



**PROESA** Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud

**W**  
UNIVERSITY of WASHINGTON



# Entorno político y normativo de las enfermedades cardiovasculares en Colombia: una revisión documental

Victoria Soto, Sandra Camacho, Laura Romero, Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth



PROESA Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud



# Entorno político y normativo de las enfermedades cardiovasculares en Colombia: una revisión documental

---

Victoria Soto, Sandra Camacho, Laura Romero, Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth



**PROESA**

Centro de Estudios en Protección  
Social y Economía de la Salud

**Documentos de trabajo – edición # 34**

**Entorno político y normativo de las enfermedades cardiovasculares en Colombia:  
una revisión documental**

Victoria Soto, Sandra Camacho, Laura Romero,  
Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2026  
ISSN: 2256–5787 (En línea)

**Palabras claves:**

1. Enfermedades Cardiovasculares | 2. Sistema de Salud | 3. Seguimiento | 4. Monitoreo

Primera publicación: Julio de 2012  
Edición # 34 junio 2026

© Universidad Icesi © PROESA  
Facultad de Ciencias de la Salud

**Rector:** Esteban Piedrahita Uribe

**Secretaria General:** Olga Patricia Ramírez Restrepo

**Director Académico:** José Hernando Bahamón Lozano

**Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud:** María Elena Velásquez Acosta

-

**Comité Editorial:** Victoria Soto, Laura Romero, Irieleth Gallo, Juan Camilo Herrera,  
Santiago Mosquera, Cristian Corrales, Marcela Calderón, Luisa Patiño

**Edición:** Victoria Soto, Sandra Camacho, Laura Romero, Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth

**Coordinador Editorial:** Adolfo A. Abadía

**Diseño editorial:** Sandra Marcela Moreno B

**Cómo citar:**

Soto, VE., Camacho S., Romero, L., Gallo, I., Watkins, D. & Danforth, K. (2026). Entorno político y normativo de las enfermedades cardiovasculares en Colombia: una revisión documental No. 34. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/proesa/dt34>

**Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA**

Cali – Colombia

Calle 18 No. 122–135 (Pance), edificio B – piso 2.

Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

E-mail: [contacto@proesa.org.co](mailto:contacto@proesa.org.co)

[www.icesi.edu.co/proesa](http://www.icesi.edu.co/proesa)

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

# Contenido

---

	Pág
<b>Contenido</b>	<b>4</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2. Metodología</b>	<b>6</b>
<b>3. Contexto de la Política de Enfermedades Cardiovasculares en Colombia</b>	<b>6</b>
3.1. Características Poblacionales	6
3.2. El Sistema de Salud Colombiano: Panorama General	10
3.3. Evolución y Discusión actual	11
3.4. Actores clave y funciones	12
3.5. Ciclo de Política en Salud y Principales Instrumentos	16
<b>4. Política y Monitoreo de Enfermedades Cardiovasculares</b>	<b>18</b>
4.1. Política de Enfermedades Cardiovasculares	18
4.2. Monitoreo de ECV y Fuentes de Información	20
4.2.1. Inventario de Fuentes de Información	20
4.2.2. Indicadores de Prevención Primaria y Secundaria	23
<b>5. Conclusiones</b>	<b>26</b>
<b>5. Referencias</b>	<b>27</b>

## 1. Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de mortalidad en Colombia. En 2025, las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el primer lugar entre las causas de muerte, con una tasa de mortalidad de 92,7 defunciones por cada 100.000 habitantes. Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares se ubicaron en el tercer lugar, con una tasa de 32,1 defunciones por cada 100.000 habitantes (DANE, 2026). A pesar de esta carga sustancial, Colombia no cuenta con una ley, estrategia nacional o plan de acción integral dedicado específicamente a las ECV, comparable a los que existen para otras condiciones de salud como el cáncer y la salud mental. En cambio, las ECV se abordan a través de marcos de política más amplios, en particular el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, que incluye metas específicas relacionadas con la hipertensión arterial, el accidente cerebrovascular, el tabaquismo y la enfermedad renal crónica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Como resultado, el entorno normativo de las ECV en Colombia se caracteriza por una combinación de instrumentos de política dispersos, lineamientos técnicos y clínicos de carácter no obligatorio, y múltiples fuentes de información administrativa y clínica utilizadas para el monitoreo y la toma de decisiones. Comprender cómo interactúan estos elementos es fundamental para evaluar la capacidad del país para prevenir y tratar las ECV.

En este contexto, el presente documento de trabajo examina el entorno político y normativo de las ECV en Colombia, con foco en los principales instrumentos de política y los sistemas de información relevantes para la salud cardiovascular. El análisis se basa en una revisión documental de normas, lineamientos técnicos, guías de práctica clínica y fuentes de información en salud. Al mapear estos componentes, el documento busca ofrecer una visión integral del panorama normativo actual de las ECV, identificar fortalezas y brechas en el monitoreo y la evaluación, y señalar oportunidades para fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia.

El documento se organiza de la siguiente manera. La sección 2 describe la metodología empleada. La sección 3 presenta el contexto colombiano, incluyendo las características poblacionales y del sistema de salud. La sección 4 analiza los principales instrumentos de política relacionados con ECV, el diseño del monitoreo y las fuentes de información disponibles para el seguimiento de indicadores cardiovasculares. La sección 5 resume los hallazgos principales y plantea consideraciones clave para comprender el entorno normativo de las ECV en Colombia.

## 2. Metodología

Esta revisión documental se realizó con el objetivo de caracterizar el entorno político y normativo de las ECV en Colombia. Se adoptó un enfoque de mapeo retrospectivo, utilizando las rutas de atención en salud existentes y los indicadores relacionados con ECV como puntos de entrada para identificar los principales instrumentos de política, los arreglos de gobernanza y las fuentes de información. La revisión documental abarcó las principales leyes, decretos, instrumentos de política, lineamientos técnicos y guías de práctica clínica relevantes para las ECV en Colombia. Asimismo, se examinaron los sistemas de información y las fuentes de datos utilizados para el monitoreo de ECV, incluyendo registros administrativos de salud de acceso público, sistemas de información rutinarios y bases de datos clínico-administrativas anonimizadas.

La revisión se orientó conceptualmente a partir del marco de Exploración, Preparación, Implementación y Sostenibilidad (EPIS), en la adaptación propuesta por Crable et al. (2022). Este marco permitió identificar los factores institucionales, normativos y de sistemas de información que pueden influir en la implementación y el monitoreo de las políticas relacionadas con ECV. En particular, los sistemas de información y los flujos de datos se entienden como factores puente (bridging factors) que conectan el contexto externo de política —donde se definen los instrumentos y metas nacionales— con el contexto interno de los actores del sistema de salud responsables de la implementación y el monitoreo.

## 3. Contexto de la política de Enfermedades Cardiovasculares en Colombia

Comprender las características demográficas, geográficas e institucionales de Colombia es fundamental para interpretar el contexto en que las políticas de ECV se formulan, implementan y monitorean. Esta sección abarca las características poblacionales del país, un panorama general del sistema de salud, su evolución y la discusión actual, los actores clave y sus funciones, el ciclo de política en salud y los principales instrumentos de política.

### 3.1. Características poblacionales

En 2019, Colombia contaba con una población de 49,3 millones de habitantes distribuidos en 32 departamentos y 1.121 municipios. De acuerdo con la tipología regional de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el 60% de los municipios tenía carácter rural ese año, de los cuales el 30% era predominantemente rural y remoto. No obstante, la mayor parte de la población —aproximadamente el 75%— se concentra en municipios urbanos e intermedios. La Tabla 1 presenta la distribución de la población y la densidad poblacional según categoría municipal.

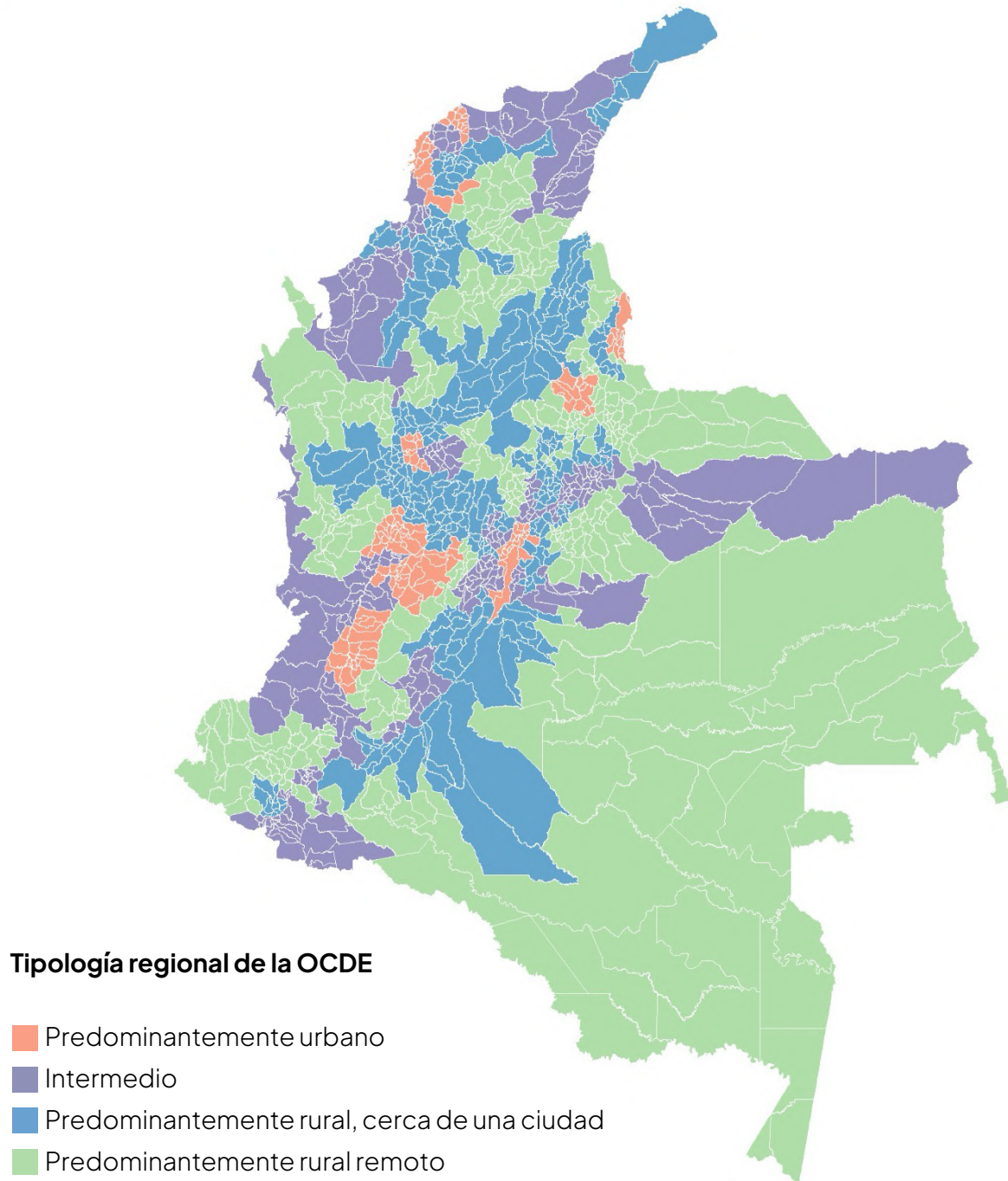
**Tabla 1. Población y densidad poblacional por categoría municipal según tipología OCDE, 2019**

Tipología de la OCDE	No. de municipios	Hectáreas	Población (2019)	Densidad poblacional
Predominantemente urbano	148	3.776.103	26.023.482	6,89
Intermedio	291	20.800.301	11.263.353	0,54
Predominantemente rural, cerca de una ciudad	336	20.660.015	6.861.680	0,33
Predominantemente rural remoto	346	68.590.840	5.246.115	0,08
Total	1.121	113.827.258	49.394.630	0,43

Fuente: elaboración propia PROESA

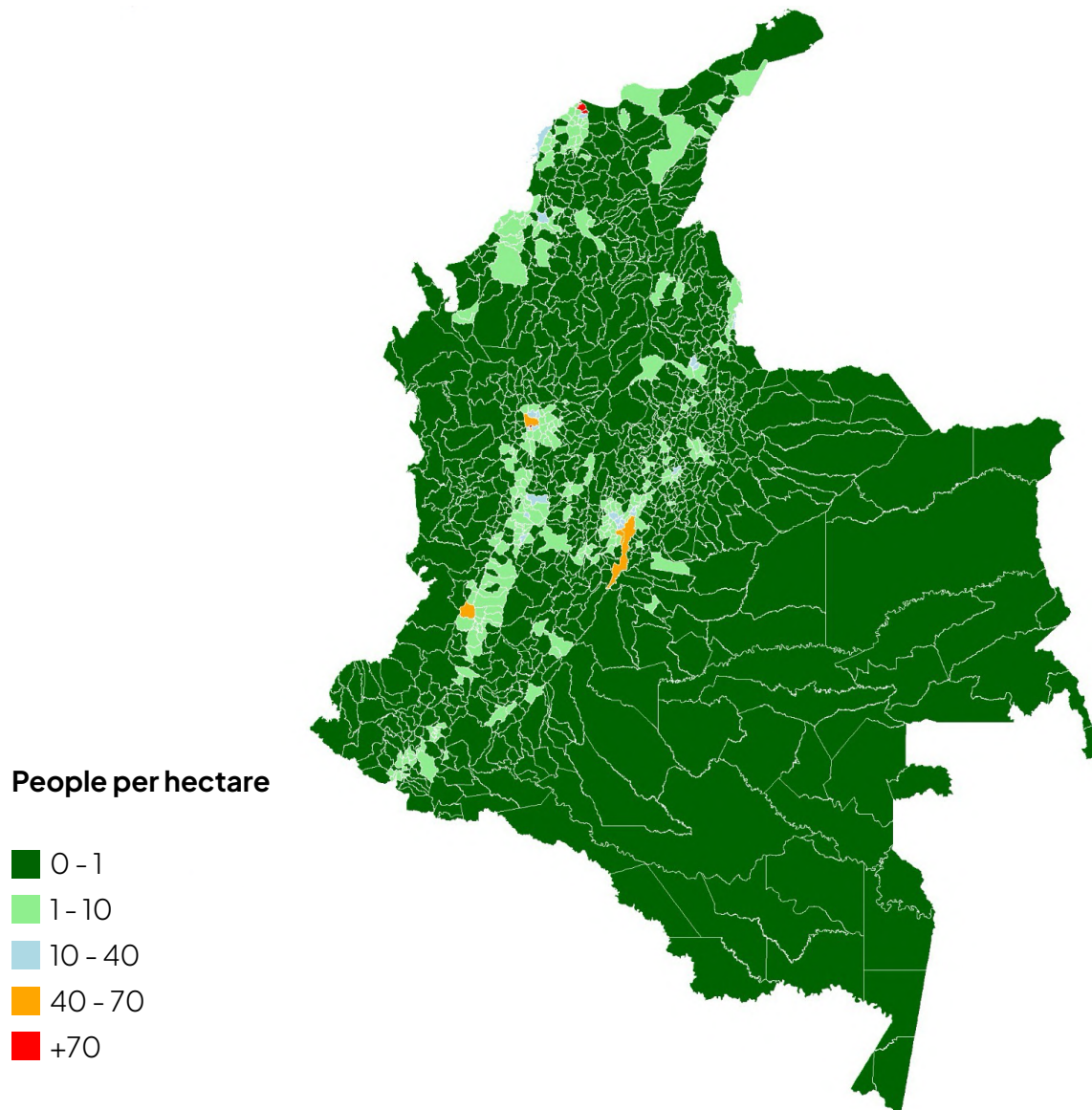
Los mapas 1 y 2 ilustran la marcada concentración espacial de la población colombiana en municipios urbanos e intermedios. Si bien los municipios predominantemente urbanos ocupan una proporción relativamente pequeña del territorio nacional, concentran más de la mitad de la población del país y exhiben densidades poblacionales sustancialmente mayores que las zonas rurales y remotas. Por el contrario, grandes extensiones del territorio nacional están escasamente pobladas y se caracterizan por una marcada dispersión geográfica.

**Mapa 1. Municipios en Colombia por categoría OCDE 2019**



Fuente: elaboración propia PROESA

Mapa 2. Densidad poblacional de Colombia en 2019



Fuente: elaboración propia PROESA

Estos patrones demográficos y territoriales tienen implicaciones importantes para la organización y la prestación de los servicios de salud. La infraestructura en salud, la atención especializada y el talento humano en salud tienden a concentrarse en los centros urbanos, mientras que los municipios rurales y remotos enfrentan mayores barreras para acceder a una atención oportuna e integral. En el contexto de las ECV, estas diferencias pueden afectar la implementación de estrategias de prevención y manejo, la continuidad de la atención y la capacidad de monitorear los resultados en salud en los distintos territorios.

## 3.2. El sistema de salud Colombiano: panorama general

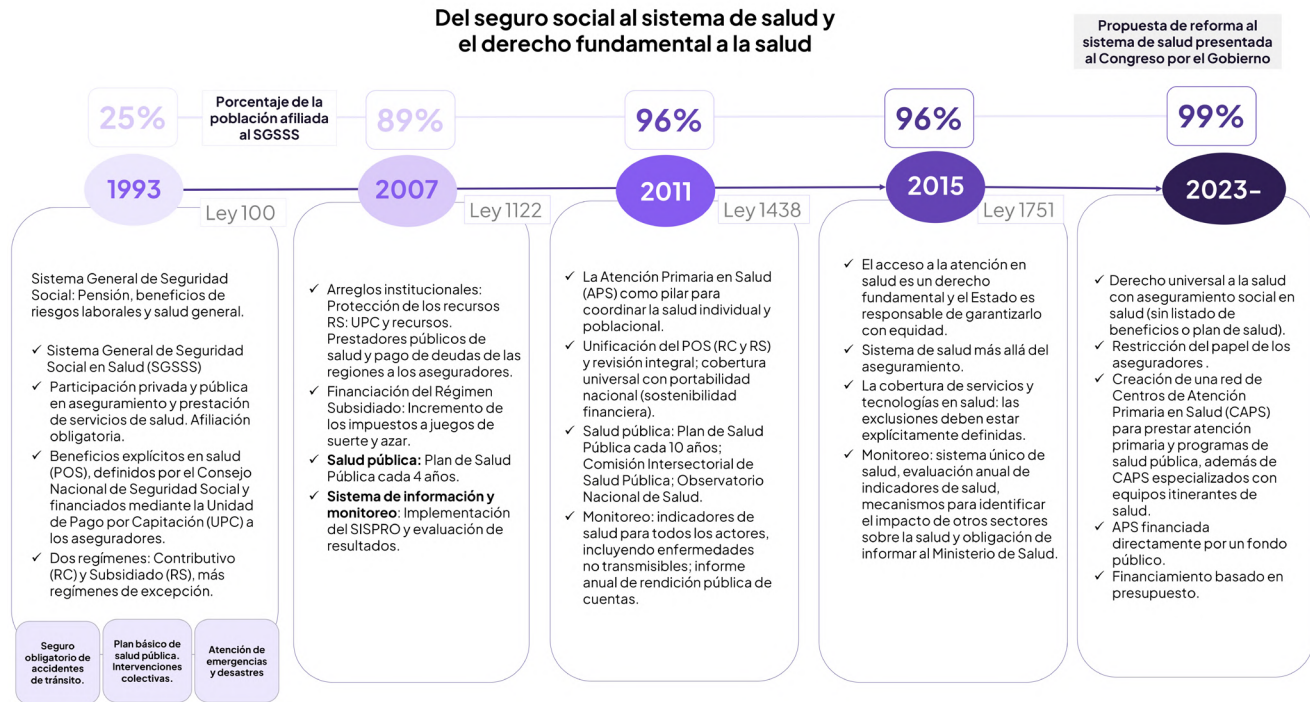
Desde la reforma de salud de inicios de la década de 1990, Colombia ha organizado su sistema de salud como un modelo de aseguramiento social en salud basado en los principios de competencia regulada (Castano et al., 2025). El sistema ha alcanzado una cobertura cercana a la universalidad: en 2023, el 99% de la población se encontraba afiliada. La afiliación se organiza en torno a dos regímenes principales: el contributivo (45%), que cubre a trabajadores del sector formal —público y privado—, empleados públicos y pensionados, quienes destinan el 4% de su base salarial a la financiación de la salud; y el subsidiado (51%), dirigido a trabajadores informales y personas desempleadas, financiado con cotizaciones del régimen contributivo y recursos de impuestos generales. Un tercer grupo, de menor tamaño, es el régimen especial (4%), que cubre poblaciones específicas como las fuerzas militares y determinadas instituciones públicas. A pesar de las diferencias en el esquema de financiamiento, todos los afiliados tienen derecho al mismo Plan de Beneficios en Salud (PBS), que comprende la totalidad de los servicios y tecnologías en salud disponibles en el país.

El mecanismo principal de financiamiento es la Unidad de Pago por Capitación (UPC), una prima anual por afiliado determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con base en un informe de costos consolidado anualmente por las aseguradoras. Para los servicios y tecnologías no incluidos en el PBS existen dos mecanismos complementarios: los Presupuestos Máximos, que financian una parte de los servicios no PBS y se acceden a través del sistema de reporte de prescripciones MIPRES; y la Tutela, acción constitucional que permite a las personas reclamar servicios cuando su derecho a la salud se encuentra en riesgo. Colombia exhibe niveles relativamente altos de protección financiera en el contexto regional, con un gasto de bolsillo en salud estimado en el 14,62% para 2023 (World Bank, 2025).

### 3.3 Evolución y discusión actual

La evolución del sistema de salud colombiano y la discusión actual se presentan en la Figura 1.

**Figura 1. Evolución y discusión actual del sistema de salud colombiano**



**Fuente:** PROESA, con base en la Ley 100/1993, Ley 1122/2007, Ley 1438/2011, Ley 1751/2015  
(Congreso de la República de Colombia, 1993, 2007, 2011, 2015)

La evolución del sistema de salud colombiano, resumida en la Figura 1, puede organizarse en cuatro períodos críticos:

**1993–2007.** Las prioridades de este período fueron la ampliación de la cobertura en salud, el desarrollo de sistemas de información, el fortalecimiento de los mecanismos de contratación y la consolidación del régimen subsidiado. El principal logro fue un avance significativo en las tasas de cobertura. La Ley 1122 de 2007 introdujo ajustes al financiamiento del régimen subsidiado y a la estructura organizativa del sistema (Congreso de la República de Colombia, 2007).

**2007–2011.** Este período se orientó a reducir las brechas entre regímenes en zonas urbanas, unificar la operación financiera y el plan de beneficios, y ampliar el acceso a procedimientos preventivos. El logro principal fue la reducción de la brecha económica —aunque no de la territorial— en el acceso a los servicios de salud. La Ley 1438 de 2011 estableció el PDSP, introdujo la estrategia de atención primaria en salud (APS) y definió los modelos de prestación de servicios (Congreso de la República de Colombia, 2011).

**2011–2015.** El hito defnitorio de este período fue el reconocimiento de la salud como derecho fundamental. Las prioridades incluyeron la transformación del plan de beneficios y la definición explícita de los servicios excluidos de este. Estos cambios se consolidaron en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015).

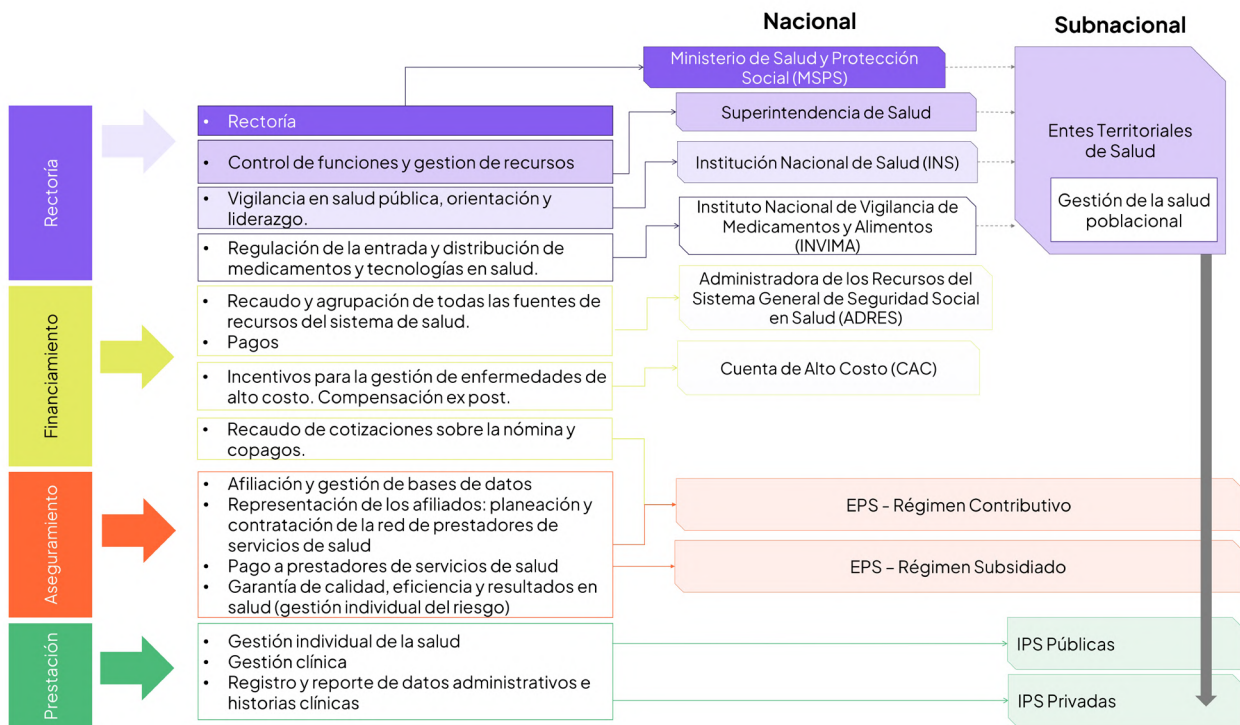
**2023–presente.** Desde 2023, el sistema de salud colombiano ha sido objeto de un intenso debate sobre una propuesta de reforma a su organización, financiamiento y gobernanza. Las discusiones han evidenciado perspectivas divergentes sobre el rol de las aseguradoras, el alcance de la APS, la coordinación territorial y la sostenibilidad del modelo vigente a largo plazo. Este contexto de reforma es relevante para comprender las condiciones en que se implementan actualmente las políticas de ECV.

### 3.4 Actores clave y funciones

La Figura 2 describe los actores clave del sistema de salud colombiano, organizados según su tipo de rol — rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios—, junto con sus principales funciones y el nivel en que operan (nacional, subnacional o ambos). Los prestadores de servicios (IPS) y las secretarías de salud territoriales operan principalmente a nivel local, mientras que las aseguradoras (EPS) funcionan a nivel nacional, pero mantienen presencia en todos los territorios donde tienen afiliados.

**Figura 2. Actores clave y funciones**

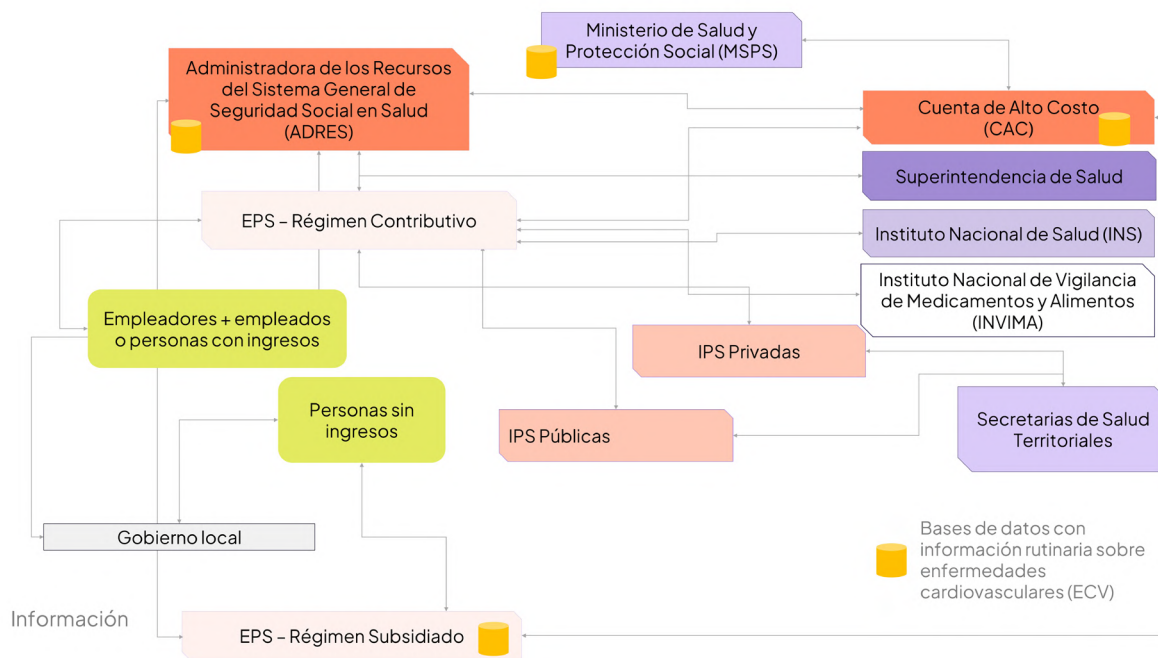
2



Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

Asimismo, los actores del sistema intercambian de manera continua tanto información como recursos financieros. La Figura 3 ilustra los flujos de información dentro del sistema. Estos flujos comienzan habitualmente con la habilitación para operar y el proceso de afiliación, y continúan a través de la contratación de servicios, la utilización de los mismos y el reporte de programas de atención preventiva y gestión de enfermedades, incluida la vigilancia en salud pública.

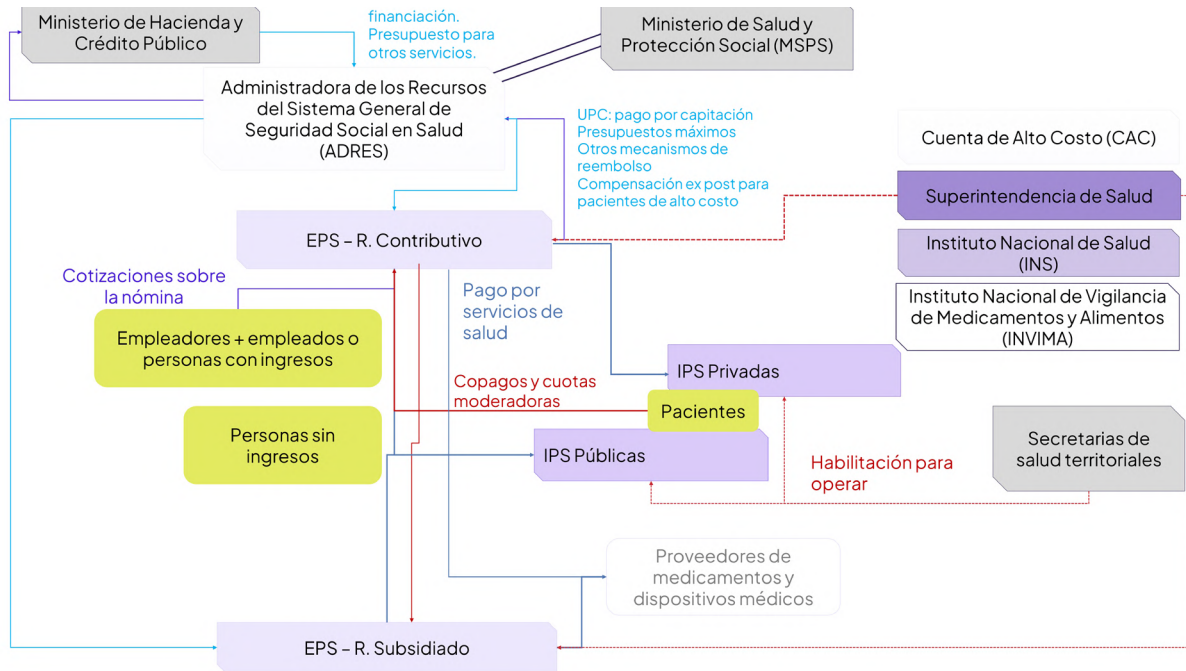
**Figura 3. Intercambio de información**



Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

La Figura 4 presenta el movimiento de los recursos financieros dentro del sistema de salud y los actores clave involucrados. Las personas que participan obligatoriamente en el régimen contributivo, y sus empleadores, reportan las cotizaciones a su aseguradora al momento de la afiliación e informan a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público en consecuencia. Los copagos se recaudan en el punto de atención, se descuentan de las facturas a los prestadores y se registran en la información utilizada para estimar las primas. ADRES agrupa todos los recursos recibidos, calcula las primas a pagar a cada aseguradora e informa a MinHacienda para que se determinen los superávits o déficits por entidad; MinHacienda puede complementar el presupuesto total para cubrir los pagos mensuales de primas. Los giros por Presupuestos Máximos y otros pagos de reembolso también son realizados por ADRES con cargo al fondo unificado o a recursos complementarios provenientes de impuestos generales. Las líneas punteadas en la figura representan los mecanismos de control y supervisión del flujo de recursos.

**Figura 4. Intercambio de recursos financieros**



Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

Dos instituciones cumplen roles especialmente centrales en estos intercambios. La ADRES es responsable de recaudar y administrar en un fondo todos los recursos del sistema de salud y de realizar los pagos a aseguradoras y prestadores. La Cuenta de Alto Costo (CAC) complementa este rol al entregar incentivos, tanto reputacionales como financieros, a los distintos actores del sistema, promoviendo la alineación en torno al monitoreo y la gestión de enfermedades específicas de alto costo.

En conjunto, estos actores moldean la implementación de las políticas de ECV a través del financiamiento, la prestación de servicios, la regulación, la gestión de la información y el monitoreo del desempeño. Comprender sus roles e interacciones es fundamental para analizar cómo las políticas de ECV se traducen en la práctica a nivel del sistema.

### 3.5 Ciclo de política en salud y principales instrumentos

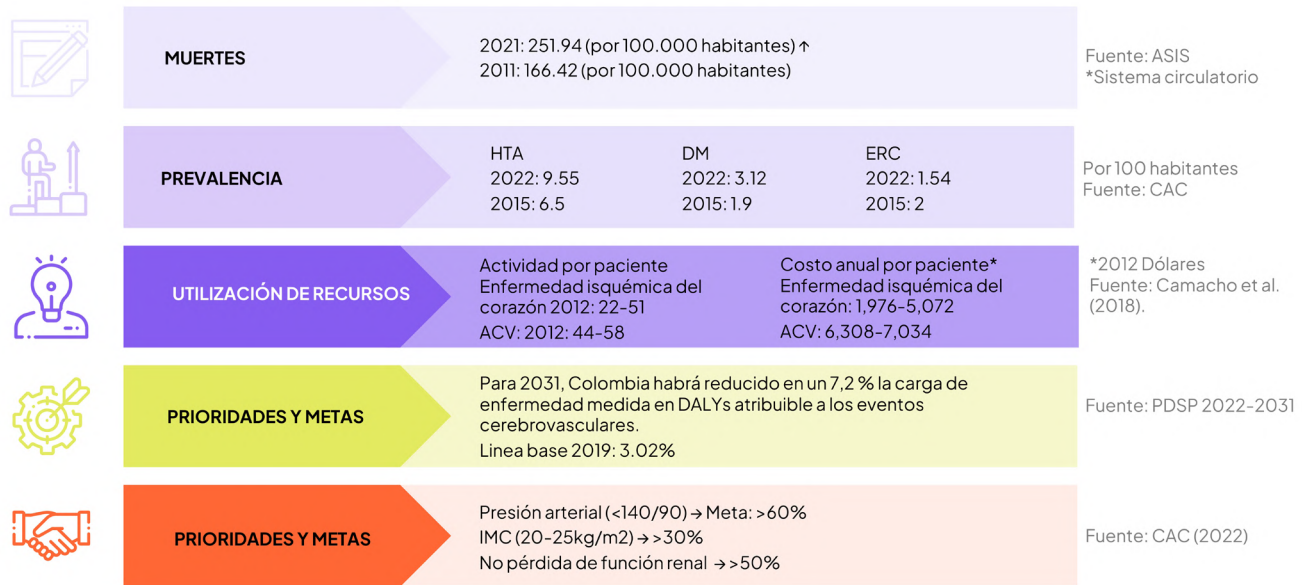
A nivel nacional, el principal instrumento de política en salud pública es el PDSP 2022–2031, que constituye la hoja de ruta estratégica del país en materia de salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Aunque Colombia no cuenta con una estrategia nacional dedicada a las ECV, el PDSP establece objetivos y metas específicas relacionadas con varios factores de riesgo y condiciones cardiovasculares, incluyendo la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad renal crónica.

El PDSP incluye metas medibles orientadas a guiar la implementación y el monitoreo. Por ejemplo, se propone aumentar al 70% la proporción de personas identificadas con presión arterial elevada para 2031 (línea de base 2020: 55%), reducir el consumo de tabaco en la población de 12 a 65 años a menos del 6% para 2031 (línea de base 2019: 9,75%), y alcanzar una reducción del 7,2% en los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles a eventos cerebrovasculares para 2031 (reducción en línea de base 2019: 3,02%).

Adicionalmente, el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 incorpora resultados en enfermedades no transmisibles (ENT) en la agenda nacional de política (Congreso de la República de Colombia, 2023). Uno de sus indicadores busca reducir la mortalidad prematura por ENT en la población de 30 a 70 años, con una meta de 240 muertes por cada 100.000 habitantes frente a una línea de base de 243,8 en 2021.

En conjunto, estos instrumentos ilustran que, si bien las ECV no cuentan con un marco de política independiente, sí son una prioridad explícita dentro de las agendas más amplias de salud pública, a través de metas e indicadores de monitoreo definidos. La Figura 5 resume las metas e indicadores de política relacionados con ECV incluidos en estos instrumentos.

**Figure 5. Principales problemáticas y metas de política para las ECV**



Fuente: PROESA, con base en (Camacho et al., 2018) y revisión documental.  
Notas: HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes mellitus; ERC: Enfermedad renal crónica;  
EC: Enfermedad coronaria; ECV: Enfermedad cerebrovascular.

Si bien el MSPS establece las prioridades y metas de política a nivel nacional, las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) son responsables de adaptar estas prioridades a los contextos locales mediante la formulación de planes de salud subnacionales basados en un Análisis de Situación de Salud (ASIS). Estos instrumentos de planificación incorporan perfiles epidemiológicos locales, necesidades de salud de la población y prioridades territoriales, creando un vínculo importante entre los objetivos de política nacional y su implementación a nivel local. La Figura 6 resume los principales instrumentos de política en salud subnacionales y locales.

**Figura 6. Instrumentos de política de salud**



Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

Nota: SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social

Esta estructura de planificación descentralizada es particularmente relevante para comprender la implementación de las políticas de ECV en Colombia, dado que las actividades de prevención, promoción de la salud, gestión del riesgo y prestación de servicios se operacionalizan a través de las autoridades de salud territoriales y los prestadores de servicios de salud.

## 4. Política y monitoreo de Enfermedades Cardiovasculares

Esta sección presenta los principales instrumentos de política de ECV, el diseño del monitoreo y las fuentes de información disponibles.

### 4.1 Política de Enfermedades Cardiovasculares

La política de ECV en Colombia está integrada dentro de las políticas generales del sistema de salud, sin contar con una estrategia nacional o plan de acción propio. El principal marco de política es la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), introducida para abordar la fragmentación en la prestación de servicios y promover una atención coordinada y centrada en las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). La PAIS provee el fundamento estratégico para integrar las intervenciones de salud pública, los servicios de atención individual y los enfoques de gestión del riesgo en todo el sistema de salud.

La implementación de la PAIS se apoya en una combinación de instrumentos de política y técnicos, obligatorios y no obligatorios, orientados a promover una atención integral y coordinada. Entre los más relevantes se encuentran las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que definen las acciones esperadas y las responsabilidades a lo largo del continuo de atención. Aunque no existe una ruta de carácter obligatorio dedicada exclusivamente a las ECV, una ruta no obligatoria para el riesgo cardiovascular y cerebrovascular, la hipertensión arterial y la diabetes ofrece orientaciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y el seguimiento. La Figura 7 resume los principales instrumentos de política relevantes para la prevención y el manejo de las ECV en Colombia.

**Figura 7. Instrumentos de Política de ECV**



Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

El entorno normativo actual evidencia que las ECV son abordadas de manera explícita a través de múltiples instrumentos de política que operan en distintos niveles del sistema de salud. El marco de política también prioriza varias condiciones estrechamente vinculadas a los desenlaces cardiovasculares, entre ellas las principales condiciones precursoras —obesidad, hipertensión arterial y diabetes— y las condiciones de daño orgánico terminal —insuficiencia cardíaca y síndromes coronarios—. Además de las rutas de atención, un conjunto de lineamientos técnicos y guías de práctica clínica ofrece recomendaciones para estas condiciones.

## 4.2 Monitoreo de ECV y fuentes de información

Los sistemas de información son un componente central de la PAIS. A continuación, se describen las principales fuentes de información y el diseño del monitoreo de ECV en Colombia.

### 4.2.1 Inventario de fuentes de información

La Tabla 2 presenta un inventario de las principales fuentes de información relevantes para el monitoreo de las ECV en Colombia. Para cada fuente, se identifica la institución o actor responsable de la producción y gestión de los datos, los actores involucrados en la gobernanza de los datos y la toma de decisiones, la frecuencia de recolección y reporte, y la unidad de análisis. En conjunto, estas fuentes proveen información en distintas etapas del continuo de atención, desde la prevención y la gestión del riesgo hasta el diagnóstico, el tratamiento y los resultados en salud.

**Tabla 2. Inventario de fuentes de información**

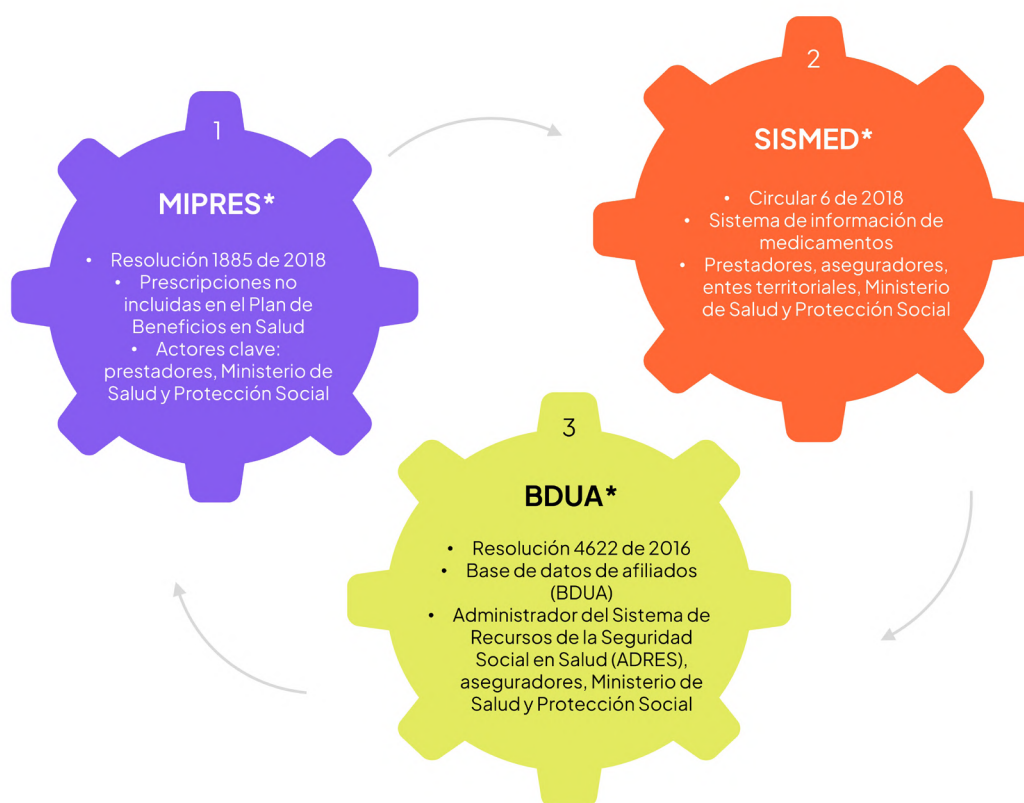
Contenido	Normatividad	Productor del dato	Organizador del dato	Tomador de decisiones	Periodo-Frecuencia	Unidad de análisis
Informe de actividades de prevención – R202	Resolución 202 de 2021	Prestadores	Aseguradoras	MSPS	2021, Trimestral	Individuos
Informe de enfermedad renal crónica (ERC), hipertensión arterial y diabetes mellitus– ERC – CAC	Resolución 2463 de 2014	Prestadores	Aseguradoras	Cuenta de Alto Costo	Anual	Individuos
Reporte de utilización de servicios para establecer el pago per cápita – UPC*	Resolución 2364 de 2023	Aseguradoras		MSPS	2014-2021 Anual	Tipo de servicios de salud
Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS*	Resolución 1036 de 2022	Prestadores	Aseguradoras	MSPS	2009-2022 Mensual	Tipo de servicios de salud
Estadísticas vitales: nacimientos y defunciones – DEFUNCIONES*	Circular 081 de 2007	Prestadores	Entes territoriales	DANE	2005-2023 Anual	Individuos

Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

Notas: R202: Resolución 202 de 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), ERC: Enfermedad renal crónica; UPC: Unidad de Pago por Capitalización; RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios. \*Disponible actualmente.

Además de los sistemas de información específicos para ECV descritos anteriormente, varias fuentes de información rutinarias en salud contienen datos contextuales y poblacionales relevantes. Aunque estos sistemas no fueron diseñados específicamente para el monitoreo de ECV, proveen información complementaria para la estimación e interpretación de indicadores cardiovasculares. La Figura 8 resume las principales fuentes de información rutinarias utilizadas para este propósito.

**Figura 8. Fuentes de Información adicionales**



Fuente: PROESA, con base en revisión documental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, 2018b, 2018a):

\*Disponible actualmente.

La primera fuente, MIPRES, es un sistema administrativo utilizado para autorizar y hacer seguimiento al acceso a procedimientos, servicios, tecnologías y medicamentos no incluidos en el PBS. Aunque no está diseñado específicamente para el monitoreo de ECV, puede proveer información sobre la utilización de tecnologías y tratamientos no cubiertos relevantes para la atención cardiovascular.

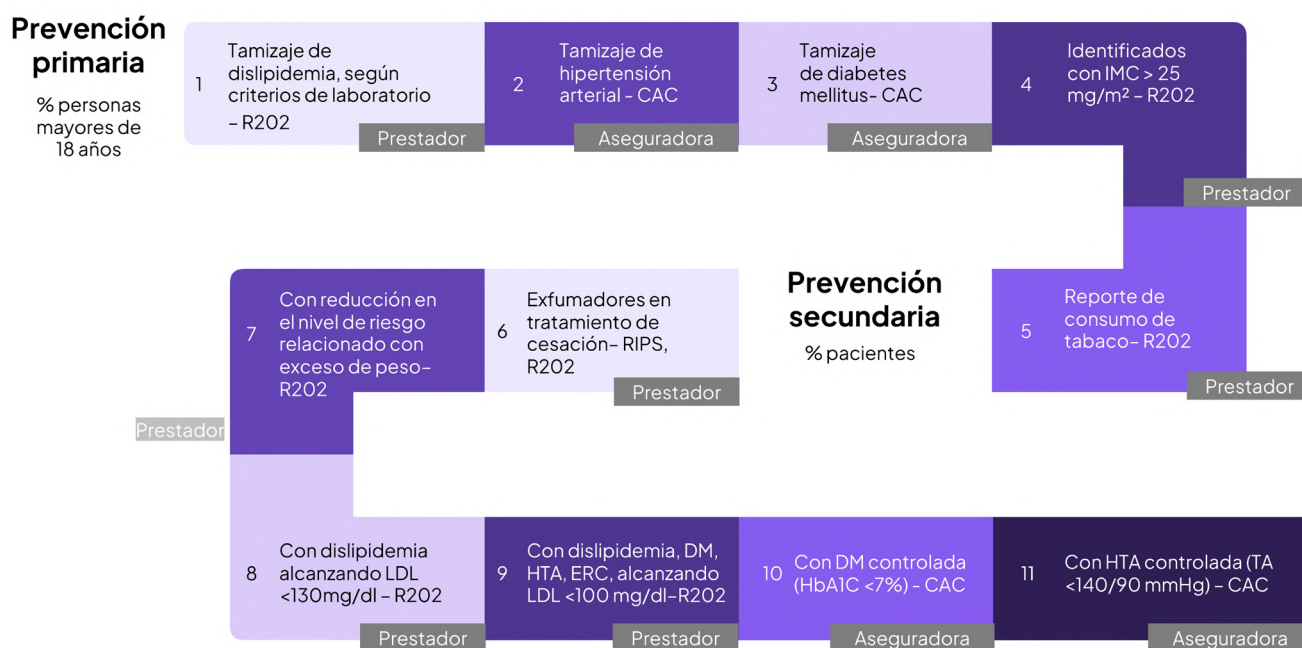
La segunda fuente, SISMED, es el sistema nacional de información farmacéutica y contiene datos sobre precios de medicamentos, comercialización y comportamiento del mercado. Esta información puede utilizarse para monitorear la disponibilidad y los aspectos económicos de los medicamentos relevantes para la prevención y el tratamiento de las ECV.

La tercera fuente, BDUA, es la base de datos nacional de personas afiliadas al sistema de salud y contiene información sobre la afiliación de la población. Como registro integral de los afiliados al aseguramiento en salud, constituye una fuente importante para estimar denominadores poblacionales, indicadores de cobertura y la distribución de la población asegurada por régimen y territorio.

## 4.2.2. Indicadores de prevención primaria y secundaria

El marco de monitoreo de ECV vigente se organiza en torno a metas programáticas e indicadores relacionados con la gestión del riesgo cardiovascular, con énfasis particular en la prevención primaria y secundaria. Como se muestra en la Figura 9, el marco incluye indicadores que evalúan la identificación y el manejo de los factores de riesgo cardiovascular, entre ellos la dislipidemia, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y el consumo de tabaco. La responsabilidad del reporte y el monitoreo de estos indicadores es compartida entre prestadores de servicios de salud y aseguradoras, lo que refleja la estructura de gobernanza distribuida del sistema de salud colombiano.

**Figura 9. Indicadores de prevención primaria y secundaria**



Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

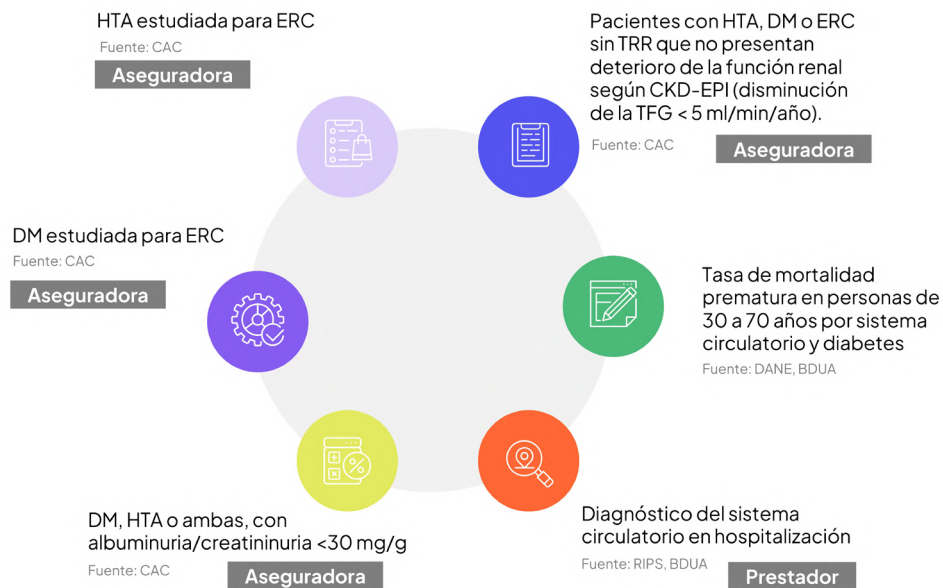
Notas: R202: Resolución 202/2021; ERC: Enfermedad renal crónica; HTA: Hipertensión arterial;

DM: Diabetes mellitus; RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios

Los indicadores de prevención primaria se centran en la tamización, la identificación de factores de riesgo y la intervención temprana en la población adulta. Entre los ejemplos se encuentran la proporción de personas tamizadas para dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes y exceso de peso, así como indicadores relacionados con el consumo de tabaco y la cesación de su consumo. Los indicadores de prevención secundaria evalúan el control de los factores de riesgo cardiovascular en personas con condiciones ya diagnosticadas, incluyendo el control del colesterol LDL en pacientes con dislipidemia, diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal crónica, y el logro de metas de control de presión arterial y glucemia.

La Figura 10 presenta indicadores adicionales relacionados con la morbilidad y la mortalidad por ECV, junto con las fuentes de información correspondientes y los actores responsables del reporte. Estos indicadores provienen principalmente de sistemas de información administrativos y clínicos rutinarios, incluyendo la CAC, el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y las estadísticas del DANE.

**Figura 10. Indicadores de morbilidad y mortalidad por ECV**



Fuente: PROESA, con base en revisión documental.

Notas: ERC: Enfermedad renal crónica; HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes mellitus; RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios; TRR: Terapia de Reemplazo Renal, TFG: Tasa de Filtración Glomerular, BDUA: base de datos con información sobre la población asegurada (afiliados).

Además de los desenlaces cardiovasculares, el marco de monitoreo incluye indicadores relacionados con condiciones estrechamente asociadas al riesgo cardiovascular, en particular la hipertensión arterial, la diabetes y la ERC. Estos indicadores evalúan actividades como la tamización de ERC en pacientes con hipertensión arterial o diabetes, el seguimiento de la progresión de la enfermedad mediante la medición de albuminuria y función renal, la mortalidad prematura por enfermedades circulatorias y diabetes en personas de 30 a 70 años, y las hospitalizaciones relacionadas con afecciones del sistema circulatorio. Una característica destacable del marco es el rol central del CAC como repositorio de varios indicadores clínicos y de gestión del riesgo.

Aunque se ha definido un amplio conjunto de indicadores, la recolección y el análisis rutinarios de datos no están disponibles para la totalidad de ellos. Este desafío es particularmente evidente en los indicadores relacionados con el consumo de tabaco y otros factores de riesgo conductuales o ambientales, cuya medición frecuentemente depende de acciones más allá del sector salud. En contraste, condiciones como la hipertensión arterial y la diabetes cuentan con rutas de atención establecidas que definen intervenciones, responsabilidades y acciones esperadas a lo largo del continuo de atención, lo que facilita su implementación y monitoreo.

En general, el monitoreo de ECV en Colombia se apoya en múltiples sistemas de información administrativos y clínicos, antes que en un programa de vigilancia cardiovascular dedicado. Si bien el marco provee información amplia sobre el manejo de factores de riesgo, el control de enfermedades crónicas y los resultados en salud, la disponibilidad de datos rutinarios y la factibilidad del monitoreo varían según el indicador y el área de política.

## 5. Conclusiones

Aunque Colombia no cuenta con una política o estrategia nacional exclusiva para las ECV, la prevención y el manejo de estas enfermedades son prioridades explícitas del sistema de salud. La salud cardiovascular está integrada en la PAIS, el PDSP 2022–2031 y un conjunto de instrumentos técnicos y clínicos que orientan las actividades de prevención, gestión del riesgo, tratamiento y seguimiento. Además, se cuenta con un marco de monitoreo que incluye indicadores de prevención primaria y secundaria, en particular para la hipertensión arterial y la diabetes, así como rutas de atención específicas que definen intervenciones y responsabilidades a lo largo del continuo de atención.

Una característica destacable del caso colombiano es la existencia de mecanismos institucionales para el monitoreo de la gestión de enfermedades de alto costo. En particular, el CAC mantiene registros auditados e indicadores de desempeño relacionados con la enfermedad renal crónica, generando incentivos para el reporte y la rendición de cuentas entre aseguradoras y prestadores. Junto con otros sistemas de información administrativos y clínicos, estos mecanismos proveen datos para el monitoreo de los factores de riesgo cardiovascular, la prestación de servicios y los resultados en salud.

A pesar de estas fortalezas, la revisión identificó brechas importantes entre el diseño de la política y su implementación. Si bien se ha definido un amplio conjunto de indicadores, la recolección y el análisis rutinarios de datos no están disponibles de manera consistente en todos los casos. Este desafío es particularmente evidente en los indicadores relacionados con factores de riesgo conductuales y ambientales, como el consumo de tabaco, cuya implementación y monitoreo dependen de acciones más allá del sector salud. Desde la perspectiva del marco EPIS de Crable et al. (2022), esta brecha refleja la capacidad limitada de los mecanismos puente (*bridging factors*) actuales —en particular los sistemas de información y los flujos de datos interinstitucionales— para traducir de manera consistente las metas de política nacional en una práctica rutinaria de monitoreo a nivel de prestadores y aseguradoras. Como resultado, algunos indicadores y lineamientos continúan siendo difíciles de operacionalizar y evaluar en la práctica.

En términos generales, los hallazgos sugieren que Colombia ha desarrollado una arquitectura amplia de política y monitoreo para las ECV, a pesar de la ausencia de una estrategia específica. Los datos administrativos y clínicos están disponibles y se utilizan para el monitoreo y la evaluación del desempeño hasta cierto punto; sin embargo, existen oportunidades para fortalecer la integración de los sistemas de información y mejorar el uso de los datos para la toma de decisiones.

## 5. Referencias

Camacho, S., Maldonado, N., Bustamante, J., Llorente, B., Cueto, E., Cardona, F., & Arango, C. (2018). How much for a broken heart? Costs of cardiovascular disease in Colombia using a person-based approach. *PLOS ONE*, 13(12), e0208513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208513>

Castano, R., Prada, S. I., Maldonado, N., & Soto, V. (2025). Managed competition in Colombia: convergence of public and private insurance and delivery. *Health Economics, Policy and Law*, 20(2), 175–189. <https://doi.org/10.1017/S1744133123000348>

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011.

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. [https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf)

Congreso de la República de Colombia. (2023). Ley 2294 de 2023. Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022–2026. <https://www.dnp.gov.co/plan-nacional-desarrollo/pnd-2022-2026>

Crable, E. L., Lengnick-Hall, R., Stadnick, N. A., Moullin, J. C., & Aarons, G. A. (2022). Where is “policy” in dissemination and implementation science? Recommendations to advance theories, models, and frameworks: EPIS as a case example. *Implementation Science*, 17(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01256-x>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2026). Estadísticas Vitales 2025 Boletín Técnico. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/2026/20-mar-2026/bol-EEVV-IIsem2025pr.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). 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. (2016b). Resolución 4622 de 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4622-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). Circular 6 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-06-de-2018-cpmdm.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). Resolución 1885 de 2018. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion%201885%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%201885%20de%202018.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 202 de 2021. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=30041619>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

World Bank. (2025). Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>



Universidad

**icesi**

**PROESA**

Centro de Estudios en Protección  
Social y Economía de la Salud

Universidad Icesi - Edificio B, piso 2  
Calle 18 # 122 - 135, Cali - Colombia  
Teléfono: +60 (2) 555 2334 EXT: 8074  
Correo: [contacto@proesa.org.co](mailto:contacto@proesa.org.co)  
[www.icesi.edu.co/proesa](http://www.icesi.edu.co/proesa)

