



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

W UNIVERSITY of WASHINGTON



# Monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia para la toma de decisiones: perspectivas de actores clave

Victoria Soto, Laura Romero, Anghella Rosero, Marcela Calderón, Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth



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



# Monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia para la toma de decisiones: perspectivas de actores clave

---

Victoria Soto, Laura Romero, Anghella Rosero, Marcela Calderón, Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth



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

### Documentos de trabajo – edición # 35

### Monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia para la toma de decisiones: perspectivas de actores clave

Victoria Soto, Laura Romero, Anghella Rosero, Marcela Calderón, Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth

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

#### Palabras claves:

1. Enfermedades cardiovasculares | 2. Políticas de salud | 3. Monitoreo y evaluación | 4. Toma de Decisiones

Primera publicación: Julio de 2012  
Edición # 35 junio 2026

© Universidad Icesi © PROESA  
Facultad de Ciencias de la Salud

**Rector:** Esteban Piedrahita Uribe

**Secretaría 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, Laura Romero, Anghella Rosero, Marcela Calderón, Irieleth Gallo, David Watkins, Kristen Danforth

**Coordinador Editorial:** Adolfo A. Abadía

**Diseño editorial:** Sandra Marcela Moreno Blisto

#### Cómo citar:

Soto, VE., Romero, L., Rosero, A., Calderón, M., Gallo, I., Watkins, D. & Danforth, K. (2026). Monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia para la toma de decisiones: perspectivas de actores clave No. 35. Disponible en: [www.icesi.edu.co/proesa/dt35](http://www.icesi.edu.co/proesa/dt35)

#### 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>Resumen ejecutivo</b>	<b>6</b>
<b>Executive summary</b>	<b>8</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>10</b>
<b>2. Metodología</b>	<b>11</b>
2.1. Diseño del estudio	11
2.2. Participantes	12
2.3. Recolección de datos	13
2.4. Marco de análisis	13
<b>3. Resultados</b>	<b>15</b>
3.1. Implementación de políticas de ECV en Colombia	15
3.1.1. Políticas e indicadores	15
3.1.2. Avances	17
3.1.3. Desafíos	19
3.1.4. Facilitadores	22
3.1.5. Barreras	24

# Contenido

---

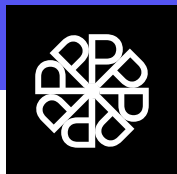
	Pág
<b>3.2. Fuentes de información y uso de datos</b>	<b>28</b>
3.2.1. Descripción de las fuentes de información	28
3.2.2. Recursos, estrategias e información alternativa	30
3.2.3. Fortalezas de la información	31
3.2.4. Debilidades de la información	33
3.2.5. Oportunidades para el mejoramiento de la información	35
<b>3.3. Uso de datos para la toma de decisiones</b>	<b>37</b>
<b>3.4. Aprendizajes desde las políticas de cáncer y salud mental en Colombia</b>	<b>40</b>
<b>4. Discusión</b>	<b>41</b>
<b>5. Conclusiones e implicaciones para el monitoreo de las políticas de ECV</b>	<b>45</b>
<b>6. Referencias</b>	<b>47</b>

## Resumen ejecutivo

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una de las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en Colombia, y constituyen un desafío prioritario para el sistema de salud. En las últimas décadas, el país ha avanzado en la formulación de políticas, rutas, lineamientos, indicadores y fuentes de información orientadas a la prevención, detección temprana, tratamiento y control de estas enfermedades. Sin embargo, la efectividad de estas intervenciones depende no solo de la existencia de instrumentos normativos o evidencia científica, sino también de la capacidad institucional para implementar, monitorear y utilizar la información disponible en la toma de decisiones.

Este documento de trabajo tiene como objetivo identificar los elementos institucionales, operativos y de información necesarios para fortalecer el monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia y mejorar su uso para la toma de decisiones. Para ello, se desarrolló un estudio cualitativo basado en 34 entrevistas semiestructuradas a actores clave del sistema de salud: 29 relacionadas con políticas de ECV, tres con políticas de cáncer y dos con políticas de salud mental. Las entrevistas permitieron recoger perspectivas de actores del gobierno nacional, entidades nacionales, aseguradoras, entes territoriales, prestadores, investigadores, clínicos y expertos en factores de riesgo cardiovascular.

Los hallazgos muestran que Colombia cuenta con una base normativa, institucional y de información relevante para el abordaje de las ECV. Instrumentos como las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 202 de 2021, la Cuenta de Alto Costo (CAC), las guías de práctica clínica y las políticas relacionadas con factores de riesgo han contribuido a ordenar algunos componentes de la atención, el reporte y el seguimiento de enfermedades crónicas.



No obstante, estos elementos aún no configuran un sistema integrado de monitoreo orientado a la acción. Los entrevistados identificaron problemas persistentes de fragmentación institucional, baja interoperabilidad entre fuentes de información, calidad y oportunidad desigual de los datos, limitada articulación entre actores, brechas territoriales, debilidades en el seguimiento de desenlaces cardiovasculares y uso heterogéneo de la información para la toma de decisiones. Aunque existen múltiples fuentes de información — RIPS, CAC, SISPRO, historias clínicas, reportes de EPS e IPS, encuestas, datos territoriales y sistemas propios—, estas no siempre se articulan entre sí ni permiten seguir de manera continua la trayectoria de los pacientes.

El documento concluye que fortalecer el monitoreo de las políticas cardiovasculares requiere avanzar hacia una arquitectura común de seguimiento, con metas claras, indicadores trazadores, responsabilidades definidas, interoperabilidad, calidad y oportunidad de los datos, capacidades técnicas territoriales y mecanismos de retroalimentación entre actores. El reto central no es únicamente producir más información, sino transformar los datos existentes en decisiones oportunas, coordinadas y orientadas a mejorar la prevención, la atención, la continuidad del cuidado y los resultados en salud cardiovascular.

## Executive summary

Cardiovascular diseases (CVDs) are among the leading causes of morbidity, mortality, and disability in Colombia, representing a major challenge for the health system. Over recent decades, the country has made progress in developing policies, care pathways, guidelines, indicators, and information sources aimed at prevention, early detection, treatment, and control of these conditions. However, the effectiveness of these interventions depends not only on the existence of policy instruments or scientific evidence, but also on institutional capacity to implement, monitor, and use available information for decision-making.

This working paper aims to identify the institutional, operational, and information-related elements needed to strengthen the monitoring of cardiovascular health policies in Colombia and improve their use in decision-making. The study is based on a qualitative design using 34 semi-structured interviews with key health system stakeholders: 29 interviews related to CVD policies, three related to cancer policies, and two related to mental health policies. Interviewees included stakeholders from national government, national-level institutions, insurers, territorial health authorities, providers, researchers, clinicians, and experts in cardiovascular risk factors.

The findings show that Colombia has a relevant normative, institutional, and information base for addressing CVDs. Instruments such as the Integrated Health Care Pathways (RIAS), the Ten-Year Public Health Plan (PDSP), Resolution 3280 of 2018, Resolution 202 of 2021, the High-Cost Account (CAC), clinical practice guidelines, and policies addressing cardiovascular risk factors have contributed to structuring certain components of care, reporting, and monitoring for chronic conditions.



However, these elements do not yet constitute an integrated monitoring system oriented toward action. Interviewees identified persistent challenges related to institutional fragmentation, limited interoperability across information sources, uneven data quality and timeliness, weak coordination among stakeholders, territorial gaps, limited monitoring of cardiovascular outcomes, and heterogeneous use of information for decision-making. Although multiple information sources exist—including RIPS, CAC, SISPRO, clinical records, insurer and provider reports, surveys, territorial data, and institution-specific systems—these sources are not always connected and do not consistently allow continuous tracking of patients across the care pathway.

The paper concludes that strengthening the monitoring of cardiovascular policies requires moving toward a common monitoring architecture, with clear goals, tracer indicators, defined responsibilities, interoperability, improved data quality and timeliness, stronger territorial technical capacities, and feedback mechanisms among stakeholders. The central challenge is not only to produce more data, but to transform existing information into timely, coordinated decisions aimed at improving prevention, care, continuity, and cardiovascular health outcomes.

## 1. Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y representan un desafío prioritario para los sistemas de salud por su elevada carga social, económica y sanitaria. En Colombia, las ECV continúan figurando entre las principales causas de muerte y discapacidad, lo que ha impulsado la formulación de estrategias, programas, lineamientos e instrumentos orientados a su prevención, detección temprana, tratamiento y control. Sin embargo, la efectividad de estas intervenciones no depende únicamente de la existencia de políticas o de evidencia científica sobre factores de riesgo y resultados en salud, sino también de la capacidad institucional para implementarlas, monitorearlas y utilizar la información disponible para la toma de decisiones.

La formulación e implementación de políticas públicas en salud es un proceso complejo que involucra múltiples actores, intereses, marcos normativos, arreglos institucionales y sistemas de información. En este contexto, comprender cómo se implementan y monitorean las políticas relacionadas con las ECV resulta fundamental para identificar avances, barreras y oportunidades de mejora. La disponibilidad, calidad y uso de los datos en salud desempeñan un papel central en este proceso, en tanto permiten dimensionar la magnitud del problema, orientar la asignación de recursos, hacer seguimiento al desempeño de las intervenciones y evaluar sus resultados.

A pesar de los avances en instrumentos normativos, rutas de atención, indicadores y fuentes de información, persisten desafíos para articular estos elementos en un sistema de monitoreo que apoye decisiones oportunas y coordinadas. La fragmentación entre actores, las diferencias en la calidad y oportunidad de la información, las limitaciones de interoperabilidad y el uso desigual de los datos pueden reducir la capacidad del sistema para hacer seguimiento a la implementación de las políticas cardiovasculares, identificar brechas y orientar acciones de mejora.

Con el fin de aportar evidencia sobre estos aspectos, este documento de trabajo tiene como objetivo identificar los elementos institucionales, operativos y de información necesarios para fortalecer el monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia y mejorar su uso para la toma de decisiones. Para ello, se analizan las perspectivas de actores clave del sistema de salud sobre los avances, barreras, fuentes de información, mecanismos institucionales y oportunidades de mejora asociados con la implementación y el seguimiento de estas políticas.

Adicionalmente, el estudio incorpora una perspectiva comparativa con las políticas públicas de salud mental y cáncer en Colombia. Estas áreas fueron consideradas debido a sus avances normativos, programáticos e institucionales, lo que permite identificar similitudes, diferencias y posibles lecciones para fortalecer el monitoreo y la respuesta política frente a las ECV. Este ejercicio comparativo contribuye a una comprensión más amplia de los factores que favorecen

o limitan la priorización, implementación y seguimiento de distintos problemas de salud dentro de la agenda pública.

El documento se estructura de la siguiente manera. Primero, presenta los métodos y el marco de análisis utilizado. Luego, describe los resultados organizados en torno a la implementación de las políticas de ECV, las fuentes de información y uso de datos, la toma de decisiones y los aprendizajes comparativos desde cáncer y salud mental. Finalmente, discute los principales hallazgos y plantea conclusiones e implicaciones para fortalecer el monitoreo de las políticas cardiovasculares en Colombia.

## 2. Metodología

En la presente sección se describe el diseño del estudio, los participantes, el proceso de recolección de datos y el marco de análisis.

### 2.1. Diseño del estudio

Se empleó una metodología cualitativa orientada a analizar, desde la perspectiva de actores clave, los elementos institucionales, operativos y de información necesarios para fortalecer el monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia y mejorar su uso para la toma de decisiones.

Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales, investigadores, representantes de organizaciones y expertos con experiencia en el abordaje de las ECV, así como a expertos vinculados con las políticas públicas de cáncer y salud mental. Las entrevistas permitieron identificar las percepciones sobre la implementación de políticas, los instrumentos normativos e institucionales relevantes, las fuentes de información disponibles, el uso de datos para la toma de decisiones, y las barreras y facilitadores para el seguimiento de estas políticas.

El componente principal del estudio fueron las políticas de ECV. Sin embargo, de manera complementaria, se incluyeron entrevistas sobre cáncer y salud mental con el propósito de identificar aprendizajes comparativos en áreas de política pública que han tenido desarrollos normativos, programáticos e institucionales relevantes en Colombia. Este abordaje no busca realizar una comparación exhaustiva entre las tres áreas, sino identificar elementos comunes y diferenciales que puedan aportar al fortalecimiento del monitoreo de las políticas cardiovasculares.

## 2.2. Participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante una combinación de muestreo intencional y muestreo por bola de nieve. Inicialmente se identificaron actores clave con experiencia en el diseño, implementación, monitoreo o investigación de políticas relacionadas con las ECV en Colombia, buscando la representación de diferentes actores del sistema de salud. Posteriormente, algunos de los entrevistados sugirieron otros actores relevantes con conocimiento o experiencia en los temas de interés, lo que permitió ampliar la diversidad de perspectivas y complementar la representación de actores involucrados en las políticas de salud cardiovascular, cáncer y salud mental.

En total se realizaron 34 entrevistas semiestructuradas: 29 a expertos y profesionales relacionados con políticas de ECV, tres a expertos en políticas de cáncer y dos a expertos en políticas de salud mental. Los entrevistados incluyeron actores vinculados con el gobierno nacional, entidades nacionales, aseguradoras, entes territoriales, prestadores, instituciones de investigación, expertos clínicos y expertos en factores de riesgo cardiovascular. La Tabla 1 presenta la distribución de las entrevistas por tipo de actor.

**Tabla 1.** Entrevistas por tipo de actor

Tipo de actor	Número de entrevistas
Gobierno nacional	5
Entidades nacionales	1
Aseguradoras	5
Entes territoriales	5
Prestadores	5
Clínicos	1
Investigadores	4
Expertos en factores de riesgo en ECV	3
Expertos en política de cáncer	3
Expertos en política de salud mental	2
<b>Total</b>	<b>34</b>

Fuente: elaborado por PROESA.

## 2.3. Recolección de datos

Para el desarrollo de las entrevistas se elaboró una guía semiestructurada de preguntas que abordó cuatro temáticas principales: i) implementación de políticas de salud cardiovascular; ii) fuentes de información y uso de datos; iii) uso de datos para la toma de decisiones; y iv) aprendizajes comparativos derivados de las políticas de cáncer y salud mental.

En la primera temática se exploraron los instrumentos normativos, lineamientos, indicadores, avances, desafíos, facilitadores y barreras relacionados con la implementación de las políticas de salud cardiovascular. En la segunda, se examinaron las fuentes de información utilizadas por los diferentes actores, los recursos alternativos empleados cuando la información ideal no estaba disponible, así como las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora de los datos existentes. En la tercera, se indagó sobre la manera en que los distintos actores utilizan la información para orientar procesos de formulación de políticas, gestión, atención, auditoría, seguimiento y generación de evidencia. Finalmente, en las entrevistas realizadas a expertos en cáncer y salud mental se abordaron principalmente las barreras y facilitadores para la implementación y el monitoreo de las políticas, con énfasis en los aprendizajes potencialmente aplicables al fortalecimiento del monitoreo de las políticas cardiovasculares.

Las preguntas fueron diseñadas para explorar las percepciones y experiencias de los distintos actores en torno a la implementación y el monitoreo de las políticas de salud. La información recopilada permitió identificar patrones comunes y diferencias entre actores, así como reconocer elementos transversales relacionados con la gobernanza, la articulación institucional, la interoperabilidad, la calidad de los datos, las capacidades territoriales y el uso de la información para la toma de decisiones.

## 2.4. Marco de análisis

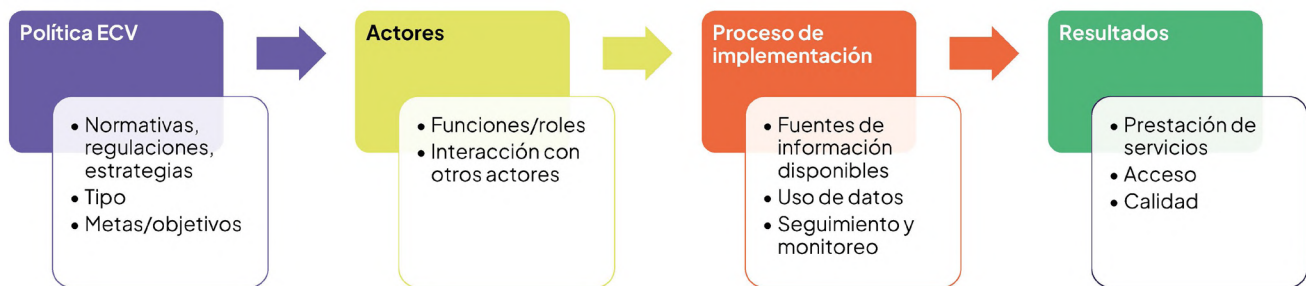
El marco de análisis se construyó a partir de literatura sobre implementación de políticas públicas en salud y uso de evidencia para la toma de decisiones. Estudios previos han destacado la influencia de las políticas en salud —incluyendo normativas, regulaciones y estrategias— sobre resultados como el acceso, la calidad de la atención y la salud de los pacientes y de la población. También han resaltado la importancia de los roles, capacidades e interacciones entre los actores involucrados en los procesos de formulación e implementación de políticas públicas en salud (Bullock et al., 2021; Crable et al., 2022).

Las recomendaciones de Crable et al. (2022) se utilizaron para analizar la implementación de la política como un proceso que incluye elementos de exploración, identificación e innovación. Por su parte, el marco de (Bullock et al., 2021) permitió abordar este proceso desde la definición del problema, la formulación de la política —incluyendo determinantes y actores— y su posterior implementación.

A partir de estos enfoques, el análisis de las políticas de ECV se organizó en torno a cuatro dimensiones. En primer lugar, se consideraron los instrumentos de política y la normatividad existente, incluyendo el tipo de políticas, estrategias, metas e indicadores definidos. En segundo lugar, se analizaron los actores involucrados, sus funciones, roles e interacciones dentro del sistema de salud. En tercer lugar, se examinó el proceso de implementación y monitoreo, con énfasis en las fuentes de información disponibles, la calidad y uso de los datos, y su contribución a la toma de decisiones. Finalmente, se incorporaron las percepciones de los entrevistados sobre los resultados de la implementación, en particular en relación con la prestación de servicios, el acceso y la calidad de la atención en salud cardiovascular.

La Figura 1 resume los componentes del marco de análisis utilizado para interpretar el entorno, la implementación y el monitoreo de las políticas de ECV desde la perspectiva de actores clave.

**Figura 1. Marco de análisis del entorno e implementación de la política de ECV desde la perspectiva de actores clave**



Fuente: elaborado por PROESA basado en Crable et al. (2022) y Bullock et al. (2021).

En conjunto, este marco permitió analizar no solo la existencia de políticas, indicadores y fuentes de información, sino también la forma en que estos elementos se articulan —o no— para apoyar el monitoreo de las políticas cardiovasculares y su uso en la toma de decisiones.

## 3. Resultados

Esta sección presenta los resultados de las entrevistas realizadas a actores clave del sistema de salud. Los hallazgos se organizan en cuatro subsecciones. La primera analiza la implementación de las políticas de ECV en Colombia, incluyendo los instrumentos normativos, lineamientos, indicadores, avances, desafíos, facilitadores y barreras identificados por los entrevistados. La segunda examina las fuentes de información disponibles, así como las percepciones sobre su calidad, oportunidad y utilidad para el seguimiento de las ECV. La tercera aborda el uso de los datos rutinarios para la toma de decisiones desde los diferentes roles institucionales. Finalmente, la cuarta presenta una aproximación comparativa con las políticas de cáncer y salud mental, con el propósito de identificar aprendizajes relevantes para fortalecer el monitoreo de las políticas cardiovasculares.

### 3.1. Implementación de políticas de ECV en Colombia

En esta primera categoría se indagó por las políticas, lineamientos, normativas e indicadores que los entrevistados consideran relevantes para la salud cardiovascular y para el desarrollo de sus funciones institucionales. Asimismo, se exploraron sus percepciones sobre los avances, desafíos, facilitadores y barreras en la implementación de estas políticas. Esta sección permite identificar los principales elementos institucionales y operativos que inciden en la capacidad del sistema para monitorear la política cardiovascular y utilizar la información disponible en la toma de decisiones.

#### 3.1.1. Políticas e indicadores

Los entrevistados identificaron un conjunto amplio de políticas, lineamientos, normativas e indicadores relacionados con la salud cardiovascular. La relevancia atribuida a estos instrumentos varió según el tipo de actor, su rol institucional y su posición dentro del sistema de salud.

Desde el gobierno nacional, funcionarios en ejercicio o exfuncionarios, destacaron la importancia de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y de los Planes Decenales de Salud Pública (PDSP), basados en análisis epidemiológicos. En particular, resaltaron el PDSP 2012–2021, que posicionó las enfermedades no transmisibles (ENT) como la segunda prioridad nacional. Estos actores señalaron el papel de la Cuenta de Alto Costo (CAC) como entidad clave para la recopilación de información sobre enfermedades crónicas, incluidas las ECV. Además, mencionaron la relevancia del seguimiento de indicadores asociados con diabetes e hipertensión, la aplicación de guías de práctica clínica para diabetes tipo 1 y 2, hipertensión arterial, infarto e insuficiencia cardíaca, así como medidas relacionadas con el etiquetado de alimentos ricos en sodio y estrategias para la reducción del consumo de sal.

Otros profesionales vinculados a instituciones nacionales del sector salud señalaron como indicadores clave la captación de personas con hipertensión o diabetes, los indicadores relacionados con enfermedad renal crónica (ERC), la incidencia de terapia de reemplazo renal (TRR) y la no pérdida de tasa de filtración glomerular (TFG). También resaltaron la Resolución 185 de 2017, que regula la CAC y los incentivos financieros asociados con variables relacionadas con diabetes, hipertensión y ERC.

Desde la perspectiva de las aseguradoras, se destacó la importancia de indicadores relacionados con el desempeño de los prestadores contratados. Entre ellos se mencionaron indicadores de oportunidad, como el tiempo entre la autorización y la atención; indicadores de resultados en salud, como reportes de fallecimientos y complicaciones; y variables de frecuencia y costos de servicios. Resaltando la Resolución 202 de 2021 —antes Resolución 4505 de 2012—, relacionada con el reporte de información de intervenciones individuales, así como normativas generales del sistema de salud como la Ley 100 de 1993, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En el caso específico de la salud cardiovascular, señalaron la importancia del índice de riesgo de Framingham y del índice FINDRISK para evaluar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Los entes territoriales destacaron la importancia del MIAS y de las RIAS. Uno de los entrevistados señaló que se encontraban en proceso de implementar dichas rutas con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ejecutoras. Adicionalmente, mencionaron los planes operativos anuales de las secretarías de salud en alianza con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e IPS, así como las encuestas de tamizaje como FINDRISK para diabetes y riesgo cardiovascular.

Desde los prestadores, se resaltó la importancia de la Resolución 3280 de 2018, que establece las frecuencias de los exámenes de tamizaje, y de la Resolución 202 de 2021, utilizada para el reporte normativo de los exámenes definidos en la Resolución 3280. También mencionaron la normativa de la CAC, las guías de práctica clínica y los acuerdos contractuales con las EPS como referentes para la atención de las ECV. Estos instrumentos son utilizados, por ejemplo, para definir tiempos válidos de exámenes y evaluar la aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva. Entre los indicadores relevantes se destacaron el número de pacientes con diabetes e hipertensión controlada y la proporción de tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico.

Desde las instituciones de investigación se mencionó la Resolución 202 de 2021 como una fuente relevante para analizar la evolución del riesgo cardiovascular, así como el PDSP y las RIAS. En cuanto a indicadores, se señalaron el bajo peso al nacer, la obesidad, la malnutrición en niños, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y la contaminación del aire, entre otros.

Finalmente, los expertos en factores de riesgo de ECV resaltaron iniciativas como MPOWER<sup>1</sup> y el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel nacional, destacaron la Ley 2354 de 2024 sobre regulación de cigarrillos electrónicos, la Ley 1335 de 2009, que define el marco legal para la prevención del consumo de tabaco y la promoción de programas de cesación, y la Resolución 202 de 2021, que exige a IPS y EPS reportar el Índice Paquete Año (IPA) e incluye preguntas en la historia clínica sobre consumo de cigarrillos electrónicos. Igualmente, mencionaron el PDSP, el Plan Decenal de Cáncer, la Guía de Cesación Tabáquica y la política de impuestos sanitarios al tabaco como instrumentos relevantes para promover estilos de vida saludables y reducir el consumo de tabaco.

### 3.1.2. Avances

Los entrevistados identificaron avances relevantes en la implementación de políticas, programas e instrumentos relacionados con la salud cardiovascular. Estos avances se ubican tanto en el nivel nacional como en los ámbitos territorial, asegurador, prestador, académico y de factores de riesgo.

Los actores vinculados a entidades nacionales destacaron la creación de una estructura funcional en el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para enfermedades crónicas no transmisibles, así como el posicionamiento internacional del país en foros sobre ENT, incluyendo la participación en eventos de la OMS. De igual forma, resaltaron la creación de entidades como la CAC para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y la implementación de las RIAS, aunque señalaron limitaciones asociadas con su obligatoriedad y aplicación. Asimismo, mencionaron avances en la gestión de datos para análisis epidemiológicos, el mejoramiento del marco muestral, la producción de encuestas representativas nacionales sobre salud pública y la capacidad de capturar y estructurar cohortes de pacientes con enfermedades crónicas, aunque con algunas limitaciones.

En el ámbito regional y local, los entrevistados señalaron la existencia de esfuerzos orientados a la atención de las ECV, aunque todavía limitados. Se mencionaron experiencias de trabajo interdisciplinario y cooperación en atención primaria en territorios como Caldas, donde se implementó un modelo de Atención Primaria en Salud (APS) que involucró a otros sectores además del sector salud. También se destacó la implementación de programas de rehabilitación cardíaca con estándares técnicos.

---

<sup>1</sup> MPOWER: es un paquete técnico de seis medidas de alto impacto creado por la OMS para ayudar a los gobiernos a reducir la demanda de tabaco y frenar la epidemia mundial de tabaquismo.

Para el caso de Bogotá, los entrevistados señalaron como avance la inclusión del seguimiento cardiovascular en el informe de calidad de vida. Adicionalmente mencionaron la existencia de guías clínicas y RIAS, el mejoramiento de indicadores —especialmente en el control de hipertensión y enfermedad renal— y el desarrollo de índices de medición a nivel nacional, departamental y local. Adicionalmente, identificaron como avances un mayor nivel de educación de los pacientes y de conocimiento del sistema, la creación de mecanismos para incentivar la gestión del riesgo, el mejor control de enfermedades precursoras como diabetes e hipertensión, el uso de herramientas tecnológicas para realizar auditorías más completas y el desarrollo de reconocimientos reputacionales que contribuyen a mejorar la calidad de los servicios.

Las aseguradoras resaltaron avances en el desarrollo de sistemas de información que permiten clasificar e identificar pacientes de riesgo, hacer seguimiento a indicadores clave y resultados, y contar con información en tiempo real. Los entes territoriales, por su parte, destacaron mejoras en la implementación de las RIAS y en el abordaje de factores de riesgo y protectores, como el consumo de tabaco y la actividad física. En el Valle del Cauca, se reportó que la pandemia por COVID-19, en la que las enfermedades cardiovasculares estuvieron asociadas con mayor mortalidad, contribuyó a mejorar la captación de pacientes con hipertensión y obesidad. Además, se señalaron avances en la detección de algunos cánceres, como cáncer de mama y colorrectal, y en el desarrollo de un sistema de respuesta para accidente cerebrovascular (ACV) en coordinación con la red de prestadores.

Otros avances mencionados por los entes territoriales incluyeron la priorización geográfica mediante georreferenciación y estratificación del riesgo, así como el seguimiento a pacientes con riesgo cardiovascular en el marco de modelos basados en identificación territorial. De igual forma, se destacó la implementación de indicadores de monitoreo, como cobertura de tamización y estratificación del riesgo por localidades; el uso de datos nominales por edad, sexo, grupos poblacionales y riesgo cardiovascular; la incorporación de tecnologías como la telemedicina para mejorar el acceso en zonas rurales; y la realización de auditorías internas anuales en subredes para verificar el cumplimiento y seguimiento de los programas.

Desde los prestadores, se señalaron avances en el desarrollo de sistemas de información propios, que permiten gestionar bases de datos con categorización por edad, sexo y EPS. Asimismo, se mencionó la implementación de mesas de calidad del dato para reducir inconsistencias, así como el aumento en la cantidad de pacientes tamizados, con experiencias en las que la población tamizada por riesgo cardiovascular se multiplicó por 20 en 2024. Adicionalmente, destacaron la creación de bases de datos consolidadas con indicadores clave de diferentes EAPB, la parametrización de la historia clínica para mejorar la recolección de datos, la incorporación de un internista para depurar bases de datos y fortalecer el seguimiento de pacientes, y la creación de comités primarios mensuales para revisar indicadores y costos del programa de hipertensión y diabetes, incluyendo estimaciones de costos de medicamentos y

talento humano. De igual forma se identificaron avances en la atención oportuna de pacientes con ACV, mediante rutas claras para activación temprana, derivación rápida y realización de trombólisis cuando es necesario.

Desde las instituciones de investigación se destacaron avances intersectoriales, como la ciclovía, que han contribuido a la salud cardiovascular, así como la implementación reciente del rotulado de alimentos. También se resaltó la publicación de boletines y estudios sobre la situación de salud a nivel local, y el desarrollo de observatorios y sistemas de monitoreo. A nivel nacional, los investigadores mencionaron como aspectos positivos la alta cobertura de aseguramiento, que permite contar con datos sociodemográficos y de utilización de servicios para la mayoría de la población. Además, destacaron la existencia de bases administrativas, como los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), información de la CAC, de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), que pueden utilizarse para evaluar la carga y utilización de servicios de salud. Estos sistemas han mejorado el acceso a datos agregados sobre costos, servicios y códigos CIE-10 para investigadores y tomadores de decisiones. Finalmente, resaltaron el desarrollo de modelos de ajuste de riesgo para financiar la atención de enfermedades de alto costo.

Los referentes en factores de riesgo de ECV identificaron avances en el discurso sobre salud pública y en la formación de profesionales de la salud en cesación tabáquica. Estos actores destacaron avances regulatorios, como la regulación de espacios libres de humo y la reducción de la publicidad de tabaco; el crecimiento de programas de cesación tabáquica en algunas instituciones de salud; la participación de Colombia en iniciativas latinoamericanas para mejorar el acceso a tratamientos de cesación; y el desarrollo de investigaciones relacionadas con cigarrillos electrónicos. Asimismo, señalaron avances en la identificación de pacientes con factores de riesgo como tabaquismo, hipertensión y diabetes, y en su vinculación a programas de hipertensión.

### 3.1.3. Desafíos

Los entrevistados identificaron múltiples desafíos para la implementación y el monitoreo de las políticas de salud cardiovascular. Estos desafíos se relacionan con la ausencia de metas claras, la limitada disponibilidad y uso de información, la fragmentación entre actores y niveles de atención, y las brechas territoriales e institucionales.

Funcionarios en ejercicio o exfuncionarios de entidades nacionales señalaron que faltan políticas claras para ECV con metas colectivas, así como mayor disponibilidad de datos. A su vez, reportaron retrasos en la recopilación de información y falta de interoperabilidad entre sistemas. Por ejemplo, mencionaron que la CAC, aunque es útil, no se encuentra integrada adecuadamente con el MSPS, lo que dificulta el flujo de información. Además, señalaron que los datos generados

por la CAC no siempre se utilizan para la toma de decisiones y que existe un exceso de reportes que no se analizan de forma suficiente. Esta situación limita el seguimiento, el análisis de los datos generados y su utilidad para mejorar los resultados en salud. Finalmente, algunos entrevistados señalaron la existencia de subregistro, debido a que algunas EPS no reportan todos los pacientes identificados por las implicaciones que esto puede tener sobre su sostenibilidad financiera.

En el nivel regional y local se mencionaron desafíos asociados con la falta de escalamiento de planes y estrategias en los territorios. Como ejemplo, se señaló que solo una proporción limitada de pacientes que sufren eventos cardiovasculares agudos accede a rehabilitación. También se indicó que el uso de la información recopilada por las secretarías de salud es limitado. La falta de obligatoriedad en el cumplimiento de muchas RIAS fue identificada como una dificultad que restringe su impacto. Adicionalmente, se reportó la necesidad de fortalecer el seguimiento de desenlaces relevantes, como eventos coronarios y cerebrovasculares, así como de contar con guías de muerte evitable para infarto y enfermedad cerebrovascular.

Otros actores de entidades nacionales señalaron retos como la falta de variables completas para otros desenlaces cardiovasculares, incluyendo infartos y tabaquismo; la dependencia de incentivos económicos y normativos para lograr resultados en salud; e inconsistencias en la calidad del reporte inicial por algunas entidades. Adicionalmente, señalaron que algunas regiones tienen un desempeño más débil en la gestión del riesgo, especialmente en áreas rurales o con IPS públicas.

Las aseguradoras identificaron como desafío la falta de alertas preventivas en los sistemas de información disponibles, dado que no existe información completa para todas las prestaciones y no siempre es posible identificar en tiempo real a pacientes que no asistieron a sus citas. Sin embargo, señalaron que no todas las IPS cuentan con desarrollos tecnológicos que les permitan utilizar plataformas integradas o comunicarse entre baja, mediana y alta complejidad. Además, reportaron dificultades para que los prestadores de baja complejidad adopten un enfoque de riesgo, pues en algunos casos predominan modelos transaccionales de atención. Adicionalmente, mencionaron problemas en el retorno de pacientes desde la alta hacia la baja complejidad una vez controlados sus riesgos.

Las aseguradoras también reportaron problemas de interoperabilidad y de calidad de la información recolectada por las IPS, especialmente en el sector público. A esto se suma la falta de integración de los sistemas de información del sector salud a nivel nacional, la ausencia de infraestructura tecnológica y conectividad en áreas rurales, y barreras para implementar programas de gestión del riesgo debido a la autonomía médica y a la estructura contractual con prestadores públicos. En el caso específico de la salud cardiovascular, señalaron que la adherencia a las rutas de atención en factores de riesgo cardiovascular es baja y que no se ha logrado la sostenibilidad de las acciones para el manejo de enfermedades crónicas. Por último,

destacaron la ausencia de un instrumento formal de política que apoye la implementación de estrategias de largo plazo.

Los entes territoriales reportaron desafíos como la ausencia de rutas estandarizadas sobre actividad física, lo que limita la capacidad de incidir sobre factores de riesgo asociados con enfermedades cardiovasculares. A su vez, señalaron que la falta de obligatoriedad en la implementación de la RIA de riesgo cardiovascular afecta su monitoreo y ejecución. A ello se suman dificultades relacionadas con altos costos, escasez de especialistas y limitaciones en las redes de atención. Asimismo, identificaron la fragmentación de los sistemas de información como una barrera que limita la interoperabilidad y la gestión integrada de los datos. Finalmente, reportaron un uso insuficiente de la información para la toma de decisiones, dado que los datos no siempre se analizan ni se aplican de manera efectiva.

Desde los entes territoriales se señaló la falta de integración entre la gestión poblacional y la gestión individual, lo que dificulta la continuidad del cuidado. Asimismo, se mencionó la ausencia de una visión integral que permita clasificar a las personas según su riesgo cardiovascular antes de que desarrollen enfermedades. La falta de voluntad política fue identificada por algunos entrevistados como uno de los principales obstáculos para implementar cambios estructurales. Además, se mencionó que la gestión de la multimorbilidad sigue siendo un reto, dado que una proporción de la población presenta múltiples condiciones de salud, lo que complejiza la atención.

Desde los prestadores, se señaló como desafío la ausencia de una ruta específica o programa estructurado para eventos cardiovasculares distintos al ACV. Se reportó la falta de mecanismos sistematizados para registrar datos y hacer seguimiento detallado a pacientes cardiovasculares. En general, los prestadores indicaron que no existe una integración suficiente entre bases de datos de diferentes EPS y sistemas, como facturación, historia clínica y laboratorios, ni una automatización adecuada en el procesamiento y análisis de datos. Uno de los entrevistados señaló que no reciben información sobre hospitalizaciones ni procedimientos realizados en otras instituciones. También se mencionó que muchas instituciones de salud en Colombia aún dependen del papel y no cuentan con una cultura consolidada de digitalización de la información.

Además, los prestadores indicaron que las diferencias en las exigencias de las EPS afectan la consolidación de datos y el reporte a entidades regulatorias. Señalando baja adherencia del personal clínico a algunas normativas, debido a que no siempre se reporta de forma completa la información requerida. Desde la perspectiva de los pacientes, los prestadores reportaron que los trámites de autogestión para obtener autorizaciones de exámenes aumentan los costos de bolsillo y los tiempos de espera. Además, identificaron barreras de acceso en la población del régimen subsidiado, que afectan la adherencia a tratamientos preventivos.

Desde las instituciones de investigación se reportaron retos como los escasos incentivos para investigar sobre ECV, el predominio de un enfoque de riesgo sobre un enfoque poblacional y de curso de vida, y la debilidad en la conceptualización de un modelo de salud basado en determinantes sociales. A su vez, señalaron la falta de priorización de la salud cardiovascular en la agenda de salud pública, asociada principalmente con temas de rentabilidad.

En relación con la información, los investigadores mencionaron debilidades en el monitoreo de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en la CAC, cuyos datos fueron percibidos como desactualizados y no siempre públicos, lo que limita su uso para investigación. A su vez, mencionaron que los datos del régimen subsidiado son de menor calidad, especialmente en áreas rurales y poblaciones vulnerables. Además, indicaron que faltan datos sobre poblaciones como indígenas, migrantes y personas en áreas rurales. Adicionalmente, reportaron la necesidad de indicadores más finos y específicos para enfermedades cardiovasculares, más allá de la prevalencia y la mortalidad. Finalmente, mencionaron que no existe un observatorio nacional de enfermedades crónicas ni encuestas nacionales recientes sobre enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes, lo que dificulta estimar con precisión la prevalencia de estas condiciones.

Por último, los referentes en factores de riesgo de ECV reportaron desafíos regulatorios relacionados con la publicidad y el consumo de tabaco en espacios públicos, así como con el desconocimiento de la regulación. Señalando la persistencia de un enfoque individualista en salud pública, el escaso diálogo interdisciplinario y las dificultades de coordinación intersectorial del Estado para abordar los determinantes comerciales de la salud. Mencionaron, además, problemas de interferencia de la industria en materia de control de tabaco y alcohol, incluyendo estrategias de cabildeo, financiamiento de campañas y litigios legales.

En cuanto a la prestación de servicios, estos referentes indicaron que, aunque existen guías y direccionamientos, la implementación de programas de cesación tabáquica en las IPS no es obligatoria, lo que dificulta su adopción generalizada. También señalaron falta de articulación entre EAPB e IPS, problemas en la disponibilidad de medicamentos de primera línea para dejar de fumar, y persistencia de mitos y desconocimiento sobre el consumo de tabaco entre la población general y los profesionales de la salud.

### 3.1.4. Facilitadores

Los entrevistados identificaron varios facilitadores que pueden contribuir al fortalecimiento de la implementación y el monitoreo de las políticas de salud cardiovascular. Estos facilitadores incluyen incentivos, capacidades institucionales, herramientas tecnológicas, articulación entre actores, disponibilidad de información y experiencias territoriales.

Desde las instituciones nacionales se destacaron los incentivos financieros y reputacionales, así como el desarrollo de auditorías exhaustivas que generan confianza en la información. Se resaltó la participación activa de aseguradoras y prestadores en la gestión del riesgo, y el rol de la CAC como entidad que recopila información detallada sobre enfermedades crónicas y permite el seguimiento de cohortes poblacionales. Otros actores del gobierno nacional destacaron la cooperación internacional con instituciones como la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés), la movilización social mediante campañas en colaboración con universidades para fines de investigación científica y la participación en el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

A nivel territorial, se señaló como facilitadora la creación de las RIAS, pues, aunque no todas son obligatorias, proporcionan un marco para la atención de enfermedades crónicas. Se destacaron iniciativas regionales en ciudades como Bucaramanga y Medellín, donde se identificaron centros médicos de alta calidad y esfuerzos por desarrollar redes de atención cardiovascular. Adicionalmente, se resaltó el apoyo de asociaciones médicas, como la Asociación Cardiovascular, y la disponibilidad de datos sobre enfermedades crónicas como hipertensión.

Desde las aseguradoras se destacaron los modelos de contratación que promueven el uso de plataformas comunes por parte de los prestadores. Según algunos entrevistados, estas plataformas permiten registrar información de los pacientes y sus procedimientos, lo que facilita a la aseguradora contar con información de primera mano. También se mencionó el uso de “navegadores” de salud en IPS básicas, entendidos como personal que acompaña a los pacientes, evita la pérdida de citas y favorece la continuidad del proceso de atención. Además, se resaltó el uso de plataformas y herramientas de análisis, como Power BI, Copilot y software propio, que facilitan la visualización de indicadores y tendencias. La integración de sistemas de información dentro de las EPS fue identificada como un facilitador, al centralizar datos y apoyar la toma de decisiones a nivel nacional. Cabe señalar que estos elementos no son exclusivos de las ECV.

Los entes territoriales señalaron el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como un instrumento útil para dar cuenta de indicadores de enfermedad a nivel municipal. En algunos casos, se reportó la recolección de tamizajes de riesgo cardiovascular y metabólico en el municipio. Mencionaron la implementación de programas de promoción de hábitos saludables, como actividad física y deshabituación tabáquica, que facilitan la prevención de enfermedades. Además, destacaron la integración de datos y el uso de inteligencia artificial para la toma de decisiones.

Se resaltó el desarrollo de simposios específicos sobre salud cardiovascular, en los que participaron actores encargados de liderar rutas cardiovasculares y metabólicas en redes públicas e IPS, con el propósito de avanzar en su estandarización. Uno de los entrevistados reconoció la estrategia de APS, mediante visitas domiciliarias, como una herramienta

importante para identificar y prevenir problemas de salud. Asimismo, mencionó el uso del perfil epidemiológico departamental como insumo clave para la toma de decisiones en salud pública. Finalmente, se reportó como facilitador la voluntad de algunos actores de EPS e IPS para mejorar la atención.

Los prestadores resaltaron la colaboración con sociedades internacionales de cardiología para generar datos comparativos y compartir mejores prácticas. Señalaron como facilitadores la existencia de sistemas de información propios, equipos de profesionales de salud amplios y diversos, equipos extramurales para visitas domiciliarias, y articulación con servicios de rehabilitación, psicología y trabajo social. Además, mencionaron la existencia de comités primarios mensuales para revisar y ajustar la gestión de los programas, el apoyo de ingenieros para consolidar bases de datos y la parametrización de la historia clínica con información estructurada. Los prestadores destacaron la importancia de los datos y de la toma de decisiones basadas en evidencia, así como la relación estrecha con las EPS para compartir información sobre pacientes y resultados de programas. La comunicación constante con pacientes, familias y cuidadores fue identificada como un elemento que facilita la coordinación y la mejora continua.

Desde las instituciones de investigación se señalaron como estrategias clave la identificación temprana de factores de riesgo y el apoyo de liderazgos comunitarios. En particular, se mencionaron modelos basados en comunidad para transmitir conocimientos de cuidado y estilos de vida saludables orientados a la reducción de las ECV. Por último, destacaron la colaboración entre academia, gobierno y sociedad civil para generar datos y análisis relevantes.

Finalmente, los expertos en factores de riesgo de ECV identificaron como facilitadores las redes de trabajo interinstitucionales y la colaboración entre universidades, secretarías de salud, EPS, IPS y organizaciones no gubernamentales. Destacando la existencia de una sociedad civil empoderada y activa en la promoción de políticas de salud; la presencia de investigadores con capacidades metodológicas en universidades colombianas; la formación de profesionales de la salud en el manejo de la adicción al tabaco; la participación de médicos con visión salubrista, especialmente médicos familiares; y el trabajo conjunto con la comunidad para identificar y articular pacientes a programas de salud.

### 3.1.5. Barreras

Además de los desafíos identificados, los entrevistados describieron barreras específicas que limitan la implementación, el seguimiento y el uso de información para la toma de decisiones en salud cardiovascular. Estas barreras se relacionan con limitaciones tecnológicas, normativas, institucionales, financieras, territoriales, asistenciales y de cultura del dato.

Desde las instituciones nacionales se identificaron barreras asociadas con limitaciones tecnológicas iniciales para la recolección y auditoría de datos, falta de incentivos directos para algunos prestadores —especialmente IPS públicas— y dependencia de normativas que no siempre abarcan todas las variables clínicas relevantes. Otros expertos de entidades nacionales señalaron como barreras la focalización previa de recursos en enfermedades transmisibles como dengue y malaria, la resistencia en los territorios para adoptar y priorizar enfermedades crónicas, los recursos limitados para implementar estrategias territoriales y la disponibilidad incompleta o no oportuna de información sobre enfermedades cardiovasculares. También se indicó que la ausencia de un marco claro y de metas definidas en la política pública sobre ECV limita los esfuerzos de implementación y seguimiento, y que no existe una ley específica para estas enfermedades.

En cuanto a barreras estructurales, no necesariamente exclusivas de la salud cardiovascular, se mencionaron la falta de redes definidas para la atención, la débil coordinación entre niveles de gobierno, la falta de integración de la información entre distintos niveles del sistema de salud, los problemas de confianza entre actores del sector, la carga excesiva de reporte para los médicos —que afecta la calidad y disponibilidad de la información— y la falta de educación sobre la importancia del uso de datos en la atención médica.

Desde las aseguradoras se señalaron barreras asociadas con los mecanismos de seguridad de las plataformas, que exigen claves e identificaciones estrictas y pueden bloquear usuarios, lo que hace dispendioso recuperar accesos. Además, se mencionó que, cuando los pacientes asisten a IPS con las que la aseguradora no tiene convenio, la información médica no queda registrada en sus plataformas. Adicionalmente, se reportaron problemas de interoperabilidad y adaptación de los prestadores a las plataformas de las EPS, limitaciones tecnológicas en el sector público y en zonas rurales, y falta de voluntad de algunos prestadores públicos para cooperar en la gestión de la información.

Las aseguradoras identificaron barreras sociales, culturales y geográficas, como la inseguridad o la preferencia por alimentos menos saludables, que dificultan la prevención de enfermedades. Asimismo, señalaron la falta de priorización de las enfermedades crónicas frente a otras áreas de salud, como las enfermedades transmisibles. Asimismo, mencionaron que la presión presupuestaria, la falta de incentivos adecuados para la promoción y prevención de enfermedades cardiovasculares, las diferencias geográficas en capacidad institucional y la fragmentación entre aseguradores y prestadores dificultan la implementación efectiva de políticas.

Los entes territoriales señalaron como barrera la interoperabilidad deficiente entre sistemas de información, incluyendo la incompatibilidad entre sistemas como RIPS y el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), así como la falta de estandarización de los

datos. Mencionaron que las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) no siempre son confiables, lo que genera subregistro y dificulta la toma de decisiones basada en datos precisos. Otra barrera mencionada fue el desequilibrio entre la UPC y los costos reales de prestación de servicios, lo que dificulta la implementación de programas de salud.

Adicionalmente, los entes territoriales mencionaron capacidades desiguales entre EPS grandes y pequeñas, limitaciones en la disponibilidad de fondos y recursos económicos, desigualdad en la distribución de recursos entre EPS e IPS, problemas de gobernanza y administración de recursos, rigidez del marco legal para contratos público-privados, deudas del sector público con el privado, una cultura organizacional fragmentada por eventos y no por una lógica integral, y recurso humano limitado para el análisis de datos. En relación específica con salud cardiovascular, señalaron que, aunque se han logrado algunos avances en la información sobre tabaquismo en la red pública, está aún no permite hacer un seguimiento adecuado.

Los prestadores entrevistados señalaron barreras relacionadas con la contratación y provisión de medicamentos. Por ejemplo, indicaron que solo una de las EPS con las que trabajan contrata medicamentos directamente, lo que afecta la accesibilidad y la adherencia. Reportaron que la normatividad es rígida y no siempre considera particularidades regionales o poblacionales, lo que dificulta adaptar los programas a las necesidades específicas de los pacientes. Como ejemplo, mencionaron parámetros normativos que no se ajustan a las necesidades reales del paciente, como la exigencia de exámenes completos en un periodo de 30 días.

En el ámbito asistencial, los prestadores mencionaron dificultades en la coordinación entre médicos que tratan a un mismo paciente, especialmente cuando se trata de personas con varias condiciones crónicas. Reportaron barreras derivadas de las condiciones de los pacientes, como polifarmacia, comorbilidades múltiples, problemas de movilidad y salud mental. Además, señalaron que la pobreza y la falta de recursos económicos en la población subsidiada dificultan la adherencia a los tratamientos. Para el caso particular de una IPS, se mencionó la ausencia de tomógrafos en todas las sedes, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento del ACV.

En la interacción con las EPS, los prestadores mencionaron barreras como demoras en la autorización de tratamientos o derivaciones necesarias, así como limitaciones en la contratación con algunas EPS. Resaltaron que la rotación de personal dificulta la consistencia en el diligenciamiento de la historia clínica y el seguimiento de pacientes. Adicionalmente, destacaron los diferentes requerimientos por EAPB, las limitaciones en la parametrización de medicamentos y la falta de especialistas. En relación con los datos, señalaron que no existe interconexión entre los sistemas de información de las diferentes instituciones de salud, lo que dificulta el seguimiento de pacientes y la coordinación de la atención. También identificaron falta de formación en análisis de datos entre distintos actores del sistema.

Desde las instituciones de investigación se destacaron barreras como la falta de educación en salud tanto en la población general como en los médicos, la desinformación, los abordajes restrictivos que no generan cambios sostenibles en los comportamientos y el acceso limitado a datos confiables, con subregistros en enfermedades cardiovasculares. Señalaron que el abordaje de enfermedades crónicas implica tensiones entre los intereses económicos y políticos, como los de la industria alimentaria y otros actores asociados con determinantes de salud, lo que puede generar barreras burocráticas para implementar cambios basados en evidencia.

En relación con los sistemas de información, los investigadores mencionaron que no existe un sistema de vigilancia centinela para enfermedades crónicas no transmisibles, a diferencia de lo que ocurre con enfermedades como el VIH/SIDA. Destacando la falta de encuestas nacionales sobre ECV, hipertensión y diabetes. Asimismo, mencionaron sesgos en los datos administrativos, dado que estos fueron diseñados principalmente para fines de financiamiento y no para estudios epidemiológicos. Por último, indicaron que gran parte de la investigación sobre ECV permanece en publicaciones académicas y no logra impactar de manera suficiente las políticas públicas.

Finalmente, los referentes en factores de riesgo de ECV mencionaron barreras como la fragmentación institucional dentro del MSPS y entre distintos niveles de gobierno, así como la falta de incentivos para la prevención de enfermedades no transmisibles debido a su naturaleza crónica. También identificaron como problemática la interferencia de la industria, reflejada en corrupción, cercanía entre funcionarios y la industria tabacalera y de alcohol, y discursos sobre derechos del consumidor que interfieren con las políticas de prevención. Además, señalaron la desinformación y la falta de cultura científica en la población y en los tomadores de decisiones.

Estos referentes mencionaron intereses económicos de la industria farmacéutica, que no prioriza medicamentos para cesación tabáquica, y falta de incentivos económicos para que IPS y aseguradoras prioricen este tipo de programas. En cuanto a los servicios de salud, señalaron barreras como la falta de financiamiento y regulación que obligue a las IPS a implementar programas de cesación, la baja disponibilidad de citas médicas, las barreras administrativas en el acceso a tratamientos y los problemas en la disponibilidad de medicamentos efectivos para dejar de fumar.

En conjunto, los hallazgos de esta sección muestran que la implementación de las políticas de ECV en Colombia se apoya en un conjunto amplio de instrumentos normativos, rutas, guías, indicadores e iniciativas institucionales. Sin embargo, evidencian que estos elementos no operan de manera plenamente articulada. Los avances identificados —como la existencia de RIAS, la consolidación de la CAC, los sistemas propios de aseguradores y prestadores, y algunas experiencias territoriales— conviven con desafíos persistentes relacionados con la falta de metas comunes, la baja interoperabilidad, la limitada obligatoriedad de algunas rutas, las

brechas territoriales, la fragmentación entre actores y la débil integración entre gestión individual y poblacional. Desde la perspectiva de los entrevistados, fortalecer el monitoreo de la política cardiovascular requiere avanzar desde instrumentos y acciones dispersas hacia una arquitectura más coordinada, capaz de conectar regulación, implementación, información, seguimiento de resultados y toma de decisiones.

## 3.2. Fuentes de información y uso de datos

Esta sección describe las principales fuentes de información utilizadas por los actores entrevistados para la gestión, seguimiento y monitoreo de las ECV. Asimismo, presenta los recursos alternativos empleados cuando la información disponible no es suficiente, las fortalezas y debilidades percibidas de los datos existentes, y las oportunidades de mejora identificadas para fortalecer su uso en la toma de decisiones.

### 3.2.1. Descripción de las fuentes de información

Los entrevistados identificaron múltiples fuentes de información utilizadas para la gestión del riesgo cardiovascular, el seguimiento de pacientes, el monitoreo de intervenciones y la toma de decisiones. Estas fuentes varían según el rol institucional de los actores y el nivel del sistema en el que se desempeñan.

Desde las entidades nacionales se reportó el uso de encuestas nacionales de salud pública, como la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015 y la Encuesta Nacional de Salud Mental 2023, así como estudios de carga de enfermedad realizados entre 2009 y 2015. Además, se mencionó el uso de datos disponibles en los sistemas de salud, como los RIPS, la información de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, y los datos de la CAC. Adicionalmente, algunos actores señalaron el uso de fuentes regionales, datos clínicos de sociedades científicas, información del Observatorio de Enfermedades Cardiovasculares de la Universidad Industrial de Santander, y datos oficiales del MSPS, la Superintendencia Nacional de Salud y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para la construcción de índices nacionales. Sin embargo, indicaron que el acceso a información completa y actualizada es limitado, especialmente en zonas rurales.

Otras instituciones nacionales señalaron el uso de historias clínicas, reportes de EPS e IPS a la CAC y la Encuesta Nacional de Salud 2007 para estimar prevalencias de enfermedades precursoras.

Desde las aseguradoras se mencionó que buena parte de la información proviene de los canales virtuales utilizados por prestadores y aseguradoras, lo que permite realizar seguimiento regular y controlado de los pacientes. También reportaron el uso de información de afiliación, resultados de ayudas diagnósticas, medicamentos, procedimientos y autorizaciones, integrada en plataformas

propias. Adicionalmente, señalaron el uso de datos de la CAC, RIPS y reportes asociados con la Resolución 202 de 2021. En uno de los casos, se mencionó el uso de visitas domiciliarias realizadas por la aseguradora para obtener información de caracterización socioeconómica y de salud. Finalmente, se reportó la existencia de software propio para registrar y consolidar datos de pacientes, incluyendo edad, sexo, comorbilidades y hospitalizaciones previas.

Los entes territoriales señalaron que recogen información a partir de procesos de asistencia técnica y fortalecimiento de capacidades, mediante formatos estandarizados al interior de las secretarías de salud. Estos formatos permiten valorar criterios específicos y determinar el grado de implementación de las RIAS en las instituciones. También mencionaron el uso de bases de datos internas de EPS, encuestas y entrevistas en campo realizadas por equipos extramurales. Además, consultan información pública de sistemas nacionales y bodegas del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), aunque señalaron que su utilidad se ve limitada por la fragmentación actual. Entre las fuentes mencionadas se encuentran los RIPS —especialmente de IPS públicas—, Sivigila, la Resolución 202 de 2021, así como información comercial y de movilidad ciudadana. Algunos entrevistados indicaron que no tienen disponible información completa de la CAC ni de los RIPS.

Desde los prestadores se reportó el uso de bases de datos de EPS, RIPS, bases de laboratorio clínico, bases de imágenes diagnósticas, información de la CAC, registros en Excel para riesgo cardiovascular, datos de facturación e historia clínica. Por último, mencionaron herramientas de historia clínica digital, sistemas de agendamiento y tableros de control.

Las instituciones de investigación señalaron el uso de la Resolución 202 de 2021 para monitorear cambios en el riesgo cardiovascular, datos del DANE para mortalidad por ECV, información internacional de calidad del aire, ENSIN, datos de la CAC, información del Instituto Nacional de Salud (INS) sobre bajo peso al nacer y la bodega de datos de SISPRO sobre morbilidad y mortalidad. Asimismo, los testimonios individuales de diferentes actores como una fuente cualitativa valiosa.

Finalmente, los expertos en factores de riesgo de ECV mencionaron como fuentes las encuestas poblacionales del DANE y el Observatorio de Drogas del Ministerio de Justicia; información sobre precios, importaciones, producción y estrategias de mercadeo de la industria tabacalera; estudios académicos y proyectos de recolección de datos, como encuestas a fumadores y análisis de empaques de cigarrillos; estudios de impacto de estrategias de control de tabaco en otros países; y datos obtenidos mediante veeduría ciudadana y reportes informales de campañas de publicidad. Por último, señalaron el uso de indicadores de cesación tabáquica establecidos en guías y direccionamientos, informes de IPS, las Empresas Sociales del Estado (ESE) y EPS sobre tabaquismo y enfermedades respiratorias, y porcentajes de pacientes en programas de cesación de tabaco dentro de las IPS.

### 3.2.2. Recursos, estrategias e información alternativa

Los entrevistados describieron recursos, estrategias y fuentes alternativas utilizadas cuando no cuentan con la información ideal para monitorear las ECV o tomar decisiones.

Funcionarios en ejercicio o exfuncionarios de entidades nacionales destacaron el uso de material de cooperación internacional y su adaptación al contexto colombiano, así como la creación de estrategias específicas para los territorios. También mencionaron el trabajo con universidades, sociedades científicas y la Federación Colombiana del Corazón para suplir necesidades técnicas y científicas. Adicionalmente, señalaron el apoyo de organismos como la OMS y la FAO para recibir asistencia técnica y metodológica, y la participación en planes internacionales como el Plan de Acción Mundial de ENT y el Convenio Marco para el Control del Tabaco, que les permitió aprovechar recursos y conocimientos externos. Además, reportaron el uso de información de sistemas locales, experiencias documentadas por Teletón y datos del Observatorio de Enfermedades Cardiovasculares de la Universidad Industrial de Santander. En otra entidad de orden nacional se mencionó el uso de historias clínicas y auditorías internas cuando no se dispone de datos ideales.

Desde las aseguradoras se reportó el uso de auditores concurrentes en hospitales para verificar la calidad de la atención y generar reportes sobre eventos evitables. Asimismo, se mencionó la incorporación de analistas para completar y supervisar datos cuando las plataformas no son utilizadas adecuadamente por los prestadores; la realización de visitas domiciliarias y el uso de personal de campo en distintas IPS para recolectar datos directamente en el hogar del paciente o en el lugar de atención; la coordinación directa con IPS locales y otras EPS para obtener información de usuarios cuando los sistemas no la registran automáticamente; y la utilización de herramientas de análisis predictivo que, aunque han sido pilotos, han mostrado resultados en la identificación de pacientes en riesgo. Finalmente, señalaron el uso de fuentes como RIPS y CAC para obtener información primaria de los pacientes.

Los entes territoriales mencionaron la creación de redes con profesionales con conocimiento en temas cardiovasculares y metabólicos, así como con actores de otros sectores. También señalaron el uso de la escala FINDRISK para procesos de tamización, las tablas predictoras de la OMS para clasificar niveles de riesgo y la realización de visitas casa a casa como método complementario de recolección de información.

Por su parte, los prestadores señalaron el uso de literatura científica internacional y colaboraciones con sociedades médicas, como la Sociedad Interamericana de Cardiología, para obtener datos comparativos. Reportando el cruce de información con hospitalizaciones evitables, la revisión manual de historias clínicas, las validaciones manuales y los cruces de información para compensar fallas en las bases de datos. Además, mencionaron el uso de

reportes internos elaborados por sus equipos, así como información proveniente de familiares y cuidadores. Algunos prestadores indicaron que han desarrollado rutas de post-hospitalización, lo que les permite seguir a los pacientes después de una hospitalización y ajustar la atención de acuerdo con sus resultados.

Desde las instituciones de investigación se mencionó el uso de fuentes alternativas como encuestas aisladas, datos de instituciones como el Ministerio de Ambiente o el INS, encuestas internacionales de la OMS realizadas en otros países y estudios previos de universidades colombianas.

Finalmente, los expertos en factores de riesgo de ECV señalaron el uso de información obtenida mediante veeduría ciudadana y reportes informales, estudios académicos independientes y redes de investigadores y sociedad civil que comparten hallazgos.

### 3.2.3. Fortalezas de la información

Los entrevistados identificaron varias fortalezas en la información actualmente disponible para el seguimiento de las ECV. Estas fortalezas se relacionan con la existencia de fuentes representativas, sistemas administrativos, plataformas institucionales, datos nominales, capacidades de georreferenciación y herramientas para el seguimiento de cohortes y pacientes en riesgo.

Desde las entidades nacionales se señaló como fortaleza la disponibilidad de información representativa y comparable con otras encuestas nacionales, como las del DANE. También se destacó que los datos relacionados con enfermedades crónicas, como hipertensión, se encuentran mejor desarrollados y disponibles. Algunos entrevistados resaltaron la existencia de seguimiento de hipertensión durante varios años, la mejora en la recolección de información mediante RIPS y la existencia de sistemas de índices a nivel nacional, departamental y local. Adicionalmente, destacaron que la información de la CAC permite el seguimiento de cohortes poblacionales, lo que resulta útil para el monitoreo de enfermedades crónicas. De igual forma, señalaron que los datos de las RIAS ofrecen información sobre la atención en salud, aunque con limitaciones. Otras entidades nacionales mencionaron como fortalezas la existencia de metodologías estandarizadas para recolectar y auditar datos, la mejora en calidad y cobertura debido a la obligatoriedad del reporte, y la inclusión de indicadores validados internacionalmente.

Las aseguradoras destacaron que las plataformas utilizadas les permiten mantener control sobre la salud de las personas afiliadas y anticipar riesgos que puedan afectar la vida de los pacientes. Estas plataformas almacenan información sobre medicamentos formulados, citas, procedimientos e historias clínicas, entre otros datos. Uno de los entrevistados señaló que la EPS cuenta con un sistema de inteligencia de negocios que permite analizar información en tiempo

real y revisar indicadores clínicos, financieros y administrativos para la toma de decisiones. Por último, se mencionó la existencia de sistemas de datos que ofrecen una visión integral del paciente, facilitando la identificación de necesidades y riesgos.

Algunos aseguradores señalaron que estos sistemas permiten una alta especificidad en la predicción de hospitalización en pacientes de alto riesgo y que la EPS ha desarrollado mecanismos de monitoreo y caracterización para identificar y priorizar pacientes en riesgo. También destacaron la confiabilidad de sus datos, en tanto conocen con anticipación características de los usuarios que ingresarán a la EPS, como edad, sexo, departamento y municipio de procedencia. Esta información facilita la planeación de la red de atención. Adicionalmente, señalaron que sus fuentes permiten identificar siniestralidad, pacientes de alto costo o pacientes que ingresan a programas que pueden consumir más recursos que la UPC mensual. Uno de los entrevistados reportó buena información de mortalidad y morbilidad en pacientes diagnosticados, así como una alta cobertura de información sobre servicios prestados, lo que permite un seguimiento detallado e identificación de factores de riesgo.

En cuanto a los entes territoriales, los entrevistados señalaron que cuentan con información sobre la implementación de programas de cesación del tabaquismo. Asimismo, mencionaron datos provenientes de la red pública, como prevalencia, incidencia, comportamiento de eventos, cohortes y grupos de riesgo. Entre otras fortalezas, destacaron los reportes epidemiológicos semanales, que permiten un monitoreo continuo de eventos de salud en el departamento; la información del DANE, aunque con rezagos; la disponibilidad de datos nominales por edad, sexo y grupos poblacionales; la capacidad de georreferenciación; y los indicadores de cobertura de tamización y estratificación del riesgo por localidades.

Desde los prestadores se señalaron como fortalezas la disponibilidad de datos recolectados en tiempo real en distintas instituciones, con procesos de verificación y limpieza que permiten realizar análisis comparativos entre instituciones y regiones. Destacaron la existencia de sistemas de información propios, capacidad de cruce entre fuentes, seguimiento por comuna y EPS, tableros de mando, parametrización de historia clínica, disponibilidad de indicadores para la toma de decisiones y sistemas que permiten consolidar e integrar diferentes fuentes de datos. Además, señalaron que la información disponible facilita la segmentación de pacientes en cohortes y subcohortes de riesgo, lo que permite personalizar rutas de atención. Asimismo, mencionaron la disponibilidad de sistemas interoperables que favorecen una gestión más automatizada y eficiente de pacientes. Finalmente, resaltaron registros detallados de mortalidad, ocupación hospitalaria, tiempos de atención y seguimiento manual estructurado de pacientes con ACV.

Las instituciones de investigación señalaron como fortalezas que algunas fuentes, como la información de calidad del aire y cambio climático proveniente de Establecimiento Público Ambiental (EPA) o del Ministerio de Ambiente, ofrecen datos completos. Destacaron que la información del Sisbén y SISPRO permite monitorear aspectos clave como bajo peso al nacer y morbilidad. En términos generales, señalaron que los datos administrativos en Colombia son relativamente buenos, especialmente en el régimen contributivo, lo que permite realizar análisis de carga de enfermedad y utilización de servicios. De igual forma, resaltaron la disponibilidad de datos confiables sobre mortalidad y afiliación al sistema de salud.

Por último, los expertos en factores de riesgo de ECV señalaron como fortalezas la existencia de guías y documentos nacionales que orientan la implementación de programas de cesación tabáquica; indicadores definidos para medir la efectividad de estos programas; y datos específicos sobre grado de tabaquismo, como el IPA, y su relación con otras enfermedades crónicas. Asimismo, destacaron la existencia de grupos de investigación robustos en universidades colombianas y los esfuerzos para generar datos locales sobre etiquetado y empaquetado de tabaco.

### 3.2.4. Debilidades de la información

A pesar de las fortalezas señaladas, los entrevistados identificaron debilidades importantes en la información disponible para el monitoreo de las ECV. Estas debilidades se relacionan con la falta de integración entre sistemas, problemas de calidad, oportunidad y acceso a los datos, dificultades para el seguimiento longitudinal, limitaciones en zonas rurales y poblaciones vulnerables, y bajo uso de la información para la toma de decisiones.

Desde las instituciones nacionales se destacó el limitado uso y aprovechamiento de la información en el nivel territorial, así como la falta de integración y acceso a información consolidada en algunos territorios. Se señalaron problemas constantes de calidad de los datos y falta de información en tiempo real. La recopilación de datos se ve afectada por la ausencia de un sistema interoperable y por retrasos en la consolidación de la información. Además, se mencionó que los datos rurales se encuentran incompletos y que existen problemas de subestimación en los RIPS.

Por otro lado, se reportó un exceso de reportes que no se analizan adecuadamente, lo que genera altos costos de transacción. Algunos entrevistados señalaron que los datos de la CAC no siempre son accesibles o utilizados por el MSPS, y que tanto los RIPS como la información de las RIAS presentan problemas de calidad y no siempre se usan para la toma de decisiones. Otras entidades nacionales señalaron limitaciones en el alcance de la información, como la falta de variables sobre tabaquismo o desenlaces cardiovasculares específicos, así como la dependencia de reportes de terceros, que puede generar inconsistencias.

Desde las aseguradoras, los entrevistados mencionaron la información limitada sobre factores de riesgo, la baja calidad de los datos en el régimen subsidiado, los problemas de historia clínica electrónica en zonas rurales y la falta de periodicidad de las encuestas poblacionales. También señalaron que la sensibilidad y privacidad de ciertos datos limitan el acceso a información específica de salud, dado que solo algunas personas dentro de la organización pueden consultarla. Además, indicaron que los datos de algunos prestadores, especialmente públicos, presentan problemas de precisión y calidad. La información clínica relevante, como hemoglobina glicosilada o niveles de colesterol, no siempre es accesible ni se reporta adecuadamente. A esto se suma que algunos prestadores no están alineados con los sistemas de las EPS o no utilizan sus plataformas de manera óptima, lo que limita la integralidad de la información y puede generar inconsistencias.

Los entes territoriales señalaron que, aunque existen informes generales de la red pública sobre tabaquismo y seguimiento de pacientes con este factor de riesgo, la información no se articula de manera suficiente para generar cohortes que permitan hacer seguimiento poblacional. Reportaron fragmentación y falta de interoperabilidad, asociadas con la ausencia de estandarización en la recolección de datos, subregistros, problemas de calidad y otros aspectos estructurales de los sistemas de información. Además, mencionaron dificultades para acceder a información de la población cotizante, lo que limita una visión integral de la salud en el municipio.

Desde los prestadores se mencionaron limitaciones en la disponibilidad y acceso a datos en tiempo real, lo que dificulta el seguimiento a la implementación efectiva de las políticas. Señalaron que la información no siempre es suficiente para evaluar el uso correcto de medicamentos en pacientes específicos, ni para analizar dificultades de acceso en distintas regiones. Adicionalmente, reportaron problemas con la actualización de direcciones, teléfonos y otros datos de contacto; demoras en la actualización de bases; y dificultades en la validación de diagnósticos. Las diferentes bases de datos no se encuentran completamente integradas, lo que dificulta la construcción de tableros eficientes. También se reportaron limitaciones en el cruce de datos con RIPS para generar análisis clínicos profundos y falta de interconexión con otras instituciones, lo que afecta el seguimiento de pacientes atendidos en diferentes lugares. Específicamente para ECV, se mencionó la ausencia de un sistema automatizado para ACV u otras enfermedades cardiovasculares, por lo que parte de la información se recopila manualmente, con riesgo de errores y pérdida de datos.

Las instituciones de investigación señalaron dificultades para realizar tamizajes, establecer líneas de base y monitorear cambios, debido a la falta de aliados y financiación. De igual forma, indicaron que algunas fuentes, como la CAC, no cuentan con información actualizada o presentan dificultades de acceso público. Además, mencionaron la falta de encuestas recientes sobre enfermedades crónicas y poblaciones con ECV, la baja calidad de los datos en el régimen

subsidiado y en poblaciones vulnerables, y la falta de información sobre regímenes especiales. Finalmente, señalaron una desarticulación entre investigadores y tomadores de decisiones, así como la falta de perfiles que integren una visión entre economía y salud.

Por último, los expertos en factores de riesgo de ECV señalaron dificultades en la recolección de datos sobre actividad física y otros estilos de vida saludables, así como la falta de datos integrados entre tabaquismo y otras enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión. De igual forma, indicaron que el consumo de cigarrillos electrónicos no se ha incorporado formalmente en los indicadores de salud, aunque se pregunta en la historia clínica. A ello se suman dificultades para compartir información entre instituciones, falta de estudios actualizados sobre el impacto de programas de tabaco en Colombia y deficiencias en la recolección de datos sobre cesación tabáquica, asociadas en parte con limitaciones de recursos para investigación.

### 3.2.5. Oportunidades para el mejoramiento de la información

Los entrevistados identificaron oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la disponibilidad, calidad, integración y uso de la información en salud cardiovascular. Estas oportunidades apuntan a pasar de un conjunto disperso de fuentes y reportes a un sistema de información más integrado, oportuno y útil para el monitoreo de las políticas y la toma de decisiones.

Desde las instituciones nacionales se sugirió mejorar la integración de los datos de la CAC con el MSPS, reducir el número de reportes y enfocar el seguimiento en indicadores clave útiles para la toma de decisiones. Se propuso mejorar la calidad de los datos generados por EPS e IPS, fortalecer la interoperabilidad entre bases de datos del gobierno y del sector privado, y asegurar que la información esté disponible y actualizada en tiempo real. Adicionalmente, se mencionó la importancia de ampliar los programas de rehabilitación cardiovascular en hospitales y centros ambulatorios, promover mayor acceso a programas preventivos para personas con riesgo medio o alto, fortalecer la capacitación en el uso de datos dentro del ámbito médico, desarrollar tableros en tiempo real, vincular datos con pagos para mejorar calidad, crear metas colectivas claras, mejorar incentivos para el reporte de información y reducir la carga administrativa para los médicos. Otras entidades nacionales destacaron la necesidad de incorporar variables más completas y específicas sobre otros desenlaces, ampliar herramientas tecnológicas para reducir errores humanos y promover mayor equidad en los incentivos, incluyendo a las IPS públicas.

Los aseguradores identificaron como relevante el desarrollo de un sistema unificado de información en el que IPS y aseguradores utilicen una misma plataforma para hacer seguimiento a los pacientes. También señalaron la necesidad de una mayor integración de los sistemas de información del sector salud para asegurar disponibilidad de los datos necesarios, mejorar el reporte de información clínica de las IPS públicas y permitir una caracterización más completa

y precisa de los pacientes. Además, propusieron avanzar en una mayor estandarización de los tipos de documentos aceptados y en la validación cruzada de datos entre EPS e IPS para mejorar la precisión del historial de afiliados.

Los entes territoriales señalaron la necesidad de promover el uso de datos centralizados para facilitar la toma de decisiones, especialmente mediante una mayor articulación entre actores del sistema de salud. También propusieron definir tipologías de datos unificadas y un lenguaje estándar que garantice compatibilidad entre sistemas. Asimismo, destacaron la importancia de que la información se utilice más allá del cumplimiento de requisitos contractuales. Algunos entrevistados mencionaron la necesidad de un sistema único de información en el que se pueda ingresar la caracterización del paciente y al que los prestadores puedan acceder para conocer sus riesgos y administrar de forma continua las intervenciones realizadas. Por último, sugirieron fortalecer la capacitación del personal en el uso y análisis de datos para mejorar la confiabilidad de la información y avanzar hacia un enfoque más preventivo.

Desde los prestadores se planteó la necesidad de avanzar en la digitalización de la información, facilitando la colaboración y el intercambio de datos. Propusieron implementar sistemas digitales que permitan un flujo continuo y automático de información; incrementar la educación de los profesionales de la salud sobre la importancia del registro y uso de datos; ampliar la cobertura geográfica e incluir más instituciones en los registros; realizar mesas frecuentes de calidad del dato para validar la información y reducir inconsistencias; integrar bases de datos para reducir tiempos de análisis; e implementar alertas automáticas que mejoren la adherencia a controles. En términos generales, se sugirió que el sistema de salud debería estar interconectado al menos en tres aspectos: imágenes diagnósticas, laboratorios y medicamentos. Esto permitiría un seguimiento más eficiente de los pacientes y evitaría la duplicación de esfuerzos.

Desde las instituciones de investigación se sugirió utilizar sistemas como los asociados con la Resolución 202 de 2021 para monitorear cambios en el riesgo cardiovascular y evidenciar impactos en estilos de vida mediante análisis longitudinales. También se recomendó fortalecer observatorios independientes del gobierno, vincular mejor a la academia con los tomadores de decisiones y realizar encuestas poblacionales sobre ECV, hipertensión y diabetes con mayor frecuencia y actualización. Adicionalmente, se propuso implementar mecanismos para mejorar la validez y confiabilidad de los datos administrativos, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables; empoderar a los prestadores para mejorar la calidad de sus datos; y ampliar el acceso a los microdatos de la CAC.

Finalmente, los expertos en factores de riesgo de ECV sugirieron actualizar y reforzar la normatividad para que la implementación de programas de cesación tabáquica sea obligatoria, así como incluir el consumo de cigarrillos electrónicos en los reportes de salud. También recomendaron mejorar la recolección y análisis de datos, asegurar la disponibilidad de

medicamentos y recursos para cesación tabáquica, y articular la información sobre tabaquismo con datos de ECV y otros factores de riesgo.

Los resultados de esta sección muestran que el país dispone de múltiples fuentes de información relevantes para el seguimiento de las ECV, incluyendo bases administrativas, reportes obligatorios, historias clínicas, encuestas, sistemas propios de EPS e IPS, información territorial y fuentes alternativas utilizadas por academia, sociedad civil y expertos en factores de riesgo. Esta diversidad constituye una fortaleza potencial para el monitoreo de las políticas cardiovasculares. No obstante, los entrevistados coinciden en que la fragmentación de los sistemas, la baja interoperabilidad, los problemas de calidad y oportunidad, el acceso desigual a los datos y la limitada capacidad de análisis reducen su utilidad para orientar decisiones. En este sentido, el reto no consiste únicamente en ampliar la disponibilidad de información, sino en mejorar su integración, estandarización, confiabilidad y uso efectivo, de manera que los datos permitan identificar riesgos, seguir cohortes, monitorear brechas de atención y retroalimentar oportunamente la gestión clínica, territorial e institucional.

### 3.3. Uso de datos para la toma de decisiones

Una vez identificadas las principales fuentes de información, así como sus fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, se indagó por el uso de los datos en la toma de decisiones. En general, los entrevistados señalaron que la información disponible cumple funciones relevantes para la planeación, el seguimiento, la regulación, la gestión del riesgo y la atención de pacientes. Sin embargo, se identificaron limitaciones asociadas con la fragmentación de los sistemas, la subutilización de la información y la sobrecarga de reportes, lo que reduce su impacto efectivo en las decisiones.

Desde las instituciones de orden nacional, los entrevistados reportaron que la información se utiliza para la creación y estandarización de lineamientos y encuestas relacionadas con las ENT, así como para justificar políticas públicas, entre ellas los impuestos al tabaco y distintas estrategias cardiovasculares. También señalaron que los datos permiten construir confianza entre actores del sistema, hacer seguimiento a los costos en las EPS y analizar el impacto financiero de enfermedades como la enfermedad renal crónica. Además, la información se emplea para procesos de evaluación y comparación, por ejemplo, al contrastar índices nacionales con los de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Los actores nacionales señalaron que el uso de datos permite identificar fallas en la recolección, calidad y accesibilidad de la información, lo que contribuye a orientar acciones de mejoramiento. Asimismo, destacaron que parte de su rol consiste en compartir datos con otras instituciones, como asociaciones médicas y hospitales locales. En términos generales, las fuentes de información en salud fueron reconocidas como insumos clave para la planificación,

el monitoreo y la regulación del sistema de salud. No obstante, uno de los entrevistados enfatizó que la fragmentación, la subutilización de los datos y la sobrecarga de reportes dificultan que esta información tenga un impacto real en la toma de decisiones.

Otras entidades nacionales señalaron que sus funciones incluyen la auditoría completa de los datos reportados —actualmente, el 100% de los casos para enfermedad renal crónica—, la generación de indicadores para monitorear y mejorar la gestión del riesgo, y la coordinación entre EPS e IPS para mejorar indicadores y estrategias de atención. En algunos casos, cuando las IPS lo solicitan, estas entidades brindan asesoría para mejorar su desempeño en los rankings.

Desde las aseguradoras, los entrevistados señalaron que los datos les permiten contar con información eficaz y unificada sobre los pacientes que reciben servicios. Esta información se utiliza para liderar el seguimiento de indicadores, auditar el desempeño de los prestadores en el modelo de atención cardiovascular y revisar tableros que permiten monitorear tanto los costos como la calidad de la atención. También señalaron que los datos permiten disponer de información sobre distintas enfermedades, generar reportes de pacientes y analizar elementos monetarios, así como barreras geográficas y tecnológicas que afectan el acceso a los servicios de salud.

Las aseguradoras reportaron el uso de plataformas de información para coordinarse con los prestadores, comunicar eventos críticos y evitar hospitalizaciones innecesarias. Adicionalmente, indicaron que utilizan datos sobre riesgo de hospitalización para priorizar la atención de pacientes en áreas donde la EPS cuenta con mayor capacidad de control o mejores recursos. Por ejemplo, algunos pacientes de alto riesgo tienen acceso a líneas telefónicas directas para recibir atención y prevenir hospitalizaciones, lo que también contribuye a reducir costos.

En cuanto a la interacción con otras entidades, las aseguradoras destacaron experiencias de integración de sistemas con algunas IPS que utilizan plataformas compartidas, lo que facilita el acceso mutuo a la información y permite mejorar la trazabilidad en la atención de los pacientes. Señalaron que comparten datos con la red de IPS y, en ocasiones, con el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente para la evaluación de casos de alto costo y riesgo.

Por su parte, los entes territoriales señalaron que utilizan el perfil epidemiológico para identificar las principales causas de morbimortalidad en el departamento o municipio y diseñar programas de salud pública. Sin embargo, reportaron un uso limitado de los datos para la toma de decisiones efectivas. En el caso específico de las ECV, algunos entrevistados señalaron que se busca que, una vez realizado el tamizaje e identificado el riesgo cardiovascular y metabólico, esta información pueda enviarse mediante una conexión directa entre el prestador y el PIC, mediada por la Secretaría de Salud. Posteriormente, la información debería ser remitida a la red

específica a la que pertenece el paciente, para facilitar su vinculación a programas de gestión del riesgo y promover un manejo oportuno, con acompañamiento desde la Secretaría.

Los entes territoriales también señalaron que centralizan información para diseñar programas y estrategias que luego son implementadas por las instituciones correspondientes. Además, supervisan y coordinan el flujo de datos desde las IPS y realizan seguimiento a los indicadores del PIC. Su rol incluye utilizar la información para la elaboración de políticas y la gestión de riesgos en salud. En el caso de las asistencias técnicas, algunos entrevistados reportaron el uso de formatos específicos para hacer seguimiento a la implementación de las RIAS. Esta información es enviada al área de epidemiología, donde se analiza para apoyar decisiones relevantes. Finalmente, señalaron que los datos también se utilizan para realizar priorizaciones basadas en el valor social, la carga de enfermedad, la alineación con el plan de desarrollo local y los recursos disponibles.

Desde los prestadores, los entrevistados indicaron que los datos se utilizan para decisiones clínicas y administrativas, como la prescripción de medicamentos, la programación de citas y la gestión de cohortes de riesgo. Además, se emplean para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica cardiovascular, identificar áreas de bajo desempeño, supervisar el cumplimiento de guías clínicas y apoyar decisiones estratégicas en salud. Entre estas decisiones se encuentran la planeación de tamizajes, el seguimiento a cohortes, la identificación de pacientes incidentes y la programación de visitas domiciliarias.

Los prestadores señalaron que los datos son utilizados como base para investigaciones científicas, generación de publicaciones y capacitación de profesionales. Además, la información sirve para educar a pacientes y equipos de salud, promoviendo mejores prácticas clínicas y mejores resultados en salud. Dentro de sus funciones, los entrevistados destacaron la supervisión del flujo de datos entre IPS, EPS y secretarías de salud; la coordinación de mesas de calidad del dato; la validación y ajuste de bases de datos; y la consolidación, análisis y reporte de información a las EAPB para el seguimiento de indicadores y la toma de decisiones de mejora. También mencionaron el uso de herramientas diseñadas por las secretarías de salud para cargar información del PIC, el intercambio de información con EPS y entes regulatorios bajo la normatividad vigente, y la recepción de reportes de EPS sobre cumplimiento de indicadores.

Desde las instituciones de investigación, los entrevistados mencionaron que los datos se utilizan para monitorear la situación de salud en distintos niveles —nacional, regional y local— y para proponer políticas y programas basados en evidencia. Este uso busca contribuir al diseño de políticas más efectivas y a la reducción de inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, los referentes en factores de riesgo de ECV señalaron que utilizan los datos para comprender el impacto de la industria tabacalera y del alcohol sobre la salud pública, generar estudios y evidencia para incidir en la formulación de políticas públicas, y participar en la difusión

de información hacia la sociedad civil y otros actores. A su vez, indicaron que encuestas y estudios han sido utilizados para apoyar la regulación del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco, así como para documentar la influencia de la industria tabacalera en las políticas públicas y formular recomendaciones basadas en evidencia.

### 3.4. Aprendizajes desde las políticas de cáncer y salud mental en Colombia

Como ejercicio complementario, se realizaron entrevistas a expertos vinculados con la formulación o implementación de las políticas de cáncer y salud mental en Colombia. El propósito de esta aproximación fue identificar barreras y facilitadores comunes en otros campos de política pública en salud, así como posibles aprendizajes para fortalecer el monitoreo y la toma de decisiones en salud cardiovascular.

En el caso de cáncer, los entrevistados señalaron barreras relacionadas con la ausencia de financiamiento específico para implementar los planes, la definición de metas poco realistas desde el nivel nacional y la discontinuidad institucional. Desde la perspectiva de una organización de la sociedad civil, también se identificaron como retos la fragmentación y resistencia en el manejo de la información, las desigualdades territoriales en infraestructura y tecnología, y la alta rotación del talento humano en salud.

Frente a estas barreras, los entrevistados destacaron varios facilitadores. Entre ellos se encuentran la creciente articulación multisectorial basada en la confianza, el apoyo técnico internacional para fortalecer capacidades locales y las estrategias de implementación “de abajo hacia arriba”, que permiten adaptar las soluciones a las necesidades municipales y avanzar mediante metas incrementales. Asimismo, se resaltó el uso de herramientas tecnológicas, como tableros de control, que han contribuido a mejorar la integración y el monitoreo de información crítica para la gestión del cáncer en el país.

En salud mental, las principales barreras reportadas se relacionan con un enfoque predominantemente reactivo, una marcada fragmentación institucional —tanto entre sectores como al interior del propio MSPS— y una financiación insuficiente, que limita las acciones de prevención, promoción y fortalecimiento de la capacidad instalada, especialmente en zonas rurales. A estas dificultades se suman el estigma persistente, la alta rotación de funcionarios, la falta de formación técnica en los territorios, la debilidad de los indicadores —centrados principalmente en procesos— y las tensiones entre niveles de gobierno.

No obstante, los entrevistados también identificaron facilitadores relevantes para la política de salud mental. Entre ellos se encuentran la mayor conciencia social posterior a la pandemia, la existencia de un marco normativo robusto, la participación activa de organizaciones sociales y gobiernos locales, el impulso de lineamientos internacionales y el apoyo de organismos multilaterales. Estos elementos han contribuido a fortalecer el enfoque comunitario y la articulación con otros sectores, en particular con el sector educativo.

En conjunto, las entrevistas sobre cáncer y salud mental muestran que los retos de implementación y monitoreo no son exclusivos de las ECV. En los tres campos aparecen desafíos comunes relacionados con fragmentación institucional, financiamiento insuficiente, desigualdades territoriales, debilidades en los sistemas de información, rotación del talento humano y dificultades para traducir lineamientos nacionales en acciones sostenibles en los territorios. Al mismo tiempo, estas experiencias sugieren oportunidades relevantes: fortalecer la articulación multisectorial, adaptar las estrategias a las capacidades locales, avanzar con metas graduales y realistas, mejorar el uso de herramientas tecnológicas para el seguimiento y promover una mayor conexión entre información, gestión e implementación.

Estos hallazgos cierran la sección de resultados y permiten avanzar hacia la discusión del documento, centrada en los elementos necesarios para fortalecer el monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia y mejorar su uso en la toma de decisiones.

## 4. Discusión

Los resultados de este documento muestran que Colombia cuenta con un conjunto amplio de instrumentos normativos, fuentes de información, experiencias institucionales y capacidades técnicas relacionadas con la salud cardiovascular. Sin embargo, estos elementos no configuran todavía un sistema integrado de monitoreo que permita seguir de manera continua la implementación de las políticas de ECV, identificar brechas de acceso y calidad, orientar acciones correctivas y retroalimentar la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema de salud.

El país no parte de cero. Los actores entrevistados reconocen avances importantes en la existencia de rutas, guías, normativas, reportes obligatorios, bases administrativas, sistemas propios de aseguradores y prestadores, y experiencias territoriales orientadas a la gestión del riesgo cardiovascular. Instrumentos como la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 202 de 2021, las RIAS, el PDSP, las guías de práctica clínica y la información de la Cuenta de Alto Costo han contribuido a ordenar algunos componentes de la atención, el reporte y el seguimiento de enfermedades crónicas y factores de riesgo. También se identifican avances regulatorios en

factores de riesgo, como el control del tabaco, los espacios libres de humo, la regulación de cigarrillos electrónicos y las políticas de impuestos sanitarios al tabaco.

No obstante, la existencia de estos instrumentos no garantiza por sí misma un monitoreo efectivo. Los hallazgos muestran una distancia entre contar con normativas, indicadores y fuentes de información, y lograr que estos elementos funcionen como una arquitectura articulada para orientar decisiones. En la práctica, los entrevistados describen un sistema fragmentado, con múltiples reportes, diferentes requerimientos entre actores, debilidades de interoperabilidad, uso desigual de los datos y limitada retroalimentación para la mejora de la atención. Esta fragmentación afecta la posibilidad de seguir la trayectoria completa del paciente y de conectar acciones de prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, desenlaces en salud y costos.

Un sistema de monitoreo para políticas cardiovasculares requiere mayor claridad sobre qué se quiere monitorear y para qué. Aunque existen indicadores relacionados con hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, tamizaje, riesgo cardiovascular, mortalidad, costos y oportunidad de la atención, varios entrevistados señalaron la ausencia de metas colectivas claras y de indicadores más específicos para desenlaces cardiovasculares, eventos agudos, factores de riesgo y continuidad del cuidado. Esto sugiere la necesidad de avanzar hacia un conjunto estratégico de indicadores trazadores que permita evaluar la implementación de la política a lo largo del continuo de atención, más allá del cumplimiento de reportes o actividades aisladas.

El monitoreo también requiere fortalecer la integración de las fuentes de información. Las entrevistas muestran que los actores utilizan una diversidad de fuentes, como RIPS, CAC, Resolución 202 de 2021, historias clínicas, bases de EPS e IPS, SISPRO, Sivigila, encuestas nacionales, información territorial, datos de facturación, laboratorios, imágenes diagnósticas y sistemas propios. Esta diversidad puede ser una fortaleza, en la medida en que ofrece múltiples puntos de observación sobre el sistema. Sin embargo, se convierte en una limitación cuando las fuentes no se comunican entre sí, presentan problemas de calidad o no permiten hacer seguimiento longitudinal de los pacientes. De manera recurrente, los entrevistados señalaron la necesidad de mejorar la interoperabilidad, estandarizar definiciones, reducir duplicidades y permitir que la información fluya entre aseguradores, prestadores, entidades territoriales y autoridades nacionales.

La calidad, oportunidad y completitud del dato aparecen como condiciones esenciales para que el monitoreo sea útil. Aunque algunos actores, especialmente aseguradores y prestadores, reportan contar con sistemas propios que permiten seguimiento en tiempo real, esta capacidad no es homogénea. Persisten limitaciones en zonas rurales, IPS públicas, régimen subsidiado y poblaciones vulnerables. También se identifican problemas de subregistro, actualización tardía, datos incompletos, baja calidad de historias clínicas electrónicas, ausencia de variables clínicas

relevantes y falta de información sobre algunos factores de riesgo y desenlaces específicos. Estas brechas limitan la capacidad de producir diagnósticos oportunos, identificar pacientes en riesgo, monitorear la adherencia a rutas y evaluar resultados.

Un elemento central es el uso efectivo de la información para la toma de decisiones. Los resultados muestran que los datos sí se usan, pero de forma heterogénea. Las entidades nacionales los utilizan para formular lineamientos, apoyar políticas públicas, hacer auditorías y monitorear enfermedades de alto costo. Las aseguradoras los emplean para segmentar pacientes, auditar prestadores, priorizar riesgos y reducir hospitalizaciones evitables. Los entes territoriales los usan para perfiles epidemiológicos, seguimiento del PIC y priorización de intervenciones. Los prestadores los utilizan para decisiones clínicas y administrativas, seguimiento de cohortes, programación de citas, tamizajes y evaluación de calidad. La academia y los expertos en factores de riesgo los emplean para generar evidencia, evaluar políticas y formular recomendaciones.

Sin embargo, este uso no siempre se traduce en decisiones coordinadas ni en cambios sostenidos en la implementación. Varios entrevistados señalaron que la información se utiliza de manera limitada, especialmente en el nivel territorial, y que persiste una lógica de reporte más orientada al cumplimiento que al aprendizaje y la mejora. Esta tensión es clave: un sistema de monitoreo no debe limitarse a recolectar datos, sino generar información accionable, con mecanismos de análisis, retroalimentación y seguimiento. Para ello se requieren espacios institucionales donde los actores revisen periódicamente los resultados, identifiquen brechas, acuerden ajustes y hagan seguimiento a las decisiones tomadas.

El fortalecimiento del monitoreo cardiovascular también exige una gobernanza más clara de la información. Los hallazgos muestran que existen múltiples actores con responsabilidades parciales: MSPS, entidades nacionales, EPS, IPS, secretarías de salud, academia, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, no siempre son claros los roles, flujos de información, responsabilidades de análisis ni mecanismos de articulación. La falta de coordinación entre niveles de gobierno, la fragmentación entre aseguradores y prestadores, la rotación del talento humano, la limitada capacidad técnica territorial y la desconfianza entre actores dificultan la consolidación de un sistema común de seguimiento. En este sentido, mejorar el monitoreo implica no solo fortalecer bases de datos, sino también definir reglas de coordinación, responsabilidades institucionales y mecanismos de rendición de cuentas.

Otro desafío relevante es conectar la gestión individual del riesgo con una mirada poblacional y territorial. Los entrevistados señalaron avances en la identificación de pacientes con hipertensión, diabetes, tabaquismo y otros factores de riesgo, así como en la segmentación de cohortes y el seguimiento de pacientes de alto riesgo. Sin embargo, también se identificó una falta de integración entre la gestión poblacional y la gestión individual, lo que limita la

continuidad del cuidado. Un sistema de monitoreo más robusto debería permitir observar tanto el desempeño de la atención individual como las brechas poblacionales por territorio, régimen de afiliación, ruralidad, grupo poblacional y nivel de riesgo.

Las entrevistas sobre cáncer y salud mental refuerzan esta interpretación. Aunque se trata de campos de política distintos, los expertos identificaron barreras similares a las observadas en ECV: financiamiento insuficiente, fragmentación institucional, debilidad en la articulación intersectorial, alta rotación del talento humano, desigualdades territoriales y problemas en la integración de la información. Al mismo tiempo, estas experiencias muestran facilitadores relevantes para avanzar, como el apoyo técnico internacional, la participación de la sociedad civil, la articulación multisectorial, las estrategias territoriales adaptadas a capacidades locales, las metas graduales y el uso de herramientas tecnológicas para el monitoreo.

Este análisis debe interpretarse a la luz de algunas limitaciones. Los resultados se basan en entrevistas semiestructuradas y, por tanto, recogen percepciones y experiencias de actores clave, más que una medición directa del desempeño de las políticas o de los sistemas de información. Además, aunque se incluyeron actores de distintos niveles y roles del sistema de salud, las entrevistas no capturan de manera exhaustiva toda la diversidad territorial e institucional del país. Finalmente, el componente comparativo con cáncer y salud mental tuvo un alcance complementario, orientado a identificar aprendizajes y no a realizar una comparación sistemática entre áreas de política pública. Aun así, los hallazgos permiten reconocer patrones, tensiones y oportunidades relevantes para fortalecer el monitoreo de las políticas cardiovasculares.

En conjunto, los resultados sugieren que mejorar el monitoreo de las políticas de ECV en Colombia requiere avanzar en varios frentes complementarios: definir metas claras e indicadores trazadores; fortalecer la interoperabilidad y calidad de las fuentes existentes; mejorar la oportunidad de la información; desarrollar capacidades técnicas en territorios, prestadores y aseguradores; y establecer mecanismos de retroalimentación que conecten los datos con decisiones concretas de política, gestión y atención. El reto, por tanto, no es únicamente producir más información, sino construir un sistema que convierta los datos disponibles en decisiones útiles para orientar recursos, mejorar la gestión del riesgo, cerrar brechas territoriales y fortalecer la respuesta del sistema de salud frente a la carga de las enfermedades cardiovasculares.

## 5. Conclusiones e implicaciones para el monitoreo de las políticas de ECV

Este documento analizó, desde la perspectiva de actores clave del sistema de salud, los elementos institucionales, operativos y de información necesarios para fortalecer el monitoreo de las políticas de salud cardiovascular en Colombia y mejorar su uso en la toma de decisiones. Los hallazgos muestran que el país cuenta con una base normativa, programática y de información relevante para el abordaje de las ECV, pero que estos elementos aún no funcionan como un sistema integrado de monitoreo orientado a la acción.

Las entrevistas permitieron identificar la importancia de instrumentos como las RIAS, el PDSP, la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 202 de 2021, la CAC, las guías de práctica clínica y las normativas asociadas con factores de riesgo como el consumo de tabaco. Estos instrumentos han contribuido a ordenar componentes de la atención, el reporte y el seguimiento de condiciones asociadas con las ECV. Sin embargo, los resultados también muestran que la existencia de normas, indicadores y fuentes de información no garantiza, por sí sola, la implementación efectiva ni el uso sistemático de los datos para tomar decisiones.

Un primer elemento crítico para fortalecer el monitoreo es avanzar hacia una arquitectura común de seguimiento, con metas claras, indicadores trazadores y responsabilidades definidas entre actores. Actualmente, el monitoreo de las ECV se apoya en múltiples fuentes e indicadores, pero estos se encuentran dispersos y no siempre permiten seguir la trayectoria completa de los pacientes ni conectar prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, desenlaces, costos y equidad. Por ello, el fortalecimiento del monitoreo requiere pasar de un esquema centrado en reportes fragmentados a un sistema que permita observar el desempeño de la política cardiovascular a lo largo del continuo de atención.

Un segundo elemento es mejorar la calidad, oportunidad, interoperabilidad y uso de los datos. Los actores entrevistados reconocen avances importantes en el desarrollo de sistemas propios, tableros de control, auditorías, bases administrativas, registros clínicos y mecanismos de seguimiento. No obstante, persisten problemas de fragmentación, subregistro, baja calidad de los datos, limitada disponibilidad en tiempo real, dificultades de acceso a información consolidada y brechas en zonas rurales, IPS públicas, régimen subsidiado y poblaciones vulnerables. Estas limitaciones reducen la capacidad del sistema para identificar riesgos oportunamente, monitorear brechas de atención y orientar acciones correctivas.

Un tercer elemento es fortalecer la gobernanza del monitoreo desde una perspectiva de actores. El nivel nacional tiene un rol central en la definición de lineamientos, metas, incentivos, estándares de información y mecanismos de articulación. Los entes territoriales son clave para adaptar el monitoreo a las necesidades locales, priorizar intervenciones y hacer seguimiento a la implementación. Las aseguradoras y prestadores cumplen un papel fundamental en la

generación, reporte, análisis y uso de datos clínicos y administrativos para la gestión del riesgo y la mejora de la atención. La academia, las sociedades científicas y la sociedad civil aportan capacidades de análisis, generación de evidencia, veeduría y traducción del conocimiento hacia la política pública. Un sistema de monitoreo más robusto requiere conectar estos roles, reducir duplicidades y crear espacios de retroalimentación periódica entre actores.

Los hallazgos también muestran que las dificultades observadas en ECV no son exclusivas de este campo. Las entrevistas sobre cáncer y salud mental evidenciaron desafíos similares relacionados con fragmentación institucional, financiamiento insuficiente, desigualdades territoriales, rotación del talento humano, debilidades en la información y dificultades para traducir lineamientos nacionales en acciones sostenibles. Al mismo tiempo, estas experiencias muestran facilitadores relevantes, como la articulación multisectorial, el apoyo técnico internacional, la participación de la sociedad civil, el uso de herramientas tecnológicas y la adaptación de estrategias a las capacidades locales.

En conclusión, el reto central no es sólo producir más datos, sino transformar la información existente en decisiones oportunas, coordinadas y orientadas a mejorar la prevención, la atención, la continuidad del cuidado y los resultados en salud cardiovascular. Colombia cuenta con instrumentos, fuentes y experiencias que pueden servir como punto de partida. Sin embargo, fortalecer el monitoreo de las políticas de ECV requiere integrar mejor los datos, definir indicadores estratégicos, mejorar la interoperabilidad, desarrollar capacidades territoriales y establecer mecanismos de gobernanza que permitan que la información se traduzca en decisiones efectivas para el sistema de salud.

## 6. Referencias

Bullock, H. L., Lavis, J. N., Wilson, M. G., Mulvale, G., & Miatello, A. (2021). Understanding the implementation of evidence-informed policies and practices from a policy perspective: a critical interpretive synthesis. *Springer*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S13012-021-01082-7>

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. (2009). Ley 1335 de 2009. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36878>

Congreso de la República de Colombia. (2024). Ley 2354 de 2024 . <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=240576>

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>

Ministerio de Hacienda/Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Resolución 185 de 2017. [https://normograma.adres.gov.co/compilacion/docs/resolucion\\_minhacienda\\_0185\\_2017.htm](https://normograma.adres.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minhacienda_0185_2017.htm)

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. (2018). Resolución 3280 de 2018. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

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

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



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)

