

Acceso al sistema de salud como derecho fundamental de pacientes con hipertensión arterial: estudio de caso en el municipio Viracachá en Boyacá*

Access to the Health System and the Fundamental Right to Health in Patients with Arterial Hypertension: A Case Study in the Municipality of Viracachá in Boyacá

O acesso ao sistema de saúde e o direito fundamental à saúde para pacientes com hipertensão arterial: um estudo de caso no município de Viracachá (Boyacá)

WILLIAM J. PARRA**

LEIDY TERESA PÁEZ ÁVILA***

PAULA ANDREA MANJARRES GÓMEZ****

FECHA DE RECEPCIÓN: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2025. FECHA DE APROBACIÓN: 11 DE MAYO DE 2026.

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.15857>

Para citar este artículo: Parra, W. J., Páez Ávila, L. T., & Manjarres Gómez, P. A. (2026). Acceso al sistema de salud como derecho fundamental de pacientes con hipertensión arterial: estudio de caso en el municipio Viracachá en Boyacá. *Estudios Socio-Jurídicos*, 28(2), 1-42. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.15857>

* Artículo de investigación. Proyecto SGI 4013 de 2025 financiado por la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).

Grupo de investigación CITEC y semillero de investigación “Derecho fundamental a la salud y responsabilidad civil”.

** Investigador principal. Abogado, docente de tiempo completo e investigador de la Facultad de derecho de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). william.parra04@uptc.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4256-6485>

*** Estudiante de pregrado en derecho en la sede Tunja de la UPTC (10 semestre).

**** Estudiante de pregrado en derecho en la sede Tunja de la UPTC (10 semestre).

RESUMEN

El presente estudio analiza el acceso al sistema de salud y la garantía de este derecho fundamental en pacientes con hipertensión arterial en el municipio de Viracachá en Boyacá. Para ello, se adopta un enfoque sociojurídico con metodología mixta, que combina el análisis normativo, la revisión documental y la aplicación de encuestas a pacientes pertenecientes al club de hipertensos del municipio. Los resultados evidencian limitaciones en la implementación de los distintos componentes del Plan de Beneficios en Salud (PBS), particularmente en la prevención de la enfermedad, el diagnóstico oportuno, la continuidad en la entrega de medicamentos, la incorporación de nuevas tecnologías y el acceso a servicios de urgencias y emergencias. Asimismo, se identifican dificultades en la articulación y coordinación de la red de servicios de salud en el ámbito territorial, lo que incide en el acceso oportuno y efectivo a la atención. En este sentido, se concluye que, si bien el sistema de salud colombiano presenta un desarrollo normativo significativo, la garantía del derecho fundamental a la salud en el ámbito municipal depende de la capacidad institucional, la articulación de la red de servicios y las condiciones del territorio, lo que genera una brecha entre el reconocimiento formal del derecho y su materialización efectiva.

Palabras clave: derecho a la salud; acceso efectivo a los servicios de salud; Plan de Beneficios en Salud (PBS); hipertensión arterial; redes de servicios de salud; brechas en salud; análisis sociojurídico; Colombia.

ABSTRACT

This study analyzes access to the healthcare system and the guarantee of this fundamental right in patients with arterial hypertension in the municipality of Viracachá, Boyacá. To this end, a socio-legal approach with a mixed methodology is adopted, combining regulatory analysis, documentary review, and the administration of surveys to patients belonging to the municipality's hypertension club. The results reveal limitations in the implementation of the different components of the Health Benefits Plan (PBS, by its Spanish acronym), particularly in disease prevention, timely diagnosis, continuity in medicine delivery, the incorporation of new technologies, and access to urgency and emergency services. Likewise, difficulties are identified in the linkage and coordination of the healthcare service network at the territorial level, which affects timely and effective access to care. In this regard, it is concluded that while the Colombian healthcare system exhibits significant regulatory development, the guarantee of the fundamental right to health at the municipal level depends on institutional capacity, the coordination of the service network, and territorial conditions, thereby generating a gap between the formal recognition of the right and its effective materialization.

Keywords: Right to health; access to healthcare services; Health Benefits Plan; arterial hypertension; health service networks; health inequalities; socio-legal analysis; Colombia.

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar o acesso ao sistema de saúde e a garantia do direito fundamental à saúde para pacientes com hipertensão arterial no município de Viracachá (Boyacá, Colômbia). Para isso, adota-se uma abordagem sociojurídica e uma metodologia mista, que combina análise regulatória, revisão documental e aplicação de questionários a pacientes do grupo de acompanhamento de hipertensos do município. Os resultados indicam limitações na implementação dos diferentes componentes do Plano de Benefícios em Saúde (PBS), especialmente na prevenção da doença, no

diagnóstico oportuno, na continuidade da entrega de medicamentos, na incorporação de novas tecnologias e no acesso a serviços de urgência e emergência. Identificam-se também dificuldades na articulação e coordenação da rede de serviços de saúde no âmbito territorial, o que compromete o acesso oportuno e eficaz à atenção em saúde. Nesse sentido, conclui-se que, apesar do desenvolvimento normativo significativo do sistema de saúde colombiano, a efetivação do direito fundamental à saúde no nível municipal depende da capacidade institucional, da articulação da rede de serviços e das condições territoriais, o que evidencia uma lacuna entre o reconhecimento formal do direito e sua concretização.

Palavras-chave: direito à saúde; acesso efetivo aos serviços de saúde; Plano de Benefícios em Saúde (PBS); hipertensão arterial; redes de serviços de saúde; iniquidades na saúde; análise sociojurídica; Colômbia.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) ha sido identificada por la OMS como una amenaza silenciosa que afecta la calidad de vida, la sostenibilidad del sistema de salud y la economía familiar (Organización Mundial de la Salud, 2023). En consecuencia, la OMS recomienda el diseño de políticas públicas orientadas a la prevención y al diagnóstico oportuno de esta patología, como pieza clave en la lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT). El control conjunto de las ENT, incluyendo la HTA, constituye una estrategia eficaz y de bajo costo para reorientar el sistema de salud hacia la prevención de enfermedades como la diabetes, la enfermedad renal o el cáncer.

Sin embargo, uno de los principales desafíos para las sociedades en desarrollo que han adoptado el modelo de Estado social, democrático y de derecho consiste en cerrar las brechas entre el reconocimiento normativo de los derechos fundamentales y su realización. En el caso del derecho a la salud, su consagración en normas, principios y jurisprudencia no garantiza el acceso real, oportuno y de calidad a los servicios de salud.

Algunos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han advertido sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, en particular mediante el desarrollo de la atención primaria y la prevención de la enfermedad. Las dificultades más frecuentes son la universalización del acceso, el envejecimiento poblacional, el

aumento de la demanda de servicios, la incorporación de nuevas tecnologías, la aparición de enfermedades emergentes, las crisis sanitarias y la escasez de recursos (Zimmermann et al., 2024).

En Colombia, estas tensiones se manifiestan de manera estructural. El incremento sostenido en el uso de mecanismos judiciales para la protección del derecho a la salud evidencia dificultades en su garantía efectiva. Durante el año 2025 se interpusieron 378 895 acciones de tutela relacionadas con la protección del derecho a la salud, el 32,69 % fueron por fallas en la práctica oportuna de procedimientos médicos, el 25,31 % por la entrega de medicamentos, el 21,91 % por acceso a tratamientos integrales y el 15,98 % por la asignación de citas médicas (Así vamos en salud, 2025).

Para enfrentar la crisis del sistema de salud, Bardey (2026) ha señalado la necesidad de adoptar medidas urgentes, como el incremento del presupuesto en salud —estimado en dos puntos del PIB—, el reconocimiento de la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la previsión de un aumento sostenido de los costos debido al envejecimiento de la población. Asimismo, se advierte la necesidad de atender la debilidad del sistema en las zonas rurales, donde las redes de servicios deben enfocarse en la implementación efectiva de políticas públicas preventivas y en la adecuada gestión del servicio de salud.

En este mismo sentido, Melo-Becerra et al. (2023) concluyen que la crisis del sistema de salud va más allá de la insuficiencia de recursos, señalan que se deben implementar cambios estructurales y funcionales que mejoren la eficiencia y la calidad del sistema sin comprometer el trato humano ni los contenidos prestacionales. Entre las medidas propuestas se destaca el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el diagnóstico oportuno.

Este estudio tiene como objetivo analizar las contradicciones entre el contenido normativo del derecho fundamental a la salud y su materialización efectiva en el ámbito municipal, a partir del estudio del acceso a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) para pacientes con hipertensión arterial en Viracachá. El estudio se organiza en cinco partes: en la primera, se aborda la sociología jurídica como herramienta para analizar las brechas entre el contenido normativo del

derecho a la salud y su materialización en el ámbito municipal; en la segunda, se analiza el contexto global y nacional de las ENT y la hipertensión arterial, así como el diseño de la política pública orientada a su prevención y control; en la tercera, se presenta los hallazgos sobre las fortalezas y debilidades de la red de servicios de salud en Viracachá; en la cuarta, desarrolla las principales discusiones jurídicas y empíricas sobre la prestación del servicio de salud a nivel municipal, para, finalmente, exponer las conclusiones.

1. Metodología de la investigación

Este trabajo partió del método de razonamiento deductivo, mediante el cual se relacionó el servicio público de salud con el conjunto de principios, normas jurídicas, éticas y técnicas que lo regulan de manera sistemática, observando la realidad social concreta de los pacientes que padecen hipertensión arterial en Viracachá. En este sentido, se buscó vincular los hechos que acontecen en el servicio de salud municipal con el posible cumplimiento o incumplimiento de las normas y las políticas públicas que orientan su prestación.

Al delimitar las variables de la investigación sociojurídica, se formuló la siguiente pregunta problema: ¿la red de servicios y las EPS municipales cumplen con las normas y las medidas establecidas en las políticas públicas que rigen el sistema de salud y garantizan la prestación integral del PBS a los pacientes con hipertensión arterial en Viracachá durante el año 2024?

Luego, se identificaron las ideas generales, estructuradas a partir de la compleja relación entre el sistema de salud, el sistema jurídico y el sistema político, que permitieron comprender el fenómeno estudiado. La salud se entiende como un derecho fundamental cuya garantía se materializa a través de un servicio público organizado en el sistema de salud, donde la prestación se realiza mediante la articulación de instituciones públicas y privadas en redes, orientadas a asegurar el acceso integral al PBS. Además, este derecho se encuentra ampliamente regulado en el sistema jurídico y su garantía puede evaluarse a partir del cumplimiento de las normas que rigen la prestación del servicio. Por ende,

desde el sistema político, se analiza la eficacia de las políticas públicas orientadas a la prevención de la enfermedad y al acceso efectivo al PBS, tanto a nivel nacional como municipal (Lucumí et al., 2022).

Posteriormente, se identificó el hecho o fenómeno social como objeto de estudio. La Organización Panamericana de la Salud (2024) señala que los estudios de caso en salud pública son idóneos para comprender relaciones de causalidad y formular propuestas orientadas a la transformación de situaciones problemáticas. En este sentido, se definió como población de estudio a los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en Viracachá, quienes reciben el PBS y son destinatarios de las políticas públicas de prevención y acceso al sistema.

Esta investigación adoptó un enfoque mixto; por una parte, se recolectó y analizó información cualitativa con el propósito de comprender e interpretar, de manera integral, las características, actores, instituciones y políticas que intervienen en la prevención y el control de las ENT, en particular la hipertensión arterial, en el ámbito global, nacional, regional y local.

Las técnicas cualitativas empleadas fueron: a) la observación directa de la realidad municipal y la interacción con pacientes miembros del club de hipertensos, así como la recolección de información con autoridades locales; b) la realización de entrevistas semiestructuradas, mediante un cuestionario de diez preguntas dirigido a la gerente del centro médico de Viracachá y a la Secretaría de Gobierno del municipio, con funciones en salud pública; c) lectura, análisis y creación de reseñas de estudios recientes de la OMS, la OPS, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Cuenta de Alto Costo, los informes municipales y otros informes de expertos en salud pública; y iv) la revisión de información proveniente de las instituciones que conforman la Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) en Viracachá. El estudio de caso se desarrolló conforme a lineamientos metodológicos de la OMS y la literatura especializada (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Por otra parte, se recolectó y analizó información cuantitativa con el fin de obtener datos numéricos y estadísticos sobre la prestación del servicio público de salud a los pacientes con hipertensión arterial en el municipio. Se recopilaron datos de estadística descriptiva, como el número de ciudadanos afiliados a la red de servicios, la distribución

entre régimen contributivo y subsidiado, el número de afiliados por EPS y los recursos destinados a la implementación de políticas públicas. Asimismo, se aplicaron técnicas de estadística inferencial para el análisis de la encuesta realizada a los pacientes del club de hipertensos.

Las técnicas cuantitativas incluyeron la recopilación y el análisis de datos numéricos e información estadística proveniente de informes oficiales y de solicitudes de información dirigidas a la Alcaldía Municipal de Viracachá y a las entidades que integran el sistema de salud. Mediante derechos de petición enviados a la Alcaldía Municipal de Viracachá y al Centro de Salud de Viracachá, se identificó el grupo de estudio como el club municipal de pacientes con hipertensión arterial, conformado por 320 pacientes diagnosticados durante el año 2024. También se solicitaron datos relacionados con la incidencia de la enfermedad, la efectividad de las estrategias de control, los recursos destinados a la prevención y la clasificación del riesgo cardiovascular y los planes de seguimiento diferenciados, de conformidad con las guías médicas vigentes.

Adicionalmente, se aplicó una encuesta a los pacientes miembros del club de hipertensos, afiliados a las EPS que operan en el territorio: Nueva EPS y Sanitas S. A., para ello, se seleccionó un grupo mediante muestreo por conveniencia, sin embargo, por las limitaciones de acceso, la población objeto de estudio tuvo asistencia irregular a las reuniones programadas, lo que impidió la construcción de un muestreo probabilístico. Este tipo de estudio, con un enfoque sociojurídico, resulta adecuado en la medida en que se orienta al análisis de un contexto específico, sin pretensión de generalizar los resultados a la totalidad de la población afiliada al sistema a nivel municipal o nacional.

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes, equivalente al 15 % del total de la población objetivo (320 pacientes hipertensos), todos pertenecientes al régimen subsidiado, 30 mujeres y 20 hombres, entre los 61 y 87 años, con niveles de escolaridad entre 0 y 3 grados de educación básica primaria. La encuesta permitió recoger opiniones, experiencias y percepciones de las personas diagnosticadas con hipertensión arterial en relación con la prestación de los distintos componentes del PBS y la calidad de la atención recibida, entre ellos, la promoción de la salud, el diagnóstico de la enfermedad, el acceso a medicamentos y

a las nuevas tecnologías, así como a los servicios de cirugía, urgencias y emergencias médicas.

Los resultados se presentan mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando medidas de frecuencia y porcentaje, con el fin de identificar patrones, fallas y problemáticas en la prestación del servicio. En este sentido, se reconoce como limitación metodológica la posible presencia de sesgos de selección derivados del muestreo por conveniencia, por lo que los resultados deben interpretarse en función del contexto específico en el que se desarrolla el estudio.

A pesar de los avances en el reconocimiento normativo del derecho fundamental a la salud y de la amplia producción académica sobre su alcance y protección en Colombia, la mayoría de los estudios se han concentrado en análisis de carácter normativo, jurisprudencial o en evaluaciones agregadas del sistema a nivel nacional. En contraste, persiste un vacío en investigaciones que, desde un enfoque sociojurídico y empírico, analicen la implementación efectiva de este derecho y de la política pública que orienta la prestación del servicio público de salud en el ámbito municipal, especialmente frente a enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. El presente estudio, a partir de un diseño metodológico de estudio de caso, permite contrastar el marco normativo y las políticas públicas que rigen el servicio público de salud, el contenido de sus componentes y su funcionamiento en el ámbito territorial.

2. Las enfermedades no transmisibles y la hipertensión arterial como problema de salud pública global

Las ENT presentan una evolución prolongada y, en ausencia de tratamiento oportuno, tienden a agravarse progresivamente. La OMS y la OPS advierten sobre su incremento sostenido, especialmente en personas mayores de 30 años, y señalan que constituyen una crisis sanitaria y económica global, dado que más del 74 % de las muertes en el mundo, particularmente en el continente americano, son atribuibles a estas patologías (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Estas organizaciones identifican cuatro grandes grupos de ENT: enfermedades cardiovasculares (infarto, accidentes cerebrovasculares

e hipertensión arterial), diferentes tipos de cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]) y diabetes. Asimismo, advierten que su aparición responde a una combinación de factores sociales, culturales y biológicos, como las conductas cotidianas, la predisposición genética, la contaminación ambiental, el nivel socioeconómico, los hábitos de vida y el envejecimiento de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

La estrategia global para enfrentar este problema se centra en el fortalecimiento de la prevención desde la atención primaria y en la promoción de estilos de vida saludables. En este contexto, la OMS y la OPS insisten en que los Estados prioricen la atención de estas enfermedades mediante políticas públicas orientadas al control, diagnóstico y tratamiento integral (Flood et al., 2022; Organización Mundial de la Salud, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2024). Estas orientaciones responden a un conjunto de razones estructurales que justifican la priorización de las ENT en la agenda pública global, las cuales se sintetizan en la tabla 1.

Tabla 1. Razones para controlar las ENT a nivel mundial

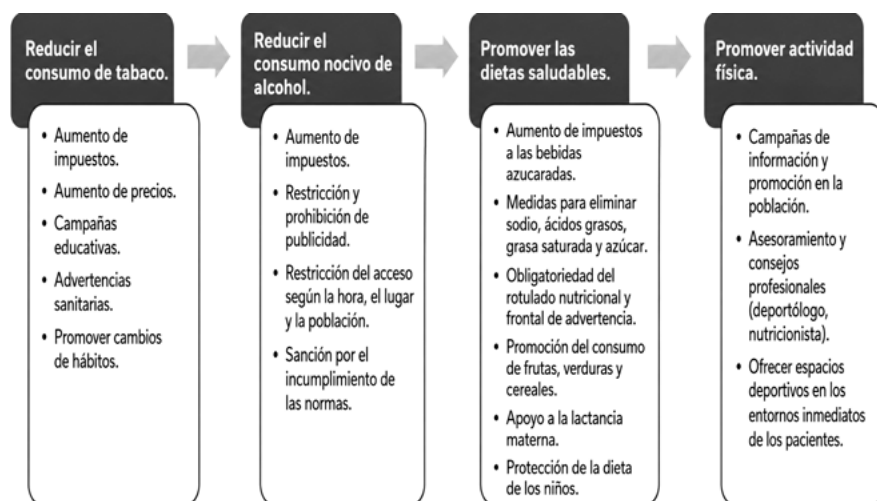
Grave problema de salud pública mundial	Incrementa el gasto público	Genera empobrecimiento al paciente y la familia	Impacta la productividad	Evita discriminación	Previene el agravamiento de las ENT
• Las ENT representan el 74 % de las muertes mundiales en personas entre 30 y 70 años.	• Son patologías de alto costo para los sistemas de salud. • Por ejemplo en Sur América la pérdida total del PIB por las ENT asciende a 7,3 billones de dólares en 2022.	• Aumenta el gasto de bolsillo en la medida en que aumentan citas, exámenes, controles, los copagos, cuotas moderadoras, compra de medicamentos y las consultas con prestadores privados.	• Baja el desempeño del trabajador por las condiciones de salud y las incapacidades. • Afecta la productividad del sistema económico por los pagos de incapacidades y empleados.	• La identificación de estos pacientes y su tratamiento preventivo evita discriminación y exclusión de los servicios por su alto costo para el sistema; tanto en el régimen subsidiado como privado.	• El sistema se orienta al diagnóstico y control. • Se evita las complicaciones y comorbilidades en estos pacientes.

Fuente: elaboración propia, a partir de la información de la Organización Mundial de la Salud (2022).

Desde hace décadas se han formulado recomendaciones internacionales que reclaman a los Estados el diseño e implementación de

políticas públicas orientadas a enfrentar el problema de salud pública que representan las ENT. Estas directrices promueven su inclusión como prioridad en la agenda pública, así como la formulación, ejecución y evaluación sistemática de acciones dirigidas a su control (Organización Panamericana de la Salud, 2024; Adeyi et al., 2007). La figura 1 sintetiza el conjunto de medidas e intervenciones propuestas para tal fin.

Figura 1. Medidas de política pública para la prevención y el control de las ENT a nivel global



Fuente: elaboración propia con base en la información de la Organización Panamericana de la Salud (2024) y Adeyi et al. (2007).

2.1 El diseño de la política pública para el control de las enfermedades no transmisibles en Colombia

En coherencia con las recomendaciones globales, Colombia ha estructurado un ciclo de política pública que integra directrices, acciones y programas, presupuestos orientados al diseño e implementación en el ámbito territorial, así como a la identificación de problemas y el cumplimiento de metas en materia de enfermedades no transmisibles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024a). A continuación, se esboza el ciclo de dicha política pública.

2.1.1. La construcción y delimitación de las ENT como problema de salud pública

Se ha identificado la magnitud y el impacto de estas enfermedades como una de las principales causas de muerte prematura en el país, así como sus efectos negativos sobre las finanzas públicas y la economía de los hogares:

- Las ENT constituyen la principal causa de muerte en Colombia, según información reportada a la Organización Mundial de la Salud (2024), representando el 70 % de los decesos anuales, siendo las cardiovasculares las más frecuentes. Asimismo, son la principal causa de mortalidad prematura en personas menores de 70 años y afectan, sobre todo, a la población de ingresos bajos y medios (Prado et al., 2023).
- Las ENT constituyen el principal riesgo para la estabilidad financiera de los sistemas de salud y la economía de los pacientes y sus familias. Un estudio del Banco de la República (Granger et al., 2023) evidencia una tendencia creciente del gasto en salud asociado a estas enfermedades, impulsada en gran medida por el envejecimiento poblacional. A partir de los 50 años, se incrementa la demanda de consultas, procedimientos y medicamentos para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, renales y el cáncer. Siguiendo la tendencia, se proyecta que los gastos asociados al tratamiento de pacientes con ENT podrían aumentar en un 40 % hacia el 2030, alcanzando entre 9,3 y 10 billones de pesos, sin incluir el costo de los medicamentos (Decreto 2423 de 1996).
- Las organizaciones internacionales señalan que este problema de salud pública es previsible y tratable mediante estrategias de bajo costo, acompañadas de inversiones y medidas a largo plazo que deben ser diseñadas e implementadas por los Estados como parte de la gestión del riesgo en salud pública (Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud, 2025). No obstante, el sistema de salud, tanto a nivel nacional como municipal, presenta limitaciones de recursos para

fortalecer los centros de salud en términos de infraestructura y talento humano. Además, carece de asignaciones específicas que permitan el desarrollo sostenido de programas orientados a la promoción y prevención, consideradas las intervenciones más eficientes. A esto se suma la necesidad de garantizar el diagnóstico oportuno mediante la incorporación de nuevas tecnologías, como condición para lograr un manejo integral y eficaz de las ENT (Bonet-Morón, & Guzmán-Finol, 2015, p. 24).

2.1.2. La inclusión en la agenda de gobierno

Este problema se ha sido priorizado en la agenda pública mediante un enfoque jerárquico (*top-down*), impulsado por organismos internacionales como la OMS y la OPS, a través de la iniciativa HEARTS (Prado et al., 2023), la cual promueve la cooperación técnica entre dichas organizaciones y los gobiernos nacionales, regionales y locales, así como con los centros de atención primaria, con el fin de fortalecer e integrar la calidad en la atención.

Las ENT han sido incluidas en la agenda gubernamental desde 2008 y forman parte del Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026, en el que se establecen objetivos y estrategias para su control. En este marco, se fijó como meta reducir la tasa de mortalidad prematura causada por estas enfermedades, en 2021 se registraron 243 muertes por cada 100 000 habitantes entre los 30 y los 70 años a causa de las ENT, en 2026 se registraron 240 muertes. También se implementó un plan de asistencia técnica dirigido a Caquetá, Huila, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda y Sucre, con el fin de fortalecer sus capacidades para la recolección y el análisis de indicadores, así como para la actualización de las rutas de atención (Departamento Nacional de Planeación, 2023).

2.1.3. La formulación de estrategias, objetivos y soluciones

A nivel nacional, se han desarrollado diversos instrumentos de política pública orientados al control y la prevención de las ENT, con la participación de actores del sistema de salud y otros sectores. Entre los más relevantes se encuentran *Documento CONPES 113 de 2008 sobre*

Seguridad Alimentaria y Nutricional (Departamento Nacional de Planeación, 2008), *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022) y *Recomendaciones para el fortalecimiento de acciones promocionales de alimentación saludable* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024b). En este marco, Colombia ha adoptado la *Ruta Integral de Atención en Salud* (RIAS) para personas con riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, la cual se articula con la iniciativa HEARTS promovida para la región (Prado et al., 2023).

2.1.4. La implementación de medidas y programas

Como lo indican Guzmán-Tordecilla et al. (2020), se han puesto en marcha diversas acciones orientadas a materializar la prevención y el control integral de las ENT en el país, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Medidas jurídicas: se han expedido normas que reconocen la obesidad como un problema de salud pública y establecen mecanismos para su control. Por ejemplo, la Ley 1335 de 2009, orientada a combatir el consumo de tabaco, así como disposiciones específicas para enfermedades como el cáncer, como la Resolución 1383 de 2013.
- Medidas fiscales: impuestos sobre productos no saludables, como las bebidas azucaradas, a través de la Ley 2277 de 2022. También se ha recomendado el incremento de tributos sobre cigarrillos y bebidas alcohólicas, con el fin de desincentivar su consumo (Dejusticia, 2023).
- Medidas sobre mercadeo y acceso a la información: la Resolución 810 de 2021 y la Resolución 2492 de 2022 introducen el etiquetado nutricional y frontal de advertencia en alimentos ultra procesados, junto con restricciones a la publicidad y promoción de productos nocivos para la salud.
- Creación de entornos saludables: la Ley 2120 de 2021 y los Lineamientos del Ministerio de Salud impulsan la transformación de espacios escolares, laborales y públicos mediante estrategias como la restricción de alimentos ultraprocesados, el fomento de

hábitos saludables, el acceso a agua potable y la implementación de espacios libres de humo.

Las anteriores medidas se basan en el fortalecimiento de la atención primaria en salud, el diagnóstico de los problemas y determinantes sociales locales y la prevención de la enfermedad. No obstante, a nivel regional y local, la priorización en la agenda de gobierno no es clara y la materialización de los programas presenta graves deficiencias. Entre los principales cuellos de botella se encuentran la limitada capacidad institucional para atender los determinantes sociales, la baja capacidad técnica y financiera de la gobernanza en salud, la ausencia de presupuestos específicos para programas de prevención y la desconexión entre la agenda nacional y su implementación efectiva en el ámbito local. A ello se suman las debilidades en áreas como la epidemiología, la bioestadística y la economía de la salud, así como la captura política de las instituciones en el nivel territorial (Lucumí et al., 2022).

2.1.5. *La evaluación de la política pública*

Un informe reciente de la Organización Panamericana de la Salud (2025) analiza el desempeño de 35 países de la región a partir de 22 indicadores relacionados con vigilancia, planificación, gestión del riesgo, disponibilidad de medicamentos y acceso al sistema de salud. Colombia ocupó el séptimo lugar, al cumplir 10 de los 22 indicadores evaluados. El informe identifica áreas prioritarias de fortalecimiento, entre las que se destacan la mejora en la recolección de datos y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud a través de encuestas nacionales y mediciones físicas y biológicas; el incremento de la tributación sobre productos nocivos como el tabaco y los dispositivos de inhalación electrónica; la implementación de estrategias de alimentación saludable mediante el etiquetado de advertencia y la regulación de productos ultraprocesados; la adopción de políticas integrales para el control del consumo de alcohol; el fomento de la actividad física; y la ampliación del acceso al sistema de salud en términos de prevención, diagnóstico, tratamiento, acceso a medicamentos y vacunación contra el VPH.

Finalmente, entre las principales dificultades para el control de las ENT se identifican la baja asistencia a controles médicos, el incumplimiento en la toma de medicamentos, los hábitos sedentarios y el bajo consumo de frutas y verduras.

2.2 *La hipertensión arterial en el contexto de las enfermedades no transmisibles*

La hipertensión es un síndrome caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial, lo cual implica un riesgo elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, renales y cerebrovasculares. Esta condición se asocia tanto a factores modificables como el sedentarismo, la dieta inadecuada o el consumo de alcohol y tabaco,) como a factores no modificables, entre ellos la edad, la genética y el sexo. Desde el punto de vista fisiológico, se manifiesta en el incremento de la presión que el corazón ejerce sobre las arterias durante la fase sistólica y diastólica (Resolución 4003 de 2008).

La OMS señala que la implementación de políticas integrales, coherentes y eficientes para la prevención de la hipertensión arterial es fundamental para el control de las ENT, ya que suelen presentarse de manera simultánea en los pacientes. Esta relación refuerza su papel estratégico dentro de las políticas de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2023).

La alta prevalencia de la HTA a nivel mundial se explica, en parte, por su carácter asintomático, lo que dificulta su detección temprana. El primer informe mundial sobre la hipertensión (Organización Mundial de la Salud, 2023) señala que uno de cada tres adultos padece esta condición, la cual constituye una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, renales y cerebrovasculares, así como de mortalidad a nivel global. Más de 1500 millones de personas viven con hipertensión, lo que equivale a una prevalencia del 33 %, aunque solo el 54 % ha sido diagnosticado y apenas el 42 % de los casos se encuentran controlados. La OMS advierte que un adecuado control de la hipertensión podría reducir la mortalidad prematura en un 20 %, generar beneficios económicos significativamente superiores a la inversión en su tratamiento y

mejorar la calidad de vida de los pacientes, por lo que hace un llamado a los gobiernos para que adopten políticas públicas.

La OPS reporta que cerca de 250 millones de personas en 35 países de América padecen hipertensión arterial, la cual constituye la principal causa de mortalidad cardiovascular en la región, con aproximadamente 1,6 millones de fallecimientos anuales (Organización Panamericana de la Salud, 2024). La prevalencia en adultos entre 30 y 69 años oscila entre el 20 % y el 40 %, con un promedio regional del 35,4 % y se estima que una proporción significativa de esta población presenta alto riesgo.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2020) reporta que, según la Encuesta SABE Colombia 2015, el 60,2 % de las personas mayores de 60 años padece hipertensión. Para el 2024 se estimaba que aproximadamente 6 077 364 personas habían sido diagnosticadas, lo que representa una prevalencia del 12 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). No obstante, otras fuentes evidencian cifras significativamente superiores; el Informe Mundial sobre la Hipertensión de la OMS señala que, en 2019, la prevalencia en Colombia alcanzaba el 31 % en la población entre 30 y 79 años, mientras que estudios basados en datos del SISPRO estiman una prevalencia del 28,1 % en personas mayores de 60 años entre 2013 y 2017 (Tabla 2). Estas diferencias sugieren la existencia de subregistros en la información disponible, lo que pone en evidencia limitaciones en los sistemas de información en salud y la necesidad de desarrollar estudios locales que permitan estimar con mayor precisión la prevalencia de la hipertensión en el país (Palomino et al., 2025).

En el departamento de Boyacá, las enfermedades no transmisibles representan el 72 % de las causas de morbilidad, siendo las cardiovasculares la principal causa de mortalidad. La prevalencia de hipertensión arterial para el año 2022 se estima en un 7,78 %, lo que corresponde a 62 820 personas diagnosticadas dentro de una población de 807 362 habitantes (Gobernación de Boyacá, 2024).

En el municipio de Viracachá, de acuerdo con la información suministrada por la ESE Centro de Salud a partir de un derecho de petición, se reportan 320 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, lo que equivale aproximadamente a una prevalencia del 11,17 %, una cifra más alta respecto a la de la población total del municipio. De estos

pacientes, 298, es decir el 93 %, reciben atención a través del programa Club de hipertensos, que incluye seguimiento clínico, tratamiento farmacológico y acceso a medicamentos. También se ha identificado que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de morbilidad en el municipio, con una incidencia del 40 %.

Tabla 2. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en Colombia

Consumo de sodio	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	Actividad física	Calidad del aire
- La ONU trazó una política global con el objetivo de reducir su consumo a dos gramos por día en 2025. - En Colombia se consume entre 12 y 14 gramos al día.	- El Gobierno expidió la Ley 1335/09, resolución 3280/18 y 202/21), para tratar de forma integral este riesgo. - En Colombia se logró una reducción del 15 % al 5,6 % entre 2012 y 2024.	- La OMS recomendó reducir el consumo diario a 20 miligramos de cerveza, 300 miligramos de vino o 60 miligramos de whisky. - En Colombia se consumen 7 litros diarios en promedio.	La OMS recomienda sesiones de ejercicio aeróbico de 30 a 40 minutos diarios, cuatro veces a la semana.	- Según la OMS, el 99 % de la población mundial está expuesta a una mala calidad del aire - Bogotá, Medellín y otras ciudades superaron el límite de material particulado de pm10 y pm2,5 en 2024.

Fuente: elaboración propia a partir de la información del Ministerio de salud y Protección Social (2020).

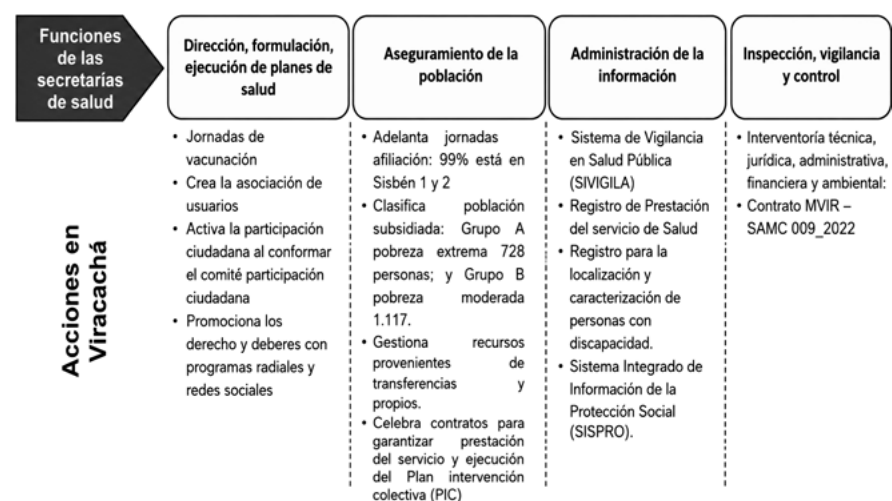
3. Resultados de la investigación acerca de la implementación del derecho a la salud en pacientes con hipertensión arterial en Viracachá

A pesar de la existencia de directrices técnicas, de un sólido marco normativo y de una política pública en Colombia orientada a la atención integral de la HTA y las ENT, los resultados de esta investigación evidencian la persistencia de brechas en su implementación efectiva en el ámbito municipal. En el caso de Viracachá, se identifican limitaciones en la capacidad institucional, operativa y de gestión del sistema de salud que afectan la garantía del derecho fundamental a la salud, particularmente en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el acceso oportuno a los servicios incluidos en el PBS.

3.1. La red de servicios de salud en Viracachá: estructura, funcionamiento y limitaciones

En los municipios colombianos la prestación de los servicios de salud se organiza a través de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) en las que se articulan y cooperan actores públicos y privados a nivel local, departamental y nacional. El artículo 44 de la Ley 715 de 2001 establece que las secretarías de salud municipales, o las entidades que hagan sus veces, cumplen funciones fundamentales en la dirección, coordinación e implementación de las políticas públicas en salud, así como en la garantía del derecho fundamental a la salud. Estas funciones comprenden áreas esenciales para el funcionamiento del sistema, como se ilustra en la figura 2.

Figura 2. Funciones de la autoridad sanitaria municipal y su relevancia para la gestión del sistema de salud



Fuente: elaboración propia con base en la información de la Gobernación de Boyacá (2024).

No obstante, en el caso de Viracachá, como en la mayoría de los municipios de Colombia, se presenta un problema estructural grave: la ausencia de una organización institucional o de una secretaría de salud técnica, especializada y autónoma, lo cual limita el ejercicio efectivo de estas funciones y competencias en el ámbito local. En consecuencia, las

funciones de dirección y orientación estratégica que la ley asigna a estas dependencias son asumidas por el alcalde, la Secretaría de Gobierno y un asesor externo que elabora informes para el Ministerio de Salud.

Como lo señalan estudios especializados, el cumplimiento de estas funciones se encuentra obstaculizado por dos problemas centrales: a) la falta de planeación con una agenda estratégica a largo plazo en la que se tracen objetivos claros, diagnósticos de las funciones y procesos para establecer prioridades, diseño e implementación de políticas públicas para encarar los problemas prácticos que aquejan al sistema y métodos para identificar y ejecutar posibilidades de mejora; b) falta de personal de planta seleccionado por mérito, con estudios técnicos científicos que permitan la descentralización del Estado, ya que la implementación no ha tenido los resultados esperados debido a que no contó con respaldo financiero y técnico de las secretarías de salud para realizar las funciones establecidas en la ley, debido a que los hospitales públicos que asumieron tareas de salud pública en las regiones no contaban con el personal idóneo y la capacidad técnica y financiera para realizar dichas tareas. Por esta razón, fueron tomadas por la corrupción y el clientelismo regional (Lucumí, 2022).

En materia de afiliación y aseguramiento, la Alcaldía de Viracachá en el *Plan Territorial de Salud* (2024, p. 67) reporta que, para finales de 2023, el municipio contaba con una población de 2864 habitantes, de los cuales 2111 se encontraban afiliados al sistema de salud. La afiliación se concentra principalmente en dos EPS: por una parte, Nueva EPS, con 1469 afiliados; y Sanitas S. A., con 614 afiliados, distribuidos entre los regímenes subsidiado y contributivo. Adicionalmente, se registran cinco personas afiliadas a regímenes especiales. En conjunto, estas cifras representan una cobertura de afiliación aproximada del 74 % de la población municipal.

En este punto, se identifica la posible existencia de subregistros en la información de afiliación, ya que parte de la población residente en el municipio figura registrada en otros municipios cercanos, como Tunja y Ramiriquí, así esté afiliada al sistema de salud, lo que puede afectar la precisión de las cifras de cobertura a nivel local.

En los municipios de Colombia, la prestación de los servicios de salud se realiza a través de unas redes integradas de prestación de servicios

de salud (RIPSS) conformadas por instituciones públicas y privadas que cooperan y se articulan en el nivel local, departamental y nacional. La Ley 1438 de 2011 y la Resolución 1441 de 2016 señalan que las EPS se encargan, dentro de sus principales funciones, de la gestión, coordinación, y contratación de las instituciones que hacen parte de estas redes. En Viracachá, esto se hace a través de la Subred Departamental Cuatro Centro, que integra a varios municipios del departamento de Boyacá mediante una red de instituciones de diferentes niveles de complejidad (Gobernación de Boyacá, 2024).

En este esquema, cada municipio cuenta con una Empresa Social del Estado (ESE) encargada de la prestación de servicios básicos de primer nivel, mientras que los servicios de mayor complejidad son asumidos por instituciones ubicadas en otros municipios. Este modelo de organización en redes de servicio refleja un modelo de atención escalonado que permite ampliar la cobertura de los servicios, gestionar de manera racional la prestación servicios y recursos y la gestión del talento humano.

La ESE Centro de Salud de Viracachá constituye el principal prestador de servicios de salud de primer nivel en el municipio, ofrece atención en medicina general, enfermería, laboratorio clínico, odontología, vacunación y suministro de algunos medicamentos (Tabla 3). Según información recibida por los funcionarios del centro de salud, durante el año 2024 atendió en promedio a 25 pacientes diarios.

Tabla 3. Servicios habilitados en la ESE Centro de Salud de Viracachá

Servicios habilitados	Consulta externa	Odontología	Vacunación	Farmacia	Laboratorio clínico
Horario	8 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.	Martes y jueves	8 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.	8 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.	Martes y jueves

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de las encuestas.

Los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios muestran que la organización del servicio no se ajusta a las condiciones de la población, especialmente a los habitantes de las zonas rurales. En particular, los horarios de atención resultan insuficientes y poco flexibles con los horarios laborales y la disposición de tiempo. Esto, dificulta el acceso

oportuno a los servicios de salud y evidencia una desconexión entre la oferta institucional y las necesidades reales de los usuarios.

Cuando los usuarios requieren servicios que superan la capacidad del centro de salud local, la red de atención se activa mediante remisiones a instituciones ubicadas en otros municipios, como el Hospital San Vicente de Ramiriquí (nivel I con servicios de nivel II), el Hospital de Sogamoso (nivel II) y el Hospital San Rafael de Tunja (nivel III), entre otros. Estas instituciones prestan servicios de mediana y alta complejidad, incluyendo atención especializada, hospitalización, cirugías y apoyo diagnóstico.

Se evidencia que este modelo de atención resulta coherente con la organización y la estructura del sistema de salud y con la racionalidad de los escasos recursos en gasto, tecnología y el talento humano experto. Sin embargo, el acceso se encuentra condicionado a nivel municipal, donde las instituciones locales son de nivel I y la mayoría de la población es subsidiada, porque es donde más se presentan diagnósticos tardíos, demoras en las citas con especialistas, poca continuidad con los tratamientos, baja disposición de medicamentos, entre otros problemas que afectan la prestación del servicio. Esto responde a la discontinuidad de las redes de servicios porque se presentan permanentes cambios en los operadores, contratos con otros o falta de contratos con los que se tenía un vínculo.

3.2 Avances y limitaciones en la implementación del Plan de Beneficios en Salud en el ámbito municipal

El PBS comprende el conjunto de servicios y tecnologías que las EPS deben garantizar a sus afiliados para satisfacer de manera integral sus necesidades en salud. No obstante, los resultados de esta investigación evidencian que, en el municipio de Viracachá, la implementación efectiva de estos servicios presenta limitaciones en varios de sus componentes, lo que afecta el acceso oportuno y la calidad de la atención de los pacientes con hipertensión arterial.

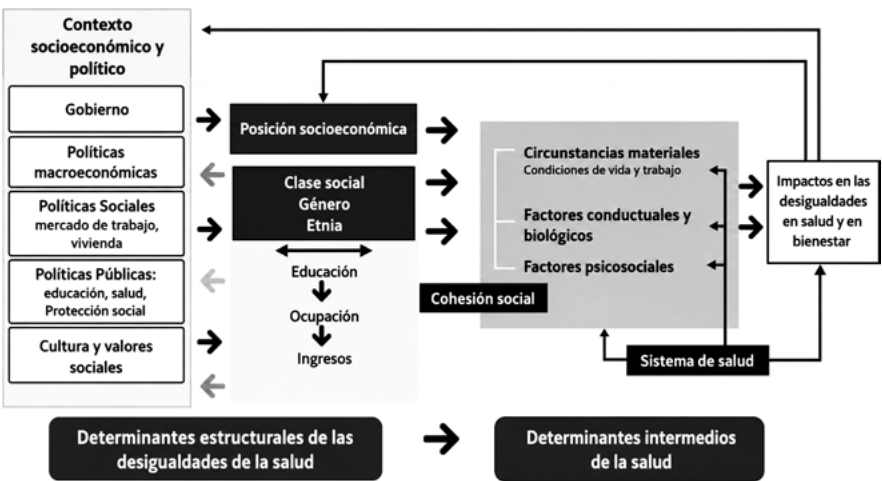
Otro dato relevante para analizar en la prestación del PBS es la marcada tendencia al envejecimiento de la población. Según el DANE, para 2025 el municipio tenía 2192 personas mayores de 18 años, es decir, el 75,2 % de la población total, de los cuales 1062 son mujeres

(el 48,4 %) y 1130 son hombres (el 51,6 %). Además, la población cuenta con 762 personas mayores de 60 años, de los cuales, 410 son mujeres (el 53,8 %) y 352 son hombres (el 46,2 %), esta población representaba el 26,2 % de la población total de Viracachá en 2025.

3.2.1 Promoción de la salud y determinantes sociales: limitaciones en su implementación en Viracachá

Los datos del municipio, contenidos en el *Plan Territorial de Salud 2024–2027* (Alcaldía Municipal de Viracachá, 2024), evidencian que los determinantes sociales en Viracachá presentan condiciones que limitan la efectividad de las acciones de promoción de la salud. En particular, se identifican deficiencias en el acceso a servicios básicos, especialmente en el área rural, donde el alcantarillado es inexistente y la calidad del agua presenta riesgos para el consumo humano. También se identifican condiciones socioeconómicas adversas, caracterizadas por altos niveles de informalidad laboral, desempleo y trabajo infantil, lo que incide en la deserción escolar y en la reproducción de condiciones de vulnerabilidad. En el ámbito educativo, persisten niveles significativos de analfabetismo y baja cobertura en educación media y superior (Figura 3).

Figura 3. Determinantes sociales de la salud según la OPS



Fuente: elaboración propia a partir de la información de la Organización Panamericana de la Salud (2022).

Se ha señalado previamente que la prevención de la HTA se fundamenta en la adopción de medidas orientadas a la detección temprana, el control y la reducción de los factores de riesgo asociados a su desarrollo y progresión. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud coinciden en que las políticas públicas deben priorizar intervenciones dirigidas a modificar los determinantes sociales de la salud y promover estilos de vida saludables (Organización Mundial de la Salud, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2024). Los principales determinantes y las acciones recomendadas para la prevención de la HTA pueden consultarse en la tabla 4.

Tabla 4. Determinantes sociales, intervenciones y marco regulatorio en la prevención de la HTA

Determinante / factor	Acción recomendada	Instrumento normativo	Resultado esperado
Consumo de tabaco	Reducción y abandono del consumo de tabaco (advertencias, terapias, impuestos, publicidad y patrocinios).	Ley 1335 de 2009, para controlar el consumo del tabaco.	Disminución del riesgo cardiovascular y de la presión arterial.
Consumo nocivo de alcohol	Regulación, restricciones, sanciones, precios, impuestos, disponibilidad, publicidad.	Ley 1566 de 2012 y Ley 1816 de 2016	Reducción de factores de riesgo asociados a HTA y otras ENT.
Alimentación no saludable	Reducción de sodio (1–5 g/día), aumento de potasio, disminución de ultra procesados, campañas de promoción de cambio de dietas.	La Ley 2120 de 2021, la Resolución 810 de 2021 y la Resolución 2492 de 2022 regulan el etiquetado frontal en los alimentos.	Control de la presión arterial y prevención de la HTA.
Información al consumidor	Implementación del etiquetado frontal de advertencia	Resolución 810 de 2021 y Resolución 2492 de 2022.	Decisiones informadas y reducción del consumo de productos nocivos.
Actividad física	Promoción de estilos de vida activos, recreación, juegos, escenarios, especialistas, nutricionistas.	Políticas territoriales de salud y programas comunitarios.	Reducción de obesidad y factores de riesgo cardiovascular.
Entorno alimentario	Acceso a alimentos saludables y regulación del mercado.	La Ley 1355 de 2009 es la política de seguridad alimentaria.	Mejora de hábitos alimentarios y reducción de riesgo.
Contaminación del aire	Control de emisiones y reducción de exposición.	Regulación ambiental y políticas públicas.	Disminución del impacto en enfermedades cardiovasculares.

Fuente: elaboración propia.

La Organización Mundial de la Salud (2023) y Prado et al. (2023) recomiendan que la prevención y detección temprana de enfermedades asintomáticas, como la HTA, se realice en los centros de atención primaria, especialmente en el ámbito municipal, contando con personal capacitado e infraestructura adecuada para el diagnóstico y detección temprana de los pacientes. Además, aconsejan asesorar a los pacientes para que modifiquen sus hábitos de vida no saludables y adopten prácticas saludables, es decir, tratamientos no farmacológicos. Para asegurar un control efectivo, recomiendan no retrasar el inicio del tratamiento farmacológico ni la definición de los objetivos a corto y largo plazo.

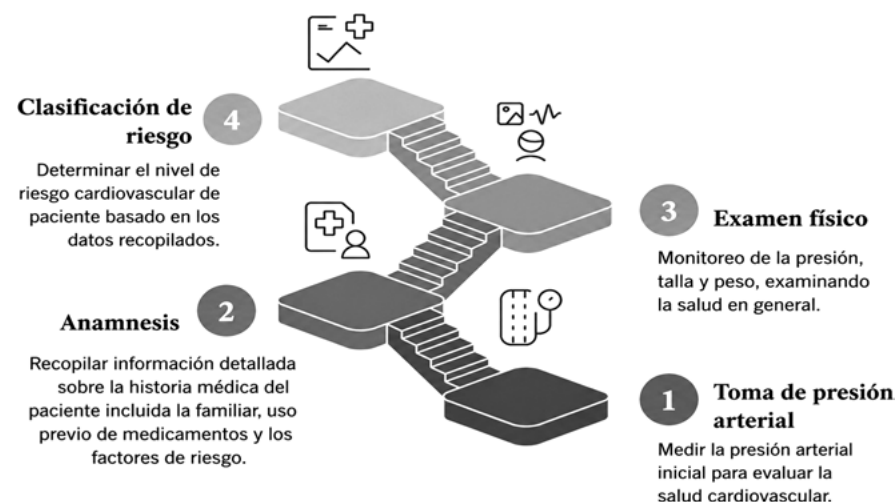
En Colombia, estas recomendaciones han sido incorporadas en el diseño del sistema de salud, el cual asigna a las entidades territoriales y a las instituciones de atención primaria un papel central en la ejecución de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En particular, a nivel municipal se espera la implementación de programas orientados a la identificación temprana de factores de riesgo, el seguimiento de los pacientes y la adopción de estrategias comunitarias que permitan intervenir sobre los determinantes sociales de la salud.

Aunque en el municipio de Viracachá, durante 2024, se adelantaron algunas acciones generales de promoción de la salud por parte de las EPS, la Alcaldía y el Centro de Salud, estas resultan insuficientes frente a las exigencias normativas en materia de prevención de la hipertensión arterial. En efecto, no se evidencian programas específicos, metas claras ni asignación presupuestal orientada al control de esta enfermedad; además, las actividades se caracterizan por su carácter general, discontinuo y poco articulado. Esta situación se ve reforzada por la percepción de los pacientes, quienes en la encuesta realizada el 96 % reporta que no participó a las jornadas preventivas, actividades físicas y estrategias claras de educación en salud, así como por las dificultades para acceder a información institucional sobre las acciones desarrolladas. En consecuencia, se configura una brecha significativa entre el diseño normativo de la prevención y su implementación efectiva en el ámbito municipal, lo que evidencia limitaciones estructurales en la organización del servicio de salud que inciden en la garantía del derecho fundamental a la salud.

3.2.2 El diagnóstico y control de la hipertensión arterial

La Organización Panamericana de la Salud (2023) señala que el diagnóstico de la hipertensión arterial es un proceso extenso y complejo que involucra cuatro pasos, cuyo contenido se ilustra en la figura 4.

Figura 4. Proceso de diagnóstico de la hipertensión arterial



Fuente: elaboración propia a partir de la información de la Organización Panamericana de la Salud (2023).

El diagnóstico oportuno y preciso de la patología es fundamental para garantizar el acceso integral a los servicios de salud. Según el Ministerio de Salud (2024a), una de las principales causas por las cuales se interpone una tutela es para reclamar el derecho fundamental a la salud ante la negación de citas médicas, tanto en atención primaria como especializada. La Corte Constitucional, en la Sentencia T-508 de 2019 y la Sentencia SU-508 de 2020, establece que el diagnóstico comprende tres etapas:

1. La identificación de la enfermedad, que incluye la realización de los exámenes ordenados por el médico general o de familia según los síntomas del paciente.
2. Después de obtener los resultados, se requiere una valoración oportuna y completa por parte del especialista.

3. La prescripción de los procedimientos médicos necesarios para tratar el cuadro clínico identificado.

En entrevistas realizadas a funcionarios del municipio y del centro de salud municipal en 2024, se identificaron a 320 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, lo que representa una prevalencia aproximada del 11 %. De estos pacientes, hay 298 personas, el 93 % de los diagnosticados, que reciben control, tratamiento y suministro de medicamentos en el municipio de Viracachá a través de la ruta de atención denominada Club de hipertensos. Este grupo se reúne mensualmente para realizar controles que incluyen la medición de niveles de glucosa, el índice de masa corporal, la frecuencia cardíaca, el perímetro abdominal, entre otros indicadores.

La encuesta realizada a los pacientes revela problemas prácticos para el control y diagnóstico de la enfermedad, entre ellos:

1. Horarios limitados de atención del centro de salud, especialmente para habitantes de veredas alejadas del Centro de Salud.
2. Dilación en la asignación de citas con especialistas.
3. No se da remisión oportuna al médico especialista.
4. Los pacientes deben asumir los costos de transporte entre el municipio y Tunja para asistir a las citas.

El 60 % de los pacientes encuestados consideran que se presentan fallas en el cumplimiento de los protocolos para el diagnóstico de la hipertensión, por ejemplo, se usan procedimientos inadecuados para medir con precisión la presión arterial. Los resultados también muestran que la edad promedio de diagnóstico de la hipertensión es de 59 años, concentrando el 75 % de los diagnosticados después de los 57 años.

Los factores de riesgo más frecuentes que padecen los pacientes son: el consumo de alcohol (48 %), el exceso de sodio en la dieta (64 %) y el estrés (64 %). Entre las medidas no farmacológicas más aplicadas se encuentran los controles médicos, la abstención del tabaquismo y la actividad física. Las complicaciones crónicas más frecuentes que se encontraron fueron la diabetes (16 %), la insuficiencia cardíaca (16 %), la gastritis y la obesidad.

Por lo anterior, se evidencia que, aunque el sistema de salud dispone de protocolos claros para el diagnóstico y control de la hipertensión arterial, en la práctica se evidencian limitaciones en su aplicación en el ámbito municipal. Las fallas en el cumplimiento de los procedimientos, las barreras de acceso a los servicios y las dificultades logísticas reportadas por los pacientes afectan la detección oportuna y el seguimiento adecuado de la enfermedad, lo que incide en la garantía del derecho fundamental a la salud.

3.2.3 La entrega de medicamentos en el tratamiento de la hipertensión arterial

El suministro oportuno y continuo de medicamentos constituye un componente esencial para garantizar el tratamiento adecuado de la HTA y, en general, la efectividad del derecho fundamental a la salud. En el sistema de salud colombiano, la entrega de medicamentos hace parte de las prestaciones incluidas en el PBS, por lo que las entidades responsables deben asegurar su acceso en condiciones de calidad, continuidad y oportunidad.

La Corte Constitucional ha señalado que el acceso a los medicamentos no puede ser interrumpido ni condicionado por barreras administrativas, en la medida en que ello compromete la continuidad del tratamiento y la vida digna de los pacientes. También ha precisado que la entrega de medicamentos debe realizarse de manera oportuna, completa y sin dilaciones injustificadas, una vez exista la prescripción médica correspondiente. En la Sentencia T-012 de 2020 se estableció que, cuando los medicamentos no se encuentren disponibles en el punto de dispensación, las entidades responsables deben adoptar las medidas necesarias para garantizar su suministro en el menor tiempo posible, incluso mediante su envío al domicilio del paciente. Estas reglas buscan evitar interrupciones en el tratamiento y asegurar la continuidad en la atención, especialmente en enfermedades crónicas como la HTA.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) y la Organización Panamericana de la Salud (2022), el tratamiento farmacológico de la hipertensión debe iniciarse oportunamente, se define según el riesgo del paciente, preferiblemente mediante terapias combinadas en

un solo comprimido para mejorar la adherencia. El tratamiento suele incluir medicamentos como Losartán, el cual es el más usado, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina y bloqueadores de los canales de calcio, acompañados de metas claras de control y seguimiento periódico.

Sin embargo, los resultados de la encuesta aplicada a los pacientes del Club de hipertensos muestran problemas en la entrega de medicamentos:

1. No se ha implementado el suministro de comprimidos combinados, por lo que medicamentos como el Losartán y el Enalapril se prescriben y entregan por separado.
2. Algunos medicamentos no están disponibles en Viracachá, lo que obliga al 16 % de los pacientes a desplazarse hasta Tunja para obtenerlos.
3. El 50 % de los encuestados reporta demoras en la entrega, distribuidas así: el 33 % experimentó retrasos de una semana, el 33 % de quince días y el 25 % de hasta un mes.
4. La mayoría de los pacientes afirman que las EPS nunca entregan las vitaminas prescritas.

3.2.4 Las nuevas tecnologías en el tratamiento de la hipertensión arterial

Las tecnologías en salud no se limitan a innovaciones de alta complejidad, sino que comprenden un amplio conjunto de herramientas, procedimientos y recursos que la ciencia y la investigación ponen a disposición para el diagnóstico, la prevención y el control de las enfermedades. En este sentido, como se ilustra en la figura 5, la Organización Panamericana de la Salud (2024) señala que, en el tratamiento y control de la HTA, se han incorporado diversas tecnologías, entre ellas: la actualización de los protocolos para la medición precisa de la presión arterial, el uso de calculadoras de riesgo cardiovascular y nuevos criterios para la dosificación y suministro de medicamentos en comprimidos combinados, con el propósito de mejorar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las metas de control de la presión arterial.

Figura 5. Diagnóstico y control de la hipertensión arterial



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2024).

En este contexto, si bien existen avances tecnológicos orientados a optimizar el diagnóstico y tratamiento de la HTA, su implementación en el municipio de Viracachá es aún limitada. En efecto, los resultados de la encuesta evidencian que, frente a la pregunta sobre las tecnologías utilizadas en el tratamiento de cada paciente, el 90 % de los encuestados señala que no se aplican de manera sistemática los protocolos actualizados para la medición precisa de la presión arterial, ni se utilizan herramientas como las calculadoras de riesgo cardiovascular. Asimismo, el 52 % indica que únicamente se le ha practicado un electrocardiograma una vez al año. El 100 % de los encuestados manifiesta que no se ha implementado el uso de medicamentos en comprimidos combinados, lo que pone de manifiesto una baja adopción de estas tecnologías en la práctica, limitando tanto la adherencia al tratamiento como el control efectivo de la enfermedad.

En consecuencia, este estudio plantea que las EPS y el municipio están obligados a fortalecer la incorporación de estos avances tecnológicos, así como la capacitación del talento humano en salud en aspectos esenciales para el control de la hipertensión arterial, especialmente en lo relacionado con la medición precisa de la presión arterial y la aplicación de metodologías que permitan definir y hacer seguimiento a los objetivos

de control en cada paciente. De igual manera, se requiere promover la implementación de medicamentos en comprimidos combinados, con el fin de facilitar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y mejorar los resultados en salud. Esto no solo contribuye a mejorar la adherencia terapéutica, sino que también evidencia las limitaciones estructurales que enfrentan las instituciones para avanzar en la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud en el ámbito municipal.

3.2.5 Cirugías en el marco del Plan de Beneficios en Salud

Los artículos 8 a 11 de la Resolución 2366 de 2023 establecen una clasificación de las intervenciones quirúrgicas en dos categorías: en la primera, se encuentran aquellas incluidas en el PBS, que son de carácter funcional, reconstructivo o reparador, orientadas a mejorar, restaurar o restablecer la función de los órganos o estructuras afectadas. En la segunda, se ubican las cirugías excluidas del PBS, de naturaleza estética, cuya finalidad es la modificación de la apariencia física sin una indicación médica funcional o terapéutica. La Corte Constitucional también ha trazado criterios materiales para analizar y distinguir entre cirugías funcionales y estéticas, con el propósito de privilegiar la finalidad terapéutica y la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud (Sentencia T-101 de 2023).

La ESE Centro de Salud de Viracachá no dispone de capacidad instalada para la prestación de servicios quirúrgicos. Por esta razón, los pacientes del municipio que requieren intervenciones asociadas a comorbilidades graves de la hipertensión arterial, como patologías renales o cardiovasculares, son remitidos a instituciones de la red con mayor capacidad y nivel de complejidad (niveles II, III y IV), ubicadas en Ramiriquí (Hospital San Vicente, nivel I con servicios de nivel II), Sogamoso, Tunja o Bogotá, que cuentan con nivel III. Esta situación evidencia una necesaria relación estructural de los centros de salud municipales con otras instituciones que hacen parte de la red para la prestación de servicios complejos. La garantía de estos servicios se traslada a otros niveles territoriales y a la capacidad de articulación con IPS de mayor complejidad entre los distintos municipios.

Las diferentes propuestas de reforma al sistema de salud parten de la necesidad de fortalecer la eficiencia de las redes de servicios, la capacidad de gestión del riesgo de la enfermedad y el acercamiento del sistema a los pacientes en los municipios de Colombia. Sin embargo, algunos ajustes institucionales propuestos, como la creación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el marco del Proyecto de Ley 339 de 2023, deben analizarse de manera crítica, en la medida en que no siempre responden a una ingeniería institucional basada en el estudio de las redes ni en las evaluaciones y necesidades concretas de salud de cada municipio. El caso de Viracachá pone en evidencia la importancia de comprender la lógica territorial de las redes de servicios para diseñar intervenciones que fortalezcan su funcionamiento efectivo.

En este sentido, se plantea que las reformas institucionales al sistema deben orientarse al fortalecimiento de los nodos de las redes o de los centros de atención ubicados en municipios que prestan servicios de mayor complejidad a otros territorios cercanos. Por ejemplo, un análisis de redes puede evidenciar que Ramiriquí, que cuenta con un centro de atención de nivel I y presta servicios de complejidad de nivel II, así como servicios de medicina especializada, puede ser fortalecido para atender pacientes de municipios cercanos como Viracachá, Jenesano, Ciénega, Tibaná y Nuevo Colón, entre otros.

3.2.6 El servicio de urgencias médicas en el ámbito municipal de Viracachá

El servicio de urgencias constituye un componente esencial del sistema de salud, orientado a la atención inmediata de situaciones que comprometen la vida o la integridad de las personas. En el ordenamiento jurídico colombiano, su prestación se encuentra regulada, entre otras disposiciones, por la Resolución 5596 de 2015, la cual establece el sistema de clasificación o *triage* como mecanismo para priorizar la atención de los pacientes según la gravedad de su condición clínica. De acuerdo con esta regulación, el *triage* clasifica a los pacientes en cinco niveles (I a V), que van desde aquellos que requieren atención inmediata por riesgo vital inminente hasta aquellos cuya condición no reviste urgencia y puede ser atendida de manera diferida. Este sistema

busca garantizar una asignación eficiente de los recursos disponibles y asegurar la atención oportuna de los casos más críticos.

La *Guía para el manejo de urgencias en crisis hipertensivas* del Ministerio de Salud y Protección Social (2017) señala que uno de los principales retos del médico de atención primaria consiste en identificar de manera oportuna a los pacientes que requieren una reducción urgente de la presión arterial, diferenciándolos de aquellos que pueden ser manejados de forma ambulatoria. Para ello, establece dos criterios clínicos; en primer lugar, las emergencias hipertensivas, caracterizadas por la presencia de daño en órgano blanco, requieren una reducción inmediata de la presión arterial, aunque no necesariamente hasta niveles normales; en segundo lugar, en los casos de urgencias hipertensivas sin evidencia de daño en órgano blanco, la presión arterial puede ser controlada de forma gradual en un periodo de 24 a 48 horas mediante tratamiento farmacológico oral en el ámbito ambulatorio.

La ESE Centro de Salud de Viracachá presta la atención de urgencias y actúa como primer nivel de respuesta frente a eventos agudos asociados a la hipertensión arterial, como crisis hipertensivas o complicaciones cardiovasculares iniciales. La encuesta evidencia que, de los pacientes hipertensos que han solicitado el servicio de urgencias, el 54,5 % fue atendido en Ramiriquí, el 27,3 % en Tunja y el 18,2 % en Viracachá. Como se indicó anteriormente, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la red en el municipio, mejorar la capacidad de coordinación intermunicipal y garantizar la disponibilidad oportuna e integral de la historia clínica del paciente.

3.2.7 El servicio de emergencias médicas en el ámbito municipal de Viracachá

El Sistema de Emergencias Médicas (SEM), establecido en la Resolución 926 de 2017, constituye una red coordinada que articula a la comunidad, también a los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) y al personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). La finalidad del SEM es garantizar la atención oportuna de enfermedades agudas, lesiones graves, paros cardiorrespiratorios, traumatismos o accidentes de tránsito que requieran intervención médica inmediata.

La activación del SEM se realiza a través de la línea 123, las llamadas son recibidas, clasificadas y registradas según la gravedad y la naturaleza del evento. Posteriormente, el CRUE coordina la respuesta institucional, lo cual comprende la asignación y el despacho de las ambulancias, así como la articulación con la red de prestación de servicios para el traslado del paciente a la IPS correspondiente, de acuerdo con el nivel de complejidad requerido.

En el municipio de Viracachá, de acuerdo con la información suministrada por la Alcaldía y los resultados de la encuesta aplicada a los pacientes, existe un servicio de ambulancia de transporte asistencial básico. Sin embargo, este servicio no opera de manera continua, por lo que su utilización requiere solicitud previa. En consecuencia, ante la ocurrencia de eventos súbitos o accidentes, los pacientes deben asumir los costos de su traslado hacia centros médicos ubicados en municipios aledaños como Ramiriquí o Tunja.

Según la encuesta realizada a los integrantes del Club de hipertensos, el 36 % de los pacientes indicó haber presentado un evento de este tipo. De estos, el 60 % fue atendido en el Hospital San Vicente de Ramiriquí, el 25 % en instituciones de salud de Tunja, específicamente en el Hospital San Rafael, la Clínica Medilaser y el Hospital Santiago de Tunja, y el 15 % en la ESE Centro de Salud de Viracachá. Estos resultados evidencian limitaciones en el servicio de emergencias y en la articulación de la red de servicios, presentando barreras para el acceso oportuno a la atención de eventos de riesgo vital, lo que puede comprometer de manera directa la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

4. Discusión

Uno de los principales desafíos en el análisis del acceso al sistema de salud radica en la ausencia de criterios unificados para su medición, lo que ha dado lugar a múltiples enfoques teóricos y metodológicos. El modelo comportamental de uso de los servicios de salud desarrollado por el Observatorio Nacional de Salud (2019), permite superar una visión meramente formal del acceso, al integrar dimensiones como la necesidad del servicio, la disponibilidad de recursos, la utilización efectiva

y los resultados en salud. A partir de este enfoque, y en coherencia con el diseño metodológico adoptado en esta investigación, se asume una concepción de acceso que incorpora variables como la implementación efectiva de la política de prevención de la HTA, los problemas del servicio a nivel municipal, la estructura, la funcionalidad de la red de servicios, los determinantes sociales y los factores individuales de los pacientes.

Desde esta perspectiva, los hallazgos del estudio permiten afirmar que, a nivel municipal, como es el caso de Viracachá, el acceso al sistema de salud no se puede agotar en la afiliación formal ni en el reconocimiento normativo del derecho fundamental. A nivel local, se pone a prueba la capacidad real del sistema para realizar la prestación de este servicio público, para diseñar e implementar, de manera efectiva, las acciones de política pública en el ámbito territorial. En este sentido, los problemas identificados en la promoción de la salud, la prevención de la HTA, el diagnóstico oportuno, la entrega de medicamentos, la adopción de nuevas tecnologías y la atención de urgencias y emergencias no constituyen fallas aisladas, sino manifestaciones de una brecha estructural entre lo que se propone en el diseño normativo del sistema de salud y su materialización en el territorio. Esta brecha se explica, en buena medida, por la limitada capacidad institucional del municipio, la ausencia de estructuras especializadas para la gestión en salud, la dependencia de redes externas para la prestación de servicios de mayor complejidad, las barreras económicas y las distancias geográficas que enfrentan los pacientes, lo que evidencia una desarticulación funcional de la red de servicios.

Las diferentes versiones de la *Política de Atención Integral en Salud* (PAIS) (2016), que se desarrolla mediante el *Modelo Integral de Atención en Salud* (MIAS), cuentan con un enfoque en la salud familiar, la diversidad étnica, la multiculturalidad y el *Modelo de Atención Integral Territorial* (MAITE) en su diseño, sin embargo, al desarrollarlas presentan vacíos relevantes. El primero es que no se diseñan a nivel territorial de conformidad con la identificación de los problemas concretos que padece cada territorio, ni con la asignación de recursos, acciones, responsables y tiempos específicos para la implementación de las medidas dirigidas a solucionarlos. Existen estudios y diagnósticos sólidos sobre dichas falencias territoriales, como el realizado por el Banco de la República

(Melo-Becerra, 2023), en el que se proponen medidas para contrarrestar estos vacíos, tales como la inclusión de las regiones, el fortalecimiento de la red municipal de servicios, la transparencia en la gestión local, la visión integral de la salud y el fortalecimiento del diagnóstico de la enfermedad a nivel local.

A esta evidente falta de una política pública de salud territorial y local, se suma que los informes anuales de salud tienden a operar como mecanismos formales de cumplimiento, no como herramientas efectivas de planeación, seguimiento y evaluación, lo que pone de manifiesto debilidades en la gobernanza y en la capacidad institucional a nivel local. Si bien la literatura reconoce su importancia en todas las fases del ciclo de política, el caso de Viracachá evidencia que su efectividad se encuentra condicionada por factores estructurales. En particular, la baja continuidad de las brigadas de educación en salud, la insuficiencia de personal cualificado para la gestión sanitaria y la incidencia de factores como la politización del sector, identificadas en este estudio y en informes recientes como el de *Así Vamos en Salud* (2025), muestran que la participación, por sí sola, no resulta suficiente para superar las brechas en el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, estos resultados deben interpretarse en el marco de los desafíos contemporáneos de los sistemas de salud. Los informes internacionales de la OMS (2024) han señalado que la capacidad de respuesta frente a crisis sanitarias, tanto agudas como crónicas, depende de la solidez de las estructuras institucionales y de la efectividad en la implementación de las políticas públicas en el ámbito territorial. Por ejemplo, el envejecimiento acelerado de la población en el municipio de Viracachá y la consecuente demanda de más servicios y gastos en salud refuerzan esta problemática. En este contexto, las enfermedades no transmisibles, como la HTA, configuran riesgos persistentes que, por su carácter progresivo y silencioso, exigen respuestas sostenidas desde la atención primaria. Así, la hipertensión puede ser entendida como un “enemigo silencioso” que pone a prueba la capacidad del sistema de salud para garantizar de manera efectiva el derecho fundamental a la salud en contextos locales.

Los hallazgos permiten concluir que las fallas en la implementación de las políticas públicas y en la articulación de la red de servicios no

constituyen únicamente problemas operativos, sino manifestaciones de una brecha estructural que compromete la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud en el ámbito territorial.

Conclusiones

1. Los desarrollos recientes en salud pública han consolidado la HTA y las ENT como prioridades en la agenda global, no solo por su impacto en la mortalidad prematura, sino por sus efectos sobre la sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud y las condiciones socioeconómicas de la población. Su control depende, en gran medida, de la implementación sostenida de estrategias preventivas desde la atención primaria.
2. En Colombia, el sistema de salud presenta un alto nivel de desarrollo normativo y una amplia cobertura formal, con un contenido prestacional definido en el PBS y por una política pública orientada al control de la HTA. Sin embargo, los resultados de esta investigación muestran que la principal dificultad no radica en el diseño normativo, sino en su implementación efectiva en el ámbito territorial. El acceso a los servicios de salud no depende únicamente del reconocimiento formal del derecho, sino de la capacidad real del sistema de salud, en sus distintos niveles, para implementar de manera efectiva las acciones de política pública y garantizar la prestación del servicio de manera oportuna, continua y de calidad.
3. El estudio de caso del municipio de Viracachá evidencia que, a pesar de la integración formal al sistema de salud y de la existencia de programas como el Club de hipertensos, persisten brechas significativas en la implementación del PBS en sus diferentes componentes, estas se manifiestan en limitaciones en la promoción de la salud, debilidades en las estrategias de prevención, barreras en el diagnóstico oportuno, dificultades en la continuidad del tratamiento farmacológico y restricciones en el acceso a servicios de mayor complejidad. En conjunto, estos hallazgos permiten concluir que, en el ámbito municipal, la

garantía del derecho fundamental a la salud en pacientes con HTA se encuentra condicionada por factores estructurales asociados a la capacidad institucional, la articulación de la red de servicios y las condiciones sociales del territorio, lo que evidencia la brecha entre el diseño del sistema y su materialización en el nivel local.

Referencias

- Adeyi, O., Smith, O., & Robles, S. (2007). *Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases*. Banco Mundial. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7044-5>
- Alcaldía Municipal de Viracachá. (2024). *Plan territorial de salud 2024–2027*. https://viracachaboyaca.micolombiadigital.gov.co/sites/viracachaboyaca/content/files/000518/25860_plan-de-salud-territorial-viracacha-nuestro-compromiso–2024–2027.pdf
- Así Vamos en Salud. (2025). *Informe anual de salud pública*. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2025/08/Informe-Anual-de-Salud-Publica-Asi-Vamos-en-Salud-5-AGOSTO.pdf>
- Bardey, D. (2026). *Reformar la salud sin desmontarla: más recursos y mejores incentivos*. <https://hdl.handle.net/1992/78292>
- Bonet-Morón, J., & Guzmán-Finol, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Documento de Trabajo sobre Economía Regional*, (222), 1-36. <https://doi.org/10.32468/dtseru.222>
- Congreso de la República de Colombia. (2001, 21 de diciembre). Ley 715 de 2001. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*. DO: 44.654. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>
- Congreso de la República de Colombia. (2009, 21 de junio). Ley 1335 de 2009. *Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana*. DO: 47.417. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36878>

Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. DO: 44.654. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2021, 30 de julio). Ley 2120 de 2021. *Por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles y se adoptan otras disposiciones*. DO: 51.751. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168029>

Congreso de la República de Colombia. (2022, 13 de diciembre). Ley 2277 de 2022. *Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria para la igualdad y la justicia social y se dictan otras disposiciones*. DO: 52.247. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=199883>

Corte Constitucional de Colombia. (2019, 29 de octubre). *Sentencia T-508/19*. (M. P. Reyes Cuartas, J. F.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-508-19.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2020, 7 de diciembre). *Sentencia SU508/2019*. (M. P. Reyes Cuartas, J. F. y Rojas Ríos, A.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/su508-20.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2020, 22 de enero). *Sentencia T-012 de 2020* (M. P. Fajardo Rivera, D.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/t-012-20.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2023, 13 de abril). *Sentencia T-101 de 2023*. (M. P. Cortés González, J. C.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/t-101-23.htm>

Dejusticia. (2023). *Intervención ciudadana en demanda de inconstitucionalidad del Artículo 54 de la Ley 2277 de 2022 “Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria para la igualdad y la justicia social y se dictan otras disposiciones”*. Consultado el 26 de mayo del 2026. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2023/05/FINAL-INTERVENCION-DEMANDA-BEBIDAS-AZUCARADAS.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (2008). *Documento Conpes 113: Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional*. <https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Conpes/Conpes%20113%20de%202008.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (2023). *Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026: Colombia potencia mundial de la vida*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/plan-nacional-de-desarrollo-2022-2026-colombia-potencia-mundial-de-la-vida.pdf>

Flood, D., Edwards, E., Giovannini, D., Ridley, E., Rosende, A., & Herman, W. (2022). Integrating hypertension and diabetes management in primary health care settings: HEARTS as a tool. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(150). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.150>

Gobernación de Boyacá. (2024, 16 de mayo). *Día mundial de la hipertensión arterial*. Consultado el 26 de mayo del 2026. <https://www.boyaca.gov.co/en-el-dia-mundial-de-la-hipertension-arterial-la-secretaria-de-salud-de-la-boyaca-grande-hace-un-llamado-a-la-conciencia-y-la-accion/>

Gómez, J., Camacho, P., López, J., & López, P. (2019). Control y tratamiento de la hipertensión arterial programa 20-20. *Revista Colombiana de Cardiología*, 26, 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>

Granger, C., Ramos-Forero, J., Melo-Becerra, L., & Silva-Samudio, G. (2023). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Fuentes y usos. *Borradores de Economía*, (1233). Banco de la República. <https://doi.org/10.32468/be.1233>

Guzmán-Tordecilla, N., Torres, J., Guzmán-Ruiz, Y., & Lucumí, D. (2020). Enfermedades crónicas no transmisibles en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia. *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas*, 6.

Lucumí, D., Mosquera, J., Vecino, A., & Puerto, S. (2022). *El análisis de las políticas públicas en el sector salud en Colombia*. Bristol University Press.

Melo-Becerra, L., Arango-Thomas, L., Ávila-Montealegre, Ó., Ayala-García, J., Bonilla-Mejía, L., Botero-García, J., Cardona-Badillo, M., Crispin-Fory, C., Gallo-Montaño, D., Granger-Castaño, C., Guzmán-Finol, K., Iregui-Bohórquez, A., Ospina-Tejeiro, J., Pinilla-Alarcón, D., Posso-Suárez, C., Ramírez-Giraldo, M., Ramos-Forero, J., Ramos-Veloz, M., Restrepo-Tobón, D., ... & Vásquez-Escobar, D. (2023). Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ensayos sobre Política Económica*, 106. <https://doi.org/10.32468/espe106>.

Ministerio de Protección Social. (2008, 21 de octubre). Resolución 4003 de 2008. *Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2*. DO: 47.151.

Ministerio de Protección Social. (2015, 24 de diciembre). Resolución 5596 de 2015. *Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”*. DO: 49.739.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013, 2 de mayo). Resolución 1383 de 2013. *Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021*. DO: 48.784.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 21 de abril). Resolución 1441 de 2016. *Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones*. DO: 49.851.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA)* (Guía No 18 – Segunda edición).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, 30 de marzo). Resolución 926 de 2017. *Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas*. DO: 50.192.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Encuesta SABE Colombia 2015*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-ejecutivo-encuesta-SABE.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, 16 de junio). Resolución 810 de 2021. *Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados o empacados para consumo humano*. DO: 51.707.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan decenal de salud pública 2022–2031*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 13 de diciembre). Resolución 2492 de 2022. *Por la cual se modifican los artículos 2, 3, 16, 25, 32, 37 y 40 de la Resolución 810 de 2021 que establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados y empacados para consumo humano*. DO: 52.247.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 29 de diciembre). Resolución 2366 de 2023. *Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*. DO: 52.623.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024a). *Abordaje de las enfermedades no transmisibles*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abordaje-enfermedades-nt-salud-bucal-visual-auditiva-huefanas-raras.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024b). *Recomendaciones para el fortalecimiento de acciones promocionales de alimentación saludable en las*

enfermedades no transmisibles. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/recomendaciones-alimentacion-saludable-ent-talento-humano-salud.pdf>

- Observatorio Nacional de Salud. (2019). *Acceso a servicios de salud en Colombia* (Informe técnico No. 11). Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. (A75/10 Add.2). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add8-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Tackling noncommunicable diseases: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases* (2.^a ed). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Síntesis de evidencia y recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(172). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.172>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Mejores intervenciones para las ENT*. Consultado el 26 de mayo de 2026. <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-mejores-intervenciones-para-ent>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Indicadores de progreso de las enfermedades no transmisibles 2025*. Consultado el 26 de mayo del 2026. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/66036/OPSN-MHNV250001_spa.pdf
- Palomino, K. D., Molano, D., Lucumí, D. I., & Maturana, Y. (2025). Hipertensión en una ciudad intermedia, de bajos ingresos y predominantemente afrocolombiana: prevalencia, conocimiento, tratamiento, control y factores de riesgo en un tamizaje comunitario. *Biomédica*, 45(4), 584–598. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7721>
- Prado, P., Gamarra, A., Rodríguez, L., Brettler, J., Farrell, M., Girola, M., Malcolm, T., Martínez, R., Molina, V., Moran, A., Neupane, D., Rosende, A., Valdés-González, Y., Mukhtar, Q., & Ordunez, P. (2023). Plataforma de monitoreo y evaluación HEARTS en las Américas: hacia la mejora de los

programas de control de la hipertensión a nivel poblacional en la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 47(90). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.90>

Presidencia de la República de Colombia. (1996, 20 de enero). Decreto 2423 de 1996. *Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones*. DO: 42.961.

Zimmermann, J., McKee, C., Karanikolos, M., Cylus, J., & Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2024). *Strengthening health systems: a practical handbook for resilience testing*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/376809>

