

FORTALECIMIENTO DEL SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN IPS DE PRIMER NIVEL

STRENGTHENING FOLLOW-UP AND ADHERENCE TO A CARDIOVASCULAR RISK PROGRAM IN A PRIMARY-LEVEL IPS

Fernando Vélez Sierra¹

Estudiante, práctica profesional en Administración en Salud

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9649-6453>

Correo institucional: fvelezs@unadvirtual.edu.co

Ligia Ester Guzmán Babativa

Docente programa Administración en salud UNAD

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6454-5443>

Correo: ligia.guzman@unad.edu.co

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia de práctica profesional orientada a fortalecer el seguimiento, la adherencia al tratamiento y la calidad del registro clínico de los usuarios del programa de riesgo cardiovascular.

Método: Sobre una población de 750 usuarios afiliados a Nueva EPS se implementó una estrategia de cuatro fases: auditoría, teleseguimiento, gestión clínica y cierre administrativo, orientada a reactivar el contacto, actualizar paraclínicos y depurar los registros clínicos.

Resultados: Se logró contactar al 73,06 % de los usuarios priorizados (548 personas), incrementar en un 63 % la asistencia a controles y actualizar la información clínica del 73,06 % de la población auditada.

Conclusión: La gestión administrativa, articulada con criterios de auditoría y con las rutas de atención definidas por la normatividad colombiana, puede reducir brechas de continuidad del cuidado en enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: riesgo cardiovascular; adherencia al tratamiento; auditoría en salud; gestión del riesgo; administración en salud

Abstract

Objective: To describe a professional practice experience aimed at strengthening follow-up, treatment adherence, and the quality of clinical records among users of a cardiovascular risk program.

Method: A four-phase strategy—audit, tele-follow-up, clinical management, and administrative closure—was implemented among 750 users affiliated with Nueva EPS to re-establish contact, update laboratory tests, and correct clinical records.

Results: A total of 73.06% of prioritized users were reached (548 people), attendance at follow-up appointments increased by 63%, and clinical information was updated for 73.06% of the audited population.

Conclusion: Administrative management combined with audit criteria and care pathways defined by Colombian health regulations can narrow continuity-of-care gaps in cardiovascular disease.

Keywords: cardiovascular risk; treatment adherence; health audit; risk management; health administration

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo, con amplia diferencia, la principal causa de muerte en el mundo y en la Región de las Américas, una carga que se explica en buena medida por factores de riesgo modificables como la hipertensión arterial, la diabetes y los hábitos de vida poco saludables (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Frente a este panorama, la Organización Panamericana de la Salud viene impulsando desde 2016 la iniciativa HEARTS, orientada a que los países fortalezcan la prevención y el control del riesgo cardiovascular desde la atención primaria, lo que sitúa a las IPS de primer nivel como un eslabón decisivo de esa respuesta (OPS, 2020).

En Colombia, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), adoptada mediante la Resolución 429 de 2016, y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), reglamentadas en la Resolución 3280 de 2018, buscan garantizar una atención continua, integral y centrada en el usuario, en particular frente a enfermedades crónicas no transmisibles (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2016b, 2018). La Resolución 3280 de 2018 concreta ese propósito para el riesgo cardio-cerebro-vascular-metabólico, al establecer acciones obligatorias de detección temprana, educación en salud y seguimiento continuo de los pacientes hipertensos y diabéticos (MinSalud, 2018). A su vez, la Resolución 0256 de 2016 define el Sistema de Información para la Calidad en Salud, que fija los indicadores de efectividad y de gestión del riesgo con los que se mide el desempeño de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (MinSalud, 2016a).

La práctica profesional que da origen a este documento se desarrolló en Medicare IPS, una institución de primer nivel de atención ubicada en el municipio de La Dorada, Caldas, que atiende población afiliada a Nueva EPS a través del programa de riesgo cardiovascular. La revisión inicial de la base de datos institucional, apoyada en la matriz de auditoría interna, mostró una situación preocupante: pacientes sin contacto vigente desde 2021, historias clínicas con información incompleta y paraclínicos vencidos, hallazgos que reflejan debilidades conocidas en la implementación de las RIAS y que ya habían sido documentados en el proyecto piloto de mejora del programa (Programa RCV, 2025; Vicepresidencia de Salud, 2023).

Este working paper tiene el propósito de sistematizar esa experiencia de práctica profesional, describiendo el diagnóstico realizado, la estrategia de intervención adoptada y los resultados obtenidos en el fortalecimiento del seguimiento y la adherencia de los usuarios del programa. El documento se organiza en cuatro apartados: el objetivo de la experiencia, la metodología y el desarrollo de la intervención, los resultados y su discusión, y las conclusiones derivadas del ejercicio, en coherencia con los lineamientos del Sello Editorial UNAD para la publicación de Working Papers (Universidad Nacional Abierta y a Distancia [UNAD], 2025).

Objetivo

Objetivo general

Describir la experiencia de práctica profesional orientada a fortalecer el seguimiento, la adherencia al tratamiento y la calidad del registro clínico de los usuarios del programa de riesgo cardiovascular, en el marco de la Resolución 0256 de 2016 y la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2016, 2018).

Objetivos específicos

Caracterizar la situación inicial de contacto, adherencia y actualización clínica de la población auditada, tomando como referencia los indicadores de efectividad y gestión del riesgo definidos en la Resolución 0256 de 2016 (MinSalud, 2017).

Implementar una estrategia de auditoría, teleseguimiento y gestión clínica que permita reactivar el contacto con los usuarios y actualizar los paraclínicos requeridos por la Ruta Integral de Atención en Salud cardio-cerebro-vascular-metabólica (MinSalud, 2018).

Evaluar los resultados de la intervención en términos de contacto efectivo, asistencia a controles y actualización de historias clínicas, y contrastarlos con el enfoque de atención primaria promovido por la iniciativa HEARTS (OPS, 2020).

Metodología y desarrollo de la experiencia

Enfoque metodológico

La experiencia se sistematizó bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y diseño transversal, apoyado en la revisión de bases de datos institucionales, el seguimiento telefónico y el análisis de indicadores de calidad en salud, siguiendo los criterios de medición establecidos en la Resolución 0256 de 2016 (MinSalud, 2016a). Este tipo de

diseño permite caracterizar, en un momento determinado, condiciones como la accesibilidad, la adherencia y la oportunidad en la atención, sin necesidad de manipular variables (Programa RCV, 2025).

La población objeto de la intervención estuvo conformada por 750 usuarios afiliados a Nueva EPS, identificados dentro del programa de riesgo cardiovascular de Medicare IPS, sobre la cual se trabajó en su totalidad, sin recurrir a muestreo, con el fin de obtener un panorama completo del estado real de seguimiento de la población (Vicepresidencia de Salud, 2023).

Diagnóstico inicial

La auditoría de la base de datos institucional, primera fase de la intervención, permitió identificar cuatro problemáticas recurrentes: baja adherencia al programa, pacientes sin contacto vigente desde 2021, paraclínicos de perfil lipídico vencidos y registros incompletos en la historia clínica, hallazgos que coinciden con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) sobre las principales barreras para la continuidad del cuidado en enfermedades crónicas.

Estas fallas afectaban directamente el cumplimiento de los indicadores de efectividad y de gestión del riesgo definidos en la Resolución 0256 de 2016, en la medida en que un usuario no contactado o con paraclínicos vencidos no puede considerarse efectivamente cubierto por la ruta de atención, así esté formalmente inscrito en el programa (MinSalud, 2017).

Intervención realizada

A partir del diagnóstico, se diseñó una intervención de cuatro fases. La primera, de auditoría, consistió en la revisión detallada de la base de datos para identificar pacientes con laboratorios vencidos o sin cargue de batería, un paso que la literatura sobre gestión de la calidad en salud considera indispensable antes de cualquier estrategia de contacto, pues sin un diagnóstico certero el seguimiento posterior corre el riesgo de dispersarse (MinSalud, 2016a).

La segunda fase, de teleseguimiento, implicó el contacto telefónico directo con los usuarios priorizados para clasificar su estado actual –interesado, no contactado o desistimiento–, una estrategia que se alinea con el enfoque de atención primaria y seguimiento activo que promueve la iniciativa HEARTS de la OPS (2020) para reducir la carga de enfermedad cardiovascular en la Región.

En la tercera fase, de gestión clínica, se generaron las órdenes médicas para la realización de exámenes de laboratorio –colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos– y se agendaron las citas de control correspondientes, en cumplimiento de los tiempos de detección y control del riesgo cardiovascular fijados en la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018).

La cuarta y última fase, de cierre administrativo, consistió en el cargue de la información actualizada en el sistema de historia clínica y en la verificación de que el reingreso de cada usuario quedara documentado, un requisito que responde a los estándares del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO– para el monitoreo de la calidad (MinSalud, 2016c).

Resultados y discusión

La intervención logró contactar al 73,06 % de los usuarios priorizados, equivalentes a 548 personas de una población total de 750, resultado que se resume junto con los demás indicadores en la Tabla 1 (Vélez Sierra, 2025).

Tabla 1

Indicadores de la intervención en el programa de riesgo cardiovascular

Indicador	Resultado obtenido	Referente normativo / técnico
Usuarios priorizados contactados	73,06 % (548 de 750 usuarios)	Resolución 0256 de 2016 (MinSalud, 2016a)
Incremento en asistencia a controles	63 % frente a la línea de base	Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018)
Historias clínicas con datos actualizados	73,06 % de la población auditada	Resolución 0256 de 2016 (MinSalud, 2016a)
Oportunidad de atención	Mejora cualitativa en la captación y el seguimiento	HEARTS en las Américas (OPS, 2020)

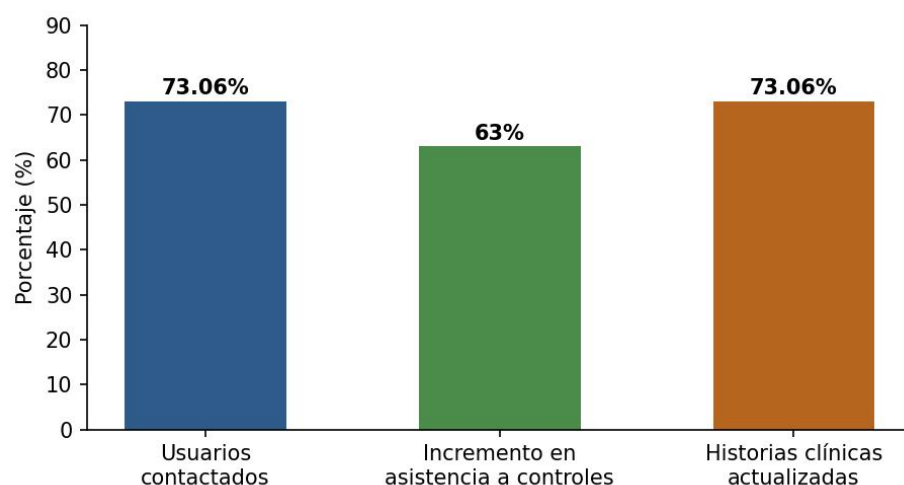
Nota. Elaboración propia con base en la matriz de auditoría de la práctica profesional (Vélez Sierra, 2025) y en el proyecto piloto de mejora del programa de riesgo cardiovascular de Medicare IPS.

De ese 73,06 % de usuarios contactados, un 63 % manifestó disposición a retomar sus controles, lo que se tradujo en un incremento efectivo de la asistencia a citas de seguimiento frente a la línea de base registrada antes de la intervención (Vélez Sierra, 2025). Este hallazgo es consistente con lo que reporta la Organización Panamericana de la Salud (2020) sobre la importancia del contacto activo y del seguimiento desde la atención primaria para sostener la adherencia de los pacientes con hipertensión y otras condiciones cardiovasculares.

En paralelo, se logró actualizar la información clínica del 73,06 % de la población auditada, lo que redujo de forma considerable la brecha entre los paraclínicos vencidos –acumulados desde 2021– y los registros vigentes, un aspecto que la Resolución 0256 de 2016 identifica como determinante para el cálculo confiable de los indicadores de calidad (MinSalud, 2016a). La Figura 1 resume estos tres indicadores de manera conjunta.

Figura 1

Indicadores clave de la intervención en el programa de riesgo cardiovascular



Nota. Elaboración propia con base en la matriz de auditoría de la práctica profesional (Vélez Sierra, 2025).

Más allá de las cifras, la experiencia deja una lectura que vale la pena subrayar: buena parte de la brecha de atención no obedecía a la ausencia de oferta de servicios, sino a la desactualización de los datos de contacto y a la falta de un seguimiento administrativo sistemático. Dicho de otro modo, el 63 % de los pacientes contactados que aceptó retomar el programa ya estaba afiliado y tenía derecho a la atención; simplemente no había sido alcanzado por ninguna gestión previa, lo cual confirma la advertencia de la Resolución 3280 de 2018 sobre el riesgo de que las RIAS queden en el papel si no se acompañan de estrategias activas de búsqueda de la población (MinSalud, 2018).

Los resultados obtenidos fueron socializados con el equipo de calidad de Medicare IPS, que recomendó mantener el protocolo de teleseguimiento y evaluar su extensión a otros programas de enfermedad crónica no transmisible, en línea con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (2021) de fortalecer la atención primaria como puerta de entrada para el control de las enfermedades cardiovasculares.

Conclusiones

La experiencia de práctica profesional desarrollada en Medicare IPS permite afirmar que una intervención administrativa estructurada, apoyada en auditoría, teleseguimiento y gestión clínica, puede reducir de manera significativa las brechas de contacto, adherencia y registro que afectan a los programas de riesgo cardiovascular, en coherencia con lo dispuesto en la Resolución 0256 de 2016 y la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2016a, 2018).

El ejercicio también deja un aprendizaje para la formación en Administración en Salud: gestionar el riesgo cardiovascular no es solo una tarea clínica, sino un problema de información y de gestión que un administrador puede intervenir directamente, actualizando datos de contacto, depurando historias clínicas y coordinando agendas, tareas que la literatura en salud pública sitúa como condición necesaria para que las Rutas Integrales de Atención en Salud se cumplan en la práctica y no solo en la norma (Vicepresidencia de Salud, 2023).

Dado que la estrategia se construyó sobre procesos replicables –auditoría de bases de datos, contacto telefónico y gestión de agendas–, existe un potencial claro de extenderla a otros programas de enfermedad crónica no transmisible dentro de la misma IPS o en instituciones de similares características, en línea con el enfoque de atención primaria que promueve la iniciativa HEARTS de la Organización Panamericana de la Salud (2020).

Se recomienda a Medicare IPS mantener el teleseguimiento como una actividad periódica y no como una intervención puntual, así como fortalecer la actualización permanente de los datos de contacto de los usuarios, de manera que las brechas identificadas en 2021 no vuelvan a acumularse y que el cumplimiento de los indicadores de calidad se sostenga en el tiempo (MinSalud, 2017).

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. 2016a. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0256-2016.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). 2016b. Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30034009>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). 2016c. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Fichas técnicas de indicadores de calidad en salud Resolución 0256 de 2016. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/fichas-tecnicas-indicadores-resolucion-0256-2016.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018: Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
7. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
8. Programa RCV. Reporte interno de auditoría del programa de riesgo cardiovascular [Documento institucional no publicado]. Medicare IPS. 2025.
9. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Manual para publicar con el Sello Editorial UNAD (Versión 5). Sello Editorial UNAD. 2025.
10. Vélez Sierra F. Registros de práctica profesional en Administración en Salud: Programa de riesgo cardiovascular, Medicare IPS [Manuscrito no publicado]. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. 2025.
11. Vicepresidencia de Salud. Ruta de atención cardio-cerebro-vascular-metabólica [Documento técnico institucional]. Nueva EPS. 2023.