de calidad para garantizar la calidad y soporte técnico de la red nacional de laboratorios.</p>	<p>Proporción de laboratorios de referencia que cumplen estándares mínimos de calidad verificados mediante evaluación y con plan de mejora.</p>	<p>N° de laboratorios de referencia que cumplen criterios de calidad / N° total de laboratorios de referencia x 100.</p>	<p>10 %</p>	<p>15 %</p>	<p>40 %</p>	<p>90 %</p>	<p>1. Implementar sistema de gestión de la calidad en laboratorios de referencia (estándares, auditoría y mejora continua). 2. Diseñar el Programa nacional de evaluación externa del desempeño y supervisión técnica. 3. Fortalecer soporte técnico: capacitación continua, mantenimiento y estandarización de procesos.</p>	<p>1. Definir metodología de evaluación de calidad y cronograma de evaluaciones. 2. Auditorías periódicas y planes de mejora por laboratorio. 3. Implementación de la evaluación de calidad. 4. Reporte de indicadores de laboratorio.</p>	<p>Informes de evaluación; Informes de desempeño.</p>	<p>Calidad diagnóstica como componente esencial de sistemas de salud; seguridad del paciente; ODS 3.8.</p>
<p>2.8 a OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de implementación de rutas estandarizadas de atención para la sospecha, diagnóstico temprano y referencia oportuna de cáncer, definiendo tiempos máximos de atención y responsabilidades por establecimientos de salud.</p>	<p>Proporción de establecimientos de salud que aplican rutas estandarizadas (algoritmos y flujos operativos) para cánceres prioritizados con tiempos máximos definidos por etapa (sospecha-diagnóstico-inicio de tratamiento), responsables por nivel, formatos de referencia/contrareferencia y evidencia de uso (registros, auditoría o supervisión).</p>	<p>N° de establecimientos que implementan rutas estandarizadas de atención / N° total de establecimientos prioritizados x 100.</p>	<p>0 %</p>	<p>0 %</p>	<p>50 %</p>	<p>70 %</p>	<p>1. Diseñar e implementar rutas críticas nacionales por cáncer priorizado, adaptadas a RISS y niveles de complejidad. 2. Fortalecer referencia y contrareferencia con herramientas operativas y coordinación clínica. 3. Supervisión y auditoría de tiempos y cumplimiento, con mejora continua.</p>	<p>1. Elaboración de rutas y tiempos máximos de atención. 2. Capacitación de equipos. 3. Implementación de mecanismo de navegación/gestión de casos. 4. Supervisiones periódicas y análisis de cuellos de botella con planes de mejora.</p>	<p>Informes de supervisión; Actas/planes de mejora; Registros de implementación por establecimiento.</p>	<p>Redes integradas y continuidad del cuidado; mejora del acceso oportuno y calidad; ODS 3.8.</p>

2.8b OIEZ: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.	Porcentaje de cobertura del tamizaje de cáncer colorrectal.	Proporción de personas de 40 a 60 años que recibieron tamizaje para cáncer colorrectal durante el período y cuyo resultado quedó registrado en el sistema correspondiente.	N.º de personas tamizadas (40-60 años) / N.º total de personas (40-60 años) x 100.	30 %	35 %	50 %	60 %	1. Implementar tamizaje organizado (población objetivo, invitación/ convocatoria, periodicidad y seguimiento). 2. Confirmación diagnóstica y referencial oportuna de positivos. 3. Registrar en el Registro Nacional de Cáncer.	1. Definición del método de lamizaje y flujos de confirmación (colonoscopial/ biopsia). 2. Planificación territorial y abastecimiento de insumos. 3. Sistema de registro y derivación de casos. 4. Supervisión y evaluación de desempeño.	Registro Nacional de Cáncer; SUS; Reportes SEDES.	Prevención secundaria de cáncer colorrectal; ODS 3.4; enfoque poblacional y equidad.
2.9 OIEZ: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.	Porcentaje de casos de cáncer que cumplen con tiempos máximos (sospecha-biopsia- \leq 21 días; biopsia-tratamiento AP \leq 10 días; informe AP \leq 10 días; informe-inicio tratamiento \leq 30 días) y discusión en comité oncológico (\geq 80% de casos), según nivel de complejidad.	Proporción de casos nuevos de tumores sólidos priorizados atendidos en establecimientos con capacidad diagnóstica/ terapéutica que cumplen todos los criterios de oportunidad y gobernanza clínica (comité oncológico documentado) en el período.	N.º de casos nuevos que cumplen simultáneamente: sospecha-biopsia- \leq 21 d; biopsia-AP \leq 10 d; AP-inicio tratamiento \leq 30 d; caso discutido en comité / Total atendidos en el período x 100.	15 %	0 %	25 %	70 %	1. Implementar ruta de atención diagnóstico-terapéutico. 2. Fortalecer comités oncológicos y gestión clínica. 3. Monitorear los tiempos con tableros e intervenir sobre cuellos de botella identificados.	1. Definir flujos y responsables por etapa. 2. Protocolizar transporte de muestras y reportes; estandarizar solicitudes y formatos. 3. Realizar auditorías trimestrales y acciones correctivas.	Actas de comités; Informes de seguimiento	Calidad y oportunidad como ejes de control del cáncer; seguridad del paciente; ODS 3.8.
2.10 OIEZ: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.	Porcentaje de medicamentos oncológicos incluidos en la LINAME vigente disponibles sin quiebre de stock en establecimientos de segundo y tercer nivel del SUS durante el período.	Proporción de medicamentos oncológicos de la LINAME que se encuentran disponibles (existencias \geq stock mínimo definido) sin ruptura durante el período en establecimientos de salud.	N.º de medicamentos oncológicos LINAME disponibles en EESS / N.º total de medicamentos oncológicos LINAME x 100.	0 %	0 %	50 %	90 %	1. Fortalecer planificación y compras para oncológicos de la LINAME. 2. Capacitar a EESS en la implementación de la gestión logística con mínimos/máximos, alerta temprana de quiebres y redistribución. 3. Supervisión y monitoreo periódico de disponibilidad y causas de desabastecimiento.	1. Monitorear la estimación de la demanda y programación de compras. 2. Auditorías trimestrales de inventarios y reportes de quiebre.	Reportes del sistema nacional de gestión de suministros; Registros de inventarios y abastecimiento de EESS; Informes del SUS.	Acceso a medicamentos esenciales y continuidad terapéutica; ODS 3.8; gestión eficiente de suministros.
2.11 OIEZ: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.	Porcentaje de establecimientos de salud con cadena de suministro de medicamentos, insumos y tecnologías esenciales para tratamiento del cáncer, fortalecida, incluyendo adecuación de políticas de prescripción y aseguramiento para dolor y paliativos.	Proporción de establecimientos priorizados que cumplen criterios de fortalecimiento: procedimientos de programación y control de stocks; cumplimiento de prescripción según normativa; disponibilidad de insumos/tecnologías esenciales; y mecanismos para acceso oportuno a opioides con control y uso racional.	N.º de establecimientos con cadena de suministros fortalecida para cáncer / Total de establecimientos priorizados x 100.	10 %	0 %	45 %	80 %	1. Implementar estándares de cadena de suministro para cáncer. 2. Adecuar políticas de prescripción y uso racional (incluyendo opioides) con capacitación y supervisión. 3. Monitoreo de disponibilidad y calidad logística con auditorías y mejora continua.	1. Diagnóstico de brechas por establecimiento y plan de mejora logística. 2. Capacitación en gestión de suministros, prescripción y normativa de control (opioides). 3. Implementación de indicadores de seguimiento. 4. Supervisiones y acciones correctivas.	Informes de control; reportes logísticos; actas de supervisión.	Acceso a tratamiento y alivio del dolor como componente esencial de atención oncológica; ODS 3.8; enfoque de calidad.

<p>2.12. OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de uso de la telemedicina especializada, segunda opinión diagnóstica y apoyo a la toma de decisiones en la atención integral oncológica.</p>	<p>Proporción de pacientes con cáncer que recibieron al menos una telemedicina/segunda opinión (según criterios establecidos). Proporción de centros de telemedicina que brindan interconsultas oncológicas, con registro en sistemas oficiales.</p>	<p>a) N.º de pacientes con cáncer que recibieron atención por telemedicina / N.º de pacientes con cáncer que requirieron telemedicina x 100. b) N.º de centros de telemedicina que brindan atención/interconsulta oncológica / Total de centros de telemedicina x 100.</p>	<p>10 %</p>	<p>0 %</p>	<p>30 %</p>	<p>80 %</p>	<p>1. Implementar red de telemedicina oncológica (protocolos de derivación). 2. Fortalecer capacidades, conectividad y estandarizar el registro. 3. Integrar telemedicina a rutas clínicas.</p>	<p>1. Definir cartera de servicios de telemedicina. 2. Capacitación de equipos y despliegue de guías operativas; acuerdos entre nodos. 3. Uso de registros y reportes enmarcados en el SIUS.</p>	<p>Informes de implementación; Registros de telemedicina/consultas</p>	<p>Salud digital para ampliar acceso y continuidad; ODS 3.8; enfoque de equidad territorial.</p>
<p>2.13 OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Número de modelos nacionales de calidad en los servicios oncológicos implementados que incorporen estándares, indicadores, auditoría y mejora continua, según normativa vigente.</p>	<p>Existencia e implementación de un Modelo Nacional de Calidad para servicios oncológicos con evidencia de adopción inicial en servicios prioritarios.</p>	<p>Σ de modelos nacionales de calidad implementados</p>	<p>0 %</p>	<p>0 %</p>	<p>1 %</p>	<p>0 %</p>	<p>1. Diseñar y aprobar el modelo nacional (estándares e indicadores) 2. Implementar auditoría clínica y ciclos de mejora. 3. Acreditación y validación progresiva de servicios prioritarios según cumplimiento.</p>	<p>1. Elaboración y publicación del modelo y set de indicadores; 2. Realización del piloto en centros seleccionados. 3. Implementación de planes de mejora y reevaluación periódica.</p>	<p>Modelo implementado; informes de auditoría; Planes y reportes de mejora continua.</p>	<p>Calidad de la atención como pilar de sistemas de salud; seguridad del paciente; ODS 3.8.</p>
<p>2.14 OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Tiempo de respuesta de anatomía patológica para diagnóstico de cáncer.</p>	<p>Proporción de informes de anatomía patológica oncológicos emitidos en 5.10 días calendario desde la recepción de la muestra, durante el periodo de medición, en los servicios evaluados.</p>	<p>N.º de informes de anatomía patológica oncológica emitidos 5.10 días / N.º total de informes oncológicos emitidos x 100.</p>	<p>15 %</p>	<p>25 %</p>	<p>35 %</p>	<p>90 %</p>	<p>1. Optimizar procesos (flujo de muestras, priorización oncológica, turnos, gestión de insumos). 2. Fortalecer capacidad instalada y gestión de calidad. 3. Integrar sistemas de información para trazabilidad y monitoreo.</p>	<p>1. Mapeo de proceso y rediseño del flujo (recepción-microscopía-procesamiento-lectura-emisión). 2. Protocolos de priorización y tablero de tiempos; alertas por retraso. 3. Capacitación y control de calidad.</p>	<p>Registros del sistema de información de anatomía patológica; Registro Nacional de Cáncer.</p>	<p>Oportunidad diagnóstica y calidad; continuidad del cuidado; ODS 3.8.</p>
<p>2.15 OE2: Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</p>	<p>Porcentaje de pacientes oncológicos atendidos en su departamento de residencia.</p>	<p>Proporción de pacientes con diagnóstico oncológico que reciben atención (diagnóstico y/o tratamiento según cartera definida) en establecimientos del departamento donde residen, reduciendo derivaciones evitables; medido a partir de registros nominales.</p>	<p>N.º de pacientes atendidos en su departamento de residencia / N.º total de pacientes atendidos x 100.</p>	<p>10 %</p>	<p>40 %</p>	<p>60 %</p>	<p>80 %</p>	<p>1. Fortalecer capacidad resolutive departamental según red oncológica. 2. Implementar referencial/contrarreferencia y telemedicina para evitar desplazamientos innecesarios. 3. Paquetes de atención y gestión de casos para continuidad (incluye logística de medicamentos y seguimiento).</p>	<p>1. Definir cartera oncológica mínima por departamento y brechas. 2. Plan de fortalecimiento. 3. Acuerdos de red y rutas clínicas con telemedicina de soporte. 4. Seguimiento de derivaciones y causas. 5. Realización de planes de mejora para aumentar atención local.</p>	<p>Registro Nacional de Cáncer</p>	<p>Equidad territorial y acceso efectivo; redes integradas (RISS); ODS 3.8.</p>

IDENTIF. Objetivo Especifico	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		METAS ESCALONADAS				ESTRATEGIA PARA EL LOGRO		VERIFICACIÓN	ALINEAMIENTO GLOBAL	
	Indicador	Definición Operacional	Fórmula de Cálculo	Línea Base	Meta Corto Plazo (2026)	Meta Mediano Plazo (2027-2028)	Meta Largo Plazo (2029-2030)	Estrategia / Intervención Clave para alcanzar la meta	Actividades Operativas Principales	Fuente de Verificación	Alineamiento con Marco Internacional
3.1.OE3: formación continua y competencias	Porcentaje de personal de salud capacitado en oncología dentro de la red asistencial del país.	Proporción del personal de salud de la red asistencial que completó la capacitación acreditada en contenidos oncológicos prioritarios durante el periodo con evidencia nominal (certificados) y reporte institucional.	N° de personal de salud capacitado en oncología/ N° total de personal de salud de la red asistencial x 100.	15 %	30 %	60 %	80 %	1. Plan nacional de capacitación oncológica, priorizando redes y establecimientos estratégicos. 2. Implementación de la capacitación. 3. Sistema de certificación y seguimiento de la capacitación (registro de personas formadas y brechas por territorio).	1. Definir malla curricular mínima por perfil y nivel de atención. 2. Planificar cohortes por departamento y cronogramar capacitaciones. 3. Ejecutar capacitaciones y evaluación de competencias (pre/post) con certificación.	Informes de capacitaciones (SEDES) Listados nominales y certificados; Reportes de evaluación.	OPS/OMS: fortalecimiento de capacidades del personal para control del cáncer y redes integradas; ODS 3.c (financiación y personal sanitario) y 3.d (capacidades en salud pública); enfoque de calidad y seguridad del paciente.
3.2.OE3: formación continua y competencias	Porcentaje de plazas de residencia médica y del personal multidisciplinario en oncología ampliado.	Porcentaje de incremento de plazas formativas (residencias médicas en especialidades oncológicas y/o rotaciones oncológicas prioritarias, respecto a la línea base establecida, con evidencia en convocatorias y/o instrumentos oficiales.	N° de ampliación de plazas/ N° de plazas existentes en la línea base *100	5 %	40 %	60 %	80 %	1. Plan de expansión de plazas basado en brechas; priorización por red, cartera de servicios oncológicos y carga de enfermedad. 2. Abogacía con instancias formadoras para ampliar cupos y campos clínicos.	1. Estimar brechas de especialistas y perfiles multidisciplinarios por departamento y nivel de atención. 2. Definir especialidades prioritizadas y número de plazas por convocatoria anual. 3. Abogar para la ampliación de cupos formalizar campos clínicos y tutores. 4. Incorporar plazas en la Convocatoria Nacional del examen de residencia. 5. Monitorear ocupación de plazas, egresos y distribución territorial.	Convocatoria Nacional de examen a la residencia médica; Resoluciones administrativas de creación de plazas.	OPS/OMS: fortalecimiento de recursos humanos para salud y equipos interprofesionales; ODS 3.c; enfoque de redes integradas y acceso equitativo a atención especializada.
3.3.OE3: formación continua y competencias	Numero de alianzas estratégicas con universidades e instituciones académicas para la formación y actualización del recurso humano en oncología.	Conteo de alianzas formalizadas (convenios, acuerdos marco o específicos) con universidades o instituciones académicas nacionales o internacionales que estén vigentes y operativas, e incluyan al menos uno de estos componentes: educación continua, capacitación certificada, investigación aplicada o desarrollo de programas/ diplomados en oncología; actividades realizadas.	Σ de alianzas formalizadas y operativas (convenio firmado + plan de trabajo + al menos 1 actividad ejecutada).	0	0	2	4	1. Formalización de convenios con universidades para programas de formación y certificación (oncología y áreas transversales). 2. Desarrollo de oferta académica estandarizada alineada a rutas clínicas y necesidades de la red. 3. Mecanismo de seguimiento de resultados.	1. Definición de brechas prioritarias de formación. 2. Mapeo de instituciones académicas y oferta. 3. Negociación y firma de convenios. 4. Difusión y convocatoria anual a participantes por red y perfil profesional.	Alianzas interinstitucionales (convenios firmados); Planes de trabajo; actas e informes de ejecución; Certificados.	OPS/OMS: fortalecimiento de capacidades y colaboración intersectorial; ODS 17 (alianzas) y ODS 3.c; enfoque de educación continua para mejorar calidad de la atención.

<p>3.4 OE3: formación continua y competencias</p>	<p>Número de normativas de seguridad radiológica dirigida al personal de salud involucrado en la atención oncológica publicada.</p>	<p>Coteo de documentos normativos técnicos sobre seguridad radiológica aplicable a servicios que utilizan radiación ionizante (radioterapia, radiodiagnóstico, medicina nuclear, braquiterapia, etc.), dirigido al personal expuesto y/o involucrado.</p>	<p>Σ de normativas de seguridad radiológica aprobadas y publicadas oficialmente.</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>1</p>	<p>0</p>	<p>1. Elaboración y publicación de normativa nacional de radioprotección en oncología alineada a estándares internacionales de seguridad. 2. Capacitación obligatoria para personal involucrado.</p>	<p>1. Conformar el equipo técnico de redacción y validación. 2. Revisar evidencia, adaptar y redactar el documento. 3. Validación del documento radiológico y trámite de publicación (Resolución Ministerial).</p>	<p>Resolución Ministerial.</p>	<p>Principios OMS/OPS de seguridad del paciente; Estándares de radioprotección y seguridad radiológica (enfoque de calidad y gestión de riesgos); ODS 3.8.</p>
<p>3.5 OE3: formación continua y competencias</p>	<p>Porcentaje de implementación de la normativa de seguridad radiológica en oncología en establecimientos de salud que ofrecen el servicio de radioterapia.</p>	<p>Proporción de establecimientos con radioterapia que cumplen criterios verificables de implementación de la normativa de seguridad radiológica y evidencia documental de auditorías o supervisión.</p>	<p>N.º de establecimientos con radioterapia que implementan la normativa de seguridad radiológica / N.º total de establecimientos con radioterapia x 100.</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>25 %</p>	<p>80 %</p>	<p>1. Implementación de la Norma de seguridad radiológica con acompañamiento técnico. 2. Capacitación del personal. 3. Evaluaciones periódicas de cumplimiento y planes de mejora por establecimiento.</p>	<p>1. Identificar y listar establecimientos con radioterapia y evaluar brechas de radioprotección. 2. Socializar normativa actualizada y entregar instrumentos operativos. 3. Capacitar al personal y formalizar responsables de protección radiológica. 4. Realizar seguimiento de planes de mejora hasta alcanzar estándares.</p>	<p>Norma actualizada; Informes o actas de supervisión. Registros de capacitación.</p>	<p>Seguridad del paciente y del trabajador sanitario; gestión de riesgos en servicios de radiación; enfoque de calidad asistencial y mejora continua; ODS 3.8.</p>

IDENTIF.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		METAS ESCALONADAS				ESTRATEGIA PARA EL LOGRO		VERIFICACIÓN	ALINEAMIENTO GLOBAL	
	Indicador	Definición Operacional	Fórmula de Cálculo	Línea Base	Meta Corto Plazo (2026)	Meta Mediano Plazo (2027-2028)	Meta Largo Plazo (2029-2030)	Estrategia / Intervención Clave para alcanzar la meta	Actividades Operativas Principales	Fuente de Verificación	Alineamiento con Marco Internacional
Objetivo Específico											
4.1 OE4: Registro Nacional de Cáncer	Porcentaje de implementación de los registros hospitalarios y poblacionales de cáncer con estándares internacionales.	Proporción de hospitales/ establecimientos que prestan servicios oncológicos y que cuentan con registro hospitalario de cáncer con reporte periódico y uso para gestión clínica y programática.	$\frac{\text{N.º de hospitales oncológicos con registros hospitalarios implementados}}{\text{Total de hospitales que prestan servicios oncológicos}} \times 100$	10 %	50 %	90 %	0 %	1. Implementación escalonada del registro hospitalario de cáncer. 2. Fortalecimiento de calidad del dato. 3. Producción regular de reportes para gestión.	1. Identificar y priorizar hospitales con servicios oncológicos. 2. Definir cronograma de despliegue por fases. 3. Capacitar equipos hospitalarios. 4. Configurar validaciones trimestrales de calidad. 5. Generar y socializar reportes.	Registro Nacional de Cáncer. SUIS	Estándares internacionales de registros de cáncer (registro hospitalario y poblacional), codificación y calidad del dato para vigilancia de ENT; uso de información para políticas públicas, planificación de servicios y evaluación de programas (enfoque OMS/ OPS y redes integradas).
4.2 OE4: Registro Nacional de Cáncer	Número de Expedientes Electrónicos Oncológicos para cáncer infantil y de adulto desarrollado.	Existencia de un Expediente Electrónico Oncológico Clínico desarrollado y listo para implementación, con especificaciones para oncología pediátrica y de adultos.	Conteo de expedientes electrónicos oncológicos clínicos desarrollados.	0	0	1	0	1. Desarrollo del expediente clínico 2. Implementación progresiva en nodos oncológicos priorizados con soporte y capacitación. 3. Gubernanza de datos y mejora continua basada en uso.	1. Desarrollo del expediente clínico priorizados; 2. Piloto en establecimientos prioritarios; 3. Ajustes y plan de escalamiento. 4. Monitoreo de desempeño y mejora continua.	Informe de desarrollo del expediente clínico electrónico; Datos derivados de su implementación.	Salud digital para fortalecer continuidad asistencial y vigilancia; estándares de datos y seguridad; uso de registros clínicos electrónicos para calidad y toma de decisiones (línea OMS/OPS de transformación digital).
4.3 OE4: Registro Nacional de Cáncer	Número de reportes dinámicos (control de mando) con indicadores de calidad de cáncer desarrollado.	Existencia de un tablero dinámico automatizado (control de mando) desarrollado, conectado al sistema de registro (p. ej., SICE/registro nacional), que presente indicadores clave de desempeño y calidad del dato y/o de la atención; complejidad, oportunidad, duplicados, distribución por tumor, estadio, tiempos críticos, continuidad terapéutica y otros indicadores priorizados; con filtros territoriales y por establecimiento.	Conteo de tableros/reportes automatizados desarrollados y funcionales (con actualización automática y documentación).	0	0	1	0	1. Definición consensuada del set mínimo de indicadores y reglas de cálculo. 2. Desarrollo del tablero con automatización, visualización por niveles de gestión y alertas de calidad/oportunidad. 3. Institucionalización del uso: revisión periódica y retroalimentación a SEDES/establecimientos.	1. Taller técnico para seleccionar indicadores, fuentes, periodicidad y responsables; 2. Definir fichas técnicas (definición y fórmula). 3. Desarrollo del tablero 4. pruebas de consistencia y validación con usuarios. 5. Capacitación a usuarios (nivel central, SEDES, hospitales) para lectura e interpretación.	Reporte automatizado desarrollado; Manual/guía de usuario; Evidencia de uso (actas, capturas, informes periódicos).	Gestión basada en evidencia para ENT/cáncer, fortalecimiento de sistemas de información y uso de tableros para decisiones oportunas; enfoque de calidad del dato y rendición de cuentas.

<p>4.4 OE4: Registro Nacional de Cáncer</p>	<p>Porcentaje de personal de salud capacitado en vigilancia epidemiológica y calidad del dato en oncología, por niveles de gestión y atención.</p>	<p>Proporción de personal de salud (nivel central, SEDES, hospitales, y equipos de registro/estadística/clínicos vinculados al reporte) que completo capacitación acreditada en: vigilancia oncológica, variables mínimas, codificación/clasificación, flujo de notificación, validación, confidencialidad y uso de información; con registro nominal y evidencia de evaluación.</p>	<p>N.º de personal de salud capacitado en vigilancia epidemiológica y calidad del dato en oncología / Total de personal de salud definido como objetivo x .100.</p>	<p>10 %</p>	<p>0 %</p>	<p>40 %</p>	<p>80 %</p>	<p>1. Desarrollo del Programa nacional de capacitación por niveles con currículo estandarizado y enfoque práctico (registro y calidad). 2. Sistema de supervisión y retroalimentación basada en auditorías de calidad del dato.</p>	<p>1. Definir perfiles objetivo y contenidos mínimos. 2. Implementar cursos por cohortes con evaluación. 3. Apoyo técnico a SEDES y hospitales para aplicar validaciones y corregir brechas. 4. Auditorías periódicas de calidad del dato y devolución de resultados para mejora.</p>	<p>Informes de capacitación (SEDES); Listados nominales Informes de supervisión de calidad del dato.</p>	<p>Fortalecimiento de capacidades para vigilancia de cáncer/ENT; calidad del dato como condición para decisiones; enfoque OMS/ OPS de sistemas de información resilientes.</p>
<p>4.5 OE4: Registro Nacional de Cáncer</p>	<p>Número de documentos normativos que regulen y promuevan investigaciones mediante colaboraciones nacionales e internacionales</p>	<p>Existencia de un documento normativo nacional que establezca reglas, procedimientos y salvaguardas para investigación con datos oncológicos y mecanismos de colaboración nacional y/o internacional.</p>	<p>Conteo de documentos normativos desarrollados y aprobados (vigentes).</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>1</p>	<p>0</p>	<p>1. Elaborar y aprobar normativa de gobernanza de datos para investigación 2. Promover agenda de investigación priorizada y alianzas con academia o centros internacionales.</p>	<p>1. Revisión de normativa nacional existente y brechas específicas para oncología. 2. Redacción y publicación del documento. 3. Difusión de agenda priorizada y convocatoria a colaboraciones.</p>	<p>Documento desarrollado y aprobado; Informes de implementación (proyectos evaluados o colaboraciones).</p>	<p>Ética en investigación y gobernanza de datos; promoción de investigación colaborativa para mejorar políticas y resultados en cáncer; principios de transparencia, protección de datos y equidad.</p>
<p>4.6 OE4: Registro Nacional de Cáncer</p>	<p>Número de normativas de estándares nacionales de codificación y clasificación oncológica desarrollado.</p>	<p>Existencia de una normativa nacional que establezca estándares de codificación y clasificación oncológica y lineamientos para interoperabilidad y consistencia entre hospitales y SEDES; con instrumentos y plan de implementación.</p>	<p>Conteo de normativas de estándares nacionales desarrolladas y aprobadas.</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>1</p>	<p>0</p>	<p>1. Definir y aprobar estándares nacionales de codificación/clasificación alineados a referencias internacionales y necesidades del país. 2. Desplegar la norma con capacitación. 3. Evaluaciones de codificación y mejora continua.</p>	<p>1. Conformar grupo técnico para definir estándares y reglas. 2. Elaborar manual nacional y diccionario de datos; 3. Validación de propuestas en hospitales piloto. 4. Aprobación oficial y difusión. 5. Capacitación en codificación.</p>	<p>Norma desarrollada y publicada. Manual o diccionario de datos. Informes de capacitación.</p>	<p>Estandarización para comparabilidad de datos de cáncer; calidad del registro epidemiológico; lineamientos OMS/OPS de fortalecimiento de sistemas de información y vigilancia de ENT.</p>

IDENTIF. Objetivo Específico	DEFINICIÓN DEL INDICADOR		METAS ESCALONADAS				ESTRATEGIA PARA EL LOGRO		VERIFICACIÓN Fuente de Verificación	ALINEAMIENTO GLOBAL
	Indicador	Definición Operacional	Fórmula de Cálculo	Línea Base	Meta Corto Plazo (2026)	Meta Mediano Plazo (2027-2028)	Meta Largo Plazo (2029-2030)	Estrategia / Intervención Clave para alcanzar la meta		
5.1 OE5: Movilización de recursos y financiamiento	Número de instrumentos oficiales (declaración, resolución ministerial, DS, política o plan) que reconozca el cáncer como área estratégica y oriente el incremento presupuestario.	Conteo de instrumentos oficiales emitidos y vigentes que declaren explícitamente al cáncer como área estratégica prioritaria de salud pública.	Σ de instrumentos oficiales vigentes que cumplan con el criterio.	0	0	1	0	1. Abogacía y construcción de consenso interinstitucional para emitir el instrumento oficial que priorice cáncer. 2. Mesa técnica-jurídica para seleccionar tipo de instrumento (RM/DS/Ley) y ruta de aprobación. 3. Aprobación, publicación y difusión a SEDES/instancias de planificación.	Documento legal (Resolución Ministerial y/o Decreto Supremo y/o Ley).	ODS 3.4 (ENT), ODS 3.6 (cobertura sanitaria universal), ODS 17 (movilización de recursos y alianzas); recomendaciones OMS/OPS sobre rectoría y financiamiento sostenible para ENT/cáncer.
5.2 OE5: Movilización de recursos y financiamiento	Número de planes para cerrar brechas de recurso humano, infraestructura y tecnología oncológica, desarrollados.	Existencia de un plan nacional desarrollado y aprobado.	Σ de planes integrales de cierre de brechas desarrollados.	0	0	1	0	1. Planificación basada en brechas y carga de enfermedad con priorización territorial. 2. Costeo y ruta de financiamiento (público, cooperación, mecanismos regulados). 3. Gestión por resultados: indicadores y tablero para monitorear ejecución e impacto. 4. Diseño de sistema de monitoreo.	Resolución Ministerial del Plan publicado y anexos técnicos.	Planificación de inversiones para UHC y redes integradas; ODS 3.8; entques OMS/OPS sobre fortalecimiento de sistemas de salud y servicios oncológicos con continuidad del cuidado.
5.3 OE5: Movilización de recursos y financiamiento	Número de propuestas de incremento impositivo y control a los productos identificados como factores de riesgo, presentados.	Conteo de propuestas técnicas formalmente presentadas ante la entidad competente que incluyan: a) medida fiscal (incremento impositivo selectivo o ajuste de estructura tributaria) y/o medidas de control/regulación (restricción, etiquetado, comercialización u otras) para productos asociados a riesgo de cáncer (según priorización nacional), con sustento técnico y viabilidad normativa.	Σ de propuestas completas presentadas oficialmente (expediente + constancia de recepción).	0	0	1	1	1. Elaboración de expedientes técnicos de "impuestos saludables" y medidas de control, basados en evidencia y modelación básica. 2. Abogacía intersectorial con finanzas, economía, educación, comercio y legislativo para viabilizar presentación y trámite. 3. Paquete de comunicación y gestión de actores.	Propuestas presentadas ante la entidad competente.	ODS 3.4 (ENT), ODS 17.1 (movilización de recursos internos); recomendaciones OMS/OPS sobre medidas fiscales y regulatorias ("best buys") para reducir factores de riesgo de ENT (incluido cáncer) y financiar salud.

<p>5.4 OE5: Movilización de recursos y financiamiento</p>	<p>Número de Fondo Nacional de Salud (FONASA) para financiar la implementación del Plan Nacional de Respuesta contra el Cáncer, creada.</p>	<p>Existencia de un FONASA creado mediante instrumento legal/administrativo competente, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) mandato explícito de financiar (total o parcialmente) intervenciones del Plan Nacional contra el Cáncer, b) estructura de gobernanza (roles, administración, auditoría), c) fuentes de financiamiento definidas y d) mecanismos operativos de asignación y transferencia de fondos. 	<p>Σ de fondos (FONASA) creados y operativos</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>1</p>	<p>1. Diseño institucional del fondo: gobernanza, fuentes, reglas de asignación, control y auditoría. 2. Trámite normativo y articulación con presupuesto público para asegurar sostenibilidad y trazabilidad. 3. Implementación gradual.</p>	<p>1. Elaborar propuesta técnica de Fondo. 2. Definir fuentes de recursos y mecanismos de asignación. 3. Elaborar borrador normativo y gestionar creación oficial.</p>	<p>FONASA creado</p>	<p>ODS 3.8 (protección financiera y acceso), enfoques de financiamiento sostenible para ENT/ cáncer, buena gobernanza y transparencia del gasto en salud (OMS/OPS).</p>
<p>5.5 OE5: Movilización de recursos y financiamiento</p>	<p>Número de alianzas con cooperación internacional y sector privado regulado para movilizar recursos y apoyar inversiones prioritarias, suscritos.</p>	<p>Coteo de convenios o alianzas suscritos y vigentes con cooperación internacional y/o sector privado bajo marco regulado con mecanismos de seguimiento de resultados.</p>	<p>Σ de alianzas suscritas y operativas (convenio firmado + plan de trabajo + evidencia de ejecución inicial).</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>2</p>	<p>0</p>	<p>1. Diseño de cartera priorizada de inversiones alineada al plan de brechas y al Plan Nacional. 2. Marco de relacionamiento con cooperación o sector privado. 3. Gestión activa de alianzas: acuerdos por resultados, seguimiento y evaluación de aportes e impacto.</p>	<p>1. Identificar áreas prioritarias financiables y estimar costos. 2. Mapeo de potenciales socios y modalidades de cooperación. 3. Preparación de perfiles de proyecto. 4. Negociación y suscripción de convenios. 5. Implementación de actividades e hitos.</p>	<p>Convenios suscritos. Planes de trabajo. Informes de ejecución financieros y técnicos.</p>	<p>ODS 17 (alianzas), ODS 3.4 y 3.8; principios de cooperación eficaz, transparencia y salvaguardas en colaboración con actores no estatales (enfoque OMS/ OPS).</p>

CAPITULO IV

ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA PARA EL CONTROL DEL CÁNCER (2026-2030).

La presente estrategia de sostenibilidad financiera se sustenta en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje del control del cáncer y puerta de entrada efectiva al sistema, priorizando la promoción, el tamizaje organizado y el diagnóstico oportuno como pilares con probada eficiencia clínica y económica para mejorar resultados de salud y reducir costos evitables a mediano plazo. En el marco de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización y del régimen de coparticipación tributaria reglamentado por el D.S. N° 23813, los gobiernos departamentales y municipales orientarán recursos concurrentes para asegurar la continuidad y sostenibilidad de las intervenciones priorizadas del Plan; la actualización de los factores de coparticipación vigente desde el 1 de septiembre de 2024 será considerada en la programación y revisión anual del financiamiento.

Este modelo busca transitar de un enfoque reactivo a una gestión integral y territorial basada en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que refuerce la capacidad resolutoria local, reduzca derivaciones innecesarias y contribuya a disminuir el gasto catastrófico de los hogares, en coherencia con la evidencia y las buenas prácticas de control del cáncer promovidas por la OMS. Para preservar la credibilidad técnica y fiscal, las metas financieras se actualizarán anualmente con base en estudios de costos y herramientas estandarizadas que permitan definir bandas indicativas por fuente de financiamiento y por componente programático; adicionalmente, se evaluará el diseño de un fondo para cáncer destinado a cerrar brechas críticas de prevención y diagnóstico temprano.

Contexto: la transición epidemiológica y la doble carga de enfermedad en Bolivia

Bolivia atraviesa una transición epidemiológica prolongada y polarizada, caracterizada por la coexistencia de una elevada carga de enfermedades transmisibles —particularmente en áreas rurales y periurbanas— con el ascenso sostenido de las enfermedades no transmisibles (ENT), entre ellas el cáncer. Según estimaciones de GLOBOCAN/IARC (2022), Bolivia registra una incidencia creciente de cáncer de cuello uterino, mama, próstata, estómago y vesícula biliar, con tasas de mortalidad que superan los promedios regionales debido al diagnóstico tardío y las barreras de acceso al tratamiento oportuno.

Esta doble carga impone una tensión presupuestaria real sobre el sistema de salud: los recursos destinados a enfermedades infecciosas, desnutrición y salud materno-infantil no pueden ser desplazados, pero las ENT —y en particular el cáncer— demandan una asignación progresiva, planificada y protegida. El presente capítulo reconoce esta realidad y propone un marco de financiamiento que equilibre ambas agendas sin abandonar a ningún grupo poblacional.

El Estado Plurinacional de Bolivia asume el compromiso político e institucional de garantizar que la lucha contra el cáncer cuente con los recursos necesarios. Este compromiso se traduce en la búsqueda activa de nuevas fuentes de financiamiento, la gestión estratégica ante la cooperación internacional, y la priorización técnica del gasto para que cada boliviano —

especialmente quienes pertenecen a los sectores más vulnerables— acceda a prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos. No escatimaremos esfuerzos para que los pacientes con cáncer no queden desprotegidos; la defensa de su derecho a la salud es una prioridad irrenunciable de esta gestión.

Principio rector: la detección temprana como inversión de alto retorno

Uno de los principios fundamentales que orientan la asignación de recursos en este Plan es que invertir en la detección temprana del cáncer es la decisión económica más eficiente a largo plazo. La evidencia internacional es contundente:

- » Según la OMS y el Disease Control Priorities, 3ª edición (DCP3), las intervenciones de tamizaje y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino y de mama se encuentran entre las más costo-efectivas en salud pública, con un retorno de inversión (ROI) estimado de hasta 3:1 en países de ingreso medio-bajo.
- » El tratamiento de un cáncer detectado en estadio I puede costar entre 2 y 4 veces menos que el tratamiento en estadios III–IV, sin considerar los costos indirectos por discapacidad, pérdida de productividad y gasto de bolsillo catastrófico de las familias.
- » La Lancet Oncology Commission (2022) estima que cada dólar invertido en prevención y detección temprana del cáncer en países de renta baja y media puede generar hasta USD 7 en beneficios económicos acumulados en una década, al reducir mortalidad prematura y costos de tratamiento avanzado.

Por tanto, este Plan establece que la prevención y el diagnóstico precoz no son gastos, sino inversiones estratégicas que reducen los costos sociales y económicos del cáncer, aumentan la calidad de vida de la población y fortalecen la sostenibilidad financiera del sistema de salud boliviano en su conjunto.

Equilibrio en la distribución económica por grupo poblacional

El cáncer afecta a todos los grupos etarios, aunque con perfiles epidemiológicos, necesidades terapéuticas y costos diferenciados. Un Plan Nacional financieramente responsable debe garantizar una distribución equitativa y técnicamente fundamentada de los recursos entre:

Grupo poblacional	Necesidades prioritarias	Enfoque del Plan
Niños y adolescentes	Leucemias, linfomas, tumores del SNC. Diagnóstico frecuentemente tardío. Necesidad de centros especializados y acceso a quimioterapia.	Fortalecimiento de la Iniciativa CureAll (>60% sobrevida); redes de referencia pediátrica; registro específico de cáncer infantil.
Adultos (20–59 años)	Cáncer cervicouterino, mama, próstata, estómago, vesícula. Mayor impacto económico por pérdida de productividad.	Tamizaje organizado (VPH, mama); vacunación VPH; diagnóstico oportuno en APS; reducción de tiempos sospecha-tratamiento.
Adultos mayores (≥60 años)	Mayor incidencia global de cáncer. Comorbilidades. Necesidad de cuidados paliativos y acceso a opioides.	Garantía de acceso a tratamiento según pertinencia clínica; fortalecimiento de cuidados paliativos y alivio del dolor; dignidad en la atención.

El Plan se compromete a que ningún grupo etario quede sub-financiado ni invisibilizado. La programación presupuestaria incluirá un análisis de equidad distributiva por edad, sexo y nivel subnacional, que se reportará en la revisión anual como parte de las estrategias de salud pública.

1. Marco fiscal programático 2026–2030 (escenarios y salvaguardas)

La programación financiera del Plan se desarrollará mediante mesas técnicas intersectoriales creadas para tal fin, y reflejará escenarios indicativos tomando como línea de base los gastos devengados durante el año 2025 y el espacio fiscal nacional y subnacional vigente. Se establecerán tres trayectorias:

Escenario	Supuestos	Implicaciones
Conservador	Crecimiento real del gasto en salud = 0–1%.	Priorización estricta: vacunación VPH/HepB, tamizaje CCU y continuidad de tratamientos en curso. Ganancias de eficiencia y reasignación interna.
Base (referencial)	Crecimiento real del 2–3% anual. Cooperación internacional estable. Implementación gradual de fondo para cáncer.	Expansión del tamizaje de mama; fortalecimiento de anatomía patológica; telemedicina oncológica.
Acelerado	Nuevas fuentes fiscales (impuestos saludables, regalías). Crédito multilateral adicional.	Cobertura universal de tamizaje; equipamiento completo de II nivel; programa nacional de cuidados paliativos.

Los tres escenarios estarán sujetos a revisión anual mediante un estudio de costos que permitirá actualizar montos, fuentes y usos por componente programático. Se incorporan salvaguardas para asegurar la continuidad de vacunación VPH/HepB, tamizaje organizado y confirmación diagnóstica oportuna, priorizando la APS y las RISS para reducir la presión sobre el III nivel.

La proyección 2026–2030 se publicará desagregada por fuente (TGN/SUS, gobiernos subnacionales, seguridad social, cooperación, otros) y por componente (inmunizaciones; tamizaje/diagnóstico; tratamiento; paliativos; información/registro; calidad/telemedicina).

2. Valor estratégico de la prevención y del diagnóstico temprano

La evidencia internacional muestra que diagnosticar y tratar antes salva vidas y reduce costos; por tanto, el Plan adopta una asignación protegida indicativa para promoción, vacunación VPH/HepB y tamizaje/diagnóstico oportuno, con revisión anual según resultado.

El enfoque se alinea con:

- » La Estrategia de Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino (90–70–90) de la OMS.
- » La Iniciativa Mundial de Cáncer de Mama ($\geq 60\%$ estadios I–II; diagnóstico ≤ 60 días; $\geq 80\%$ tratamiento completo).
- » La iniciativa CureAll (sobrevida $> 60\%$ en cáncer infantil).
- » Las recomendaciones del DCP3 y la Comisión Lancet sobre Cáncer respecto al

retorno de inversión en detección temprana en países de renta media.

3. Consideraciones estratégicas y coherencia con el modelo de APS

En el escenario base de crecimiento programado, la priorización presupuestaria irá más allá de la compra de fármacos y se enfocará en diagnóstico temprano y tamizajes críticos (citología/Papanicolaou e IVAA según pertinencia, prueba molecular de VPH en CCU, examen clínico y ecografía de mama cuando corresponda, entre otros), además del fortalecimiento de anatomía patológica para reducir los tiempos de confirmación diagnóstica.

El objetivo financiero-operativo es disminuir derivaciones evitables y tiempos de espera, resolviendo en el punto de entrada y asegurando continuidad en las RISS.

La inversión en promoción de la salud y prevención es una inversión de alto retorno: mejora el acceso equitativo, reduce la carga futura de enfermedad y contiene costos al evitar diagnósticos tardíos. La evidencia internacional respalda que expandir intervenciones costo-efectivas en ENT —incluida la vacunación VPH y los programas organizados de tamizaje— genera beneficios sanitarios y económicos sustantivos para los sistemas de salud.

Al proteger una asignación indicativa para promoción, tamizaje y diagnóstico oportuno en APS, el sistema transita de lo reactivo a lo proactivo y optimiza el uso de recursos públicos.

Esto facilita cumplir con metas técnicas (p. ej., en cáncer de mama: $\geq 60\%$ en estadios I–II; evaluación completa ≤ 60 días; $\geq 80\%$ tratamiento completo) y con los estándares de tiempos definidos en el Plan, reforzando el mandato de acceso universal y equitativo.

4. Compromiso institucional: el cáncer como prioridad de Estado

El Ministerio de Salud y Deportes reconoce que el cáncer constituye una emergencia sanitaria silenciosa que afecta de manera desproporcionada a los sectores más vulnerables de la población boliviana.

La presente estrategia financiera no es un ejercicio técnico aislado: es la expresión presupuestaria de una voluntad política firme e irrenunciable de proteger a cada paciente oncológico.

En consecuencia, este Plan asume los siguientes compromisos estratégicos:

- » Movilización activa de recursos: se gestionará de forma sostenida ante la cooperación internacional, la banca multilateral y los mecanismos innovadores de financiamiento para ampliar el espacio fiscal disponible para cáncer.
- » Protección presupuestaria: las líneas de prevención, diagnóstico temprano y medicamentos esenciales oncológicos contarán con salvaguardas que impidan su reasignación discrecional.
- » Transparencia y rendición de cuentas: la ejecución financiera del Plan será reportada anualmente de forma desagregada, pública y verificable.
- » Enfoque de equidad: se garantizará que la asignación de recursos llegue de forma

proporcional a las poblaciones indígenas, rurales, pediátricas y geriátricas, donde las brechas de acceso son mayores.

- » Gestión con fortaleza: ante las restricciones fiscales inherentes a un país en transición, el Ministerio actuará con la determinación necesaria para que los pacientes con cáncer nunca sean relegados del sistema. El derecho a la salud no admite postergaciones.

CAPITULO V

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Plan Nacional de Respuesta contra el Cáncer será implementado de manera coordinada entre los niveles nacional, departamental y municipal, promoviendo su apropiación por parte de las autoridades sanitarias, los Servicios Departamentales de Salud, los equipos de gestión, los establecimientos de salud y la comunidad.

Esta articulación intergubernamental permitirá asegurar la coherencia operativa del Plan, fortalecer la organización y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud y garantizar la incorporación de las intervenciones oncológicas en los procesos de planificación territorial y en los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

El monitoreo se realizará de manera sistemática y periódica, mediante la revisión del cumplimiento de las actividades definidas para cada objetivo y línea de acción, permitiendo identificar avances, brechas, cuellos de botella y necesidades de ajuste para mejorar la implementación.

La evaluación del Plan se llevará a cabo en dos momentos principales:

- Evaluación intermedia a mitad de periodo (2028)
- Evaluación final al concluir su vigencia (2030).

Ambas evaluaciones se desarrollarán bajo criterios de rigor técnico y metodológico, con participación multisectorial y triangulación de distintas fuentes de información, incluyendo el Sistema Nacional de Registro de Cáncer, los sistemas de información del SUS y los reportes de otros sistemas pertinentes.

Estos procesos permitirán valorar los resultados e impactos del Plan, así como orientar ajustes y recomendaciones para su continuidad y sostenibilidad.

ANEXOS

ANEXO 1. Medicamentos citostáticos para cáncer en adultos en la LINAME

MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS - ADULTOS				
	CÓDIGO LINAME	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN
1	L0209	ABIRATERONA ACETATO	COMPRIMIDO	250 mg
2	M0504	AC. ZOLEDRÓNICO	INYECTABLE	4 mg
3	L0201	ANASTROZOL	COMPRIMIDO	1 mg
4	L0121	ASPARAGINASA	INYECTABLE	10,000UI
5	L0101	BLEOMICINA	INYECTABLE	15 UI
6	L0103	CAPECITABINA	COMPRIMIDO	500 mg
7	L0132	CARBOPLATINO	INYECTABLE	150mg
8	L0104	CARBOPLATINO	INYECTABLE	450 mg
9	L0105	CICLOFOSFAMIDA	INYECTABLE	500 mg
10	L0106	CICLOFOSFAMIDA	INYECTABLE	1 g
11	L0109	CISPLATINO	INYECTABLE	50 mg
12	L0110	CITARABINA	INYECTABLE	100 mg
13	L0101	CITARABINA	INYECTABLE	500mg
14	L0112	DACARBAZINA	INYECTABLE	200 mg
15	L0137	DAUNORRUBICINA	INYECTABLE	20 mg
16	L0138	DOCETAXEL	INYECTABLE	80 mg
17	L0148	DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA - DLP	INYECTABLE	20 mg/10ml
18	L0115	DOXORRUBICINA	INYECTABLE	50 mg
19	L0211	ENZALUTAMIDA	CÁPSULA	40mg
20	L0116	ETOPÓSIDO	INYECTABLE	100 mg/5ml
21	L0301	FILGRASTRIM	INYECTABLE	300 mcg/ml
22	L0162	FLUDARABINA	INYECTABLE	50 mg
23	L0117	FLUORACILO	INYECTABLE	500 mg/10ml
24	L0203	FLUTAMIDA	COMPRIMIDO	250 mg
25	L0118	GEMCITABINA	INYECTABLE	1g
26	L0120	IFOSFAMIDA	INYECTABLE	1g
27	L0140	IRINOTECAN	INYECTABLE	100mg/5ml
28	L0204	LETROZOL	COMPRIMIDO	2,5 mg
29	V0307	LEUCOVORINA	INYECTABLE	50 mg
30	L0123	MERCAPTOPURINA	COMPRIMIDO	50 mg
31	V0308	MESNA	INYECTABLE	400 mg
32	L0124	METOTREXATO	INYECTABLE	50 mg
33	L0125	METOTREXATO	INYECTABLE	500 mg
34	L0127	MITOMICINA	INYECTABLE	20 mg
35	A0401	ONDANSETRÓN	INYECTABLE	8 mg
36	L0135	OXALIPLATINO	INYECTABLE	100 mg
37	L0128	PACLITAXEL	INYECTABLE	30 mg/5ml
38	L0160	PACLITAXEL	INYECTABLE	300 mg/50ml
39	L0161	PEGASPARGASA (ASPARAGINASA PEGILADA)	PLEGABLE FRASCO	750 mg/ml
40	L0158	PERTUZUMAB	VIAL	420 mg/14ml
41	L0156	RITUXIMAB	INYECTABLE	100 mg/10 ml
42	L0141	RITUXIMAB	INYECTABLE	500 mg/50 ml
43	L0205	TAMOXIFENO	INYECTABLE	20 mg
44	L0151	TEMOZOLOMIDA	COMPRIMIDO	20mg
45	L0152	TEMOZOLOMIDA	CAPSULA	100 mg
46	L0142	TRASTUZUMAB	CAPSULA	440 mg
47	L0208	TRIPTORELINA	INYECTABLE	22,5mg
48	L0139	VINBLASTINA	INYECTABLE	10 mg
49	L0130	VINCRISTINA	INYECTABLE	1 mg/ml
50	L0131	VINORELBINA	INYECTABLE	50 mg

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer, 2026

ANEXO 2. Medicamentos citostáticos para cáncer en niños en la LINAME

MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS – NIÑOS				
N°	CÓDIGO LINAME	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN
1	L0121	ASPARAGINASA	INYECTABLE	10.000 UI
2	L0136	BEVACIZUMAB	INYECTABLE	25 mg/ml
3	L0101	BLEOMICINA	INYECTABLE	15 UI
4	L0104	CARBOPLATINO	INYECTABLE	450 mg
5	L0132	CARBOPLATINO	INYECTABLE	150 mg
6	L0106	CICLOFOSFAMIDA	INYECTABLE	1 g
7	L0105	CICLOFOSFAMIDA	INYECTABLE	500 mg
8	L0109	CISPLATINO	INYECTABLE	50 mg
9	L0110	CITARABINA	INYECTABLE	100 mg
10	L0111	CITARABINA	INYECTABLE	500 mg
11	L0112	DACARBAZINA	INYECTABLE	200 mg
12	L0113	DACTINOMICINA	INYECTABLE	0.5 mg/ml
13	L0137	DAUNORRUBICINA	INYECTABLE	20 mg
14	L0115	DOXORRUBICINA	INYECTABLE	50 mg
15	L0114	DOXORRUBICINA	INYECTABLE	10 mg
16	L0148	DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA - DLP	INYECTABLE	20 mg/10ml
17	L0116	ETOPÓSIDO	INYECTABLE	100 mg/5 ml
18	L0301	FILGRASTRIM	INYECTABLE	300 mcg/ml
19	L0162	FLUDARABINA	INYECTABLE	50 mg
20	L0117	FLUOROURACILO	INYECTABLE	500 mg/10ml
21	L0120	IFOSFAMIDA	INYECTABLE	1 g
22	L0140	IRINOTECAN	INYECTABLE	100 mg/5 ml
23	V0307	LEUCOVORINA	INYECTABLE	50 mg
24	L0123	MERCAPTOPURINA	COMPRIMIDO	50 mg
25	V0308	MESNA	INYECTABLE	400 mg
26	L0124	METOTREXATO	INYECTABLE	50 mg
27	L0125	METOTREXATO	INYECTABLE	500 mg
28	L0126	METOTREXATO	COMPRIMIDO	2.5 mg
29	L0127	MITOMICINA	INYECTABLE	20 mg
30	A 0401	ONDANSETRÓN	INYECTABLE	8 mg
31	L0161	PEGASPARGASA (ASPARAGINASA PEGILADA)	PLEGABLE FRASCO VIAL	750 mg/ml
32	L0141	RITUXIMAB	INYECTABLE	500 mg/50 ml
33	L0156	RITUXIMAB	INYECTABLE	100 mg/10 ml
34	L0152	TEMOZOLOMIDA	CAPSULA	100 mg
35	L0139	VINBLASTINA	INYECTABLE	10 mg
36	L0130	VINCRISTINA	INYECTABLE	1 mg/ml

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer, 2026.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública [Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. OPS/OMS. Implementación de la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil en América Latina y el Caribe. Disponible en: OPSNMHMH210006_spa.pdf (paho.org).
3. De la Guardia M., Ruvalacaba J., La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria, JONNPR vol.5 no.1 Madrid 2020.
4. Ministerio de Salud Perú, Instituto Nacional de Salud, Determinantes sociales para cáncer de cuello uterino, Norma Técnica N°14, 2013.
5. Agudelo M., Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales, Salud colectiva vol.9 no.1 Lanús 2013.
6. Islas L., et al., Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención, JONNPR vol.5 no.9 Madrid 2020, Epub 06-Dic-2021.
7. de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. Lancet Glob Health. 2020;8(2): e180-e190.
8. Sung H., et al., Estadísticas Globales de Cáncer 2020: GLOBOCAN Estimaciones de Incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 Países, CA CANCER J CLIN 2021;71:209–249.
9. Ministerio de Salud y Deportes. NORMA NACIONAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. Bolivia 2024.
10. Marco de Aplicación de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama: evaluación, fortalecimiento y expansión de los servicios de detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. Resumen ejecutivo [Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)
12. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Sub-Secretaría de Salud Pública, Plan Nacional de Cáncer 2018-2028.

ANEXO EDITORIAL

ELABORACIÓN:

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

- Dr. Ricardo Freddy Céspedes Sanabria – Director General de Redes y Servicios de Salud.
- Dr. Iván Aliaga Montenegro. Profesional Médico del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer.
- Dra. Eliana Zamora Ibañez. Profesional Médico de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud.
- Dra. Adriana Romanet Reynaga Soria. Profesional Técnico del Programa Nacional de Salud Renal.

REVISIÓN Y VALIDACIÓN:

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

- Dr. Jorge Alejandro González Salazar. Responsable del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer.
- Dr. Rubén Loza Carrión. Médico del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer.
- Dra. María Isabel Fernández Canqui. Coordinadora Nacional del Comité Técnico Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición/ Programa Multisectorial Desnutrición Cero.
- Dr. Jaime Gustavo Álvarez Quisbert. Responsable Técnico Operativo del Sistema de información del Programa SAFCI – MI SALUD.
- Dra. Elizabeth Pamela Aguirre Vargas. Técnico Profesional CONALAB.
- Dr. Luis Ricardo Huarita Orozco. Técnico Profesional en Telemedicina.
- Dra. Margoth Consuelo Contreras Jesus. Técnico Profesional de la Dirección General de Planificación.
- Ing. Arturo Bejarano Ibarra. Soporte Técnico del Programa Ampliado de Inmunización.
- Dra. Grae Melissa Carenas Arana. Jefe de Departamento de Evaluación de Tecnologías en Salud y uso Racional a.i.
- Dr. Simon Quispe Quispe. Médico Epidemiólogo. Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA).
- Dra. Ermelinda Laime Rocha. Profesional Técnico de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad.
- Dr. Dante David Ergueta Jimenez. Médico Profesional de Desarrollo de Normas y Sistemas Informáticos del SUS DGSNS.

SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTAL

- Dra. Norma Amado Teran. Responsable Departamental del Programa Cáncer. SEDES - Chuquisaca.
- Dra. Maria Angela Carreño Rivero. Responsable Departamental del Programa Cáncer. SEDES – Santa Cruz.
- Dr. Jorge Perez Alejandro. Responsable de Control y Prevención Cáncer. SEDES – Tarija.
- Dr. Edwin Boris Vargas Flores. Responsable Programa Departamental de Lucha Contra el Cáncer. SEDES – Oruro.
- Dr. Julio Cesar Pardo Boyan. Responsable Departamental Programa Cáncer. SEDES – La Paz.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- Dra. Maria del Carmen Torrico. Presidenta de la Sociedad Boliviana de Cancerología.
- Dra. Lourdes Murillo Cuentas. Miembro del Comité de Ética de la Sociedad Medica de Salud Pública.
- Dr. José del Barco. Sociedad Paceña de Ginecología y Obstetricia.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- Dr. Héctor Ojeda-Cásares. Asesor Internacional de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.
- Dra. Noelia Villalta Coro. Consultor Nacional Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
- Dr. Armando Medina Ramírez. Consultor Nacional Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

**Zona Central
Plaza del Estudiante, esq. Cañada Strongest s/n**

La Paz - Bolivia