

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022–2031: BALANCE DE CUMPLIMIENTO DE METAS A MAYO DE 2026 Y RECOMENDACIONES AL NUEVO GOBIERNO

INTRODUCCIÓN

El Observatorio de Salud Pública de la Universidad de los Andes presenta en este boletín el balance de cumplimiento de las metas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, con corte a mayo de 2026. El análisis se basa en el tablero de seguimiento del plan del Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/tablero-control.aspx>, que monitorea 92 indicadores distribuidos en 7 dominios (D1–D7), y contrasta para cada indicador la línea de base del PDSP, la meta definida a 2031 y el último valor disponible, clasificando el estado de avance en tres categorías: Crítico, Alerta/vigilancia y Favorable. El corte coincide con un momento decisivo: faltan cinco años para el cierre del plan y el 7 de agosto de 2026 inicia un nuevo gobierno, que tendrá la responsabilidad de conducir la segunda mitad de su ejecución.

HALLAZGOS PRINCIPALES

El estado general del tablero revela un sistema de salud pública con avances parciales pero con rezagos estructurales de fondo: el 37% de los indicadores (34) se encuentra en estado Crítico, con máxima prioridad de intervención; el 30% (28) está en Alerta o vigilancia; el 16% (15) muestra tendencia Favorable, y el 16% restante (15) corresponde a datos desactualizados, lo que constituye en sí mismo un problema de gobernanza de la información. Los mayores retos se concentran en enfermedades transmisibles y vectores (D5, con 15 de 25 indicadores en rojo) y en enfermedades no transmisibles y cáncer (D2, con 9 de 31 en rojo y caídas críticas en tamización oncológica), mientras que salud bucal (D7) no registra ninguna actualización desde 2015 en sus 5 indicadores, configurando un vacío de información que impide cualquier evaluación real del dominio a cinco años del cierre del plan.

Indicador	Valor	Año	Tendencia	Línea de base PDSP	Meta PSDP 2031	Clasificación
% nacidos vivos con bajo peso al nacer	11%	2025	↓ 2.0%	9,10%	9	Crítico
Razón de Mortalidad Materna (x100.000 NV)	47,27.	2025	↑ 3.7%	50,7.	32	Alerta
Tasa de Mortalidad Infantil <1 año (x1.000 NV)	10,16.	2025	↓ 3.1%	17,34.	15,3.	Favorable
Tasa de mortalidad en la niñez <5 años (x1.000 NV)	12,4.	2025	↓ 6.0%	14,6.	10,3.	Alerta
Tasa de fecundidad mujeres 10-14 años (x1.000)	1,45.	2025	↓ 7.6%	2,21.	0	Alerta
Tasa de fecundidad mujeres 15-19 años (x1.000)	27,26.	2025	↓ 9.9%	54,42.	40	Favorable
Coberturas administrativas vacunación triple viral (%)	92,78.	2024	↓ 0.2%	91,8.	95	Alerta
Cobertura vacunación DPT refuerzo en menores de 5 años	88,47.	2024	↓ 0.1%	72	80	Alerta
Cobertura Vacunación DPT 3 dosis <1 año (%)	89,4.	2024	↑ 0.8%	93,5.	95	Alerta
Tasa mortalidad por desnutrición <5a (<100.000)	4,37.	2025	↓ 32.9 %	6,75.	5	Favorable

Tabla 1. Dominio 1 (D1) — Materno infantil y niñez. Se presentan indicadores seleccionados del dominio; no se incluyen la totalidad de los indicadores contemplados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. La clasificación de la meta fue ajustada en algunos casos por el Observatorio de salud pública y epidemiología.

D1 — MATERNO INFANTIL Y NIÑEZ

El dominio presenta un balance heterogéneo con matices importantes. Tres indicadores ya superaron anticipadamente su meta 2031: la mortalidad infantil menor de 1 año (10 por 1.000 nacidos vivos), la fecundidad en adolescentes de 15–19 años (27 por 1.000 mujeres) y la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (4 por 100.000 menores de cinco años), lo que representa un avance significativo hacia el cumplimiento del Plan Decenal de Salud Pública. En contraste, aunque las coberturas de vacunación con triple viral (93%), DPT refuerzo en menores de 5 años (88%) y DPT tercera dosis en menores de 1 año (89%) permanecen por encima de su línea de base, presentan una tendencia descendente, lo que evidencia una pérdida progresiva en las coberturas. Por esta razón, estos indicadores fueron reclasificados en Alerta, ya que, de mantenerse esta trayectoria, podría comprometerse el logro de las metas al 2031. No obstante, el indicador de bajo peso al nacer (11,02%) es el único del dominio que retrocedió respecto a su línea de base (9,1%) y se aleja de su meta (9%), constituyendo la prioridad de intervención más urgente. La mortalidad materna (47,3 por 100.000 nacidos vivos), aunque mejoró frente a la línea de base, muestra una tendencia ascendente del 3,7%, lo que genera preocupación y requiere seguimiento estrecho.

Elaboración propia a partir de la información disponible en el tablero de seguimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y los reportes oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a mayo de 2026.

D2 – ECNT Y CÁNCER

El dominio de ECNT y cáncer muestra un comportamiento heterogéneo, con avances en mortalidad por algunos tipos de cáncer pero con rezagos críticos en mortalidad prematura y cobertura de tamizaje. En el lado positivo, la mortalidad por cáncer de cuello uterino (5,92 x 100.000) y por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (7,47 x 100.000) tienen clasificación Favorable, ambas por debajo de su línea de base y en trayectoria hacia sus metas de 5,5 y 7, reflejando el efecto de programas de detección temprana y control del tabaquismo. El indicador Crítico del dominio es la mortalidad prematura por ECNT en población de 30 a 70 años (227,1 x 100.000), que aunque mejoró levemente frente a la línea de base (238,76), presenta una tendencia ascendente de +0,4% y dista significativamente de su meta 2031 de 180: una brecha de 47,1 puntos que al ritmo actual es prácticamente inalcanzable y que refleja las dificultades estructurales del sistema para controlar diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular en edad productiva. En Alerta se encuentran tres indicadores: la mortalidad por cáncer de próstata (13,01 x 100.000), que contrario a lo esperado muestra tendencia ascendente (+3,7%) y se aleja de su meta de 10,9, y las proporciones de tamizaje en hombres de 50–75 años para colon y próstata (7,90%) y en mujeres de 30–65 años para VPH (14,15%), ambas con valores muy por debajo de sus metas de 60%, lo que evidencia una brecha crítica en detección temprana que compromete directamente los resultados de mortalidad a mediano plazo.

Tabla 2. Dominio 2 (D2) — Enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer. Se presentan indicadores seleccionados del dominio; no se incluyen la totalidad de los indicadores contemplados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

Indicador	Línea de base PDSP	Meta PDSP 2031	Valor encontrado	Año	Tendencia	Clasificación
Tasa ajustada mortalidad por tumor maligno de próstata (x100.000)	13,8.	10,9.	13,01.	2025	↑ 3.7%	Alerta
Tasa ajustada mortalidad por tumor maligno de cuello uterino (x100.000)	7,04.	5,5.	5,92.	2025	↓ 5.1%	Favorable
Tasa ajustada mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (x100.000)	9,16.	7	7,47.	2025	↓ 3.1%	Favorable
Tasa Mortalidad Prematura ECNT 30-70a (x100.000)	238,76.	180	227,1.	2025	↑ 0.4%	Crítico
Proporción hombres 50-75a con tamizaje (colon/próstata)	1	60	7,9.	2024	↓ 47.7%	Alerta
Proporción mujeres 30-65a con tamizaje VPH	0,33.	60	14,15.	2024	↓ 72.1%	Alerta

D3 – CONDUCTAS DE RIESGO

Indicador	Línea de base PDSP	Meta PDSP 2031	Valor encontrado	Año	Tendencia	Clasificación
Prevalencia de consumo de alcohol en escolares (%)	37,40%	25%	30,49%	2022	↑ 17.6%	Alerta
Prevalencia de consumo actual de tabaco 12-65a (%)	12%	8%	9,75%	2019	↓ 24.7%	Alerta

Tabla 3. Dominio 3 (D3) — Conductas de riesgo. Se presentan indicadores seleccionados del dominio; no se incluyen la totalidad de los indicadores contemplados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

Elaboración propia a partir de la información disponible en el tablero de seguimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y los reportes oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a mayo de 2026.

El dominio de conductas de riesgo presenta una limitación importante de actualización que condiciona la lectura del panorama completo; los indicadores seleccionados, ambos en clasificación de Alerta/vigilancia, revelan dinámicas preocupantes en dos de los principales factores de riesgo modificables. La prevalencia de consumo de alcohol en escolares (30,49%, dato 2022) es el indicador más reciente y el más preocupante: aunque su valor actual ya mejoró respecto a la línea de base (37,4%), muestra una tendencia ascendente del +17,6%, lo que indica que el consumo está repuntando y se aleja de la meta de 25%, configurando una señal de alerta que exige intervención urgente en entornos escolares. Por su parte, la prevalencia de consumo de tabaco en población de 12 a 65 años (9,75%) registra una tendencia favorable de -24,7% y se encuentra en trayectoria hacia su meta de 8%, pero su dato es de 2019 (hace siete años), lo que hace imposible evaluar con certeza su comportamiento real en el contexto pospandemia, donde los patrones de consumo de tabaco y nicotina cambiaron significativamente con la irrupción de los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado, fenómeno que este indicador no captura.

D5 – TRANSMISIBLES Y VECTORES

Indicador	Línea de base PDSP	Meta PDSP 2031	Valor encontrado	Año	Tendencia	Clasificación
Letalidad de dengue (%)	0,13%	0,05%	0,11%	2024	↓ 21.4%	Alerta
Tasa de incidencia de sífilis	2,8.	0,5.	2,38.	2024	↓ 10.5%	Alerta
Captación de hipertensión	Sin dato	Aumentar 70% la captación a 2031	49,8.	2025	↑ 5.8%	Crítico
Nº mujeres 13-49a atendidas	8.000	12.000	310.223	2024	↓ 9.3%	Favorable

Tabla 4. Dominio 5 (D5) — Enfermedades transmisibles y vectores. Se presentan indicadores seleccionados del dominio; no se incluyen la totalidad de los indicadores contemplados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

El dominio muestra avances parciales con rezagos estructurales que revelan una tensión entre lo que el sistema registra y lo que realmente ocurre en la población. La letalidad por dengue (0,11%) mejora en su tendencia, pero esta reducción refleja principalmente mejoras en el manejo clínico del caso grave y no necesariamente control del vector ni de la transmisión, por lo que un repunte epidémico puede revertir rápidamente ese avance. La sífilis congénita (2,38 x 1.000 NV) es quizás el indicador más revelador del dominio: que en 2026 su valor siga siendo casi cinco veces la meta de 0,5 no es un problema de tratamiento, sino de fallas en la detección y el seguimiento de la gestante, lo que apunta a debilidades estructurales en el primer nivel de atención que ningún programa vertical ha logrado resolver. La captación de hipertensión arterial (49,8%), el único indicador Crítico, es una bomba de tiempo para la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular, cuyas consecuencias se verán reflejadas en el dominio D2 en los próximos años si no se interviene ahora; la ausencia de línea de base hace imposible dimensionar con precisión el rezago real. El único indicador Favorable, la atención en planificación familiar (310.223 mujeres), ya superó su meta y sugiere que cuando los servicios son accesibles y la demanda existe, el sistema responde; la pregunta es por qué esa capacidad de respuesta no se replica en los demás indicadores del dominio.

D6 – CONVIVENCIA Y VIOLENCIA

La tasa de mortalidad por suicidio (5,39 x 100.000) mejora levemente y su tendencia es descendente, pero su clasificación como Crítico es acertada y no debe subestimarse: la brecha con la meta de 4 sigue siendo significativa y el ritmo actual de reducción no alcanza para cerrarla en 2031. Más importante que el dato en sí es lo que representa: el suicidio es el indicador terminal de múltiples fallas simultáneas en salud mental, protección social y convivencia, ninguna de las cuales se resuelve con intervenciones sectoriales aisladas.

Indicador	Línea de base PDSP	Meta PDSP 2031	Valor encontrado	Año	Tendencia	Clasificación
Tasa de Mortalidad por Suicidio (x100.000)	5,5.	4	5,39.	2025	↓ 7.5 %	Crítico

Tabla 5. Dominio 6 (D6) — Convivencia y violencia. Se presentan indicadores seleccionados del dominio; no se incluyen la totalidad de los indicadores contemplados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

Elaboración propia a partir de la información disponible en el tablero de seguimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y los reportes oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a mayo de 2026.

VACUNACIÓN

El Observatorio de Vacunación de la Universidad de los Andes publicó recientemente que en 2025 la cobertura en niñas de la vacuna de VPH contra el Virus del Papiloma Humano fue 54.0% en niñas y de 44.0% en varones %. La meta del PND era alcanzar coberturas cercanas al 95 %. Si esta tendencia continúa, el cáncer de cuello uterino, que hoy es prevenible con una sola dosis, seguirá cobrando vidas que no deberían perderse.

La cobertura de triple viral que es la vacuna para sarampión, rubeola y parotiditis logró una cobertura para 2024 de 92.7% y para 2025 de 90.9%. Se ha mantenido y con tendencia a la mejoría en vacunación, pero tampoco se está cumpliendo la meta.

FUENTE: METAS DEL PND 2022-2026

Indicador	Línea base	Meta 2026
Cobertura VPH niñas de 9 años (primera dosis)	87,6% (2021)	90%
Cobertura Triple Viral niños de 1 año	93,7% (2021)	95%

Estas Metas de vacunación no están en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, pero es importante resaltarlas y hacen parte de la evaluación ya realizada del cumplimiento de las metas en salud del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.

CONCLUSIONES

1. El PDSP 2022-2031 no se cumplirá al ritmo actual: a cinco años del cierre, el 67% de los indicadores está en estado Crítico o en Alerta y solo el 16% avanza favorablemente. La segunda mitad del plan exige un cambio de velocidad, no una continuidad inercial.
2. Existe un problema serio de gobernanza de la información: el 16% de los indicadores está desactualizado, salud bucal (D7) no se mide desde 2015, el dato de tabaco es de 2019 y la captación de hipertensión carece de línea de base.
3. La detección temprana es el eslabón roto del sistema: tamizaje de colon y próstata en 7,9% y de VPH en 14,15% frente a metas de 60%, captación de hipertensión en 49,8% y sífilis congénita casi cinco veces por encima de la meta señalan fallas estructurales del primer nivel de atención que hoy se acumulan y mañana se expresarán como mortalidad evitable.
4. Cuando los servicios son accesibles, el sistema responde: mortalidad infantil, fecundidad adolescente (15-19 años), mortalidad por desnutrición en menores de 5 años y planificación familiar ya superaron sus metas. Estos logros demuestran que las metas del plan son alcanzables cuando hay cobertura efectiva y continuidad programática.
5. Hay señales de reversa que exigen acción inmediata: el bajo peso al nacer retrocedió por debajo de su línea de base, y la mortalidad materna, la mortalidad por cáncer de próstata, la mortalidad prematura por ECNT y el consumo de alcohol en escolares presentan tendencias ascendentes.
6. Persisten desigualdades territoriales que los indicadores agregados nacionales invisibilizan. Un promedio nacional que mejora puede ocultar retrocesos y brechas profundas en subgrupos poblacionales específicos. Poblaciones de frontera, indígenas, migrantes, rurales dispersas, afrodescendientes y en condición de pobreza pueden estar quedando rezagadas incluso cuando el indicador país registra avance. Sin desagregación territorial y por pertenencia étnica, condición migratoria y área de residencia, el tablero no permite verificar si el progreso es equitativo o si se concentra en las zonas y grupos que ya partían de mejores condiciones. La evaluación del PDSP a la mitad de su ejecución no puede sustentarse solo en agregados: requiere hacer visibles a las poblaciones vulnerables para no dejar a nadie atrás.
7. Pese al esfuerzo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), no se han alcanzado coberturas útiles ($\geq 95\%$) en casi ningún biológico.

Las coberturas reportadas se ubican por debajo del umbral de protección de rebaño: triple viral en 92,7% (2024) y 90,9% (2025), y VPH en 54,0% en niñas y 44,0% en varones (2025), muy lejos de la meta cercana al 95%. Coberturas subóptimas y heterogéneas entre territorios dejan bolsones de población susceptible y elevan el riesgo de reintroducción y brotes de enfermedades inmunoprevenibles (como sarampión) y de perpetuar cargas evitables como el cáncer de cuello uterino. El esfuerzo programático, aunque real, no se está traduciendo en la inmunidad poblacional necesaria, y las brechas de cobertura tienden a concentrarse precisamente en las poblaciones más vulnerables.

8. La variación de tasas y razones (en especial de la mortalidad potencialmente evitable) debe analizarse en series de tiempo de al menos 10 años. Interpretar cambios interanuales aislados en indicadores como mortalidad materna, infantil, prematura por ECNT o por causas evitables induce a error: estos resultados responden a determinantes estructurales y a políticas cuyos efectos maduran en el mediano y largo plazo, y abarcan el esfuerzo acumulado de varios gobiernos. Fluctuaciones de un año pueden reflejar variabilidad aleatoria, cambios en el subregistro o en la calidad del dato, más que un efecto real de las intervenciones.



RECOMENDACIONES AL NUEVO GOBIERNO

El gobierno que inicia el 7 de agosto de 2026 recibirá el PDSP en la mitad exacta de su periodo de ejecución. Las siguientes recomendaciones se derivan directamente de los hallazgos de este boletín:

1. Plan de choque de información en los primeros 100 días de gobierno: actualizar los 15 indicadores rezagados, restablecer la medición de salud bucal (D7, sin datos desde 2015), repetir las encuestas de consumo de sustancias (el dato de tabaco es de 2019) y definir la línea de base de captación de hipertensión arterial. Sin tablero confiable no hay rendición de cuentas posible en 2031.
2. Priorizar los 34 indicadores en estado Crítico con metas intermedias anuales 2027-2031, responsables institucionales explícitos (Ministerio de Salud, EPS, entidades territoriales) y rendición de cuentas pública semestral sobre su avance.
3. Lanzar una estrategia nacional de recuperación del tamizaje oncológico, con metas operativas de cobertura por asegurador y por territorio para VPH (meta 60%) y colon/próstata (meta 60%), incentivos y sanciones ligados a resultados, dado que las coberturas actuales (14,15% y 7,9%) comprometen la mortalidad por cáncer de la próxima década.
4. Reforzar el cumplimiento de II Plan de Eliminación del cáncer de cuello uterino, lo cual incluye vacunación contra VPH, tamizaje y atención oportuna.
5. Fortalecer el primer nivel de atención y los equipos básicos territoriales como eje de la política sanitaria: captación, canalización efectiva y control de hipertensión y diabetes (para revertir la mortalidad prematura por ECNT), y control prenatal de calidad que ataque simultáneamente sífilis congénita, mortalidad materna y bajo peso al nacer.
6. Formular una respuesta intersectorial a la mortalidad por suicidio que articule salud mental, educación, protección social y convivencia, con presupuesto propio y coordinación desde la Presidencia, reconociendo que es un indicador terminal de fallas múltiples que ningún sector resuelve solo. Reforzar el cumplimiento e la Ley de Salud Mental.

7. Intervenir con urgencia los entornos escolares frente al repunte del consumo de alcohol (+17,6%) y actualizar la política y la medición frente a los nuevos productos de nicotina (cigarrillos electrónicos o vapeadores), que el indicador vigente no captura, esto en convenio de la Ley Marco Antitabaco y su actualización.
8. Blindar la continuidad del PDSP como política de Estado: mantener el tablero de seguimiento, asegurar financiamiento plurianual para las intervenciones priorizadas y evitar que el cambio de gobierno del 7 de agosto se traduzca en reprocesos institucionales que consuman los cinco años restantes del plan.
9. Garantizar el cumplimiento de la Ley 2406 de 2024 de Modernización del Programa Ampliado de Inmunizaciones que incluye no solo garantizar el financiamiento del PAI sino el enfoque de Curso de Vida y la inclusión de nuevas vacunas y anticuerpos monoclonales.
10. Desarrollar programa de abordaje de prevención y atención de enfermedades crónica no transmisibles con un modelo basados en la comunidad.
11. Institucionalizar la evaluación con enfoque de equidad y desagregación territorial y poblacional. Ampliar el tablero de seguimiento para reportar cada indicador desagregado por departamento y municipio, área (urbano/rural disperso), pertenencia étnica (indígena, afrodescendiente), condición migratoria y municipios de frontera, con medición explícita de brechas (razones y diferencias entre el mejor y el peor subgrupo). Definir metas de reducción de desigualdades (no solo de promedios) y priorizar recursos hacia los territorios y poblaciones rezagadas, con reporte público semestral de las brechas. Ningún indicador debería declararse “favorable” mientras persistan grupos poblacionales críticamente por debajo de la meta.
12. Lanzar un plan de recuperación de coberturas útiles de vacunación ($\geq 95\%$) en el marco de la Ley 2406 de 2024. Fijar metas operativas anuales por biológico, por asegurador y por territorio para cerrar la brecha hasta el umbral de 95%, con microplanificación y monitoreo de coberturas a nivel municipal para identificar y cerrar bolsones de susceptibles. Reforzar la búsqueda activa y la vacunación sin barreras para poblaciones vulnerables (migrantes, frontera, rurales dispersas e indígenas), intensificar la vacunación contra VPH en niñas y niños con esquema de dosis única, y garantizar la cadena de frío, el financiamiento y el enfoque de Curso de Vida. Incorporar auditoría de la calidad del dato de cobertura para evitar tanto sobreestimaciones como subregistro.
13. Adoptar el análisis de tendencias en series de tiempo de al menos 10 años para los indicadores de mortalidad evitable. Establecer como estándar metodológico del Observatorio y del tablero el reporte de series históricas de 10 años o más para las mortalidades potencialmente evitables (materna, infantil, en la niñez, prematura por ECNT, por cáncer), con técnicas apropiadas (por ejemplo, análisis de tendencia, join-point y control de calidad y comparabilidad del dato) que distingan la señal de la variabilidad aleatoria. Evitar conclusiones basadas en variaciones interanuales aisladas y comunicar los resultados reconociendo que reflejan el esfuerzo acumulado de varios periodos de gobierno, para blindar la evaluación técnica frente al ciclo político.

REFERENCIAS

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). Tablero de seguimiento de metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 [consultado mayo 2026]. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/tablero-control.aspx>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). Estadísticas vitales. <https://www.dane.gov.co>

Congreso de la República de Colombia. (2024). Ley 2406 de 2024 — Modernización del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

CONTACTANOS

Observatorio de Epidemiología y Salud Pública José Félix Patiño
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de los Andes
salud publica@uniandes.edu.co | Tel.: [601] 3394949



<https://medicina.uniandes.edu.co>
[Instagram](#) | [X](#) | [Facebook](#) | [TikTok](#) | [YouTube](#) | [LinkedIn](#)

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación