



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LAS AMÉRICAS

Prioridades de investigación: Plan nacional para la eliminación y sostenimiento de la eliminación de enfermedades transmisibles y condiciones prioritarias

Colombia 2025–2031

Dirección de Promoción y Prevención

Iniciativa
de Eliminación **3**



Ministerio de Salud y Protección Social
Viceministerio de Salud Pública y Atención Primaria
Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención
Julio de 2026
Versión 1

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Atención Primaria

LUIS ALBERTO RODRÍGUEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario General

TATIANA LEMUS PÉREZ

Directora Determinantes Sociales de Promoción y Prevención

MARÍA VICTORIA HERRERA ROA

Subdirectora de Enfermedades Transmisibles

LUZ ANGELA OCHOA CUBILLOS

Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles

LEYDY JOHANA MORALES CARVAJAL

Subdirectora de Salud Ambiental

CIELO YANETH RÍOS HINCAPIÉ

Subdirección de Promoción de la Salud

CLAUDIA LILIANA SOSA MESA

*Coordinadora Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades
Inmunoprevenibles*

JULIAN TRUJILLO TRUJILLO

*Coordinador Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades
Infecciosas Desatendidas, Enfermedades Emergentes y
Reemergentes*

MAURICIO JAVIER VERA SOTO

*Coordinador Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades
Endemoepidémicas*

ANDREA YANIRA RODÓRGUEZ RODRÍGUEZ

*Coordinador Grupo de Gestión integrada de Cáncer, Enfermedades
Huérfanas, Raras y Autoinmunes*

Documento técnico elaborado por:

Adriana Catherine Castillo Castañeda
Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Mauricio Javier Vera Soto
Grupo de Gestión de Enfermedades Endemoepidémicas

Diego Camilo Montenegro López
Grupo de Gestión de Enfermedades Endemoepidémicas

Juan Camilo Almanza Gamarra
Universidad de Minerva, apoyo OPS

El Ministerio de Salud y Protección Social expresa su reconocimiento y gratitud a las instituciones y personas que hicieron posible este proceso.

A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, en especial a la Dra. Claudia Andrea Cruz Vaqueo, Vicerrectora Académica y Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, y al Dr. Carlos Humberto Murcia Ramírez, Coordinador de Investigaciones, por el apoyo logístico e institucional brindado para la realización del taller presencial, así como por la disposición de los espacios físicos requeridos. Su vinculación a este proceso refleja el compromiso de la Universidad con la formación de talento humano en salud competente, pertinente y comprometido con los desafíos de la salud pública del país.

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), por el acompañamiento técnico y científico que orientó el diseño metodológico y la conducción del proceso. Un reconocimiento especial a la Dra. Gina Tambini, Representante de OPS/OMS en Colombia; la Dra. Aida Soto, asesora técnica; el Dr. Juan Cortés, el Dr. Fernando Tortosa y el Dr. Ludovic Reveiz, por sus aportes al componente metodológico y al marco conceptual del proceso de priorización. La participación de la OPS constituye un respaldo técnico de primer orden al apoyar el establecimiento de la hoja de ruta para la investigación orientada a la eliminación y el sostenimiento de la eliminación de las enfermedades transmisibles contempladas en la Resolución 0119 de 2026.

A los participantes de las distintas etapas del proceso, los profesionales de entidades territoriales de salud, instituciones de educación superior, centros de investigación, entidades adscritas al Ministerio, instituciones prestadoras de servicios de salud, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil y personal del Ministerio en especial del equipo técnico del PNEET, por su disposición a construir colectivamente esta agenda de investigación. Su tiempo, conocimiento y experiencia, aportados de manera voluntaria en cada una de las fases del proceso Delphi, son el sustento de la legitimidad técnica y social de las prioridades aquí establecidas.

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo	11
Introducción.....	11
1. Justificación.....	12
2. Objetivos	15
a. General	15
b. Específicos	15
3. Antecedente del proceso	16
5. Metodología	17
a. Panel de participantes	17
b. Estructura temática del instrumento	17
c. Metodología Delphi modificada	18
6. Resultados.....	21
a. Fase preparatoria y Ronda 1	21
b. Ronda 2 y Ronda 3.....	22
7. Conclusiones.....	26
8. Bibliografía	29
9. Anexos	31

Listado de tablas

Tabla 1 Grupos de trabajo para la metodología Delphi modificada - PNEET	18
Tabla 2 Umbrales de consenso de la metodología Delphi PNEET	20
Tabla 3 Propuestas por grupo de trabajo y por líneas operativas de acción	21
Tabla 4 Resultado final del consenso de la priorización de investigaciones del PNEET por línea operativa y por evento o grupo de eventos	23
Tabla 5 Cluster de prioridades trazables para los diferentes eventos y grupos de eventos del PNEET	24
Tabla 6 Contribución indirecta de algunas líneas temáticas de investigación priorizadas por el Fondo de Investigación en Salud para el alcance de las metas de eliminación y sostenimiento de la eliminación del PNEET	26

Listado de tablas

Figura 1 Resultado de la valoración de las propuestas de investigación según metodología Delphi modificada para el PNEET en la Ronda 2 (a) y Ronda 3 (b)	22
--	----

Definiciones

Brecha en Salud: Diferencia injusta y evitable en el acceso, calidad o resultados de salud entre distintos grupos poblacionales.

Control: Reducción de la incidencia, prevalencia, morbilidad o mortalidad de una enfermedad a un nivel aceptable localmente, como resultado de medidas deliberadas. La sostenibilidad de esta reducción requiere la implementación continua de actividades e intervenciones, las cuales pueden o no estar alineadas con los objetivos mundiales de la OMS.

Cuidado Integral de la salud: Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutivez de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades.

Determinantes Sociales de la Salud: Condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales que influyen en la salud de las personas y comunidades, propiciando escenarios que favorecen la presentación de enfermedades transmisibles.

Diagnóstico oportuno: Identificación de enfermedades o agentes infecciosos en etapas tempranas para facilitar un tratamiento eficaz, reducir complicaciones e interrumpir la transmisión.

Eliminación: Reducción sostenida a cero de la incidencia de una enfermedad en una zona geográfica determinada, como resultado de intervenciones específicas.

Eliminación como problema de salud pública: Logro de objetivos mundiales medibles, establecidos por la OMS en relación con una enfermedad determinada. Una vez alcanzados, se requieren medidas continuas para mantener los logros o para avanzar hacia la interrupción de la transmisión. El proceso de documentación de este logro se denomina validación.

Eliminación de la transmisión (Interrupción de la Transmisión): Reducción a cero de la incidencia de una infección causada por un agente patógeno específico en un área geográfica definida, con un riesgo mínimo de reintroducción, como resultado de medidas deliberadas. Podrían requerirse medidas continuas para prevenir la reaparición de la transmisión. El proceso de documentación de este logro se denomina verificación.

Enfermedades transmisibles: Enfermedades causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias, parásitos, hongos) que pueden transmitirse entre personas, animales, mediante vectores o el ambiente.

Enfoque de Una Salud (One Health): Estrategia que reconoce la conexión entre la salud humana, animal y ambiental para el control de enfermedades, que requiere la articulación intersectorial e interagencial para la obtención e integración de resultados.

Enfoque Intercultural: Modelo de atención que considera las diferencias culturales de la población para ofrecer servicios respetuosos y pertinentes según el contexto.

Equidad en Salud: Principio que busca garantizar que todas las personas tengan acceso justo y proporcional a los servicios y oportunidades que determinan su salud.

Erradicación: Declaración de que una enfermedad no se encuentra ni se transmite en ninguna parte del mundo.

Foco: Área geográfica o espacio poblacional claramente delimitado donde se ha identificado la transmisión activa y sostenida de una enfermedad infecciosa, y donde existen condiciones ambientales, biológicas y sociales que favorecen la perpetuación del agente patógeno y su cadena de transmisión.

Interoperabilidad: Capacidad de los diferentes sistemas de información y plataformas digitales para compartir, procesar e interpretar datos de manera integrada.

Intervención Costo-Efectiva: Acción en salud pública que ofrece un alto impacto en relación con su costo, siendo especialmente útil en escenarios de recursos limitados.

Microterritorio: Término usado en salud pública para identificar focos epidemiológicamente activos donde las dinámicas de transmisión de una se mantiene de manera persistente; este concepto no está asociado a las divisiones político-administrativas establecidas (departamentos, municipios, veredas, comunas, etc). Es una unidad geográfica y poblacional de análisis, de escala submunicipal o subveredal compartida o no entre diferentes municipios o veredas, delimitada por criterios epidemiológicos, ecológicos, sociales y operativos, donde se concentra la transmisión activa de una enfermedad o existe un riesgo elevado y focalizado para su transmisión o su reemergencia.

Microfoco: Unidad mínima delimitada dentro de un microterritorio, donde se identifica la transmisión activa y sostenida de una enfermedad. Se caracteriza por la confluencia de condiciones epidemiológicas, ambientales y sociales que perpetúan el ciclo de transmisión. Este representa el blanco prioritario de las intervenciones de control y eliminación.

Microplanificación: Proceso sistemático, participativo y contextualizado de diseño, implementación y evaluación de intervenciones de salud pública focalizadas, desarrollado a la escala de los microterritorios y dirigido a la identificación, control y eliminación de microfocos. Es el mecanismo que traduce las políticas nacionales de eliminación a acciones y actividades clave, adaptadas a las dinámicas de los microterritorios, cerrando la brecha entre la estrategia y su impacto real.

Morbilidad: Número o proporción de personas que enferman en una población durante un periodo específico.

Mortalidad: Número de defunciones en una población durante un periodo determinado.

Poblaciones vulnerables: Grupos sociales expuestos a mayores riesgos de enfermar o morir debido a barreras estructurales, sociales o culturales.

Rectoría en salud: Función del Estado que implica liderar, coordinar, normar, supervisar y evaluar el funcionamiento del sistema de salud.

Red de servicios de salud: Conjunto organizado de establecimientos y equipos humanos que brindan atención médica a la población.

Red de vigilancia: Conjunto articulado de actores, recursos y procesos que permiten detectar, analizar y responder ante eventos de interés en salud pública.

Sistema de información en salud: Conjunto de herramientas, procesos y plataformas que permiten la recopilación, análisis y uso de datos para la toma de decisiones en salud.

Vigilancia epidemiológica: Conjunto de actividades destinadas a recolectar, analizar y difundir información sobre enfermedades para su prevención, control y eliminación.

Vigilancia entomológica: Conjunto de actividades sistemáticas destinadas a identificar, monitorear y analizar poblaciones de artrópodos vectores responsables de la transmisión de enfermedades, con el fin de orientar acciones de prevención, control y eliminación.

Vigilancia por laboratorio: Monitoreo de enfermedades basado en pruebas diagnósticas o de investigación para la identificación de agentes infecciosos, se realiza en laboratorios clínicos, ambientales, entomológicos, microbiológicos, virológicos, parasitológicos, genómicos, patológicos, etc.

Resumen ejecutivo

El presente informe documenta el proceso de definición de Prioridades de Investigación del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias (PNEET). Un proceso participativo liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) desarrollado entre mayo y julio de 2026, en respuesta al compromiso de involucrar actores sectoriales e intersectoriales en los procesos clave que le aporten a acelerar el alcance de las metas de eliminación y sostenimiento de eliminación de los eventos priorizados en el PNEET. El proceso empleó una metodología Delphi modificada, combinando una fase virtual de recolección abierta de prioridades y un taller presencial de validación y consenso, con participación de expertos de Instituciones de Educación Superior, Entidades Territoriales de Salud, entidades adscritas al MSPS, centros de investigación, IPS, sociedades científicas, sociedad civil, ONGs y profesionales del MSPS. Como resultado, se generó un banco inicial de más de 600 propuestas o postulaciones como prioridades de investigación; posteriormente, estas fueron consolidadas y depuradas en menos de 200 ítems únicos, los cuales fueron el insumo para la Ronda 2 y 3 del proceso Delphi, mediante la cual, el panel de expertos valoró cada prioridad y determinó su nivel de consenso.

Introducción

Las enfermedades transmisibles siguen constituyendo una de las principales causas de morbilidad evitable en Colombia, con un impacto desproporcionado sobre las poblaciones más vulnerables: comunidades étnicas, habitantes de zonas rurales dispersas y territorios históricamente rezagados en el acceso a servicios de salud. Entre 1979 y 2021, más de 626.000 colombianos fallecieron a causa de enfermedades transmisibles prevenibles o controlables (Observatorio Nacional de Salud, 2023), un dato que sintetiza décadas de deuda histórica con la equidad en salud y que justifica la decisión del país de adoptar un plan de eliminación de alcance nacional.

En respuesta a este imperativo sanitario y en consonancia con la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó mediante la Resolución 0119 del 27 de enero de 2026 el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias (PNEET). Este instrumento de política pública establece un portafolio de 22 eventos y condiciones priorizadas sobre las cuales trabajar en el horizonte a 2031: 15 enfermedades transmisibles en proceso activo de eliminación (como problema de salud pública o en interrupción de la transmisión), 6 enfermedades transmisibles en fase de sostenimiento de la eliminación y una condición ambiental prioritaria (puntualmente, la sustitución del uso de biomasa contaminante en hogares).

El PNEET se articula con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Resolución 2367 de 2023), el Plan Nacional de Salud Rural (Decreto 351 de 2025), el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural — SISPI (Decreto Ley 480 de 2025), con los Objetivos de

Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 y con la Iniciativa Regional de Eliminación de las Enfermedades Transmisibles de la OPS (Resolución 57/7 OPS 2019). Lo anterior configura el PNEET dentro de un marco normativo e institucional del orden nacional e internacional, que demanda la generación de información sanitaria de calidad, innovación y superación de brechas; por lo que se reconoce que la articulación intersectorial, principalmente entre los actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, los actores del sector salud, los actores comunitarios y los organizaciones cooperantes, son un engranaje invaluable para la generación de evidencia científica pertinente, factible y orientada a los territorios de mayor carga epidemiológica.

El MSPS reconoce que la eliminación y el sostenimiento de la eliminación de las enfermedades transmisibles y las condiciones prioritarias en Colombia no puede desarrollarse sin una agenda de investigación propia. Los programas de eliminación a escala global han demostrado que la transición del control a la eliminación y el sostenimiento de los logros alcanzados dependen crítica y estratégicamente de la disponibilidad de evidencia local sobre la efectividad de las intervenciones, la factibilidad operativa, la reducción de las inequidades en el acceso, el impacto sobre los determinantes sociales y ambientales, y las herramientas diagnósticas y terapéuticas adaptadas a los contextos ecológicos, culturales y socioeconómicos de los países (Ahmed et al., 2026); por lo que, considerando el PNEET, la riqueza epidemiológica de Colombia, la diversidad territorial y el capital humano interinstitucional para generar esa evidencia, el presente informe recopila el proceso desarrollado para orientar estratégicamente los esfuerzo en términos de investigación e innovación en salud relacionados. Se proyecta que, en el marco del dinamismo y los avances que se obtengan a corto y mediano plazo, las prioridades definidas sean monitoreadas y actualizadas periódicamente según necesidad.

1. Justificación

En las últimas décadas, la priorización de investigación en salud pública ha adquirido un carácter más estructurado, orientado no solo a los actores formuladores sino también a los otros sectores involucrados y basado en criterios de transparencia, equidad, factibilidad e impacto real (Ahmed et al., 2026; Fadlallah et al., 2022, 2019; Hoekstra et al., 2024; Hollands et al., 2024; Nyancho et al., 2019; Shang, 2023). La configuración de estas agendas requiere expandirse a la generación de evidencia, evaluación de programas y estrategias, la respuesta a situaciones de alerta y brotes; así como la vigilancia de patógenos y determinantes sociales y ambientales de la salud.

La estructuración de la agenda de prioridades de investigación en el marco del PNEET responde a una necesidad técnica, política y ética; así como un compromiso intersectorial. La literatura científica internacional señala que la priorización estructurada y participativa de la investigación en salud pública constituye una condición necesaria para la asignación eficiente de los recursos, la reducción de brechas de conocimiento y la garantía de que la evidencia producida sea pertinente, factible y equitativa (Fadlallah et al., 2022; Reveiz et al., 2013; Yoshida, 2016). En el contexto específico del PNEET, la definición de esta agenda tiene cuatro razones fundamentales:

- Los 22 eventos priorizados en el PNEET tienen heterogeneidad epidemiológica y territorial, estos presentan perfiles epidemiológicos, ecológicos y sociales distintos entre sí y al interior de cada evento según el territorio. La generación de evidencia propia, adaptada a los contextos es indispensable para que las estrategias de eliminación sean efectivas y sostenibles.
- Existen brechas de evidencia de la implementación en salud que pueden influir en la transición del control a la eliminación y el sostenimiento de los logros alcanzados. Actualmente, el país requiere respuestas científicas a preguntas que la literatura global no ha resuelto para el contexto colombiano; por ejemplo, la efectividad de nuevas herramientas diagnósticas en zonas rurales dispersas, los determinantes socioambientales de focos persistentes, los modelos de gobernanza intersectorial más eficaces, y los costos de implementación de las rutas de eliminación, entre otras.
- El PNEET tiene una línea operativa de acción enfocada en los Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud (alineado con el Eje 3 del PDSP 2022-2031), la incorporación de esta línea tiene el objetivo de reducir inequidades en salud en poblaciones con mayor carga de enfermedades transmisibles y poblaciones vulnerables (comunidades indígenas y afrodescendientes, municipios con pobreza multidimensional alta, zonas de posconflicto).
- Colombia en su soberanía sanitaria y posicionamiento internacional, ha asumido el compromiso del PNEET en el marco de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades Transmisibles de la OPS/OMS, esto incluye llevar a cabo procesos de verificación y validación internacional; en el cumplimiento de estos procesos se requiere una plataforma científica productiva, con capacidad analítica propia en modelación epidemiológica, medición de desigualdades e inteligencia artificial aplicada a la salud pública.

En este marco, el proceso de construcción colectiva y participativa de la agenda de investigación del PNEET que se documenta en el presente informe cumple simultáneamente diferentes funciones estratégicas. La primera de ellas es la planificación orientada a la optimización de recursos, de tal forma que la inversión en investigación se focalice en las brechas de evidencia de mayor impacto sobre las metas del PNEET. La segunda se centra en el carácter participativo y la legitimidad de la metodología Delphi aplicada para garantizar que la agenda refleja el conocimiento colectivo intersectorial, y no solo la perspectiva del nivel central. En tercer lugar, al considerar que la metodología Delphi modificada genera un ranking cuantitativo con niveles de consenso medibles brinda transparencia y reproducibilidad. Finalmente, la agenda presentada en el actual informe constituye un proceso de construcción y articulación intersectorial entre el MSPS, las entidades adscritas, las entidades territoriales, la academia, los financiadores de investigación y la cooperación técnica internacional; del cual se espera contar con esfuerzos coordinados y sinérgicos.

2. Alcance

En virtud de la Resolución 1148 del 17 de junio de 2026, expedida en desarrollo del Decreto 120 del 30 de enero de 2026, los Grupos de Enfermedades Endemoepidémicas, de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, Emergentes y Re-emergentes, y de Inmunoprevenibles de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles de la Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, tienen atribuidos dentro de sus funciones misionales, la responsabilidad de definir líneas y prioridades de investigación; así como de proponer, desarrollar, apoyar y gestionar estudios orientados al mejoramiento, la innovación tecnológica, la fundamentación científica y la producción de conocimiento para la prevención, vigilancia, atención integral, control, eliminación, erradicación y post-eliminación de las enfermedades transmisibles, en especial de los eventos priorizadas en el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias adoptado mediante la Resolución 0119 del 27 de enero de 2026. La definición de estas prioridades de investigación se desarrolló en articulación con actores sectoriales e intersectoriales del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI), conforme al mandato normativo de los grupos involucrados.

La agenda de prioridades de investigación contenida en este documento está dirigida al conjunto de actores del ecosistema de salud pública, la ciencia, la tecnología y la innovación en Colombia que tienen capacidad de producir, financiar, implementar o utilizar evidencia científica orientada a la eliminación de enfermedades transmisibles. En particular, sus destinatarios son: los tomadores de decisiones del nivel nacional y territorial en materia de salud pública, incluyendo el Ministerio de Salud y Protección Social y sus entidades adscritas; las entidades territoriales responsables de la ejecución de los programas de eliminación; las Instituciones de Educación Superior y los centros e institutos de investigación con líneas activas o potenciales en enfermedades transmisibles; los financiadores de investigación en salud; las organizaciones cooperantes; las sociedades científicas y asociaciones profesionales del ámbito de la medicina tropical, infectología, epidemiología, salud pública y disciplinas afines; y las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las comunidades y pueblos étnicos con mayor carga de enfermedades priorizadas en el PNEET, cuya participación activa como sujetos de derecho y co-productores de conocimiento es reconocida explícitamente en la agenda resultante.

Por su parte, este informe documenta el proceso metodológico y los resultados del primer ciclo de definición participativa de prioridades de investigación del PNEET, desarrollado entre junio y julio de 2026 mediante una metodología Delphi modificada. En consecuencia, desarrolla la identificación, consolidación, valoración y jerarquización de las necesidades de investigación en salud pública asociadas a los 22 eventos y condiciones priorizados en el PNEET, organizadas en nueve grupos de trabajo y las cuatro líneas operativas de acción del plan; el análisis de los niveles de consenso alcanzados; la identificación de clústeres temáticos transversales; y las conclusiones e implicaciones para la política pública, la formación en salud y la comunidad investigadora. Este documento no desarrolla el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 ni sus estrategias de implementación; no sustituye

ni complementa el contenido técnico del PNEET 2025-2031 establecido en la Resolución 0119 de 2026; no constituye por sí mismo un plan de investigación institucional ni un programa de financiamiento de proyectos; no define protocolos de investigación ni metodologías específicas para las líneas priorizadas; y no vincula jurídicamente a ningún actor externo al Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la obligación de ejecutar las prioridades identificadas. Su naturaleza es la de un instrumento de orientación estratégica basado en evidencia de consenso intersectorial, que debe ser leído e interpretado en articulación con los demás instrumentos normativos, técnicos y de política pública del sector salud.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social espera que la agenda de prioridades de investigación del PNEET sea utilizada como insumo estratégico para orientar decisiones de inversión, formación y acción en al menos cuatro dimensiones. Primera, el fortalecimiento de las competencias científicas y técnicas de los profesionales del sector salud, en particular en ciencia de la implementación, la epidemiología analítica, los modelos predictivos y la inteligencia artificial aplicada a la salud pública; reconociendo que la brecha más crítica identificada por el panel no es de conocimiento teórico sino de capacidad para traducir la evidencia disponible en práctica clínica y programática efectiva en el territorio. Segunda, la orientación y focalización de investigaciones en las brechas de evidencia de mayor impacto potencial sobre las metas de eliminación, evitando la duplicación de esfuerzos, promoviendo la formación de alianzas, la pertinencia territorial de las preguntas científicas y garantizando que los recursos de investigación del país se usen eficientemente. Tercera, la articulación intersectorial e interinstitucional a nivel nacional territorial, reconociendo que la agenda de investigación del PNEET es, por definición, un proyecto colectivo. Cuarta, el posicionamiento técnico y científico de Colombia en el marco de la Iniciativa Regional de Eliminación de Enfermedades de la OPS/OMS, contribuyendo a los procesos de verificación y validación ante los organismos internacionales competentes, en coherencia con los compromisos asumidos por el país.

3. Objetivos

a. General

Definir una agenda de prioridades de investigación para el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias, mediante un proceso participativo, sistemático y consensuado con expertos del ecosistema de salud pública colombiano, actores del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación y sociedad civil, que oriente la generación de evidencia científica pertinente, factible y con impacto real en las metas de eliminación establecidas en la Resolución 0119 de 2026.

b. Específicos

- Identificar y sistematizar las brechas de conocimiento científico que limitan el avance de las metas de eliminación de enfermedades transmisibles en Colombia, a

través de una consulta abierta y estructurada con expertos multidisciplinarios e intersectoriales.

- Consolidar y depurar las prioridades de investigación identificadas en un instrumento estructurado por grupos temáticos de trabajo y líneas estratégicas del PNEET.
- Generar un ranking cuantitativo y validado de prioridades de investigación del PNEET, mediante la aplicación de criterios de valoración multidimensionales (necesidad epidemiológica, factibilidad, novedad, equidad e impacto sobre hitos del plan) y el establecimiento de umbrales de consenso estadísticamente definidos.
- Construir colectivamente el compromiso institucional e intersectorial necesario para que la agenda de investigación resultante oriente efectivamente las decisiones de inversión en ciencia, tecnología e innovación en salud relacionadas con la eliminación de enfermedades transmisibles en Colombia

4. Antecedente del proceso

En el marco del Taller de validación y co-creación de los Planes de Eliminación de Enfermedades Transmisibles, adelantado en septiembre de 2025 con la participación de entidades territoriales, entidades adscritas, academia, sociedad civil y la Organización Panamericana de la Salud, se generó el compromiso institucional de construir de manera colectiva una agenda de investigación que orientara los esfuerzos científicos del país hacia la reducción las brechas de evidencia más críticas para el logro y sostenimiento de las metas del PNEET.

El MSPS realizó una convocatoria amplia y masiva, dirigida a profesionales del sector salud, la academia, centros de investigación, entidades territoriales, IPS, sociedades científicas, sociedad civil y otros sectores; a través de un formulario virtual de manifestación de interés abierto desde abril hasta mayo de 2026; los participantes expresaron su disposición de participar en el proceso Delphi de definición de prioridades de investigación del PNEET, permitiendo la construcción de un panel diverso y representativo.

Posteriormente, se llevó a cabo en junio una primera fase de recopilación de propuestas y prioridades de investigación en formato virtual y luego el Taller de Definición de Prioridades de Investigación del PNEET (presencial) acompañado del Conversatorio: Compromiso País por la Eliminación de Enfermedades Transmisibles. El evento contó con el apoyo técnico y logístico de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia y Washington; y fue co-organizado con la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, sede del evento.

Durante el taller se presentaron los resultados de la Ronda 1, se validó la organización temática en grupos de trabajo, se deliberó sobre la pertinencia de las propuestas y su redacción, se explicaron los criterios de valoración y se aplicó el instrumento de Ronda 2 y Ronda 3 en los componentes temáticos seleccionados para la jornada, teniendo como resultado el listado de prioridades de investigación (Anexo 1).

5. Metodología

El proceso de definición de prioridades de investigación del PNEET empleó una metodología Delphi modificada, que se define como un método estructurado de comunicación grupal que, mediante cuestionarios sucesivos y votaciones anónimas, busca lograr consenso sobre un tema complejo (Shang, 2023); en este caso, la priorización de necesidades de investigación en salud pública que aporten, aceleren y sostengan los logros de la eliminación de las enfermedades contempladas en el PNEET y la Resolución 0119 de 2026.

La validez del método tiene tres principios: i) el anonimato de las respuestas permite eliminar el impacto jerárquico de autoridades sectoriales y garantiza que todos los votos tengan el mismo peso estadístico, ii) la retroalimentación iterativa controlada genera un proceso de reconsideración de diferentes puntos de vista a la luz de los resultados grupales sin presión social, y iii) la convergencia estadística hacia el consenso al generar un ranking cuantitativo con niveles de acuerdo medibles y reproducible.

- **Panel de participantes**

La convocatoria abierta para participar en el proceso se orientó por los principios de diversidad disciplinar, representatividad territorial e intersectorialidad. La convocatoria estuvo abierta a profesionales de los siguientes perfiles institucionales:

- Instituciones de Educación Superior (IES) y centros de investigación
- Entidades Territoriales de Salud departamentales y distritales
- Entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social: Instituto Nacional de Salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas
- Sociedades científicas
- Organizaciones de la sociedad civil
- Profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social
- Organizaciones cooperantes: OPS, DNDi

Los participantes se involucraron en las diferentes fases del proceso (Anexo 2) y en diferentes modalidades de participación (virtual o presencial).

- **Estructura temática del instrumento**

Las prioridades de investigación se organizaron en torno a los 9 grupos de trabajo que corresponden a los eventos y condiciones priorizados en el PNEET (ver tabla 1), y a las 4 líneas estratégicas del plan (adoptadas del marco operativo de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades de la OPS):

Tabla 1 Grupos de trabajo para la metodología Delphi modificada - PNEET

Grupo	Denominación	Eventos priorizados
1	Enfermedades Transmitidas por Vectores	Malaria por <i>P. falciparum</i> , Chagas vectorial/transfusional, Fiebre amarilla urbana
2	Zoonosis	Rabia humana transmitida por perros, Leishmaniasis visceral
3	Enfermedades desatendidas	Pian, Tracoma, Geohelmintiasis, Oncocercosis†
4	ETMI-PLUS	TMI-VIH, TMI-Sífilis, TMI-Hepatitis B, TMI-Chagas congénito
5	Inmunoprevenibles†	Poliomielitis, Sarampión, Rubéola, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétanos neonatal
6	Cáncer cérvico-uterino por VPH	Eliminación del cáncer cérvico-uterino causado por el Virus del Papiloma Humano
7	Micobacterias	Tuberculosis, Lepra
8	Biomasa contaminante	Sustitución del uso de biomasa contaminante en el hogar
9	PNEET Transversal	Prioridades comunes a todos los eventos del PNEET

Fuente: Elaboración propia. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. † Sostenimiento de la eliminación

Dentro de cada grupo, las prioridades se categorizaron según las cuatro líneas estratégicas del PNEET:

- Fortalecimiento e integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud
- Fortalecimiento de la vigilancia y la información en salud
- Determinantes sociales, ambientales y comunitarios
- Fortalecimiento de la gobernanza, la rectoría y las finanzas.

• Metodología Delphi modificada

Fase preparatoria: El equipo técnico del Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemoepidémicas de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles adelantó la revisión de evidencia preliminar por evento priorizado, el diseño del instrumento de recolección de información y la definición de los criterios de valoración para las rondas de consenso. Se convocó a expertos a través de un formulario virtual de manifestación de interés durante los meses de abril y mayo de 2026.

Ronda 1 - Generación abierta de prioridades: Se implementó un formulario virtual estructurado como instrumento de recolección abierta, en el que cada participante identificó libremente hasta tres prioridades de investigación por línea estratégica del PNEET para el evento de su área de conocimiento e interés. El equipo técnico adelantó la síntesis temática, agrupación por evento, depuración y consolidación de las respuestas.

Ronda 2 y 3 – validación y consenso: Previo al inicio del proceso de valoración, en las diferentes mesas de trabajo grupales se llevó a cabo la lectura de cada una de las propuestas realizadas por los participantes en la Ronda 1 con el objetivo de realizar ajustes de redacción y la explicación del proceso de valoración de cada prioridad en una escala de 1 a 9 (estándar RAND/OMS), la cual se realizó en términos de:

- Relevancia: para acelerar la eliminación, el alcance de las metas de eliminación, sostener la eliminación, generar evidencia técnico-científica para el proceso de validación/verificación. Escala: No importante (1), Poco importante (2), Importante (3), Muy importante (4).
- Factibilidad: considerando la viabilidad operativa en el horizonte del PNEET a 2031, capacidad técnica, infraestructura y financiamiento potencial en Colombia para realizarla. Escala: No factible (1), Poco factible (2), Medianamente factible (3), Factible (4) y Muy factible (5).

La discusión consideró simultáneamente:

- Necesidad epidemiológica: urgencia de la pregunta en función de la carga epidemiológica del evento, diferentes contextos ecoepidemiológicos del país y las brechas presentes entre los diferentes eventos.
- Novedad: identificando brechas del conocimiento y el grado en que la pregunta no ha sido respondida en la literatura disponible para el contexto colombiano o latinoamericano.
- Equidad: Potencial de la investigación para beneficiar a poblaciones con mayor carga de enfermedad: comunidades étnicas, zonas rurales dispersas, territorios históricamente rezagados.
- Impacto sobre hitos: Probabilidad de que los resultados de la investigación modifiquen una intervención programática, un protocolo de vigilancia o un proceso de verificación o validación de la eliminación contemplado en la Resolución 0119 de 2026

NOTA: Se realizaron dos rondas de valoración (R2 y R3) según el estándar RAND/OMS. Cada una seguida por una fase de lectura y discusión de los resultados.

El nivel de consenso se evaluó mediante indicadores estadísticos complementarios, calculados de forma automática sobre las respuestas del panel:

- Mediana: valor central de las calificaciones del panel. Preferida sobre el promedio aritmético por su robustez frente a valores extremos. Indicador de la posición central del grupo.

- Rango Intercuartílico (RIC = Q3 – Q1): medida de dispersión que cuantifica la concentración de las respuestas. Un RIC reducido indica alta convergencia del panel; un RIC amplio indica polarización y necesidad de deliberación adicional.
- Porcentaje de panelistas que calificaron ≥ 7 ($\% \geq 7$): calculado sobre el número de respondientes efectivos por ítem (denominador dinámico), no sobre el total del panel. Garantiza que el consenso sea compartido y no solo estadísticamente central.

Los umbrales de decisión adoptados para el proceso del PNEET son los siguientes:

Tabla 2 Umbrales de consenso de la metodología Delphi PNEET

Estado	Condición	Acción
✓ Priorizado	Mediana ≥ 7 Y $\% \geq 7 \geq 70\%$ de respondientes	Entra a la agenda definitiva de priorización de investigación del PNEET
🔄 Ronda 3	Hay calificaciones, pero no tiene consenso. Mediana entre 4 y 6 o con ≥ 7 está entre 30% y <70%	Discusión de la propuesta con retroalimentación de medianas y RIC. Pasa a nueva votación
⌚ Descartado	Mediana <3º con ≥ 7 es < 30%	Se excluye

Fuente: Elaboración propia. Ministerio de Salud y Protección Social

Estos umbrales se alinean con los estándares internacionales del método Delphi en salud pública (Okoh et al., 2024; Shang, 2023) y con el protocolo empleado por la OPS para el ejercicio de priorización de investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social (Caja Costarricense de Seguro Social, 2025).

Consideraciones éticas: El proceso fue diseñado bajo principios éticos de investigación en salud pública. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial. Ningún participante fue identificado individualmente en el análisis; cada respuesta fue procesada de forma agregada y los resultados se presentan únicamente a nivel grupal. Los participantes fueron informados del propósito del proceso, el uso que se daría a la información y la forma en que los resultados serían socializados con el panel y la comunidad científica. El diligenciamiento del formulario virtual implicó el consentimiento informado implícito de los participantes.

Para el procesamiento, consolidación y análisis de la información generada en las distintas fases del proceso, se utilizó herramientas de inteligencia artificial generativa como apoyo en la sistematización, síntesis de las prioridades de investigación y análisis de resultados. El uso de estas herramientas se realizó bajo supervisión técnica permanente. La inteligencia artificial actuó como instrumento de apoyo analítico y no como fuente primaria de los datos, los cuales provienen exclusivamente de las respuestas del panel de expertos en cada una de las rondas del proceso.

6. Resultados

• Fase preparatoria y Ronda 1

A continuación, se detalla los resultados obtenidos durante la fase de convocatoria, alistamiento, R1 del Delphi (formulario virtual) y su proceso de consolidación y depuración:

- En la fase de convocatoria inicial, 358 personas diligenciaron el formulario de intención de participación. Se contó con participación heterogénea de las instituciones objeto.
- Durante la fase inicial, se contó con la participación de 108 personas que diligenciaron el formulario para la recolección de información de propuestas de investigación; generando un banco inicial de 603 propuestas; en la fase inicial de revisión se eliminaron 25 propuestas por estar relacionadas con: rickettsiosis, síndrome febril general e investigación en humanos.
- A partir de las 578 propuestas, se realizó un proceso de sistematización, consolidación, depuración y reorganización de propuestas según las líneas operativas; dando como resultado, un instrumento de 237 ítems (ver tabla 3).

Tabla 3 Propuestas por grupo de trabajo y por líneas operativas de acción

GRUPO	LÍNEA 1	LÍNEA 2	LÍNEA 3	LÍNEA 4	TOTAL
ETV	17	15	17	12	61
ZOONOSIS	8	7	7	7	29
DESATENDIDAS	9	8	8	6	31
ETMI-PLUS	11	7	7	6	31
INMUNOPREVENIBLES	4	2	2	2	10
CÁNCER CVU POR VPH	5	2	2	2	11
MICOBACTERIAS	6	9	7	5	27
BIOMASA	3	3	2	3	11
PNEET TRANSVERSAL	5	5	9	7	26
TOTAL	68	58	61	50	237

Fuente: Construcción propia. Ministerio de Salud y Protección Social.

Limitaciones de la fase inicial:

- No se tuvo mesa de trabajo para el grupo de enfermedades inmunoprevenibles en sostenimiento de la eliminación debido a que, para rubeola, síndrome de rubeola congénita y tétanos neonatal no se recibieron propuestas de investigación, para el caso de sarampión y poliomielitis el número de propuestas de investigación y de los participantes inscritos para el taller fue mínimo
- No se obtuvieron propuestas de investigación para tracoma
- El proceso de valoración de las propuestas para la eliminación del uso de biomasa contaminante se llevó a cabo posteriormente (16 julio) en el marco de la reunión

de la comisión intersectorial para la sustitución de leña liderado por la Unidad de Planeación Minero Energética (UPME) del Ministerio de Minas y Energía

● Ronda 2 y Ronda 3

Para la primera valoración (Ronda 2) se contó con la participación de 146 panelistas tanto en modalidad virtual como presencial, con un total de 5.263 calificaciones. En esta ronda se obtuvieron 107 propuestas priorizadas con medianas ≥ 7 y con consenso ($\% \geq 7$ es $\geq 70\%$), 98 propuestas tuvieron una mediana entre 4 y 6 o no tuvieron consenso ($\% \geq 7$ está entre 30% y $<70\%$) por lo que fueron discutidas nuevamente en términos de factibilidad y viabilidad una a una y consideradas en una nueva votación (Ronda 3) y 16 propuestas fueron descartadas (mediana <4) (ver figura 1a).

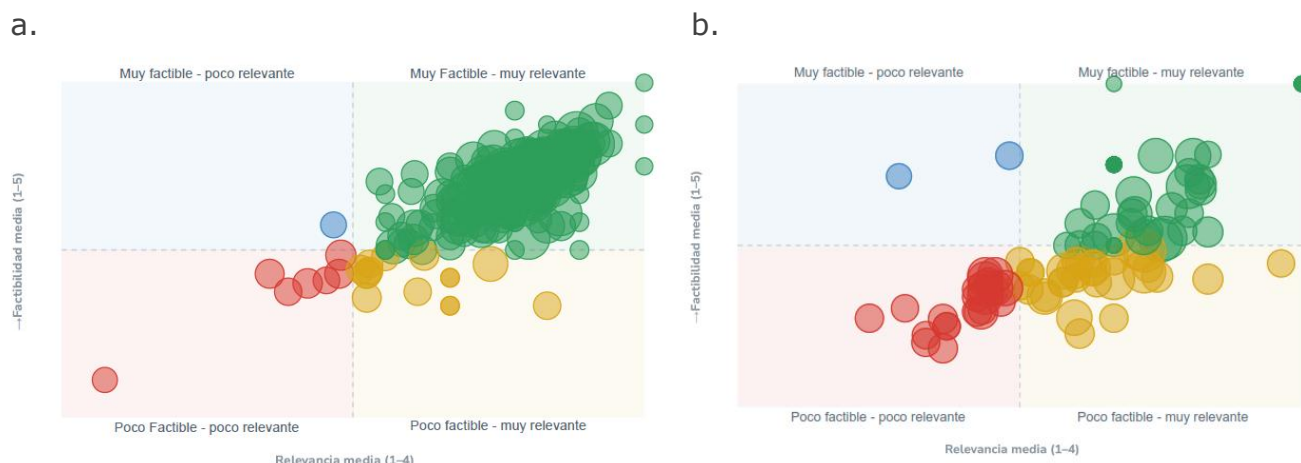


Figura 1. Resultado de la valoración de las propuestas de investigación según metodología Delphi modificada para el PNEET en la Ronda 2 (a) y Ronda 3 (b). El tamaño de cada burbuja es una propuesta representa el número de votos de cada propuesta valorada. Umbrales: relevancia 2.5, factibilidad 3.0.

Para las 98 propuestas que pasaron a la segunda fase de valoración (Ronda 3), se contó con la participación de 102 panelistas quienes realizaron 1.184 votación. Para esta ronda decisiva, 20 propuestas fueron priorizadas, 78 tuvieron una mediana entre 4 y 6 o no tuvieron consenso ($\% \geq 7$ está entre 30% y $<70\%$) por lo que no fueron priorizadas y 10 propuestas continuaron sin valoración (enfermedades inmunoprevenibles en sostenimiento de la eliminación) (ver figura 1b).

Al finalizar el proceso, se obtuvieron con 139 prioridades de investigación (ver Tabla 4). Las Enfermedades Transmitidas por Vectores tuvieron el mayor número de propuestas de investigación postuladas y priorizadas (61 y 53 respectivamente), seguidas por las zoonosis. Del panel total, más de la mitad de las propuestas alcanzaron consenso, lo que refleja madurez técnica del panel y pertinencia de la metodología Delphi.

Como era de esperarse, la línea operativa 1 tiene la mayor priorización, evidenciando que la atención integral de la salud (desde lo colectivo y lo individual) y la evaluación de la

implementación frente a nuevos esquemas terapéuticos y la adherencia a las guías clínicas son las necesidades más urgentes para el panel. En contraste, la línea operativa 4 es la línea más débil, posiblemente asociado al rol indelegable de gobernanza, rectoría y finanzas asociado propio del sector.

Ahora bien, aunque las propuestas de investigación para aportar a la eliminación del uso de biomasa contaminante en el hogar se valoraron en una ronda extraordinaria, todas las propuestas fueron priorizadas con un 75-100% de acuerdo, esto es de relevancia considerando que es un evento históricamente invisible en la agenda de salud pública y que ahora se posiciona en la agenda intersectorial gracias a iniciativas como el Plan Nacional de Sustitución de Leña y secundariamente por el PNEET.

Tabla 4 Resultado final del consenso de la priorización de investigaciones del PNEET por línea operativa y por evento o grupo de eventos

EVENTO O GRUPO DE EVENTOS	TOTAL PRIORIZADAS	TOTAL NO PRIORIZADAS	CONSENSO POR LÍNEA OPERATIVA			
			L 1	L 2	L 3	L 4
ETV	53	8	81%	79%	72%	75%
ZOONOSIS	22	7	73%	73%	81%	66%
DESATENDIDAS	6	26	26%	37%	44%	41%
ETMI-PLUS	5	26	40%	17%	37%	29%
INMUNOPREVENIBLES	SD	SD	NA	NA	NA	NA
CÁNCER CVU POR VPH	6†	5	64%	33%	58%	67%
MICOBACTERIAS	16	16	70%	54%	49%	46%
BIOMASA	11	0	100%	100%	100%	100%
PNEET TRANSVERSAL	20	6	100%	80%	67%	71%
TOTAL	139	94				

Fuente: Elaboración propia. Ministerio de Salud y Protección Social. La priorización de las enfermedades inmunoprevenibles está sin datos (SD), por lo que no aplica (NA) el análisis de porcentaje. †Solicitud expresa de considerar: Diseñar sistemas automatizados e interoperables para integrar datos de vacunación, tamizaje, tratamiento y seguimiento del VPH; por considerarse altamente relevante y con factibilidad plausible a través de una política pública en progreso.

De manera interesante, en las enfermedades desatendidas solo 6 propuestas fueron priorizadas de 32 (19%). Geohelmintiasis concentra la mayoría de no priorizadas (26 ítems); esto puede estar asociado por una parte a una mayor exigencia en la evaluación, y por otra a que al ser eventos de interés en salud pública ya eliminados (oncocercosis) o que hace muchas décadas no son reportados oficialmente (pian) llevan a un desconocimiento programático de los mismos.

Particularmente, en el caso de las enfermedades inmunoprevenibles eliminadas, se hace un llamado a los referentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones y expertos académicos a aportar en estos procesos, considerando el periodo de crisis para este grupo de eventos con los movimientos antivacunas, el cambio climático, los desastres naturales y la alta movilización humana a países con casos activos de estas enfermedades.

Al analizar los datos de forma global, se identifican 11 cluster de prioridades trazables para los diferentes eventos y grupos de eventos del PNEET (ver tabla 5); de estos particularmente se sugiere ser considerados para el diseño y operativización de estrategias interprogramáticas a fin de generar un mayor impacto y aprovechamiento de recursos.

Tabla 5 Cluster de prioridades trazables para los diferentes eventos y grupos de eventos del PNEET

Clúster temático	n	% total	Grupos con mayor representación	Eventos
Equidad de acceso, participación comunitaria y determinantes sociales. (Incluye comunicación intercultural, gobernanza comunitaria, estigma y equidad.)	23	17%	ETV (6) Micobacterias (5) Transversal (4)	Malaria, TB, cáncer cervicouterino por VPH, Rabia, LV, Lepra, Transversal
Evaluación económica y sostenibilidad financiera. (incluye costo-efectividad, costo-utilidad, financiamiento sostenible y retorno de inversión.)	20	14%	ETV (9) Zoonosis (3) Transversal (3)	Malaria, Fiebre amarilla, Chagas, LV, Rabia, TB, Biomasa
Una Sola Salud, vigilancia entomológica y control vectorial. (incluye enfoque ecosistémico: vectores, reservorios, interfaz humano-animal-ambiental)	15	11%	ETV (7) Zoonosis (4) Transversal (3)	Malaria, Fiebre amarilla, Rabia, LV, Geohelmintiasis, Transversal
Epidemiología clínica y seguimiento de casos. (incluye vigilancia en tiempo real, seguimiento de cohortes, frecuencia de eventos, adherencia terapéutica.)	14	10%	ETV (8) Zoonosis (2) Biomasa (2)	Malaria, Fiebre amarilla, Rabia, Pian, TB, Biomasa
Adherencia a guías y protocolos clínicos (Incluye evaluar implementación, brechas y estrategias activas de adopción de guías)	14	10%	ETV (6) Zoonosis (2) ETMI (2)	Malaria, FA, Chagas, Rabia, TMI-Sífilis, TMI-HepB, cáncer cervicouterino por VPH, TB, Transversal
Modelos predictivos, IA y analítica avanzada.	12	9%	ETV (6) Zoonosis (4)	Malaria, Fiebre amarilla, Chagas, Rabia, LV, Transversal

Clúster temático	n	% total	Grupos con mayor representación	Eventos
(Incluye algoritmos predictivos, IA para alerta temprana, integración de datos climáticos-epidemiológicos-entomológicos)			Transversal (2)	
Acceso, capacidad del sistema y atención primaria. (Incluye barreras de acceso, disponibilidad de medicamentos, rutas de atención, capacidad institucional y APS)	10	7%	ETV (5) Micobacterias (3) Transversal (2)	Malaria, FA, Chagas, TB, Transversal
Sistemas de información, vigilancia e interoperabilidad. (Incluye seguimiento a la notificación, calidad del dato, registros nominales y plataformas interoperables de vigilancia)	10	7%	ETV (3) Zoonosis (2) Micobacterias (2)	Chagas, FA, Malaria, LV, TB, Biomasa, Transversal
Diagnóstico, tamización y tecnologías de detección. (Incluye pruebas moleculares, diagnóstico rápido, tamizaje sistemático, tecnologías de bajo costo en APS)	8	6%	Desatendidas (2) Micobacterias (2) ETV (1)	Chagas, LV, Geohelmintiasis, Pian, TMI-Enfermedad de Chagas, cáncer cervicouterino por VPH, TB, Lepra
Gobernanza, coordinación intersectorial e implementación (Incluye análisis de la rectoría, articulación intersectorial, barreras administrativas y plataformas de toma de decisiones)	6	4%	ETV (2) Transversal (2) Zoonosis (1)	Malaria, Chagas, Rabia, Biomasa, Transversal
Determinantes ambientales, cambio climático y biomasa. (Incluye carga de enfermedad por biomasa, sustitución de leña, equidad en acceso a energías limpias y co-beneficios)	6	4%	Biomasa (5) Transversal (1)	Biomasa, Transversal

Fuente: elaboración propia. Ministerio de Salud y Protección Social

Finalmente, se presenta un análisis sintetizado sobre la contribución indirecta que algunas de las líneas temáticas de investigación actualmente incluidas en el Fondo de Investigación en Salud (FIS); más allá de las específicamente orientadas a la eliminación de enfermedades transmisibles, pueden indirectamente aportar en la aceleración del alcance de las metas trazadas en el PNEET (ver Tabla 6).

Tabla 6 Contribución indirecta de algunas líneas temáticas de investigación priorizadas por el Fondo de Investigación en Salud para el alcance de las metas de eliminación y sostenimiento de la eliminación del PNEET.

Línea Temática	Contribución al PNEET
Fortalecimiento de la cadena de valor de producción de tecnologías estratégicas en salud.	Fortalece la soberanía sanitaria y producción nacional de insumos, facilitando la disponibilidad y el acceso a herramientas diagnósticas, medicamentos, vacunas y otras tecnologías necesarias para acelerar las metas de eliminación, reducir dependencias externas, garantizar la sostenibilidad de las intervenciones y responder a emergencias sanitarias.
Investigación intersectorial con enfoque de Una Salud y la vigilancia, prevención y control de la resistencia antimicrobiana	Favorece el abordaje integrado de determinantes humanos, animales y ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades, fortaleciendo la vigilancia y la prevención de riesgos emergentes que podrían comprometer los logros de eliminación.
Modelos de cuidado, economía del cuidado y salud mental	Genera evidencia sobre continuidad del cuidado, acceso y protección social, elementos relevantes para poblaciones vulnerables y para la reducción de inequidades que afectan los resultados en salud.
Investigación de enfermedades no transmisibles y cáncer	Contribuye al fortalecimiento de la atención primaria, la integración de servicios y la capacidad resolutiva del sistema de salud; así mismo, aporta conocimientos sobre modelos de tamización, acceso oportuno y vigilancia que pueden fortalecer estrategias de eliminación relacionadas con el cáncer cervicouterino asociado al VPH.
Emergencias sanitarias: manejo del evento, prevención, respuesta y recuperación	Aporta evidencia para fortalecer la preparación y respuesta ante emergencias que pueden afectar los programas de eliminación, interrumpir servicios esenciales o favorecer la reintroducción y propagación de enfermedades.

Fuente: Elaboración propia. Ministerio de Salud y Protección Social con el aporte de Organización Panamericana de la Salud (oficina Colombia)

7. Conclusiones

La eliminación de las enfermedades transmisibles en Colombia constituye, fundamentalmente, un desafío de implementación y no exclusivamente de generación de nuevo conocimiento. Esto se refleja en el clúster de priorización relacionado con la adherencia a guías, protocolos clínicos y lineamientos programáticos, que agrupó 14 prioridades distribuidas en seis grupos de trabajo y alcanzó el mayor nivel de consenso durante el proceso (mediana de 9 y 100 % de acuerdo). En este sentido, la agenda de investigación no se orienta principalmente al descubrimiento de nuevos tratamientos o al desarrollo de nuevas vacunas, sino a comprender las barreras y facilitadores que influyen en la implementación efectiva, oportuna y con calidad de las intervenciones ya disponibles. Su énfasis se centra, por tanto, en cerrar la brecha entre la evidencia científica y la práctica real del sistema de salud, sus instituciones y los actores responsables de su ejecución.

Asimismo, el avance hacia las metas de eliminación y sostenimiento de la eliminación debe desarrollarse de manera articulada con los esfuerzos dirigidos a reducir las desigualdades sociales, territoriales y ambientales que condicionan la persistencia de muchas enfermedades transmisibles. A lo largo del proceso de priorización, los participantes destacaron de forma consistente la necesidad de incorporar enfoques de equidad que reconozcan el impacto de la pobreza multidimensional, las condiciones inadecuadas de vivienda, el racismo estructural, la fragmentación territorial y la histórica exclusión de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad. En consecuencia, las prioridades de investigación deberán contribuir no solo a mejorar los resultados sanitarios, sino también a comprender y abordar los determinantes que reproducen las inequidades en salud.

Por otra parte, el proceso identificó amplias oportunidades para el aprovechamiento de la inteligencia artificial, la analítica avanzada de datos y los sistemas de información interoperables como herramientas para fortalecer la vigilancia, la modelación epidemiológica, la identificación de riesgos y la toma de decisiones basada en evidencia. No obstante, los participantes reconocieron que el desarrollo de estas capacidades requiere condiciones habilitantes relacionadas con la gobernanza de datos, la articulación institucional, la disponibilidad de recursos financieros y el fortalecimiento progresivo de la infraestructura tecnológica del sector salud.

La metodología Delphi modificada aplicada en el marco del PNEET evidenció la existencia de un capital humano altamente calificado y comprometido con la eliminación de las enfermedades transmisibles y las condiciones prioritarias en Colombia. La amplia diversidad institucional de los participantes, la pluralidad de perspectivas representadas y la disposición para construir consensos permitieron consolidar una agenda de investigación sólida y legitimada por los diferentes actores involucrados. El desafío que sigue es transformar este consenso en acciones concretas, coordinadas, financiables, evaluables y sostenibles, mediante la participación articulada de las instituciones formadoras de talento humano, los centros de investigación, los prestadores de servicios de salud, las organizaciones comunitarias, la sociedad civil, los organismos de cooperación y los



tomadores de decisiones del sector salud y de otros sectores con incidencia sobre los determinantes de la salud.

Finalmente, la agenda de investigación del PNEET constituye una herramienta estratégica para guiar la generación y utilización de evidencia científica orientada a la acción, promover la innovación y fortalecer la articulación intersectorial, con el propósito de acelerar el logro de las metas de eliminación y sostenimiento de la eliminación, reducir las inequidades territoriales y poblacionales, y consolidar una cultura de toma de decisiones basada en evidencia para la salud pública en Colombia.

8. Bibliografía

- Ahmed, W., Ummad, A., Tahir, M., Sharkey, A., Bhurgri, A., Naseer, O., Habib, S., Memon, Z., 2026. Methodological review: Prioritizing a future research agenda for overcoming immunization implementation barriers in Pakistan. *Public Health in Practice* 11. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2026.100723>
- Caja Costarricense de Seguro Social, 2025. Portafolio de prioridades en investigación e innovación en Salud.
- Fadlallah, R., Daher, N., El-Harakeh, A., Hammam, R., Brax, H., Karroum, L.B., Lopes, L., Arnous, G., Kassamany, I., Baltayan, S., Harb, A., Lotfi, T., El-Jardali, F., Akl, E., 2022. Approaches to prioritising primary health research: a scoping review. *BMJ Global Health* 7. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007465>
- Fadlallah, R., El-Harakeh, A., Bou-Karroum, L., Lotfi, T., El-Jardali, F., Hishi, L., Akl, E., 2019. A common framework of steps and criteria for prioritizing topics for evidence syntheses: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.12.009>
- Hoekstra, D., Mütsch, M., Borchard, A., Kien, C., Griebler, U., Von Elm, E., Rehfues, E., Gerhardus, A., Lhachimi, S., 2024. A Structured Approach to Involve Stakeholders in Prioritising Topics for Systematic Reviews in Public Health. *International Journal of Public Health* 69. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606642>
- Hollands, G., South, E., Shemilt, I., Oliver, S., Thomas, J., Sowden, A., 2024. Methods used to conceptualise dimensions of health equity impacts of public health interventions in systematic reviews. *Journal of clinical epidemiology* 111312. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111312>
- Nyanchoka, L., Tudur-Smith, C., Thu, V.N., Iversen, V., Tricco, A., Porcher, R., 2019. A scoping review describes methods used to identify, prioritize and display gaps in health research. *Journal of clinical epidemiology* 109, 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.01.005>
- Observatorio Nacional de Salud, 2023. Informe 15: Cuando la muerte es evitable (No. 15). Instituto Nacional de Salud, Colombia.
- Okoh, A.C., Onyeso, O.K., Ekemezie, W., Oyinlola, O., Akinrolie, O., Kalu, M., on behalf of the Emerging Researchers & Professionals in Ageing-African Network, 2024. Building consensus on priority areas for Sub-Saharan Africa's ageing population research: An e-Delphi study protocol. *PLoS ONE* 19, e0298541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298541>
- Revez, L., Chapman, E., Flórez, C.E.P., Torres, R., 2013. Prioridades de investigación en políticas y sistemas de salud centradas en los recursos humanos en salud. *Revista Panamericana De Salud Publica-pan American Journal of Public Health* 34, 295–303.

Shang, Z., 2023. Use of Delphi in health sciences research: A narrative review. *Medicine* 102, e32829. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032829>

Yoshida, S., 2016. Approaches, tools and methods used for setting priorities in health research in the 21st century. *Journal of Global Health* 6. <https://doi.org/10.7189/jogh.06.010507>

9. Anexos

Anexo 1. Propuestas priorizadas, no priorizadas y pendientes establecidas en la agenda de prioridades de investigación del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias (PNEET).

Anexo 2. Participantes en las diferentes fases de la metodología Delphi modificada para la agenda de prioridades de investigación del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias (PNEET).

ANEXO 1. PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN DEL PNEET

Valoración de las prioridades de investigación del PNEET
Resolución 00119 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social

 Dashboard Fase 1 · Propuestas Fase 2 · Ronda 2 Fase 3 · Ronda 3 Ronda extraordinaria · Biomasa  Resultado final

 Resultado final consolidado Ronda 2 + Ronda 3 + Ronda extraordinaria

Resultado consolidado: priorizada = $\geq 70\%$ en ronda 2, en ronda 3 o en la ronda extraordinaria

Las de 30–70% en R2 se deciden en R3; sin votos quedan pendientes.

139

PRIORIZADAS (FINAL)

94

NO PRIORIZADAS

10

PENDIENTES

243

TOTAL

Grupo 1 — ETV

53

PRIORIZADA

Desarrollar tecnologías para mejorar la capacitación continua en el reconocimiento clínico y epidemiológico de la fiebre amarilla.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 86%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L1

PRIORIZADA

Analizar y monitorear determinantes sociales y ambientales para mejorar control y prevención de la transmisión de Chagas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 77%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L3

PRIORIZADA

Desarrollar y evaluar estrategias comunitarias para la prevención de brotes y mejora de la aceptación de la vacunación.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 87%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L3

PRIORIZADA

Fortalecer la participación comunitaria en la prevención, control y búsqueda temprana de atención para la malaria por *P. falciparum*.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 87%

Malaria por *P. falciparum* · L3

PRIORIZADA

Analizar y mejorar estrategias de comunicación intercultural y gobernanza comunitaria para la prevención y eliminación de la malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 87%

Malaria por P. falciparum · L3

PRIORIZADA

Evaluar y fortalecer la capacidad institucional para implementar el Plan de Eliminación de la Fiebre Amarilla Urbana.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 79%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L4

PRIORIZADA

Evaluar la sostenibilidad financiera de las acciones de vigilancia, vacunación y control vectorial en zonas de riesgo.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 76%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L4

PRIORIZADA

Evaluar la adherencia del personal de salud a las guías nacionales para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de malaria por P. falciparum.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 96%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Identificar y analizar barreras en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de malaria por P. falciparum.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 89%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Analizar la continuidad de atención y disponibilidad de medicamentos en el tratamiento de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 89%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias de detección y tratamiento de malaria en áreas endémicas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 87%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Diseñar algoritmos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para malaria según características regionales.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 77%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Optimizar el tamizaje, diagnóstico y confirmación de Chagas mediante evaluación de pruebas y algoritmos diagnósticos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 92%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L1

PRIORIZADA

Identificar y superar barreras para acceso, adherencia y continuidad del tratamiento de Chagas, considerando factores socioeconómicos y étnico-raciales.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 81%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L1

PRIORIZADA

Optimizar sistemas de información para vigilancia y monitoreo de Chagas, mejorando interoperabilidad, trazabilidad y efectividad diagnóstica.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 85%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L2

PRIORIZADA

Desarrollar y evaluar modelos predictivos para identificar riesgos y focos de transmisión de Chagas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 81%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L2

PRIORIZADA

Desarrollar modelos predictivos integrados para identificar áreas y periodos de alto riesgo de brotes urbanos de fiebre amarilla.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 80%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L2

PRIORIZADA

Evaluar la oportunidad y calidad de la notificación para mejorar la detección temprana de riesgos y brotes de fiebre amarilla.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 80%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L2

PRIORIZADA

Implementar y evaluar sistemas de vigilancia en tiempo real y alertas tempranas para el riesgo de fiebre amarilla urbana.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 91%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L2

PRIORIZADA

Evaluar y mejorar la implementación y adherencia a guías clínicas y lineamientos para la atención de fiebre amarilla en entornos urbanos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 93%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L1

PRIORIZADA

Aplicar inteligencia artificial para la predicción de brotes y la alerta temprana de malaria en territorios endémicos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 85%

Malaria por *P. falciparum* · L2

PRIORIZADA

Desarrollar y validar modelos predictivos para identificar áreas y poblaciones de alto riesgo de transmisión de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 87%

Malaria por *P. falciparum* · L2

PRIORIZADA

Desarrollar innovaciones tecnológicas para la integración y análisis de datos epidemiológicos y entomológicos en la vigilancia de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 87%

Malaria por *P. falciparum* · L2

PRIORIZADA

Evaluar y fortalecer la capacidad del sistema de salud para la detección, prevención y respuesta a brotes urbanos de fiebre amarilla.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 ≥ 7 81%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L1

PRIORIZADA

Identificar factores sociales y comportamentales que afectan la adherencia al tratamiento y la prevalencia de malaria en comunidades.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7.5 ≥ 7 83%

Malaria por *P. falciparum* · L3

PRIORIZADA

Optimizar la coordinación intersectorial y la financiación para prevenir y controlar brotes urbanos de fiebre amarilla.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7.5 ≥ 7 86%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L4

PRIORIZADA

Evaluar y fortalecer la gobernanza y coordinación intersectorial para la eliminación sostenible de la malaria por *P. falciparum*.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7.5 ≥ 7 76%

Malaria por *P. falciparum* · L4

PRIORIZADA

Identificar y reducir los determinantes sociales y ambientales que aumentan el riesgo de transmisión de fiebre amarilla urbana.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 ≥ 7 75%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L3

PRIORIZADA

Evaluar el impacto de cambios ambientales y urbanización sobre vectores y riesgo de brotes urbanos de fiebre amarilla.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 ≥ 7 80%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L3

PRIORIZADA

Analizar la correlación entre coberturas de vacunación y determinantes socioambientales en poblaciones de riesgo.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 84%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L3

PRIORIZADA

Implementar el enfoque Una Sola Salud para la vigilancia integrada de primates, vectores, ambiente y población humana.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 71%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L3

PRIORIZADA

Estudiar la biología y ecología de los vectores de fiebre amarilla en entornos urbanos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 73%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L3

PRIORIZADA

Evaluar estrategias integradas de control vectorial, incluyendo métodos no químicos y tecnológicos, para reducir la transmisión de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 77%

Malaria por *P. falciparum* · L3

PRIORIZADA

Identificar y analizar determinantes sociales, ambientales y territoriales asociados a la transmisión y persistencia de malaria por *P. falciparum*.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 83%

Malaria por *P. falciparum* · L3

PRIORIZADA

Implementar el enfoque Una Sola Salud para abordar interacciones entre factores humanos, animales y ambientales en la transmisión de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 70%

Malaria por *P. falciparum* · L3

PRIORIZADA

Monitorear y evaluar especies vectoras y tasas de infección para mejorar el control de la transmisión de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 72%

Malaria por *P. falciparum* · L3

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de intervenciones en tamizaje, seguimiento y tratamiento de Chagas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 76%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L4

PRIORIZADA

Analizar la coordinación interinstitucional en la implementación de estrategias de control de Chagas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 72%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L4

PRIORIZADA

Evaluar la sostenibilidad financiera y capacidad instalada para el control de Chagas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 84%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L4

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias de vacunación preventiva y respuesta rápida en áreas urbanas de riesgo.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 79%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L4

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias de control, diagnóstico y tratamiento de malaria por P. falciparum en zonas endémicas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 83%

Malaria por P. falciparum · L4

PRIORIZADA

Investigar mecanismos de financiamiento sostenible y eficiencia en la ejecución de recursos para la eliminación de malaria por P. falciparum.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 78%

Malaria por P. falciparum · L4

PRIORIZADA

Evaluar modelos costo-utilidad de estrategias intersectoriales y comunitarias para mitigar la malaria por P. falciparum.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 76%

Malaria por P. falciparum · L4

PRIORIZADA

Desarrollar estrategias integradas y tecnológicas para mejorar la prestación de servicios y seguimiento en malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 84%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Diseñar estrategias innovadoras para el seguimiento y adherencia al tratamiento de pacientes con malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 82%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Monitorear la resistencia a antimaláricos y su distribución en áreas afectadas por P. falciparum.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 78%

Malaria por P. falciparum · L1

PRIORIZADA

Determinar la frecuencia de recurrencias de malaria en áreas endémicas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 78%

Malaria por *P. falciparum* · L1

PRIORIZADA

Medir la adherencia terapéutica y factores asociados al abandono del tratamiento en malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 84%

Malaria por *P. falciparum* · L1

PRIORIZADA

Evaluar la calidad, oportunidad e interoperabilidad de los sistemas de vigilancia para mejorar la detección y seguimiento de casos de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 77%

Malaria por *P. falciparum* · L2

PRIORIZADA

Desarrollar sistemas interoperables de vigilancia comunitaria para el monitoreo y seguimiento de malaria en zonas de difícil acceso.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 79%

Malaria por *P. falciparum* · L2

PRIORIZADA

Diseñar y validar un sistema de vigilancia activa para la investigación de casos en focos en fase de eliminación.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 81%

Malaria por *P. falciparum* · L2

PRIORIZADA

Estudiar la plasticidad de los ciclos vitales de vectores de malaria ante cambios climáticos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 74%

Malaria por *P. falciparum* · L2

PRIORIZADA

Implementar herramientas de análisis en tiempo real para la detección temprana de brotes y eventos inusuales de malaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 75%

Malaria por *P. falciparum* · L2

▼ Grupo 2 — Zoonosis

22

PRIORIZADA

Identificar barreras y determinantes para la adherencia a guías y protocolos de manejo de exposiciones rábicas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 9 $\% \geq 7$ 88%

Rabia humana transmitida por perros · L1

PRIORIZADA

Desarrollar un sistema de información interoperable que integre vigilancia clínica humana y veterinaria para rabia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 86%

PRIORIZADA

Investigar los determinantes sociales y ambientales que afectan la transmisión de leishmaniasis visceral en Colombia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 85%

Leishmaniasis visceral · L3

PRIORIZADA

Evaluar estrategias de comunicación comunitaria para mejorar la detección temprana de leishmaniasis visceral.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 96%

Leishmaniasis visceral · L3

PRIORIZADA

Investigar los determinantes socioculturales y prácticas de tenencia que influyen en el riesgo de rabia humana.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 81%

Rabia humana transmitida por perros · L3

PRIORIZADA

Fortalecer estrategias de seguimiento de vacunación antirrábica para mejorar la tenencia responsable de animales.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 91%

Rabia humana transmitida por perros · L3

PRIORIZADA

Evaluar y mejorar el acceso y adherencia a diagnósticos y tratamientos oportunos de leishmaniasis visceral en regiones endémicas de Colombia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 92%

Leishmaniasis visceral · L1

PRIORIZADA

Evaluar la implementación del enfoque de atención integrada en municipios con transmisión activa de leishmaniasis visceral.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 89%

Leishmaniasis visceral · L1

PRIORIZADA

Integrar la vigilancia humana, animal y entomológica en un sistema único e interoperable para leishmaniasis visceral.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 83%

Leishmaniasis visceral · L2

PRIORIZADA

Desarrollar e integrar modelos predictivos y analítica avanzada para identificar y predecir riesgos de rabia humana transmitida por perros.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7.5 %≥7 82%

Rabia humana transmitida por perros · L2

PRIORIZADA

Analizar la costo-efectividad y sostenibilidad financiera de estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis visceral en Colombia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7.5 $\geq 77\%$

Leishmaniasis visceral · L4

PRIORIZADA

Evaluar modelos de articulación entre salud humana y animal para optimizar la atención y prevención de rabia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7.5 $\geq 88\%$

Rabia humana transmitida por perros · L1

PRIORIZADA

Investigar el impacto del uso del suelo y nuevos reservorios en la distribución y transmisión de la leishmaniasis visceral en Colombia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 72\%$

Leishmaniasis visceral · L3

PRIORIZADA

Evaluar estrategias de educación y participación comunitaria para prevenir la rabia humana.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 82\%$

Rabia humana transmitida por perros · L3

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias de prevención y control de la rabia incluyendo la población felina.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 71\%$

Rabia humana transmitida por perros · L4

PRIORIZADA

Analizar mecanismos de articulación intersectorial para la gestión de la rabia en diferentes contextos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 75\%$

Rabia humana transmitida por perros · L4

PRIORIZADA

Evaluar la sostenibilidad financiera y programática de las estrategias de eliminación de la rabia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 71\%$

Rabia humana transmitida por perros · L4

PRIORIZADA

Evaluar la efectividad de la inmunización antirrábica en animales y personas según protocolos actuales.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\geq 82\%$

Rabia humana transmitida por perros · L4

PRIORIZADA

Desarrollar y evaluar herramientas digitales e IA para mejorar vigilancia y clasificación de exposiciones rábicas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\geq 77\%$

Rabia humana transmitida por perros · L1

PRIORIZADA

Evaluar la efectividad del seguimiento nominal y vigilancia reactiva en adherencia al tratamiento de rabia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 74\%$

Rabia humana transmitida por perros · L1

PRIORIZADA

Desarrollar y validar modelos predictivos para el riesgo de transmisión e identificación temprana de focos de leishmaniasis visceral.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 80\%$

Leishmaniasis visceral · L2

PRIORIZADA

Analizar la completitud y oportunidad del reporte de casos de leishmaniasis visceral en el sistema SIVIGILA.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 80\%$

Leishmaniasis visceral · L2

▼ Grupo 3 — Enfermedades desatendidas

6

PRIORIZADA

Mejorar y evaluar métodos de diagnóstico para geohelmintiasis, incluyendo tecnologías moleculares y estándares de calidad.

DECIDIDA EN R2 Mediana 9 $\geq 82\%$

Geohelmintiasis · L1

PRIORIZADA

Desarrollar estrategias educativas y de comunicación culturalmente pertinentes para prevenir la geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 9 $\geq 83\%$

Geohelmintiasis · L3

PRIORIZADA

Evaluar el conocimiento de lo profesionales de la salud sobre el pian en cuanto sus manifestaciones diagnostico y tratamiento en poblaciones rurales y dispersas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\geq 70\%$

Pian · L1

PRIORIZADA

Diseñar implementar y evaluar una vigilancia centinela en centros educativos para deteccion de patologias de piel compatibles con PIAN.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\geq 70\%$

Pian · L2

PRIORIZADA

Desarrollar modelos de priorización territorial considerando variables sociales y ambientales bajo el enfoque de una salud.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 %≥7 75%

Geohelminthiasis · L3

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias de desparasitación y su impacto socio - económico y ambiental en Colombia.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 %≥7 75%

Geohelminthiasis · L4

▼ Grupo 4 — ETMI-Plus

5

PRIORIZADA

Evaluar y mejorar la tamización y diagnóstico de Chagas en mujeres en edad fértil y gestantes en zonas de riesgo.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7.5 %≥7 75%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L1

PRIORIZADA

Desarrollar estrategias de comunicación intercultural para prevenir y seguir la enfermedad de Chagas en madre e hijo.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 %≥7 75%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L3

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad del tamizaje sistemático de Chagas en gestantes y recién nacidos expuestos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 %≥7 75%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L4

PRIORIZADA

Evaluar la adherencia al DX, TTO, seguimiento e intervenciones de la gestante y su hijo expuesto a la hepatitis B.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 %≥7 80%

Transmisión materno infantil de la Hepatitis B · L1

PRIORIZADA

Evaluar y mejorar la implementación de guías de práctica para superar barreras en la atención de la sífilis materno-infantil.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 %≥7 71%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L1

▼ Grupo 6 — Cáncer cérvico-uterino por VPH

5

PRIORIZADA

En relación a la vacunación contra el VPH, evaluar o medir la costo-efectividad de estrategias escolarizadas de vacunación contra VPH,

evaluar la efectividad y el impacto de la vacunación considerando los diferentes tipos de población, aceptación y comportamientos, evaluar la cobertura en la población objeto.

DECIDIDA EN R2 Mediana 9 %≥7 100%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L1

PRIORIZADA

Evaluar la adherencia a guías de atención en salud para asegurar tratamiento efectivo en cáncer cervical por VPH.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8.5 %≥7 80%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L1

PRIORIZADA

Desarrollar protocolos duales efectivos y eficientes según los contextos socio-culturales (vacunación - tamizaje, tamizaje - tratamiento)

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 91%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L1

PRIORIZADA

Evaluar estrategias y protocolos para abordar y eliminar barreras socioculturales mediante educación y participación comunitaria para mejorar la vacunación y tamizaje del VPH en diferentes grupos socioculturales y poblaciones vulnerables como ejemplo víctimas de conflicto armado y violencias de género;

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 %≥7 88%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L3

PRIORIZADA

Evaluar modelos integrados para tamizaje, diagnóstico y seguimiento del VPH, articulando programas de vacunación y salud sexual.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 %≥7 90%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L4

▼ **Grupo 7 — Micobacterias**

16

PRIORIZADA

Evaluar la implementación y acceso a diagnósticos rápidos de tuberculosis, identificando barreras y facilitadores en poblaciones vulnerables.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 %≥7 85%

Tuberculosis · L1

PRIORIZADA

Correlación del diagnóstico clínico, histopatológico y bacteriológico en lepra o enfermedad de Hansen Colombia 2015-2024

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 %≥7 74%

Lepra · L1

PRIORIZADA

Caracterización clínica y epidemiológica de las reacciones y su correlación con el desarrollo de discapacidades físicas en el paciente con lepra o enfermedad de Hansen 2027-2030

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 83%

Lepra · L1

PRIORIZADA

Evaluar metodologías diagnósticas novedosas de bajo costo y mínimamente invasivas, considerando desempeño diagnóstico, aceptabilidad, factibilidad operativa, costo, equidad y potencial de implementación en atención primaria y comunidades con barreras de acceso en Tuberculosis

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 79%

Tuberculosis · L1

PRIORIZADA

Efectividad de las estrategias de base comunitaria y su impacto en la detección de Tuberculosis y Lepra

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 73%

Lepra · L2

PRIORIZADA

Evaluar estrategias comunitarias para la vigilancia y búsqueda de casos de tuberculosis en zonas dispersas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 80%

Tuberculosis · L2

PRIORIZADA

Capacitar personal y auditar la calidad de datos en sistemas de información de tuberculosis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 72%

Tuberculosis · L2

PRIORIZADA

Analizar los determinantes sociales e inequidades que afectan la atención y manejo de la lepra.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 77%

Lepra · L3

PRIORIZADA

Evaluar el impacto social y mental de la tuberculosis y estrategias para reducir el estigma.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 73%

Tuberculosis · L3

PRIORIZADA

Identificar determinantes sociales que afectan diagnóstico, tratamiento y desenlaces en tuberculosis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 72%

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias y herramientas para detección, vigilancia y manejo de la tuberculosis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 85%

Tuberculosis · L4

PRIORIZADA

Evaluar el impacto de determinantes sociales y actores en la adherencia al tratamiento de tuberculosis y estrategias para mejorarla.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 70%

Tuberculosis · L1

PRIORIZADA

Evaluar la capacidad de servicios de salud para garantizar el acceso a tamizaje y atención de tuberculosis en poblaciones priorizadas.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 78%

Tuberculosis · L1

PRIORIZADA

Evaluar estrategias educativas para reducir el estigma y mejorar el conocimiento y adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 82%

Tuberculosis · L1

PRIORIZADA

Evaluar el impacto de estrategias de APS y búsqueda activa de casos para mejorar la detección temprana de tuberculosis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 78%

Tuberculosis · L1

PRIORIZADA

Evaluar la calidad y oportunidad de notificación de casos de lepra y sus convivientes, y los determinantes que afectan la vigilancia comunitaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 75%

Lepra · L2

Grupo 8 — Biomasa

11

PRIORIZADA

Estimar la carga de enfermedad atribuible al uso de biomasa contaminante en los territorios priorizados.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 8.5 $\% \geq 7$ 100%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L1

PRIORIZADA

Medir los beneficios sanitarios obtenidos con la sustitución de leña.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 8 $\% \geq 7$ 100%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L4

PRIORIZADA

Identificar poblaciones, municipios y grupos vulnerables con mayor exposición y riesgo.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 8 $\% \geq 7$ 75%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L1

PRIORIZADA

Desarrollar indicadores para monitorear exposición, salud y transición a combustibles limpios.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 8 $\% \geq 7$ 100%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L2

PRIORIZADA

Estimar costos, beneficios económicos y retorno de inversión de las intervenciones.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 7.5 $\% \geq 7$ 100%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L4

PRIORIZADA

Evaluar el impacto de la sustitución de biomasa sobre enfermedades respiratorias, cardiovasculares y resultados materno-infantiles.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 7.5 $\% \geq 7$ 75%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L1

PRIORIZADA

Integrar y evaluar fuentes de información de salud, energía y ambiente para el seguimiento del plan.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 7.5 $\% \geq 7$ 100%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L2

PRIORIZADA

Estudiar la equidad en el acceso a energías limpias en poblaciones rurales y vulnerables.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 7.5 $\% \geq 7$ 100%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L3

PRIORIZADA

Investigar barreras y facilitadores socioculturales para la adopción de tecnologías limpias en los hogares.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 7.5 $\% \geq 7$ 75%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L3

PRIORIZADA

Desarrollar modelos de seguimiento y evaluación de resultados en salud.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 7.5 $\% \geq 7$ 100%

Uso de biomasa contaminante en el hogar · L4

PRIORIZADA

Realizar estudios epidemiológicos sobre los efectos del uso de biomasa en la salud.

DECIDIDA EN LA RONDA EXTRAORDINARIA Mediana 7 $\% \geq 7$ 75%

▼ Grupo 9 — PNEET Transversal

20

PRIORIZADA

Evaluar y mejorar la adherencia a guías clínicas en enfermedades transmisibles mediante estrategias activas y tecnología para optimizar la atención en salud.

DECIDIDA EN R2 Mediana 9 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L1

PRIORIZADA

Fortalecer sistemas de vigilancia en salud integrando enfoques One Health y geoespacial para prevención y respuesta efectiva a zoonosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 9 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L2

PRIORIZADA

Desarrollar y aplicar modelos predictivos para identificar áreas y poblaciones en riesgo de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R3 Mediana 9 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L2

PRIORIZADA

Analizar el impacto de la participación comunitaria en la prevención de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R3 Mediana 9 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L3

PRIORIZADA

Desarrollar sistemas de información integral para la toma de decisiones en manejo de vectores.

DECIDIDA EN R3 Mediana 9 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L3

PRIORIZADA

Fortalecer la interoperabilidad y calidad de los sistemas de información para mejorar la vigilancia epidemiológica.

DECIDIDA EN R3 Mediana 9 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L2

PRIORIZADA

Evaluar modelos de atención y tecnologías diagnósticas para mejorar cobertura y efectividad en eliminación de enfermedades.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8.5 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L1

PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias de prevención y control de enfermedades transmisibles en diversos contextos territoriales.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L4

PRIORIZADA

Evaluar barreras y efectividad de rutas de acceso a servicios de salud para enfermedades transmisibles en áreas de difícil acceso.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L1

PRIORIZADA

Evaluar impacto ambiental en vectores y desarrollar tecnologías eco-amigables para su control.

DECIDIDA EN R2 Mediana 8 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L1

PRIORIZADA

Analizar la asignación y ejecución de recursos financieros para mejorar la implementación de planes de eliminación de enfermedades en los territorios.

DECIDIDA EN R3 Mediana 8 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L4

PRIORIZADA

Evaluar la efectividad de intervenciones ambientales en la reducción de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L3

PRIORIZADA

Desarrollar plataformas y marcos para decisiones basadas en evidencia y sostenibilidad financiera en salud pública.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L4

PRIORIZADA

Desarrollar investigaciones con enfoque Una Salud para abordar enfermedades transmisibles en contextos diversos.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L3

PRIORIZADA

Evaluar y diseñar estrategias de manejo integrado de vectores para reducir la transmisión de enfermedades.

DECIDIDA EN R2 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L3

PRIORIZADA

Analizar barreras administrativas y de gestión que afectan la implementación de programas de eliminación de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PRIORIZADA

Evaluar estrategias de detección temprana y educación comunitaria para mejorar prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L1

PRIORIZADA

Analizar factores asociados al subregistro y silencio epidemiológico en comunidades de difícil acceso.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L2

PRIORIZADA

Identificar y evaluar determinantes sociales y ambientales en la persistencia de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L3

PRIORIZADA

Evaluar mecanismos de planificación y seguimiento para acciones de vigilancia y control de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 100%

PNEET-Transversal · L4

◀ No priorizadas (94)
▼ Grupo 1 — ETV

8

NO PRIORIZADA

Implementar la vigilancia genómica de *P. falciparum* para rastrear rutas de transmisión y detectar delecciones genéticas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 8 $\% \geq 7$ 67%

Malaria por *P. falciparum* · L2

NO PRIORIZADA

Monitorear infecciones subclínicas y submicroscópicas de malaria para mejorar la vigilancia y control de la enfermedad.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 53%

Malaria por *P. falciparum* · L2

NO PRIORIZADA

Promover el uso de etnomedicina y saberes ancestrales en la prevención de malaria en comunidades afrodescendientes e indígenas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 39%

Malaria por *P. falciparum* · L3

NO PRIORIZADA

Evaluar el impacto de actividades extractivas y economías ilícitas en la dinámica de transmisión de malaria y comportamiento de vectores.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 ≥ 7 48%

Malaria por *P. falciparum* · L3

NO PRIORIZADA

Modelar la movilidad poblacional y migración transfronteriza en relación con la persistencia de focos de transmisión de malaria.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 ≥ 7 28%

Malaria por *P. falciparum* · L3

NO PRIORIZADA

Identificar y controlar la transmisión de malaria asintomática en áreas endémicas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 ≥ 7 49%

Malaria por *P. falciparum* · L1

NO PRIORIZADA

Desarrollar tecnología para la producción local de vacunas contra la fiebre amarilla.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 ≥ 7 32%

Fiebre amarilla - brotes urbanos · L4

NO PRIORIZADA

Investigar la biología del *Trypanosoma cruzi* y desarrollar nuevas moléculas tripanocidas específicas para el contexto colombiano.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 ≥ 7 45%

Enfermedad de Chagas (transmisión vectorial/transfusional) · L1

▼ Grupo 2 — Zoonosis

7

NO PRIORIZADA

Analizar intervenciones Una Salud y el impacto del cambio climático en la transmisión de rabia.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 ≥ 7 62%

Rabia humana transmitida por perros · L3

NO PRIORIZADA

Evaluar la articulación intersectorial y eficiencia de estrategias para controlar y eliminar la leishmaniasis visceral en áreas endémicas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 ≥ 7 60%

Leishmaniasis visceral · L4

NO PRIORIZADA

Desarrollar herramientas innovadoras e integrar datos no tradicionales para mejorar la vigilancia genómica y epidemiológica de leishmaniasis visceral.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6.5 %≥7 50%

Leishmaniasis visceral · L2

NO PRIORIZADA

Implementar vigilancia genómica para monitorear variantes rábicas en caninos y felinos domésticos.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 %≥7 46%

Rabia humana transmitida por perros · L2

NO PRIORIZADA

Evaluar la efectividad de nuevas tecnologías de diagnóstico molecular en redes territoriales para leishmaniasis visceral.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 %≥7 42%

Leishmaniasis visceral · L1

NO PRIORIZADA

Investigar la transición hacia un modelo de gobernanza territorial inclusivo para perros y gatos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 6 %≥7 29%

Rabia humana transmitida por perros · L4

NO PRIORIZADA

Evaluar la implementación de pruebas de diagnóstico rápido y tecnologías en el punto de atención para rabia.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 %≥7 39%

Rabia humana transmitida por perros · L1

▼ Grupo 3 — Enfermedades desatendidas

26

NO PRIORIZADA

Evaluar la implementación del programa nacional de pian y garantizar la asignación de recursos para la eliminación sostenible

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 %≥7 64%

Pian · L4

NO PRIORIZADA

Evaluar la efectividad de intervenciones integradas de agua, saneamiento e higiene para reducir la transmisión de geohelminthos.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 %≥7 55%

Geohelminthiasis · L3

NO PRIORIZADA

Actualizar y fortalecer la vigilancia epidemiológica y la medición de prevalencia de geohelmintiasis en poblaciones clave.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 40%

Geohelmintiasis · L2

NO PRIORIZADA

Estudiar conocimientos y prácticas para mejorar la capacitación institucional en control de geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 36%

Geohelmintiasis · L2

NO PRIORIZADA

Desarrollo de innovaciones para vigilancia entomologica de forma inteligente y automatizada un territorio para detectar el riesgo de Oncocercosis

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 46%

Oncocercosis · L2

NO PRIORIZADA

Identificar determinantes sociales y ambientales asociados a la persistencia de geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 36%

Geohelmintiasis · L3

NO PRIORIZADA

Monitorear y mejorar la calidad del agua para reducir el riesgo de geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 6 $\% \geq 7$ 25%

Geohelmintiasis · L3

NO PRIORIZADA

Analizar modelos de articulación y evaluar barreras para implementar estrategias de eliminación de geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 6 $\% \geq 7$ 25%

Geohelmintiasis · L4

NO PRIORIZADA

Implementar vigilancia en campo mediante tecnologías móviles y escuelas centinela para monitoreo de geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 46%

Geohelmintiasis · L2

NO PRIORIZADA

Evaluar guías de manejo clínico y factores asociados a la falla terapéutica en geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5.5 $\% \geq 7$ 8%

Geohelmintiasis · L1

NO PRIORIZADA

Investigar la resistencia a antihelmínticos en humanos y animales en jornadas de desparasitación.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5.5 %≥7 17%

Geohelmintiasis · L1

NO PRIORIZADA

Diseñar un modelo integrado de gobernanza, rectoría y financiamiento para el sostenimiento de la eliminación de la Oncocercosis en Colombia

DECIDIDA EN R3 Mediana 5.5 %≥7 20%

Oncocercosis · L4

NO PRIORIZADA

Desarrollar sistemas integrados de información para seguimiento y monitoreo de tratamientos y coberturas de desparasitación.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 %≥7 18%

Geohelmintiasis · L2

NO PRIORIZADA

Evaluar el impacto y la cobertura de la desparasitación masiva en niños y adolescentes.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 %≥7 9%

Geohelmintiasis · L1

NO PRIORIZADA

Diseñar e implementar una estrategia de transformación de las condiciones del entorno y empoderamiento de la comunidad para que el ecosistema local no vuelva a ser favorable para la transmisión de la enfermedad

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 %≥7 36%

Oncocercosis · L3

NO PRIORIZADA

Fortalecimiento de estrategias para mejorar el conocimiento clínico en la detección y manejo de la Oncocercosis tanto en el foco inicial como zonas donde hay comunidad Yanomami

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 %≥7 36%

Oncocercosis · L1

NO PRIORIZADA

Analizar el impacto de condiciones climáticas y geográficas en la distribución de geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 %≥7 18%

Geohelmintiasis · L2

NO PRIORIZADA

Evaluar la sostenibilidad financiera de las estrategias de eliminación de geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 %≥7 40%

NO PRIORIZADA

Evaluar efectividad de políticas públicas intersectoriales dirigidas a los determinantes ambientales relacionados con geohelmintiasis

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 27%

Geohelmintiasis · L3

NO PRIORIZADA

Integrar la búsqueda activa de geohelmintiasis en atención primaria y evaluar la implementación de lineamientos nacionales.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 9%

Geohelmintiasis · L1

NO PRIORIZADA

Realizar estudios para la identificación de geohelminthos en matrices ambientales.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 36%

Geohelmintiasis · L3

NO PRIORIZADA

Realizar estudios de vigilancia genómica y resistencia antihelmíntica en geohelmintiasis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 18%

Geohelmintiasis · L2

NO PRIORIZADA

Identificar los factores sociales, ambientales y de acceso a servicios asociados a la persistencia de focos de transmisión de pian.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5 $\% \geq 7$ 18%

Pian · L3

NO PRIORIZADA

Identificar la efectividad de las políticas públicas y los planes de desarrollo la presencia de actividades relacionada con el mejoramiento manejo de los determinantes sociales y ambientales

DECIDIDA EN R2 Mediana 5 $\% \geq 7$ 25%

Geohelmintiasis · L4

NO PRIORIZADA

Investigar la prevalencia de zoonosis y el impacto de geohelmintiasis en el territorio.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 $\% \geq 7$ 0%

Geohelmintiasis · L1

NO PRIORIZADA

Comparar la efectividad de desparasitación dirigida versus masiva basada en diagnóstico.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 $\% \geq 7$ 0%

Geohelmintiasis · L1

NO PRIORIZADA Identificación de de los determinantes sociales de la salud y medición de brechas, barreras e inequidades

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 63%

Transmisión materno infantil del VIH · L3

NO PRIORIZADA Desarrollar estrategias de prevención y consejería preconcepcional que involucren a hombres y mujeres para reducir la sífilis gestacional y congénita.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 60%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L1

NO PRIORIZADA Analizar y mejorar el cumplimiento de guías para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Chagas en recién nacidos de madres afectadas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 40%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L1

NO PRIORIZADA Desarrollar intervenciones para reducir inequidades sociodemográficas en el acceso a servicios de salud, incluyendo poblaciones migrantes.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 22%

Transmisión materno infantil de la Hepatitis B · L3

NO PRIORIZADA Analizar los determinantes sociales y ambientales para mejorar el manejo y prevención de la transmisión de Chagas congénita.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 33%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L3

NO PRIORIZADA Desarrollar sistemas automatizados para el registro y seguimiento de gestantes y binomio madre-hijo con Chagas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 18%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L2

NO PRIORIZADA Mejorar el acceso temprano al control prenatal para prevenir la transmisión materno-infantil de Hepatitis B.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 33%

Transmisión materno infantil de la Hepatitis B · L3

NO PRIORIZADA Fortalecer capacidades del personal de salud y gestión de información para la vigilancia de la transmisión materno-infantil de

Chagas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 40%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L1

NO PRIORIZADA

Integrar modelos de predicción con SIVIGILA para alertas tempranas de riesgo.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5.5 $\% \geq 7$ 29%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L2

NO PRIORIZADA

Analizar desigualdades sociales y aplicar el Modelo OMS para prevenir la transmisión materno-infantil de ITS.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 22%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L3

NO PRIORIZADA

Desarrollar IA para alertar sobre riesgos de vacunación y abordar inequidades en control prenatal para prevenir transmisión materno-infantil de hepatitis B.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 10%

Transmisión materno infantil de la Hepatitis B · L1

NO PRIORIZADA

Desarrollar modelos para identificar y monitorear la continuidad y fragmentación en la atención del VIH materno-infantil.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 20%

Transmisión materno infantil del VIH · L1

NO PRIORIZADA

Desarrollos tecnosólidos y uso de IA para facilitar el seguimiento de la cohorte de las pacientes gestantes con vih (prenatal) y vigilancia de aua recién nacidos

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 18%

Transmisión materno infantil del VIH · L2

NO PRIORIZADA

Fortalecer la vigilancia comunitaria y nominal en gestantes para ITS.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 27%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L2

NO PRIORIZADA

Desarrollo y evaluación de estrategias de involucramiento de actores comunitarios e intersectoriales como recurso de detección de infecciones y apoyo en la adherencia

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 11%

Transmisión materno infantil del VIH · L4

NO PRIORIZADA

Diseñar una herramienta automatizada para el seguimiento continuo y riguroso a los planes territoriales de eliminación de la sífilis

gestacional (SG) y la sífilis congénita (SC)

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 ≥ 7 33%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L4

NO PRIORIZADA

Investigar nuevos esquemas terapéuticos para mejorar la adherencia al tratamiento de la sífilis en gestantes y sus contactos.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5 ≥ 7 21%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L1

NO PRIORIZADA

Evaluar mecanismos para mejorar la representación social de gestantes sobre el VIH.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5 ≥ 7 14%

Transmisión materno infantil del VIH · L1

NO PRIORIZADA

Desarrollar sistemas interoperables y algoritmos para integrar y automatizar la vigilancia del binomio madre-hijo.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4.5 ≥ 7 10%

Transmisión materno infantil de la Hepatitis B · L2

NO PRIORIZADA

Implementar mecanismos de monitoreo y modelos predictivos para el seguimiento y priorización de casos de Chagas en gestantes y recién nacidos.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 ≥ 7 18%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L2

NO PRIORIZADA

Diseñar modelos de articulación intersectorial para optimizar recursos en la prevención de Chagas materno-infantil.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 ≥ 7 22%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L4

NO PRIORIZADA

Crear herramientas digitales para la capacitación continua del personal de salud.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 ≥ 7 0%

Transmisión materno infantil de la Hepatitis B · L2

NO PRIORIZADA

generar estrategias y mecanismos para fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 ≥ 7 22%

Transmisión materno infantil de la Hepatitis B · L4

NO PRIORIZADA

Investigar aspectos específicos del Chagas congénito.

DECIDIDA EN R3 Mediana 3.5 %≥7 10%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L1

NO PRIORIZADA

Identificar barreras de acceso y fallas en la ruta de atención del binomio madre-hijo en Chagas.

DECIDIDA EN R3 Mediana 3 %≥7 11%

Transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas · L4

NO PRIORIZADA

Prioridad no especificada, requiere más información para su agrupación.

DECIDIDA EN R2 Mediana 2 %≥7 11%

Transmisión materno infantil de la sífilis · L3

▼ Grupo 6 — Cáncer cérvico-uterino por VPH

5

NO PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de estrategias de autotoma y detección molecular de VPH.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 %≥7 44%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L4

NO PRIORIZADA

Diseñar sistemas automatizados e interoperables para integrar datos de vacunación, tamizaje, tratamiento y seguimiento del VPH.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 %≥7 33%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L2

NO PRIORIZADA

Desarrollar algoritmos de IA para mejorar la clasificación y priorización de citologías cervicales.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5.5 %≥7 20%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L1

NO PRIORIZADA

Analizar inequidades territoriales en acceso a diagnóstico, tratamiento y vacunación del cáncer cervical.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 %≥7 29%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L3

NO PRIORIZADA

Definir biomarcadores moleculares para evaluar la persistencia y la progresión de la enfermedad; con incorporación de análisis bioinformático.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4.5 %≥7 30%

Cáncer cérvico-uterino por Virus del Papiloma Humano · L1

NO PRIORIZADA

Utilizar geolocalización para identificar zonas y poblaciones prioritarias en tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 7 $\% \geq 7$ 58%

Tuberculosis · L2

NO PRIORIZADA

Determinación de resistencia en lepra por secuenciación genómica en casos nuevos y casos con sospecha de resistencia de lepra o enfermedad de Hansen en Colombia 2027-2030

DECIDIDA EN R3 Mediana 6.5 $\% \geq 7$ 50%

Lepra · L1

NO PRIORIZADA

Desarrollar un sistema nacional interoperable y en línea para el seguimiento de la tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 47%

Tuberculosis · L2

NO PRIORIZADA

Analizar determinantes sociales y desarrollar modelos predictivos para mejorar adherencia y desenlaces en tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 47%

Tuberculosis · L2

NO PRIORIZADA

Desarrollar y evaluar modelos intersectoriales para prevenir y controlar la tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 32%

Tuberculosis · L3

NO PRIORIZADA

Analizar el impacto de condiciones de vida y ambientales en la transmisión de la tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 26%

Tuberculosis · L3

NO PRIORIZADA

Desarrollar mecanismos de protección social para pacientes de tuberculosis y sus familias, abordando determinantes sociales.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 44%

Tuberculosis · L4

NO PRIORIZADA

Optimizar la comunicación interinstitucional entre actores de las rutas y redes de salud para mejorar la vigilancia de la lepra.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 37%

Lepra · L2

NO PRIORIZADA

Fortalecer la gobernanza, rectoría y finanzas en la gestión de la tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 7$ 16%

Tuberculosis · L4

NO PRIORIZADA

Evaluar y fortalecer la calidad de registros y herramientas digitales para la vigilancia de tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 32%

Tuberculosis · L2

NO PRIORIZADA

Evaluar la costo-efectividad de equipar instituciones de salud con tecnología diagnóstica para tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 21%

Tuberculosis · L2

NO PRIORIZADA

Evaluar estrategias de mitigación económica, protección social y acceso a servicios básicos en tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 26%

Tuberculosis · L3

NO PRIORIZADA

Fortalecer la articulación interinstitucional y eliminar barreras administrativas para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.

DECIDIDA EN R3 Mediana 5 $\% \geq 7$ 42%

Tuberculosis · L4

NO PRIORIZADA

Desarrollar intervenciones educativas para comunidades afectadas por la lepra.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 $\% \geq 7$ 37%

Lepra · L3

NO PRIORIZADA

Evaluar la implementación del plan, la atención integral y actualizar guías de manejo y financiación en lepra.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 $\% \geq 7$ 42%

Lepra · L4

NO PRIORIZADA

Fortalecer servicios de salud para detección temprana y seguimiento de lepra en Atlántico, Colombia.

DECIDIDA EN R3 Mediana 4 $\% \geq 7$ 24%

Lepra · L1

Grupo 9 — PNEET Transversal

6

NO PRIORIZADA Desarrollar soluciones de infraestructura para mitigar vulnerabilidad socioeconómica y sanitaria.

DECIDIDA EN R2 Mediana 6 $\% \geq 70\%$

PNEET-Transversal · L3

NO PRIORIZADA Cuantificar la fracción atribuible a determinantes sociales y evaluar intervenciones con enfoque intercultural.

DECIDIDA EN R2 Mediana 6 $\% \geq 70\%$

PNEET-Transversal · L3

NO PRIORIZADA Evaluar y fortalecer la articulación intersectorial para la implementación efectiva de estrategias de eliminación de enfermedades transmisibles.

DECIDIDA EN R2 Mediana 6 $\% \geq 70\%$

PNEET-Transversal · L4

NO PRIORIZADA Investigar mecanismos de participación comunitaria y modelos de gobernanza para fortalecer la rectoría en salud pública.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 70\%$

PNEET-Transversal · L4

NO PRIORIZADA Desarrollar innovaciones tecnológicas para el monitoreo en tiempo real y la integración de información en salud.

DECIDIDA EN R3 Mediana 6 $\% \geq 70\%$

PNEET-Transversal · L2

NO PRIORIZADA Promover acciones de salud respetando la identidad cultural y equidad en comunidades vulnerables.

DECIDIDA EN R2 Mediana 5 $\% \geq 70\%$

PNEET-Transversal · L3

Pendientes (10)

Grupo 5 — Inmunoprevenibles (sostenimiento)

10

PENDIENTE Optimizar la vigilancia del sarampión mediante modelos predictivos y análisis costo-efectividad para detección y diagnóstico oportuno.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 70\%$

Sarampión · L2

PENDIENTE

Medir la sensibilidad del sistema de información para mejorar la inmunización contra el sarampión.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L2

PENDIENTE

Investigar desigualdades e inequidades en el acceso y decisión de vacunación.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L3

PENDIENTE

Desarrollar estrategias tecnológicas y de capacitación para fortalecer la participación comunitaria en salud.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L3

PENDIENTE

Evaluar la sostenibilidad de recursos y el impacto de políticas en coberturas de vacunación contra el sarampión.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L4

PENDIENTE

Investigar la efectividad de la coordinación y modelos de gobernanza en la respuesta a brotes de sarampión.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L4

PENDIENTE

Evaluar la efectividad de las intervenciones en salud para evitar lesiones de por vida en los pacientes: Sentido de Humanidad.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Poliomielitis · L1

PENDIENTE

Desarrollar y evaluar innovaciones tecnológicas para la detección temprana y seguimiento de brotes de sarampión.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L1

PENDIENTE

Evaluar la capacidad del sistema de salud y las barreras al acceso para garantizar servicios de inmunización efectivos y equitativos.

SIN DEFINIR Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L1

PENDIENTE

Analizar la hesitación y aceptación de vacunas mediante estudios sociales y comunitarios.

SIN DEFINIR

Mediana — $\% \geq 7$ —

Sarampión · L1



4

solo lectura · Ministerio de Salud y Protección Social · Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención · Subdirección de Enfermedades Transmisibles

La información contenida en este documento es propiedad intelectual del Ministerio de Salud y Protección Social

Se prohíbe su uso con fines de publicación científica sin los debidos créditos y si la solicitud expresa de autorización por parte del Ministerio y quienes elaboran el actual documento

Anexo 2.

Participantes de la Ronda 1 (postulación abierta de propuestas) en la metodología Delphi modificada para definir las prioridades de investigación del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias (PNEET)

NOMBRES	ENTIDAD
Miryan Margot Sánchez Jiménez	Instituto Colombiano de Medicina Tropical-ICMT
Laura Ximena Ramírez López	Universidad de Boyacá
Álvaro Adolfo Faccini Martínez	Hospital Militar Central
Fredy Alirio Vargas Jaimes	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Olga Maritza Suta López	Subred Sur Occidente
Nathalia María del Pilar Correa Valencia	Universidad de Antioquia
Sergio Daniel Ruiz Alarcon	Secretaría Distrital de Salud
Carlos Andrés Acevedo Gómez	Subred Sur Occidente
Diego Soler-Tovar	Universidad de La Salle
Laura Marcela Gaviri Roza	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
Evelin Margarita Velásquez	Hospital Especial de Cubará
Claudia Marcela Castro Osorio	Instituto Nacional de Salud
Xiomara Diomyra Cuevas Zarate	Secretaría de Salud de Amazonas
Jonny Edward Duque Luna	Universidad Industrial de Santander

NOMBRES	ENTIDAD
Mauricio Humberto Rodríguez Panduro	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Luis Reinel Vásquez Arteaga	Universidad del Cauca
Edna Carolina Ávila	Secretaria de Salud Distrital de Bogotá
Nicole Vargas García	Laboratorio departamental de Salud Pública (Antioquia)
Paola Tatis Beleño	Unidad de Investigación Molecular UNIMOL
Vanesa Vargas Orozco	E.S.E Hospital Universitario del Caribe
Adriana Arévalo Jamaica	Instituto Nacional de Salud
Mashiel Fernandez Ruiz	Centro Unidad de Investigación Molecular UNIMOL
Andrea Camila Márquez Nossa	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Luisa Fernanda Ocampo Diaz	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Alejandra Pinilla Farias	Secretaria Distrital de Salud
Diana Goretty Oviedo Manrique	Instituto de Evaluación Tecnológica En Salud
Leidy Fernanda Castillo Estrada	Secretaria departamental de Salud del Valle del Cauca
Orley Herrera	Secretaria de Salud del Guaviare

NOMBRES	ENTIDAD
Carlos Humberto Murcia Ramírez	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca,
Eliana Lucia Gualdron Solano	Universidad Javeriana Cali
Alejandra del Pilar Gómez Motta	Pontificia Universidad Javeriana Cali
Luz Mary Velandia Nieto	Secretaría Distrital de Salud- Bogotá
Alexandra Cossio	CIDEIM
Jerson Andrés Cuéllar Sáenz	Pontificia Universidad Javeriana
Dina Lucia Puerta Barrera	Secretaria de Salud departamental
Tania Tibaduiza	Minsalud
Marthy Luz Quintero Correa	Universidad Javeriana de Cali
Marthy Luz Quintero Correa	Universidad Javeriana de Cali
Marthy Luz Quintero Correa	Universidad Javeriana de Cali
Jackeline González Castro	Ese Hospital Universitario del Caribe
Angie Mabel Castaneda Casallas	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Andrea Trochez Ruzynke	Secretaria de Salud de Bogotá
José Alexander Estepa Becerra	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Paula González	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
Carlos Alberto López Abril	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Yessica Marroquín Durán	Subred Integrada de Salud Sur E.S.E

NOMBRES	ENTIDAD
Laura Valentina Gutiérrez Narvaez	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Malena Luz Marriaga Álvarez	Secretaria de Salud departamental del Atlántico
Magda Lucy Pérez Villanueva	Secretaria de Salud departamental del Atlántico
Carlos Esteban Franco Muñoz	Instituto Nacional de Salud
María Fernanda Yasnot Acosta	Asociación Colombiana de Parasitología Y Medicina Tropical
María Camila Jurado Guacaneme	Instituto Nacional de Salud
Alberto Tobón-Castaño	Universidad de Antioquia
Sara María Robledo Restrepo	Universidad de Antioquia
Lady Rocio Quimbayo	Universidad Antonio Nariño
Luis Jorge Hernández Flórez Hernández	Universidad de Los Andes
Martha Padilla	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Juan Camilo Almanza Gamarra	Fundación Chilloa
Zharik Natalia Gaitan Ardila	Alcaldía Municipal
José Agustin Perea Ramírez	Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura
Marco Antonio Tamara Burgos	Secretaria de Salud de Cordoba
José Corredor	Subdirección de Salud Ambiental
Andrea Trochez Ruzynke	Secretaria de Salud de Bogotá
Maribel Murillo Tenorio	Secretaría departamental de Salud del Valle del Cauca

NOMBRES	ENTIDAD
Sandra Milena Camargo	Grupo de Investigaciones Microbiológicas de La Universidad del Rosario
Martha López	Ss Bogotá
Gloria Lizeth Parra Rodríguez	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
Jorge Alexander Duitama Castellanos	Universidad de Los Andes
Esteban Orozco Castro	Grupo Nuclea Vitae S.A.S
Bladimiro Rincon Orozco	Universidad Industrial de Santander
Rodrigo Veremundo Aldana Barbosa	Secretaria de Salud de Casanare
Carolina Hernández Castro	Universidad de Antioquia
Mónica Rondon Cotacio	Secretaria de Salud de Rionegro
Mario Javier Olivera Rivero	Instituto Nacional de Salud
Nubia Esperanza Gómez Galindo	Secretaría de Salud de Santander
Giovanni Apraez	Universidad Nacional de Colombia
Loraine Marcela García Cerpa	Secretaria de Salud departamental de Sucre
Claudia Inés Cohen Aguilera	Secretaria de Salud departamental de Sucre
Wilton Mejia Tejada	Gobernación de Risaralda
Fredy Alirio Vargas Jaimes	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Mario Javier Olivera Rivero	Instituto Nacional de Salud
Yuritzi Zepeda García	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

NOMBRES	ENTIDAD
Cesil Alfonso Solis Medina	Dirección de Promoción Y Prevención
Gloria Bautista	Universidad Francisco de Paula Santander
Yaliany Sánchez	Secretaria de Salud de Guainía
Lina Trujillo	Instituto Nacional de Cancerología
María Fernanda Bustos Fortner	Centro dermatológico Federico Lleras Acosta ESE
John Jairo Ocampo Rincón	Policía Nacional
Gina Marcela López Ruíz	Universidad de Cartagena
Carlos Sermeño Correa	Secretaría de Salud de Sucre
Nancy Gore Saravia	Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Medicas
Eliana Lucia Gualdron Solano	Universidad Javeriana Cali
Álvaro Adolfo Faccini Martínez	Hospital Militar Central
Luz Helena Borrás	Secretaria de Salud departamental
Carlos Humberto Murcia Ramírez	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca,
Johanna Marcela Moscoso Gama	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Arely Robles Villegas	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Iván David Najera Villegas	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Héctor Alcántara Vélez	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Karol Yolitzin Balderas Alcántara	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

NOMBRES	ENTIDAD
Adriana Alejandra Marín Rodríguez	Secretaria Distrital de Salud
Martha Stella Ayala Sotelo	Instituto Nacional de Salud

NOMBRES	ENTIDAD
Emmanuel Reyes Castillo	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Daniela Elodia Palmas Contreras	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Participantes de la Ronda 2 y 3 (evaluación, valoración y consenso) en la metodología Delphi modificada para definir las de prioridades de investigación del Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias (PNEET)

Presencial

NOMBRE	ENTIDAD
Jesion Cuellar Sáenz	Universidad Pontificia Javeriana
Yaliany Sánchez	Secretaria de Salud de Guañía
Sandra Alvarado	Secretaria de Salud de Cauca
Ingrid Johanna Ortiz	Ministerio de Salud y la Protección Social
Diego Yasno	Ministerio de Salud y la Protección Social
Sandra Cardona Delfin	Ministerio de Salud y la Protección Social
Lucas Alcala	Ministerio de Salud y la Protección Social
Octavio Henao Orrego	Ministerio de Salud y la Protección Social
Diana Goretty Oviedo	IETS
Camilo Caicedo	Ministerio de Salud y la Protección Social
Natali Baez Cortés	Ministerio de Salud y la Protección Social
Nubia Esperanza Gómez Galindo	Secretaria de Salud de Santander
Nicole Vargas García	Secretaria de Salud de Antioquia

NOMBRE	ENTIDAD
Mónica Benavides	Ministerio de Salud y la Protección Social
Carlos Acevedo	Subred Sur Occidente
Yessica Marroquin Duran	Subred Sur
Luz Elena Borrás	Secretaria de Salud de Tolima
Lilian Andrea Rodríguez	Ministerio de Salud y la Protección Social
Clara Angela Sierra	Ministerio de Salud y la Protección Social
Gloria Yate Giron	Asociación de Pacientes Contra Enfermedad de Chagas y sus Familias (APACHAFI)
María Fernanda Chacón	Ministerio de Salud y la Protección Social
Sandra Milena Aparicio	Instituto Nacional de Salud
Sidia Caicedo	Ministerio de Salud y la Protección Social
Andrea Liliana Sarmiento Ospina	Ministerio de Salud y la Protección Social
Andrea Liliana Pachon	Instituto Nacional de Cancerología
Yuly Milena Salgado Lema	Instituto Nacional de Cancerología

NOMBRE	ENTIDAD
Carlos Alberto López	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Luisa Fernanda Ocampo	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Yury Johana Silva López	Instituto Nacional de Salud
Martha Silvera	Secretaria de Salud de Cundinamarca
Antonio Sagbini	Secretaria de Salud de Bolívar
Richard Pérez	Secretaria de Salud de Bolívar
Dina Lucia Puerta	Secretaria de Salud de Caqueta
Orley Ortiz	Secretaria de Salud de Guaviare
Claudia Rincón Acevedo	Instituto Nacional de Salud
Stefhany Bernard	Secretaria de Salud de San Andrés
Gloria Lizeth Parra Rodríguez	Subred Centro Oriente
Olga Marirtza Suta López	Subred Sur Occidente
Laura Marcela Gaviria Rozo	Subred Norte
Esteban Orozco Castro	Grupo Nuclear Vitae
Esther Rocio Barrero	Subred Centro Oriente
Luisa Consuelo Rubiano	Ministerio de Salud y la Protección Social
Cielo Maritza León Ramos	Universidad de los Andes
Nathaly Rozo Gutiérrez	Ministerio de Salud y la Protección Social
Adriana Castillo Castañeda	Ministerio de Salud y la Protección Social
María Alexandra Duran Romero	Ministerio de Salud y la Protección Social
Yessenia Faizuri Castro	Ministerio de Salud y la Protección Social

NOMBRE	ENTIDAD
María Camila Galleso	Ministerio de Salud y la Protección Social
Carolina Bernal Rodríguez	Ministerio de Salud y la Protección Social
Juan Almanza	Universidad de Minerva
Liliana Prieto Lozano	Ministerio de Salud y la Protección Social
Alba Lucia Combita	Instituto Nacional de Cancerología
Fredy Lizarazo	Ministerio de Salud y la Protección Social
Rodrigo Aldana	Secretaria de Salud de Casanare
Alexandra Cossio	CIDEIM
Kerlys Patricia Pérez Campo	Secretaria de Salud de la Guajira
Alvaro Faccini	Hospital Militar
María Fernanda Yasnot	Universidad de Córdoba
Alberto Tobon Castaño	Universidad de Antioquia
Mirley Castro Salas	Ministerio de Salud y la Protección Social
Aida Mercedes Soto	Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Patricia Lavado	Ministerio de Salud y la Protección Social
María Fernanda Pino	Ministerio de Salud y la Protección Social
Mauricio Javier Vera Soto	Ministerio de Salud y la Protección Social
Carlos Guzman Quintero	Ministerio de Salud y la Protección Social
Deisa Rivera Puentes	Ministerio de Salud y la Protección Social
William Rafael Arroyo	Ministerio de Salud y la Protección Social
Sandra Milena Cardona	Ministerio de Salud y la Protección Social



NOMBRE	ENTIDAD
Adriana Betancourt	Ministerio de Salud y la Protección Social

NOMBRE	ENTIDAD
Giani Germán Quinche	Ministerio de Salud y la Protección Social

Virtual (Datos extraídos de la aplicación de Microsoft Teams)

NOMBRE	Entidad
Aguirre Naranjo Laura	SD
Alejandra Gómez	SD
Alejandro Rios	SD
Amazonas Pai	Secretaría de Salud de Amazonas
Ana Gabriela Machado Pomares	SD
Andrea Camila Marquez Nossa	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Andrés H. Godoy	Secretaria de Salud de Quindío
Brianiz Salinas	SD
Camila Aldana Morales	SD
Camila Andrea Jiménez Betancourth	Bogotá Distrito Capital
Carlos Acevedo Gómez	Secretaria de Salud
Carlos Alberto López Abril	Instituto Nacional de Salud
Carlos Andrés Acevedo Gómez	Subred Sur Occidente E.S.E.
Carlos Esteban Franco Muñoz	Instituto Nacional de Salud
Carolina Hernández Castro	Universidad de Antioquia
Carolina Ortega Roa	Bogotá Distrito Capital

NOMBRE	Entidad
Liliana Prieto Lozano	SD
Lina Durán	SD
Lina Marcela García	Secretaria de Salud Centro de Zoonosis
Lina María Puerta Mazo	Secretaria de Salud E Inclusión Social de Antioquia
Lina María Trujillo Sánchez	SD
Lizeth Parra	SD
Ludy Marcela delgado Monroy	SD
Luis Cortes	SD
Luis Miguel Leyton Ramos	SD
Luisa Fernanda Ocampo Diaz	SD
Luz Marina Trujillo Becerra	Centro de Zoonosis - Secretaria de Salud Santiago de Cali
Luz Marina Trujillo Becerra	Centro de Zoonosis - Secretaria de Salud Santiago de Cali
Marco Antonio Tamara Burgos	SD
María Alejandra Cabrera Polania	SD
María Camila Gallego Rubio	SD
María Camila Jurado Guacaneme	SD

NOMBRE	Entidad
Cesar Ricardo Huérfano Herrera	SD
Cindy Padilla	SD
Clara Sierra Gvsp- - ded	Ministerio de Salud Y Protección Social
Claudia Lorena Pérez Clavijo	Orden Nacional
Claudia Yaneth Rincon Acevedo	Instituto Nacional de Salud
Daniel de Moya	Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla
Diana Marcela Lucumi Aragon	SD
Diego Alejandro Yasno Salazar	SD
Efrain Jesús Castañeda Torres	SD
Eliana Dilena Roys Cotes	SD
Eliana Katherine Moreno Peralta	Secretaría de Salud Cali - Centro de Zoonosis
Elvira Duran Rojas	SD
Entomología LDSP	SD
Esther Rocio Barrero Barreto	Subred Centro Oriente
Esther Rocio Barrero Barreto	Subred Centro Oriente
ETV - Zoonosis - VSP	La Guajira- Vsp -Salud Ambien
Francisco Javier Ospino Arredondo	SD
Freddy Cordoba Renteria	Secretaria de Salud de Buenaventura
Gelineth González Mestra	Secretaria de Salud de La Guajira

NOMBRE	Entidad
María Eugenia, delgado Méndez	SD
María Fernanda Bustos Fortner	Bogotá Distrito Capital
Mario Javier Olivera Rivero	SD
Maritza	SD
Martha Isabel Murcia Aranguren	Bogotá Distrito Capital
Martha Patricia Padilla Velasco	
Mauro	SD
Mberrio@Ins.Gov.Co	SD
Miguel Ángel Cogollo Padilla	SD
Nancy	SD
Natalia Hoyos	SD
Natalia Valencia Sánchez	Risaralda
Neirys Patricia Fragozo Pérez	La Guajira
Nicolas Mateo Cabal Gaviria	SD
Nieves Johana Agudelo Chivata	SD
Olga Maritza Berrio Pérez	SD
Olga Suta	SD
Patricia	SD
Patricia Beatriz Escobar Acosta	Barranquilla

NOMBRE	Entidad
Gelis Pinedo	SD
Gelis Pinedo	Secretaria de Salud de La Guajira
Ginna Paola Fernández de Aza	SD
Gloria Mercedes Puerto Castro	Bogotá Distrito Capital
Gloria Patricia Ramírez	Antioquia
Irene Alejandra Pinilla Farias	SD
Iván Camilo Campos Bueno	Secretaria de Salud Amazonas
Iván Camilo Campos Bueno	SD
Jacel Karina Argel Robles	Secretaria de Salud de La Guajira
Jaime Cerro Barranquilla	SD
Jeise María Osio Arenas	Secretaria de Salud de Barranquilla
Jeisson Gabriel Parra Mariño	SD
Jenny Yazmin Sánchez Madrigal	Bogotá Distrito Capital
Jerson Andrés Cuellar Sáenz	SD
Jessica María Pedraza Calderon	SD
José Alexander Perdomo Trujillo	Secretaria de Salud Valle del Cauca
José Fernando Fuertes Bucheli	Secretaria de Salud Valle del Cauca
José Leonardo Gómez Gómez	Nacional
José Luis Daza Passo	SD
Juan Camilo Beltran Álzate	Antioquia
Juan Camilo Rivera Pacheco	SD

NOMBRE	Entidad
Patricia Mónica Martínez Hoyer	SD
Patricia Yaneth Castano Grajales	SD
Paula González	SD
Paula González	SD
Aura Charris	SD
Rafael Herazo	SD
Ricardo Marín Ssis Antioquia	SD
Richar Cuadrado	SD
Sandra Díaz	SD
Sandra Milena Camargo	SD
Sergio Daniel, Ruiz Alarcon	SD
Sergio Daniel Ruiz Alarcon	SD
Silvana Zapata Bedoya	Bogotá Distrito Capital
Solmara Bello Pieruccini	SD
Ut Alianza Bienestar Antioquia	SD
Verónica Loaiza	SD
VSP - ETV	SD
Wilman Osorio Marín	SD
Wilton	SD
Ximena Diomyra Cuevas Zarate	Amazonas
Yeira Ao	SD

NOMBRE	Entidad
Karen Noreña	SD
Keilyn Castellar	SD
Kellys Quintana	SD
Kelmis Tatiana Pérez Brito	SD
Laura Gaviria	SD
Laura Ximena Herrera	SD
Líder Vectoriales	SD
Zulibeth Flórez	SD

NOMBRE	Entidad
Yenny Gómez Rojas	Meta
Yesenia Zamora León	Meta
Yessica Marroquín Durán	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
Yolanda Castilla P.	Secretaria de Salud de Barranquilla
Yurley Osma Grateron	Barranquilla
Yury Johana Silva López	SD
Zapata, Silvana (Consultant Wdc)	SD

Equipo técnico del PNEET

Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social.

NOMBRE	CORREO INSTITUCIONAL	EVENTO O GRUPO DE EVENTOS
Adriana Betancourt	abetancourt@minsalud.gov.co	Tuberculosis
Adriana Castillo Castañeda	acastilloc@minsalud.gov.co	PNEET transversal
Andrea Liliana Sarmiento Ospina	asarmiento@minsalud.gov.co	ETMI-PLUS-Enfermedad de Chagas congénito, transfusional
Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez	anrodriguez@minsalud.gov.co	Cáncer cervicouterino por VPH
Carolina Manosalva	cmanosalva@minsalud.gov.co	Lepra
Césil Alfonso Solis Medina	csolis@minsalud.gov.co	Manejo Integrado de Vectores
Cielo Yaneth Ríos	crios@minsalud.gov.co	ETMI-PLUS
Claudia Liliana Sosa Mesa	csosa@minsalud.gov.co	Inmunoprevenibles
Fredy Eberto Lizarazo Lozano	flizarazo@minsalud.gov.co	Malaria
Gianni German Quinche Vargas	gquinche@minsalud.gov.co	Rabia humana transmitida por perro
Iván Mauricio Cardenas Cañon	icardenas@minsalud.gov.co	Malaria
Jacqueline Palacios González	jpalacios@minsalud.gov.co	Sarampión, Rubeola, SRC
Julian Trujillo Trujillo	jtrujillot@minsalud.gov.co	Enfermedades desatendidas, emergentes y re-emergentes
Leydy Johana Morales Carvajal	ljmorales@minsalud.gov.co	Salud ambiental



NOMBRE	CORREO INSTITUCIONAL	EVENTO O GRUPO DE EVENTOS
Lilia Patricia Lavado	llavado@minsalud.gov.co	ETMI-PLUS-Hepatitis B (vacunación)
Liliana Prieto Lozano	lprieto@minsalud.gov.co	Fiebre amarilla brotes urbanos (vacunación)
Lina Marcela Guerrero Sánchez	lguerrero@minsalud.gov.co	Salud ambiental- biomasa contaminante
Lucas Andrés Alcala Espinosa	lcalca@minsalud.gov.co	Enfermedad de Chagas vectorial
Luisa Consuelo Rubiano Perea	lrubiano@minsalud.gov.co	Leishmaniasis visceral
Luz Stella Rios Marín	lrios@minsalud.gov.co	Fiebre amarilla brotes urbanos
Magaly Jaimes Ballesteros	mjaimesb@minsalud.gov.co	Rabia humana transmitida por perro
María Alexandra Duran Romero	mduranr@minsalud.gov.co	Pian
Mauricio Javier Vera Soto	mvera@minsalud.gov.co	PNEET transversal - enfermedades endemoepidémicas
Mirley Enith Castro Salas	mcastros@minsalud.gov.co	Fiebre amarilla brotes urbanos
Sandra Liliana Bello Pérez	sbello@minsalud.gov.co	Tracoma
Sandra Marina Ariza Matiz	sariza@minsalud.gov.co	Tuberculosis
Sidia Caicedo Traslaviña	scaicedo@minsalud.gov.co	ETMI-PLUS
Stephany María Yepes Santos	syepes@minsalud.gov.co	Rabia humana transmitida por perro
William Rafael Arroyo Solano	warroyo@minsalud.gov.co	Geohelmintiasis
Yessenia Faizuri Castro Espinosa	ycastroe@minsalud.gov.co	Lepra