

MONITOREO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA CARDIOVASCULAR EN COLOMBIA



¿POR QUÉ MONITOREAR?

1. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) fueron la principal causa de muerte en el mundo para 2019. En Colombia, las enfermedades del sistema circulatorio, produjeron en 2021 el 26,01% de las muertes en la población general.
2. En el país, las ECV se encuentran priorizadas dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y existen indicadores diseñados para monitorear el cumplimiento en la implementación de las actividades relacionadas con ECV.
3. A pesar de que la prevención de las ECV se encuentra priorizada, de contar con sistemas de reporte rutinario y definición de indicadores, **existen oportunidades para un uso más integrado de los datos disponibles que soporten la toma de decisiones.**

ESTADO ACTUAL DE LAS ECV EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Podemos calcular la proporción de personas con tamizaje de factores de riesgo cardiovascular y metabólico.

1. Para el periodo entre 2015-2022, las personas de 29 o más años presentaron mayores tasas de tamización. Entre el 26.5% (2020) y el 40.37% (2022) recibieron al menos un procedimiento de tamización. Por otro lado, por cada mil jóvenes (entre 18 y 28 años), al menos a 114 se les ha realizado al menos uno de los procedimientos de tamización anualmente.
2. La tamización más frecuente en la juventud es la glicemia, mientras que los mayores a 28 años se observan cifras casi idénticas para la tamización de glucosa, colesterol total y de alta densidad y triglicéridos.

Podemos armar el seguimiento a la cohorte: de personas captadas con HTA

1. El número de pacientes con diagnóstico de HTA en alguna de sus atenciones médicas va creciendo a través de los años.
1. En 2021, por cada 100 de estas personas, alrededor de 86% (84% en 2022) tienen diagnóstico confirmado de HTA, y de estas el 91% (88% en 2022) tiene un reporte de datos válidos de sus cifras tensionales. Por cada persona con datos válidos, el 76% en 2021 y el 78% en 2022 tenía cifras tensionales controladas.

A pesar de lo anterior, se observa una tendencia al aumento en el número de personas que utilizan los servicios de urgencia por cardiopatía coronaria y eventos cerebrovasculares.

MONITOREO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA CARDIOVASCULAR EN COLOMBIA



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La información disponible de reporte rutinario, aporta evidencia relevante para la toma de decisiones.
2. Se muestran ejemplos para monitorear las intervenciones a factores de riesgo y a personas con HTA.
3. La integración de la información permite ganar un entendimiento mayor de la situación de salud cardiovascular.

AUTORES

Sandra Camacho, Investigadora Asociada de PROESA

Cristian Corrales, Investigador de PROESA

Laura Romero, Investigadora de PROESA

Victoria Eugenia Soto, Directora de PROESA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Carlos Cárdenas (Investigador de PROESA) por su apoyo en el cálculo de indicadores para el presente documento.



Políticas en Breve - Edición # 12
Monitoreo a la implementación de la política cardiovascular en Colombia

Sandra Camacho, Cristian Corrales, Laura Romero, Victoria Eugenia Soto

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2024
ISSN: 2256-4063 (En línea)

Palabras claves: 1.Cardiovascular | 2. Política | 3. Salud | 4. Economía

Primera publicación: Septiembre de 2020
Edición # 12: junio 2024

© Universidad Icesi © PROESA
Facultad de Ciencias de la Salud

Rector: Esteban Piedrahita Uribe

Secretaria General: Olga Patricia Ramírez Restrepo

Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano

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

-

Comité Editorial: Victoria Eugenia Soto, Laura Romero, Irieleth Gallo,
Juan Camilo Herrera, Gina Marcela Calderón.

Edición: Sandra Camacho, Cristian Corrales, Laura Romero, Victoria Eugenia Soto.

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño y Diagramación: Sandra Marcela Moreno

Cómo citar:

Camacho, S., Corrales, C., Romero, L. & Soto, VE. (2024), Monitoreo a la implementación de la política cardiovascular en Colombia, PROESA, Política en Breve No. 12. Disponible en: www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/politicas-en-breve.php

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

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.

MONITOREO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA CARDIOVASCULAR EN COLOMBIA

Sandra Camacho
Investigadora Asociada
de PROESA

Cristian Corrales
Investigador de PROESA

Laura Romero
Investigadora de PROESA

Victoria Eugenia Soto
Directora de PROESA

1. ¿Por qué monitorear la situación de las enfermedades cardiovasculares?

En 2019, **las enfermedades cardiovasculares (ECV) fueron la principal causa de muerte en el mundo**, principalmente a causa de cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular (Organización Mundial de la Salud, 2020). En Colombia, entre 2005 y 2021, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de muerte para la población general, produciendo en 2021 el 26,01% de las muertes y el 20,05% de los Años de Vida Potencialmente Perdidos -AVPP- (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

El problema está reconocido por el **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 como una prioridad**, proponiendo la reducción de años de vida ajustados por discapacidad atribuidos a evento cerebrovascular, cardiopatía hipertensiva y enfermedad renal crónica, así como el aumento de la tasa de captación para la hipertensión arterial y la reducción de la prevalencia de consumo de tabaco (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

La Política de Atención integral, reconoce la necesidad de integrar y articular las atenciones colectivas, bajo responsabilidad de las Secretarías de Salud, con las atenciones individuales, de detección temprana y de prevención secundaria, a cargo de los aseguradores y prestadores de servicios de salud. Esta articulación es especialmente necesaria para el tratamiento y prevención de las ECV, cuya multicausalidad requiere de un abordaje desde múltiples dimensiones (Organización Mundial de la Salud, 2013).

A pesar de la prioridad establecida para prevenir las ECV, de contar con sistemas de reporte rutinario y definición de indicadores, **hay oportunidades para un uso más integrado de los datos disponibles**, para que estos transformados en información soporten la toma de decisiones de todas las instituciones involucradas en su gestión.

Esta Política en Breve busca mostrar las **posibilidades para entender la situación actual de la ECV y hacer seguimiento a la implementación de la política cardiovascular**. Con base en la información disponible, se hace un ejercicio para un segmento poblacional, mostrando el potencial para generar información relevante, en todos los momentos de la historia natural de la enfermedad y a manera de cohorte.

2. Estado actual de la ECV en la población estudiada

2.1. Fuentes de información

De acuerdo con la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, y al documento de Valoración del riesgo cardiovascular y metabólico elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2023) las aseguradoras en salud, las entidades territoriales y los prestadores de servicios en salud, realizarán análisis conjuntos acerca de la cobertura y los resultados en la identificación del riesgo cardiovascular con el objetivo de determinar las necesidades de intervención y de esta manera mantener a la población sana y gestionar los riesgos oportunamente.

En ese sentido, se han formulado indicadores que permiten monitorear el cumplimiento en la implementación de las atenciones relacionadas con ECV. La fuente principal para el cálculo de estos indicadores es el anexo técnico definido en la Resolución 202 expedida por el MSPS el 23 de febrero de 2021. En dicho acto administrativo, se define la estructura para el registro por persona de las actividades de protección específica y detección temprana. Es importante mencionar que debido a la falta de disponibilidad de la información definida en la Resolución 202 de 2021, los indicadores son calculados usando como fuente la información proporcionada por esta aseguradora al MSPS para el estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Una segunda fuente de información para el cálculo de los indicadores de seguimiento y monitoreo a la implementación de las atenciones es la información reportada por las aseguradoras a la Cuenta de Alto Costo (CAC) relacionada con Enfermedad Renal Crónica (ERC), cuya estructura se define en la Resolución 2463 de 2014. Finalmente, para el cálculo del número de afiliados activos por cada EPS, EPS-S y EOC, en cada grupo de edad, la fuente de información corresponde a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

2.2. Indicadores

A continuación, se presenta el cálculo de los indicadores para el seguimiento y el monitoreo utilizando la información de una aseguradora para el periodo 2015 – 2022.

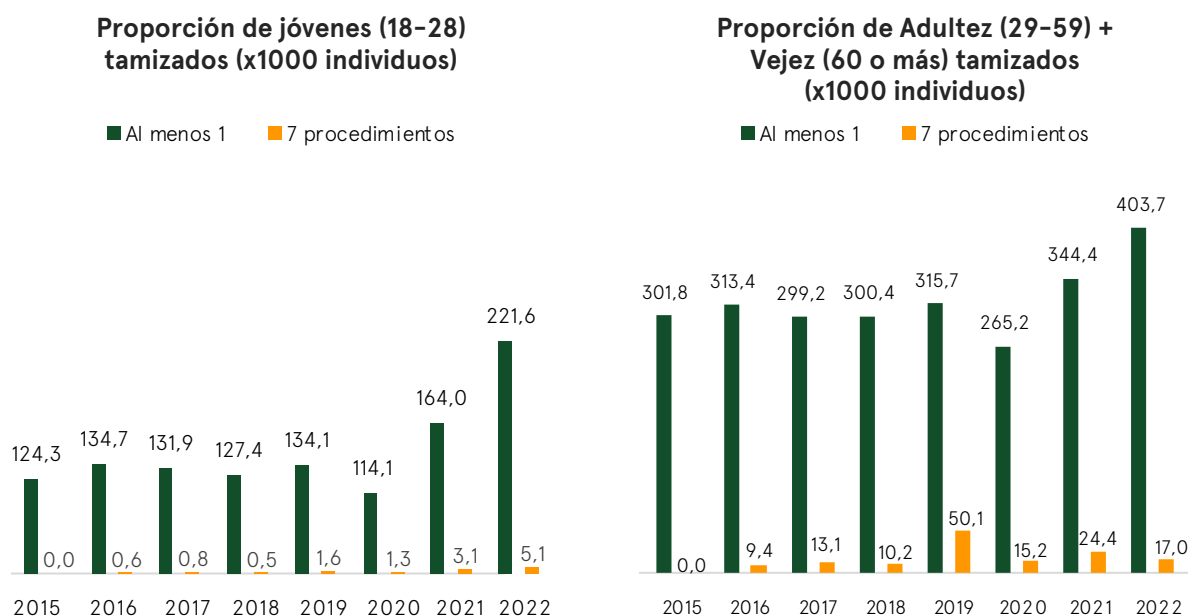
2.2.1. Proporción de personas con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico.

Se calcula la proporción de personas tamizadas para diferentes aspectos de su riesgo cardiovascular y metabólico de acuerdo con los momentos del curso de vida. De acuerdo con los indicadores definidos por el MSPS, el número de personas tamizadas, corresponde a aquellas personas con utilización de cada uno de los siguientes procedimientos reportados en un periodo de tiempo no mayor a tres meses.

Tabla 1. Procedimientos para tamización (CUPS)

1. Uroanálisis (90.7.1.06)
2. Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina (90.3.8.41)
3. Creatinina en suero u otros fluidos (90.3.8.95)
4. Colesterol total (90.3.8.18)
5. Colesterol de baja densidad semiautomatizado (90.3.8.16)
6. Colesterol de alta densidad (90.3.8.15)
7. Triglicéridos (90.3.8.68)

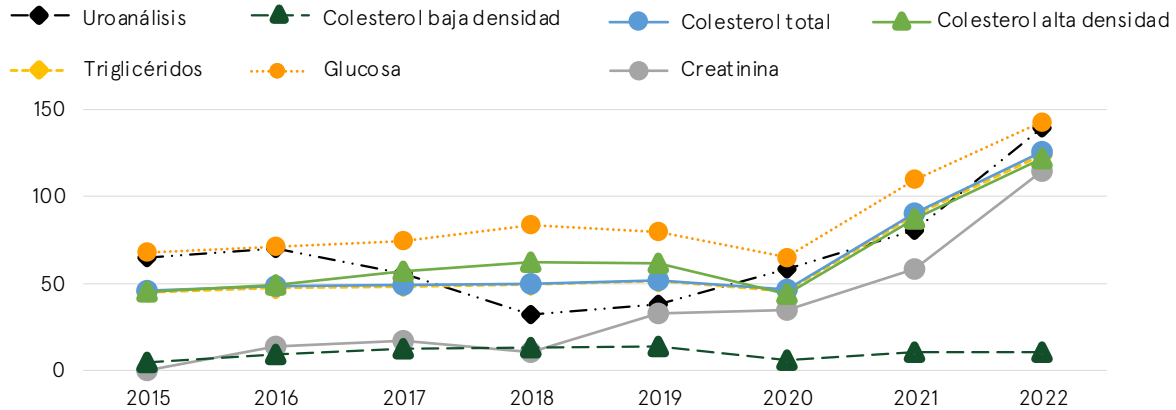
La Figura 1, muestra los resultados para Juventud (18–28 años) en la parte izquierda y para Adultez (29 años – 59 años) y Vejez (60 años o más) en la parte derecha. Como aproximación al indicador definido, se cuentan las personas que recibieron las atenciones médicas de la Tabla 1 en cada año observado. Las barras azules representan la proporción de personas a quienes se les realizaron los 7 procedimientos, mientras que las barras naranjas muestran la proporción de personas con al menos uno de ellos.

Figura 1. Proporción de personas tamizadas


Se observa que, durante el periodo 2015 – 2022, por cada mil jóvenes, se les hizo al menos a 114 la tamización con alguno de los procedimientos. El año 2022, muestra la tasa de tamización más alta con 222 jóvenes por cada mil. Sin embargo, al observar la tamización con los 7 procedimientos (como lo indica la RIA), se evidencia una proporción menor de personas. El 2021 exhibe la tasa más alta con el 0.31%, mientras que, por ejemplo, en el año 2015, a ninguna persona se le realizaron los 7 procedimientos.

Entre los procedimientos más frecuentes se encuentra la medición de glicemia que se realiza entre el 6.5% y 14,3% de los jóvenes (Figura 2). Seguido de los procedimientos de triglicéridos, colesterol total y colesterol de alta densidad que se aplican juntos.

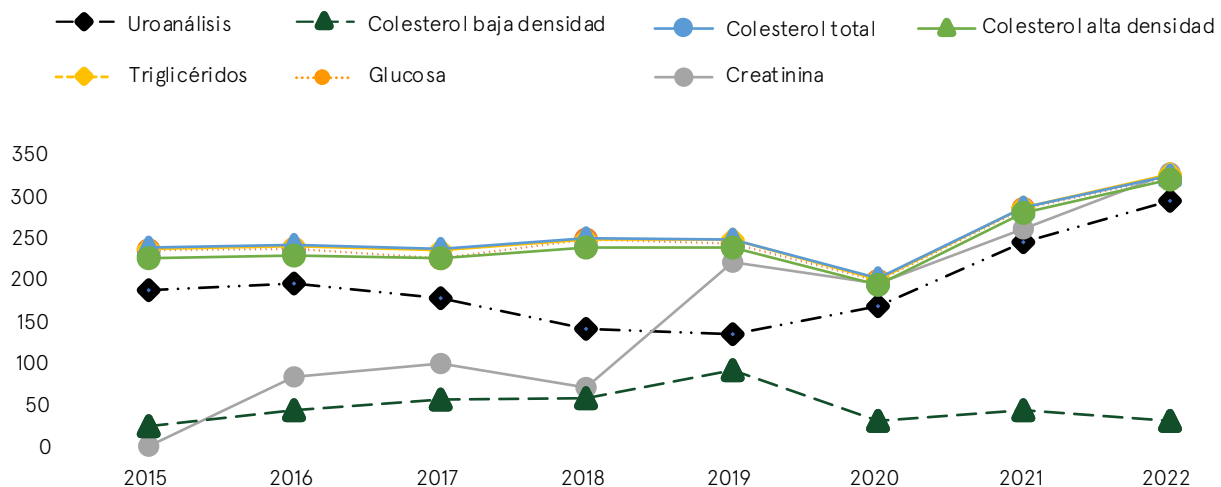
Figura 2. Tamizaje por cada procedimiento - Juventud



Por su parte, las personas de 29 o más años presentan mayores tasas de tamización. Se observa, en La Figura 1 que entre el 2015 y 2022, se realizó la tamización con 7 procedimientos a una proporción entre el 0.9% y el 5% en el mismo periodo de tiempo. Sin embargo, cabe denotar que en 2015 ninguna persona en este rango de edad recibió todos los procedimientos.

Se observa, además, que la proporción de personas que recibió al menos uno de los procedimientos se ubica entre el 26.5% y el 40.37% de las personas, presentando el año 2022 la mayor tasa de tamización. La Figura 3, muestra que los procedimientos con mayor aplicación son colesterol total, colesterol de alta densidad y triglicéridos, mientras que colesterol de baja densidad es el de menor proporción observada.

Figura 3. Tamizaje por cada procedimiento - Adulthood + Vejez



2.2.2. Proporción de personas identificadas con dislipidemia

El seguimiento y monitoreo a la implementación de las atenciones de la RIAS tiene como hito identificar personas con riesgo comportamental metabólico. Entre los indicadores propuestos se tiene calcular el porcentaje de personas de 18 años o más identificadas con dislipidemia según criterios de laboratorio. La fuente para calcular este indicador es la información dispuesta en la Resolución 202 de 2021. Sin embargo, una aproximación al cálculo de este indicador se realiza utilizando la información para el cálculo de la UPC. Como ejemplo, se muestran los resultados para una aseguradora en la Figura 4.

Para el cálculo del indicador se utiliza las personas diagnosticadas con dislipidemia con los códigos CIE10 que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Códigos CIE10 - Dislipidemia

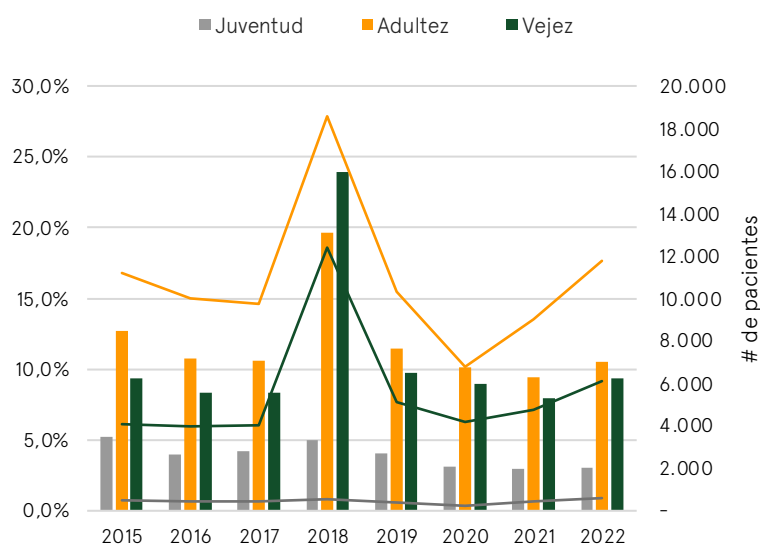
Código CIE10	Diagnóstico
E780	Hipercolesterolemia pura
E782	Hiperlipidemia mixta
E784	Otra hiperlipidemia
E785	Hiperlipidemia no especificada
E788	Otros trastornos del metabolismo de las lipoproteínas
E789	Trastorno del metabolismo de las lipoproteínas, no especificado

La Figura 4 muestra la proporción de personas tamizadas que obtuvieron un diagnóstico de dislipidemia para cada año observado y por cada grupo de edad. Se observa que, para todos los años, excepto 2018, la mayor proporción de personas tamizadas que fueron diagnosticadas con dislipidemia se encuentra en el rango de edad de 29 a 59 años (Adultez). La mayor positividad de este grupo etario se alcanza en 2018, donde se diagnosticó a un 19.6% de las personas tamizadas.

Las personas con 60 años o más (Vejez), también alcanzan el pico de positividad para dislipidemia en el 2018, donde se diagnosticó al 24% de las personas tamizadas. Mientras que los jóvenes presentan una proporción entre el 3% y el 5.2%.

Para los tres grupos de edad observados, se evidencia una disminución de la positividad para dislipidemia entre 2019 y 2022, encontrando en estos últimos años los menores valores para Juventud (3%), Adultez (10.1%) y Vejez (9.4%).

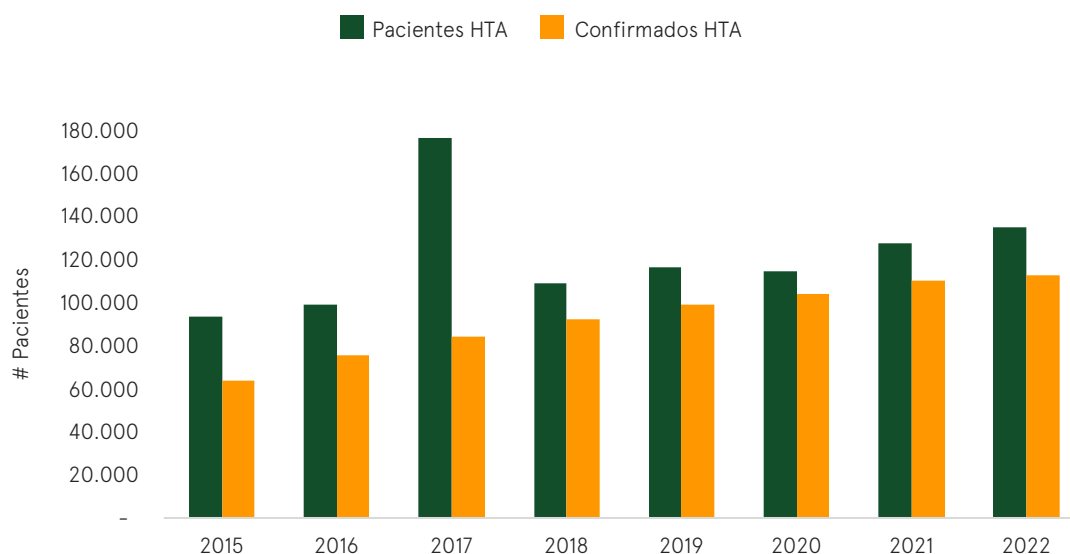
Figura 4. Proporción de personas identificadas con dislipidemia



2.2.3. Proporción de personas captadas con HTA y personas con HTA controladas

Se puede hacer seguimiento a las personas captadas con HTA. La Figura 5 muestra el número de personas con diagnóstico de HTA reportado.

Figura 5. Pacientes diagnosticados con HTA

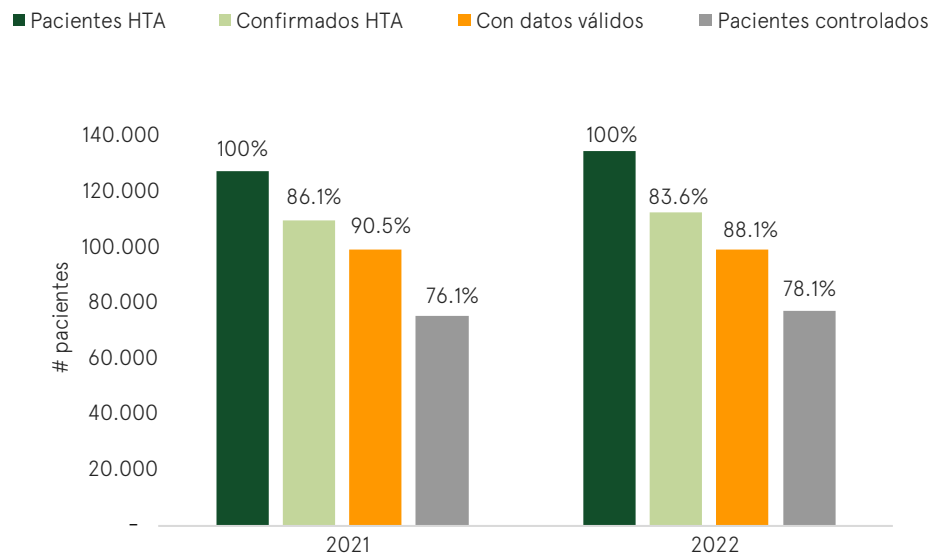


Se utilizan dos fuentes de información para calcular el número de pacientes diagnosticados con HTA. En primer lugar, utilizamos la información para el cálculo de la UPC, para identificar a las personas que tuvieron un diagnóstico de HTA (CIE10) en cualquiera de sus atenciones médicas en cada año (barras azules). Por otra parte, identificamos a las personas reportadas en la base de datos que se reporta a la CAC por ERC en cada año (disponibles 2021 y 2022). Los segundos son los denominados pacientes confirmados y se muestran en las barras verdes. Se observa que tanto el número de pacientes que se diagnostica por HTA en alguna de sus atenciones médicas, como el de pacientes confirmados va creciendo a través de los años. En 2015, 64,188 personas tenían un diagnóstico confirmado de HTA, mientras que en 2022 esta cifra ascendió a 112,813 personas.

Adicionalmente, es posible hacer un seguimiento con mayor detalle al estado de los pacientes pertenecientes a la cohorte de HTA. Por ejemplo, se puede observar la tasa de pacientes controlados por cada año. La Figura 6, muestra esta situación para 2021 y 2022. Las barras azules y verdes representan los pacientes con un diagnóstico de HTA en alguna de sus atenciones médicas y los pacientes confirmados, respectivamente. Para el 2021 los confirmados representan el 86.1% del total, mientras que en el 2022 los confirmados son el 83.6%.

Para identificar cuáles pacientes están controlados usamos la información reportada por la aseguradora a la CAC, sobre los resultados en la medición de la Tensión Arterial Sistólica (TAS) y la Tensión Arterial Diastólica (TAD). Se observa que para 2021, los pacientes controlados, es decir aquellos con TAS menor que 140 y TAD menor que 90, representan el 76.1% de los pacientes con un resultado válido, mientras que para el 2022 esta tasa fue de 78.1%.

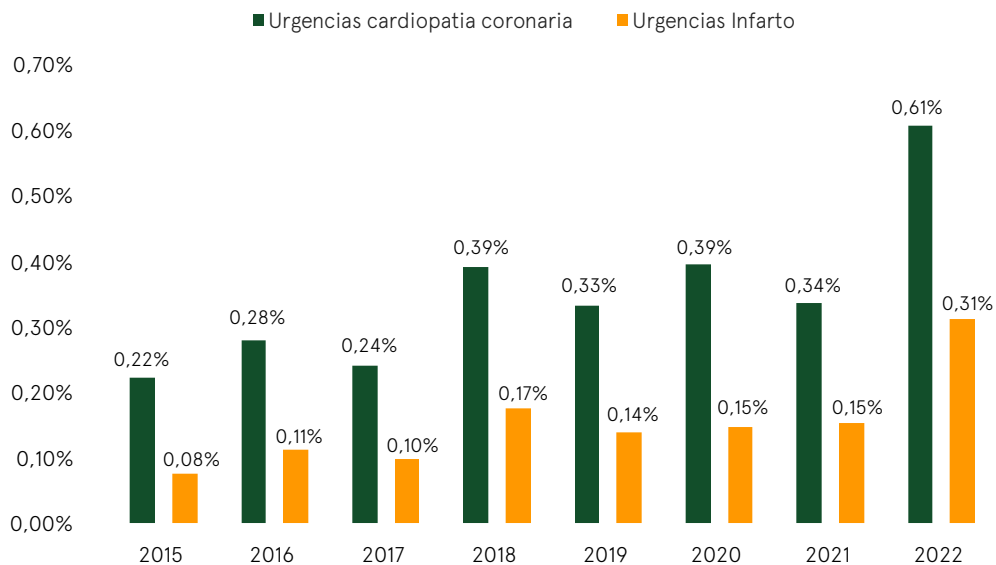
Figura 6. Pacientes con HTA controlada



2.2.4 Utilización de servicios por daños ECV

La Figura 7, muestra cómo ha venido aumentando la proporción de pacientes diagnosticados con HTA que ingresan a servicio de urgencias ya sea por una cardiopatía coronaria (barras rojas) o por un evento cerebrovascular (barras azules).

Figura 7. Extensión de uso



Conclusiones y recomendaciones

Los análisis presentados en este documento corresponden a información real de una población de más de 800.000 personas y hacen tangible la información que se puede tener con las fuentes de datos ya existentes. Realizar este tipo de análisis de manera rutinaria permite revisar las tendencias de tamización, monitorear en tiempo real el cumplimiento de las metas propuestas, verificar que dichas metas tengan sentido clínico y técnico, y, en general, proporcionan información crucial para la toma de decisiones basada en evidencia.

De acuerdo con la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, las aseguradoras en salud, las entidades territoriales y los prestadores de servicios en salud deben realizar análisis conjuntos para determinar las necesidades de intervención y gestionar los riesgos oportunamente. Lo anterior, incluye responder preguntas como: ¿Qué tanta búsqueda activa se está realizando? ¿Se está logrando la cobertura esperada? ¿La mayor tamización en personas mayores de 29 años está contribuyendo a reducir el riesgo?

En términos de gestión de recursos, este tipo de análisis proporciona información valiosa, igualmente para planificar la oferta de servicios.

Los indicadores propuestos en la política establecen la medición del tamizaje para el riesgo cardiovascular y metabólico, contando el número de personas con resultados en siete procedimientos. Sin embargo, los datos muestran que la proporción de personas, en cualquier rango de edad, que reciben los siete procedimientos es muy baja. Lo cual es coherente con un menor riesgo ECV. A partir de esta información, se pueden gestionar los recursos (humanos y financieros) de manera que el tamizaje se realice de acuerdo con los riesgos evidenciados en la población.

Utilizar todas las fuentes de información disponibles permitiría el seguimiento y monitoreo de la implementación de la política cardiovascular. Asimismo, permitiría hacer un seguimiento continuo de la evolución de la situación a lo largo del tiempo y construir cohortes de pacientes, agregando evidencia importante para la toma de decisiones de los responsables de gestionar el riesgo a nivel individual y colectivo.

Referencias

- American Heart Association. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics—2021. Obtenido de www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000950
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Resolución 1035 de 2022. Disponible en: www.minsalud.gov.co/Normaavidad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Análisis de Situación de Salud Colombia 2022. Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asiscolombia-2022.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Valoración del riesgo cardiovascular y metabólico. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2020). Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Consultado en www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-healthestimates

PROESA



Universidad Icesi - Edificio B, piso 2
Calle 18 No - 122-135, Cali - Colombia
Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

Correo: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

