

**ELEMENTOS DE LA AUDITORÍA RETROSPECTIVA EN LOS REGISTROS DE LA  
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE  
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y EL INICIO DE SU TERAPIA  
ANTIRRETROVIRAL EN UNA IPS DE IBAGUÉ EN RELACIÓN CON LA  
RESOLUCIÓN 273 DEL 2019.**

**MARÍA DE LOS ÁNGELES ACOSTA SEGOVIA**

**JUAN CARLOS CORREA CALEÑO**

**LEIDY GERALDINE RODRIGUEZ PRADA**

**SAMUEL SANTIAGO PRIETO ORTEGON**

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**UNIVERSIDAD EAN**

**BOGOTÁ, COLOMBIA**

**JULIO 2025**

**ELEMENTOS DE LA AUDITORÍA RETROSPECTIVA EN LOS REGISTROS DE LA  
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE  
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y EL INICIO DE SU TERAPIA  
ANTIRRETROVIRAL EN UNA IPS DE IBAGUÉ EN RELACIÓN CON LA  
RESOLUCIÓN 273 DEL 2019.**

**MARÍA DE LOS ÁNGELES ACOSTA SEGOVIA**

**JUAN CARLOS CORREA CALEÑO**

**LEIDY GERALDINE RODRIGUEZ PRADA**

**SAMUEL SANTIAGO PRIETO ORTEGON**

**TUTOR**

**YENSY RESTREPO CARDENAS**

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**UNIVERSIDAD EAN**

**BOGOTÁ, COLOMBIA**

**JULIO 2025**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
ANTECEDENTE DEL PROBLEMA .....	14
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	16
Pregunta Problema .....	16
OBJETIVOS .....	19
Objetivos generales .....	19
Objetivos Específicos .....	19
MARCO TEÓRICO .....	20
Virus de inmunodeficiencia humana VIH .....	20
Definición clínica del SIDA .....	20
Etapa de VIH y SIDA .....	20
Modo de transmisión .....	21
Signos y síntomas principales de la infección aguda por VIH .....	22
Algoritmo de detección .....	22
Tratamiento para VIH .....	24
Resolución 273 de 2019 .....	25
MARCO CONCEPTUAL .....	27

Sistemas de información para la salud.....	28
Historia Clínica electrónica.....	28
MARCO LEGAL.....	30
Lineamientos específicos VIH: .....	30
Interoperabilidad e integralidad en VIH .....	32
MARCO METODOLÓGICO.....	33
Diseño y alcance del estudio.....	33
Tipo de estudio.....	33
Justificación del diseño .....	33
Alcance .....	33
Definición conceptual y operacional de variables .....	34
Otras variables descriptivas .....	35
Población, muestreo y tamaño de muestra.....	35
Población.....	35
Criterios de inclusión .....	35
Criterios de exclusión .....	36
Muestreo .....	36
Uso de modelos, referentes y técnicas particulares.....	37
Caracterización de los componentes funcionales del modelo aplicado .....	38
Componentes funcionales del modelo .....	38
Instrumento de recolección de datos.....	39

Diseño del instrumento .....	39
Validación del instrumento .....	39
Técnicas para el análisis de datos .....	39
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	41
CONCLUSIONES .....	46
REFERENCIAS.....	48

## TABLA DE LUSTRACIÓN

Ilustración 1 Algoritmo diagnóstico mayores de 18 meses .....	23
Ilustración 2 Inicio de tratamiento antirretroviral (TAR) .....	24
Ilustración 3 Esquema de antirretrovirales recomendados .....	24

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Definiciones.....	34
Tabla 2 Rangos de cumplimiento y recomendaciones generales según resultados .....	41

## RESUMEN

La documentación clínica en salud, especialmente en condiciones crónicas como el VIH, cumple un papel esencial no solo en la continuidad del cuidado, sino también en la garantía de calidad, la trazabilidad de las decisiones médicas y la seguridad del paciente (Orozco, Giraldo & Moreno, 2017). En Colombia, la Resolución 273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social establece criterios normativos para auditar retrospectivamente los registros consignados en la historia clínica electrónica (HCE), incluyendo aspectos fundamentales como el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019). No obstante, evidencias recientes indican que persisten vacíos significativos en la documentación clínica, lo que puede comprometer el logro de las metas nacionales como el 95–95–95 de ONUSIDA y el seguimiento efectivo de las personas que viven con VIH (Cuenta de Alto Costo [CAC], 2023; MSPS, 2023).

Este estudio tiene como objetivo evaluar el grado de cumplimiento de los elementos de auditoría establecidos en la Resolución 273 de 2019, aplicados a los registros de inicio de terapia antirretroviral (TAR) en pacientes con VIH atendidos ambulatoriamente en una IPS de Ibagué durante el año 2024. Se utilizará un diseño observacional, cuantitativo, transversal y retrospectivo, con una muestra probabilística de historias clínicas electrónicas seleccionadas aleatoriamente. La recolección de los datos se realizará mediante la aplicación sistemática de una lista de chequeo estructurada y validada, construida con base en el Anexo Técnico de la Resolución 273 de 2019. Este instrumento permitió examinar de forma uniforme cada historia clínica, registrando el cumplimiento de los criterios normativos (MSPS, 2019).

Los hallazgos evidenciaron un cumplimiento parcial de varios criterios clínicos esenciales, entre ellos el registro de la fecha de inicio de la TAR, el esquema farmacológico, los valores basales de CD4 y carga viral y las comorbilidades. Asimismo, se identificaron brechas significativas en la completitud, coherencia y trazabilidad de la información, lo que sugiere debilidades tanto en la estructuración de los sistemas de información en salud como en la capacitación del personal asistencial (Orozco et al., 2017; CAC, 2023).

Esta auditoría retrospectiva no solo evidencia el estado actual de la documentación clínica en un contexto local, sino que permite proponer estrategias de mejora técnica e institucional orientadas a fortalecer la atención integral y humanizada de las personas que viven con VIH. Asimismo, contribuye al propósito de institucionalizar una cultura de calidad, donde el registro clínico sea comprendido como un instrumento de protección del paciente y de soporte para la toma de decisiones en salud pública (MSPS, 2023).

**Palabras claves:** VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida), Terapia antirretroviral (TAR), Coinfección, Cuenta de alto costo (CAC), Historia clínica electrónica (HCE), Resolución 273 de 2019.

## ABSTRACT

Clinical documentation in healthcare, particularly in chronic conditions such as HIV, plays a pivotal role not only in ensuring continuity of care but also in safeguarding quality, maintaining the traceability of medical decisions, and upholding patient safety (Orozco, Giraldo & Moreno, 2017). In Colombia, Resolution 273 of 2019 issued by the Ministry of Health and Social Protection establishes regulatory criteria for retrospectively auditing records documented in electronic health records (EHR), including fundamental aspects such as the initiation of antiretroviral therapy (ART) (Ministry of Health and Social Protection [MSPS], 2019). Nonetheless, recent evidence indicates that significant gaps in clinical documentation persist, which may jeopardize the achievement of national targets such as the UNAIDS 95–95–95 goals and the effective follow-up of people living with HIV (High-Cost Account [CAC], 2023; MSPS, 2023).

This study aimed to assess the degree of compliance with the audit elements established in Resolution 273 of 2019, applied to ART initiation records of HIV patients receiving outpatient care at a healthcare provider institution (IPS) in Ibagué during 2024. An observational, quantitative, cross-sectional, and retrospective design was employed, with a probabilistic sample of electronic health records randomly selected. Data collection was performed through the systematic application of a structured and validated checklist, developed based on the Technical Annex of Resolution 273 of 2019. This instrument enabled a uniform review of each clinical record, documenting adherence to the regulatory criteria (MSPS, 2019).

Findings revealed only partial compliance with several essential clinical criteria, including documentation of ART initiation date, pharmacological regimen, baseline CD4 count and viral load values, and comorbidities. Moreover, significant gaps were identified in the completeness,

consistency, and traceability of the information, suggesting weaknesses both in the structuring of health information systems and in the training of healthcare personnel (Orozco et al., 2017; CAC, 2023).

This retrospective audit not only highlights the current state of clinical documentation within a local context but also provides a foundation for proposing technical and institutional improvement strategies aimed at strengthening comprehensive and humanized care for people living with HIV. Furthermore, it contributes to fostering a culture of quality in which clinical records are understood as instruments for protecting patients and supporting public health decision-making (MSPS, 2023).

**Keywords:** HIV (Human Immunodeficiency Virus), Antiretroviral Therapy (ART), Coinfection, High-Cost Account (CAC), Electronic Health Record (EHR), Resolution 273 of 2019.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa representando un reto prioritario en salud pública en Colombia, no solo por el aumento sostenido de casos en la última década, sino también por los desafíos persistentes en la calidad del seguimiento clínico, especialmente en los primeros momentos del tratamiento. Según el más reciente informe de la Cuenta de Alto Costo (2023), en el país se reportaron 133.303 personas con diagnóstico confirmado de VIH para el año 2022, siendo Ibagué el principal epicentro de atención en el departamento del Tolima, con una participación estimada del 1,9 % del total nacional (Cuenta de Alto Costo [CAC], 2023).

En este contexto, el inicio adecuado y documentado de la terapia antirretroviral (TAR) cobra una relevancia crítica. La evidencia demuestra que un abordaje temprano y bien estructurado mejora la supresión viral, disminuye la morbimortalidad y favorece la adherencia al tratamiento. No obstante, la efectividad de este proceso depende de manera directa de la calidad de los registros clínicos que se consignan en la historia clínica electrónica (HCE), documento que no solo cumple una función técnica, sino también legal, ética y sanitaria (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019).

La Resolución 273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social introdujo un instrumento nacional estandarizado para auditoría clínica, estableciendo criterios específicos que deben ser evaluados en los registros médicos, entre ellos los relacionados con el inicio de la TAR. Esta herramienta busca garantizar que los procesos asistenciales estén sustentados en una documentación clara, completa, trazable y estructurada, principios clave para la seguridad del paciente y la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia (MSPS, 2019).

A pesar de este marco normativo, diversos estudios han señalado limitaciones significativas en la calidad de los registros clínicos en Colombia. Orozco et al. (2017) encontraron que cerca del 38 % de las historias clínicas evaluadas presentaban omisiones relevantes, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas. A esto se suma el informe de la Cuenta de Alto Costo (2023), el cual identificó fallas frecuentes en el registro de la fecha de inicio de TAR, niveles basales de CD4 y carga viral, así como en el seguimiento oportuno de los controles programados (CAC, 2023).

En la ciudad de Ibagué, donde convergen múltiples servicios ambulatorios especializados para personas que viven con VIH, no se dispone de estudios recientes que analizan el cumplimiento de los lineamientos de auditoría clínica en registros electrónicos, lo que impide tener un diagnóstico situacional certero sobre la calidad de la atención documentada. Este vacío representa un riesgo para la gestión clínica y la formulación de planes de mejora, ya que sin información precisa no es posible identificar las principales brechas que limitan la efectividad terapéutica ni los factores institucionales que inciden en la calidad del dato clínico (Orozco et al., 2017; MSPS, 2023).

Por tanto, se hace necesario implementar una auditoría clínica retrospectiva orientada específicamente a los registros del inicio de la TAR, que permita verificar el cumplimiento de los estándares establecidos en la Resolución 273 de 2019. Esta evaluación busca no solo generar un análisis técnico, sino también aportar elementos para el fortalecimiento institucional en el uso responsable y estratégico de la historia clínica electrónica como herramienta central en el cuidado integral de las personas que viven con VIH.

## ANTECEDENTE DEL PROBLEMA

La infección por VIH ha evolucionado en las últimas décadas desde una enfermedad mortal hacia una condición crónica controlable, gracias a los avances en la terapia antirretroviral (TAR). Sin embargo, esta transformación clínica ha planteado nuevos desafíos para los sistemas de salud, entre ellos la necesidad de garantizar procesos de atención estandarizados, seguros y oportunamente documentados, especialmente en los momentos críticos del inicio del tratamiento. En este sentido, la calidad de la información registrada en la historia clínica electrónica (HCE) se ha consolidado como un indicador clave de la eficacia institucional, de la adherencia a la normatividad nacional y del compromiso con la seguridad del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2023; Orozco, Giraldo & Moreno, 2017).

Colombia ha fortalecido su marco normativo y técnico para enfrentar el VIH, adoptando políticas alineadas con los estándares internacionales de ONUSIDA y la OMS. Entre estos avances se encuentra la implementación del Plan Nacional de Respuesta al VIH e ITS 2023–2030 y la adopción de metas estratégicas como el 95–95–95 (MSPS, 2023). No obstante, estos objetivos dependen directamente de la capacidad de las IPS para ofrecer atención integral, acompañada de una documentación clínica estructurada y verificable.

La Resolución 273 de 2019 introdujo el instrumento de auditoría clínica como herramienta metodológica para evaluar la calidad de los registros médicos. Esta resolución establece criterios específicos para auditar elementos como el inicio de la TAR, la consignación del consentimiento informado, el diagnóstico confirmado, los antecedentes clínicos y los valores inmunológicos iniciales (MSPS, 2019). Su correcta aplicación permite identificar debilidades en la prestación del servicio y orientar acciones de mejora.

Pese a este marco normativo, diversos estudios evidencian deficiencias en la documentación clínica en Colombia. Orozco et al. (2017) demostraron que una proporción significativa de historias clínicas revisadas en instituciones prestadoras de salud presentaban omisiones graves que dificultan la continuidad asistencial. Más recientemente, la Cuenta de Alto Costo (2023) advirtió sobre fallas persistentes en el registro del inicio de TAR, en particular en el cumplimiento de los controles iniciales y la trazabilidad de las decisiones médicas.

En ciudades como Ibagué, donde la atención ambulatoria de personas con VIH se concentra en ciertas IPS especializadas, cobra especial relevancia auditar los procesos clínicos desde una mirada retrospectiva, evaluando cómo se están aplicando los estándares nacionales en la práctica real. Este tipo de auditorías no solo permite examinar la adherencia normativa, sino también reconocer patrones institucionales de riesgo, barreras operativas o fallas en los sistemas de información que pueden incidir negativamente en el pronóstico del paciente (CAC, 2023; MSPS, 2019).

Así, el antecedente del problema no se limita a una revisión normativa, sino que se enmarca en una realidad clínica y administrativa donde la calidad del dato registrado se convierte en un reflejo de la calidad del cuidado. Evaluar estos registros con rigurosidad técnica es una obligación ética, particularmente cuando se trata de una población históricamente vulnerable, como las personas que viven con VIH.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La calidad del registro clínico en los servicios de salud ambulatoria, especialmente en lo relacionado con el inicio de la terapia antirretroviral (TAR), representa un componente fundamental en la gestión de la atención en personas que viven con VIH. Si bien Colombia ha avanzado en la formulación de políticas públicas que fortalecen la respuesta nacional frente al VIH, como el Plan Nacional de Respuesta 2023–2030 y las metas ONUSIDA 95–95–95, el cumplimiento efectivo de estas estrategias depende en gran medida de la información que se documenta en la historia clínica electrónica (HCE), la cual debe reflejar fielmente el proceso asistencial (MSPS, 2023).

La Resolución 273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social establece los lineamientos técnicos para la auditoría clínica en Colombia, definiendo criterios obligatorios para verificar la calidad de los registros en las HCE. Esta norma exige que, al momento del inicio de la TAR, se documenten aspectos como la fecha de inicio del tratamiento, el esquema farmacológico utilizado, los resultados de pruebas inmunológicas y virológicas (conteo de CD4 y carga viral), el consentimiento informado, así como las comorbilidades y condiciones clínicas relevantes (MSPS, 2019). Sin embargo, diversos informes y estudios evidencian brechas importantes en la aplicación práctica de estos lineamientos (Orozco et al., 2017; CAC, 2023).

En el caso específico de la ciudad de Ibagué, las instituciones prestadoras de servicios de salud con atención ambulatoria en VIH enfrentan múltiples desafíos para garantizar registros clínicos completos, estructurados y trazables. Según el informe de la Cuenta de Alto Costo (2023), en varios departamentos del país, incluido el Tolima, persisten inconsistencias en la documentación del inicio del tratamiento, tales como omisiones en los valores de CD4 al diagnóstico, demoras en la consignación de la fecha de inicio de TAR, y ausencia de justificación clínica frente a los cambios terapéuticos iniciales.

Además, estudios como el de Orozco et al. (2017) han evidenciado que un porcentaje significativo de historias clínicas en Colombia presentan registros incompletos o carentes de coherencia clínica, lo cual refleja una problemática estructural en el proceso de documentación médica, muchas veces asociada a limitaciones del sistema de información, sobrecarga laboral, deficiencias en la formación del talento humano o falta de cultura institucional orientada a la calidad del dato.

Desde esta perspectiva, el problema no se limita a una falla técnica en el registro, sino que trasciende al impacto que esta omisión puede tener sobre la salud individual y colectiva. Una historia clínica electrónica incompleta impide evaluar el cumplimiento del tratamiento, dificulta el seguimiento por parte del equipo interdisciplinario, y debilita la capacidad del sistema de salud para tomar decisiones basadas en evidencia (MSPS, 2019; CAC, 2023).

En consecuencia, resulta necesario auditar de manera retrospectiva las historias clínicas electrónicas de las personas con VIH que inician TAR en las IPS de Ibagué, con el fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la normativa nacional y contribuir al fortalecimiento de los procesos institucionales que garanticen una atención más segura, oportuna y centrada en el paciente.

### **Pregunta Problema**

¿En qué medida los registros consignados en la historia clínica electrónica sobre el inicio de la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH atendidos en una IPS de Ibagué, cumplen con los lineamientos establecidos en la Resolución 273 de 2019?

## OBJETIVOS

### Objetivos generales

Aplicar una auditoría clínica retrospectiva mediante una lista de chequeo para determinar el grado de cumplimiento de los criterios establecidos en la Resolución 273 de 2019, en los registros de la historia clínica electrónica (HCE) de pacientes con VIH que inician terapia antirretroviral (TAR) en atención ambulatoria en una IPS de Ibagué.

### Objetivos Específicos

1. Verificar en la historia clínica electrónica (HCE) la fecha de inicio de la terapia antirretroviral (TAR), el esquema farmacológico inicial y la razón clínica que justifica su inicio, conforme a los lineamientos normativos.
2. Verificar el registro del estado inmunológico y virológico basal de los pacientes al inicio de la TAR, específicamente los valores de linfocitos CD4 y carga viral.
3. Identificar el registro de comorbilidades y coinfecciones relevantes (hepatitis B, hepatitis C y tuberculosis activa) en el momento de iniciar la terapia antirretroviral.

## MARCO TEÓRICO

### **Virus de inmunodeficiencia humana VIH**

El VIH es un retrovirus perteneciente a la familia de los *lentivirus* se caracterizan por atacar el sistema inmunológico, deteriorando progresivamente la función inmunitaria del individuo. Según ONUSIDA (2023).

### **Definición clínica del SIDA**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la fase clínica más avanzada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se caracteriza por una inmunosupresión severa que conlleva a la aparición de infecciones oportunistas, ciertos tipos de cánceres (WHO, 2023).

Desde el punto de vista diagnóstico, el SIDA se establece cuando el recuento de linfocitos CD4 cae por debajo de 200 células/mm<sup>3</sup> o cuando el paciente desarrolla una enfermedad definitoria de SIDA, según los criterios del Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2025).

### **Etapa de VIH y SIDA**

Según el CDC la enfermedad puede clasificarse en:

Etapa Clínica I: Asintomática o con leve inflamación del sistema linfático, Infección aguda por VIH.

Etapa Clínica II: Anorexia, pérdida de peso, afecciones dermatológicas leves o infección respiratoria aguda o infección por VIH asintomática o latencia clínica.

Etapa Clínica III: Enfermedad diarreica persistente o crónica, fiebre, e infecciones oportunistas como candidiasis oral y otras infecciones virales o bacterianas, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Etapa clínica IV: aumento de infecciones oportunistas o desarrollo de cáncer atribuido al VIH. (Cigna healthcare 2025).

### **Modo de transmisión**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), los modos de transmisión del VIH se clasifican en tres grandes grupos: sexual, sanguínea y vertical (madre a hijo).

1. Transmisión sexual Es la forma más común de transmisión del VIH a nivel global. Ocurre por contacto directo con secreciones genitales (semen, fluido vaginal o anal) durante relaciones sexuales vaginales, anales o, en menor medida, orales sin protección.

El sexo anal receptivo presenta el mayor riesgo, seguido por el vaginal. El sexo oral tiene un riesgo mucho menor, pero no es completamente nulo. (CDC 2023).

2. Transmisión sanguínea Exposición a sangre infectada mediante transfusiones contaminadas (hoy en día poco común gracias al tamizaje obligatorios), el uso compartido de jeringas, agujas u otros dispositivos punzantes entre personas que consumen drogas inyectables, y accidentes ocupacionales en personal de salud por pinchazos con objetos cortopunzantes contaminados. (OPS, 2023).

3. Transmisión vertical (perinatal): Se refiere a la transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo/a durante el embarazo, el parto o la lactancia. (ONUSIDA, 2023).

## Signos y síntomas principales de la infección aguda por VIH

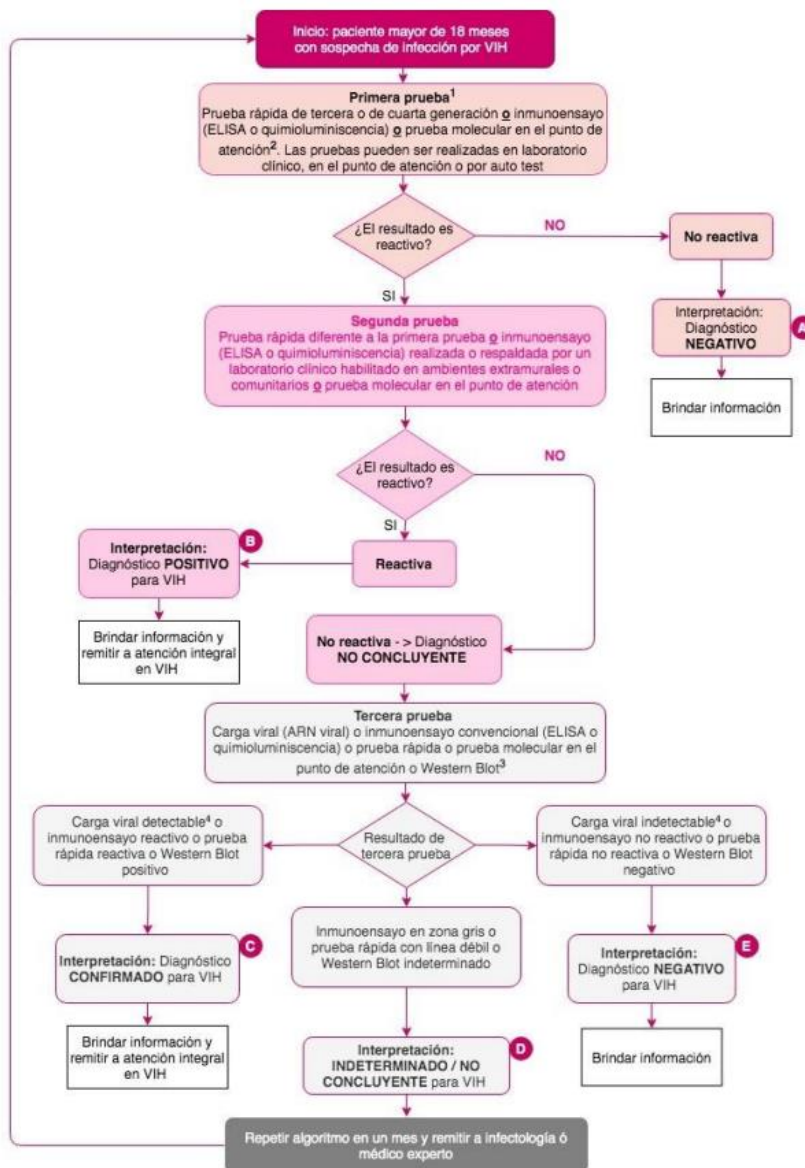
Los síntomas de la infección por el VIH difieren según el estadio en que se encuentre. (OMS 2023).

- Fiebre
- Cefalea
- Erupción cutánea
- Odinofagia
- Inflamación de los ganglios linfáticos
- Pérdida de peso
- Diarrea
- Tos

## Algoritmo de detección

La OMS promueve un enfoque basado en algoritmos diagnósticos secuenciales, que combina pruebas de tamizaje y pruebas confirmatorias.

Ilustración 1 Algoritmo diagnóstico mayores de 18 meses



Adaptado de GPC 2021, (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación tecnológica en Salud, 2021) (pp. 57).

## Tratamiento para VIH

Recomendaciones sobre el inicio de tratamiento antirretroviral (TAR) en guía de práctica clínica.

### Ilustración 2 Inicio de tratamiento antirretroviral (TAR)

Recomendación 2014	
Se recomienda para todas las personas, incluidas mujeres gestantes, con 13 años de edad o más, el inicio del tratamiento antirretroviral de la infección por VIH/Sida, en los siguientes casos:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Independientemente del recuento de Linfocitos T (LT) CD4, paciente con infección grave o avanzada por VIH (etapa clínica 3 o 4 de la OMS, categoría B o C del CDC)</li> <li>Recuento de LT CD4 menor o igual <math>\leq 500</math> células/mm<sup>3</sup>, en pacientes asintomáticos</li> <li>Recuento de LT CD4 mayor <math>&gt; 500</math> células/mm<sup>3</sup> y cualquiera de las siguientes enfermedades concomitantes o situaciones especiales: a. Coinfección con tuberculosis; b. Coinfección crónica con virus de la hepatitis B; c. Coinfección con virus de la hepatitis C; d. Historia de enfermedad cardiovascular o riesgo mayor al 20% por Framingham; e. Historia de nefropatía asociada a VIH; f. Edad mayor de 60 años de edad; g. Pareja con serología discordante; h. Infección temprana; i. Caída rápida de LT CD4 (mayor <math>&gt; 100</math> células/mm<sup>3</sup> en un año); j. Carga viral mayor <math>&gt; 100.000</math> copias/ml; k. Estado previo a la concepción; l. Mujeres gestantes, en puerperio y en lactancia materna.</li> </ul>	

Adaptado de GPC 2021, (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación tecnológica en Salud, 2021) (pp. 64).

### Ilustración 3 Esquema de antirretrovirales recomendados

Se recomienda, en personas con edad igual o mayor a 18 años con diagnóstico de infección por VIH sin experiencia previa con antirretrovirales, iniciar tratamiento con antirretroviral según los siguientes esquemas:

Regímenes	Esquemas
Regímenes preferidos	Dolutegravir (DTG) + tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) Dolutegravir (DTG) / abacavir (ABC)* / lamivudina (3TC) Dolutegravir (DTG) + lamivudina (3TC) †
Regímenes alternativos	Raltegravir (RAL) + abacavir (ABC)* / lamivudina (3TC) Raltegravir (RAL) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) Raltegravir (RAL) + tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) Elvitegravir / cobicistat (EVG/c) / tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC)

Adaptado de GPC 2021, (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación tecnológica en Salud, 2021) (pp. 68).

## Resolución 273 de 2019

La resolución emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia establece los lineamientos técnicos y operativos para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la atención en salud de las personas que viven con el VIH. Esta norma tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de esta población mediante un abordaje integral, humanizado, continuo y centrado en la persona (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El documento establece un enfoque basado en el ciclo de atención del paciente con VIH, desde el diagnóstico, la vinculación al sistema de salud, el inicio y mantenimiento del tratamiento antirretroviral, hasta el seguimiento clínico y la evaluación periódica de la carga viral y el estado inmunológico. Esto responde a la necesidad de disminuir la morbi-mortalidad asociada al VIH y lograr la supresión viral sostenida, alineándose con los estándares internacionales como los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Uno de los aspectos relevantes de la resolución es la obligación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) de realizar un seguimiento continuo a las personas con VIH, garantizando acceso efectivo, continuidad del tratamiento, adherencia terapéutica y ausencia de barreras administrativas. La norma también detalla indicadores de seguimiento clínico y programático, como el tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, o el porcentaje de personas con carga viral indetectable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Además, la resolución promueve la implementación de modelos de atención que integren acciones de promoción de la salud, prevención del VIH, atención médica y apoyo psicosocial, reconociendo la necesidad de una respuesta intersectorial e integral. También exige a las entidades territoriales

fortalecer los sistemas de información, notificación y análisis de datos para tomar decisiones basadas en evidencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Finalmente, la Resolución 273 de 2019 constituye una herramienta clave para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas que viven con VIH, reduce la estigmatización y promueve la equidad en el acceso a los servicios. Es un referente normativo para la implementación del enfoque de salud pública en la respuesta nacional al VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

## MARCO CONCEPTUAL

La historia clínica es reconocida universalmente como el documento central en la atención médica. Con su paso hacia un formato digital, la historia clínica electrónica ha progresado no solo como un archivo de información, sino como un sistema activo que permite la recopilación de datos de diversas fuentes, facilita el estudio epidemiológico y asegura la trazabilidad en el manejo sanitario (López y Rodríguez, 2020).

En el manejo del VIH, esto adquiere una relevancia especial, ya que se trata de una enfermedad crónica que enfrenta estigmas y necesita decisiones fundamentadas en pruebas actualizadas (UNADS, 2022). Estudios nacionales destacan que una HCE bien estructurada impacta positivamente en indicadores críticos como supresión viral y adherencia (Montoya et al., 2019).

### **Gestión integral de riesgo en salud**

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, a cortar o paliar su evolución y consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El objetivo de la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

### **Sistemas de información para la salud**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010, Los Sistemas de Información para la Salud es un mecanismo de gestión de sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes y que se utilizan éticamente, a través de herramientas TIC efectivas, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública.

El objetivo principal de los Sistemas de Información para la Salud es introducir una visión renovada que ayude a establecer un marco general de operación y una comprensión común de los componentes específicos de los Sistemas de Información para la Salud. La Organización busca ayudar a los países a definir estrategias, políticas, estándares para sistemas interoperables e interconectados y las mejores prácticas en la gestión de datos de salud para mejorar la toma de decisiones y el bienestar en el marco de cuatro enfoques estratégicos generales: (1) acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, (2) salud en todas las políticas, (3) gobierno electrónico, y (4) iniciativas de datos abiertos y 'big data'. (OPS, 2010).

### **Historia Clínica electrónica**

Según el Instituto Nacional de Cáncer (NCI en sus siglas en inglés), es una recopilación de la información médica de un paciente en formato digital (electrónico) que se guarda en una computadora. Una historia clínica electrónica incluye información sobre los antecedentes de salud de un paciente (como diagnósticos, medicamentos, pruebas, alergias, vacunaciones y planes de

tratamiento). Todos los proveedores de atención de la salud a cargo de un paciente pueden ver y usar las historias clínicas electrónicas para ayudarlos a dar recomendaciones acerca de la atención del paciente. También se llama HCE e historia clínica digital. (INS 2025).

## MARCO LEGAL

### Lineamientos específicos VIH:

En Colombia, la respuesta al VIH se enmarca dentro de un enfoque de salud pública basado en los derechos humanos, el acceso equitativo a servicios de salud y la prevención combinada. El país ha adoptado las metas globales 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95 % de las personas con VIH conozcan su diagnóstico, el 95 % de quienes conocen su diagnóstico estén en tratamiento antirretroviral (TAR) y el 95 % de estos últimos logren carga viral indetectable para el año 2030 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Uno de los instrumentos fundamentales para alcanzar estas metas es el Plan Nacional de Respuesta al VIH e ITS 2023-2030, que establece estrategias para la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención integral y vigilancia epidemiológica del VIH. Este plan promueve el enfoque diferencial para poblaciones clave como personas LGBTIQ+, trabajadoras sexuales, personas privadas de la libertad, migrantes y jóvenes, reconociendo que estas poblaciones enfrentan barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En cuanto al manejo clínico del VIH, Colombia cuenta con la **Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en adultos**, la cual proporciona recomendaciones basadas en evidencia científica. Esta guía establece que el tratamiento antirretroviral debe iniciarse lo más pronto posible tras el diagnóstico, preferiblemente en la misma consulta, y sugiere como esquema inicial aquellos basados en dolutegravir debido a su alta eficacia y bajo riesgo de resistencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En materia de prevención, Colombia ha adoptado el modelo de prevención combinada del VIH, que integra múltiples intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales. Este modelo incluye la promoción del uso del condón, pruebas de VIH de manera regular, acceso a profilaxis preexposición (PrEP), post exposición (PEP) y educación sexual integral. Los Lineamientos para la implementación de la prevención combinada del VIH destacan la importancia de adaptar estas estrategias según las características de cada población, con un fuerte énfasis en la participación comunitaria y la reducción del estigma (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Uno de los avances recientes más relevantes ha sido la implementación de la PrEP como herramienta de prevención biomédica. Los lineamientos específicos sobre PrEP señalan que esta debe ser ofrecida a personas con alto riesgo de adquirir VIH, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero y parejas serodiscordantes. La PrEP debe ir acompañada de consejería, pruebas periódicas de VIH, monitoreo renal y pruebas para otras ITS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En cuanto a la normatividad, el país ha desarrollado un marco legal que protege los derechos de las personas que viven con VIH. La **Ley 972 de 2005** garantiza la confidencialidad, la no discriminación y el acceso a servicios de salud. Asimismo, la **Ley Estatutaria 1751 de 2015** reconoce el derecho fundamental a la salud, lo cual refuerza el acceso integral y continuo a tratamiento antirretroviral sin barreras administrativas (Congreso de Colombia, 2005; 2015). Además, la **Resolución 2338 de 2013** del Ministerio de Salud incluye el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH como parte del Plan de Beneficios en Salud, lo que obliga a todos los aseguradores a garantizar esta atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

## Interoperabilidad e integralidad en VIH

La Ley 215 de 2020 introdujo el concepto de **historia clínica interoperable**, buscando que la información clínica pueda compartirse de forma segura entre distintas IPS. En el caso de las PVV, la interoperabilidad facilita el manejo continuo en escenarios de cambio de asegurador o IPS, reduciendo riesgos asociados a la duplicación o pérdida de datos críticos (González et al., 2020).

Asimismo, la integralidad del registro es esencial: debe reflejar no solo los parámetros biomédicos (carga viral, CD4), sino también intervenciones de apoyo psicosocial y nutricional, dada la multicausalidad del abandono y los fracasos terapéuticos.

## MARCO METODOLÓGICO

### **Diseño y alcance del estudio**

#### **Tipo de estudio**

Se desarrolló un estudio cuantitativo de tipo transversal, con enfoque retrospectivo, orientado a identificar el grado de cumplimiento de los registros normativos exigidos en las historias clínicas electrónicas (HCE) de personas con VIH al inicio de la terapia antirretroviral (TAR), conforme a lo establecido en la Resolución 273 de 2019.

#### **Justificación del diseño**

Se optó por este diseño porque:

Permitió evaluar el grado de cumplimiento de los elementos exigidos por la Resolución 273 de 2019 en el inicio de la terapia antirretroviral (TAR). Para ello, se analizó información preexistente, consignada previamente en los registros médicos, sin intervenir en el proceso asistencial ni modificar las conductas clínicas o administrativas. El enfoque retrospectivo se centró en la revisión de datos históricos documentados.

El emplear un diseño retrospectivo, se evitó alterar la atención clínica o influir en las decisiones del equipo de salud, lo que garantizó que las observaciones reflejaran fielmente la realidad del tratamiento brindado en la institución. Esto resultó esencial para auditar el cumplimiento normativo sin la posible interferencia derivada de la observación directa o la presión que implicaría un estudio prospectivo.

Este diseño proporcionó un análisis situacional que permitió identificar brechas, fortalezas y oportunidades en la calidad del registro clínico. Tales hallazgos fueron clave para que la IPS definirá e implementará planes de mejora orientados a optimizar el cumplimiento de la normativa vigente.

### Alcance

El alcance es descriptivo, dado que busca cuantificar el nivel de cumplimiento en la documentación clínica frente a los lineamientos del Ministerio de Salud

El alcance es descriptivo, dado que busca cuantificar el nivel de cumplimiento en la documentación clínica frente a los lineamientos del Ministerio de Salud

### Definición conceptual y operacional de variables

Tabla 1 Definiciones

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
¿Se registra en la historia clínica fecha de inicio de la terapia antirretroviral y razón por la cual el paciente inicia la terapia antirretroviral ?	Fecha exacta en la que el paciente inicia el tratamiento. Motivo clínico que justifica el inicio de la TAR: diagnóstico de VIH, progresión (ej. caída de CD4 o aumento de carga viral), o indicación médica.	Presencia en la historia clínica de la anotación con día, mes y año del inicio de la terapia antirretroviral (TAR).  Registro motivo por el cual se inició TAR, identificado en notas médicas. Variable dicotómica: Sí/No.
¿Se registran en la historia clínica los medicamentos con el que inició la terapia antirretroviral según clasificación ATC?	Fármacos específicos para el manejo del VIH, codificado por el sistema ATC (Anatomical	Registro de nombre de los medicamentos en la historia clínica. Variable dicotómica: Sí/No.

	Therapeutic Chemical Classification).	
<b>¿Se registra en la historia clínica la fecha y resultados de paraclínicos al momento del inicio de la terapia antirretroviral?</b>	Fecha y resultados linfocitos T CD4/mm <sup>3</sup> , carga viral al inicio del TAR.	Presencia del examen y resultados en la historia clínica (exigir el valor). Variable dicotómica: Sí/No.
<b>¿Se registra en la historia clínica si existe coinfección al iniciar la terapia antirretroviral?</b>	Existencia de infección concomitante por VHB, VHC, TBC al momento de iniciar TAR.	Registro explícito de diagnóstico o serología positiva para VHB, VHC o TBC activa. Variable dicotómica: Sí/No.

Nota. Adaptado de la Resolución 273 de 2019 y de la Guía de práctica clínica para VIH (MSPS, 2021).

### Otras variables descriptivas

- Tiempo con diagnóstico de VIH (años).
- Presencia de comorbilidades registradas.

### Población, muestreo y tamaño de muestra

#### Población

Historias clínicas electrónicas de pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH (por laboratorio) que recibieron atención en la consulta externa de infectología en la IPS seleccionada de Ibagué, que iniciaron TAR del 1-1-2024 al 31-12-2024.

#### Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado por algoritmo y notificado a sivigila.

- Paciente de inicio de tratamiento de TAR en la institución menor a 1 año.

### Criterios de exclusión

- Paciente de control y/o remisión de otras IPS
- Paciente menor a 18 meses de madres expuestas en seguimiento.

### Muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple sobre el listado de pacientes atendidos durante el periodo, obtenido a partir del software de la IPS.

### Tamaño de muestra

Usando la fórmula para proporciones con una prevalencia esperada del 50% (máxima variabilidad), margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%:

$$n = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{E^2} = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = 384$$

El total de pacientes con inicio de TAR en el año fue de 800, aplicando corrección por población finita el resultado es:

$$n_{corr} = \frac{384 * 800}{384 + (800 - 1)} = 260$$

Por lo que se revisaron 260 historias clínicas electrónicas seleccionadas aleatoriamente.

## Uso de modelos, referentes y técnicas particulares

### Modelos conceptuales y normativos

Para los fines de este proyecto de auditoría de historias clínicas de personas que viven con VIH, realizado conforme a la normativa colombiana (Resolución 273 de 2019), en una IPS de Ibagué, Tolima, se dio cumplimiento a los siguientes criterios institucionales de inclusión:

- **Acreditación vigente:** La institución contaba con habilitación y acreditación otorgadas por la Secretaría de Salud o la autoridad competente, que le permitieron ofrecer legalmente servicios de salud en Colombia, incluyendo programas o consultas relacionadas con enfermedades infecciosas y atención a personas con VIH.
- **Atención activa a personas con VIH:** Durante el periodo evaluado, la IPS brindó servicios dirigidos a individuos con diagnóstico confirmado de VIH, tales como consultas médicas especializadas y gestión o suministro de la terapia antirretroviral (TAR).
- **Disponibilidad de documentación:** Se tuvo acceso a historias clínicas electrónicas que incluían registros de la atención integral del paciente con VIH, permitiendo verificar el diagnóstico confirmado, la valoración inicial, las pruebas de CD4 y carga viral, el inicio de TAR, así como las comorbilidades y/o coinfecciones asociadas.
- **Lineamientos internos:** La IPS disponía de protocolos o rutas de atención alineados con las directrices de la Resolución 273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, que regulan la atención integral de personas que viven con VIH, incluyendo el inicio oportuno de la TAR.
- **Tamaño de muestra:** La institución contó con un número suficiente de pacientes con VIH para la valoración inicial en el periodo estipulado. En este contexto, se determinó un

tamaño mínimo de muestra de 30 historias clínicas para aplicar el instrumento, salvo que el cálculo proporcional arrojará un número menor, lo que aseguró el cumplimiento del objetivo de la auditoría.

- **Acuerdo de confidencialidad:** Se proporcionó el consentimiento institucional necesario para llevar a cabo el estudio, lo que permitió el acceso a las historias clínicas bajo estrictos acuerdos de confidencialidad. Asimismo, se autorizó la participación del equipo auditor o investigador, contando con la aprobación del comité de ética o del organismo equivalente correspondiente.

### **Técnicas particulares**

Se empleó una auditoría clínica retrospectiva documental mediante la aplicación de una lista de chequeo. Este instrumento se clasificó como cuantitativo, binario y cerrado, dado que cada ítem evaluado presentó únicamente dos posibles resultados: 1 = Cumple / 0 = No cumple.

El instrumento fue sometido a revisión y aprobación por evaluadores metodológicos especializados para garantizar su validez, determinada mediante el coeficiente V de Aiken.

Finalmente, se utilizaron matrices de Excel para consolidar y analizar los resultados obtenidos.

### **Caracterización de los componentes funcionales del modelo aplicado**

#### **Componentes funcionales del modelo**

- Entrada: Historias clínicas electrónicas exportadas desde el sistema de la IPS.
- Proceso: Aplicación de lista de chequeo construida según la Resolución 273 de 2019, adaptada para VIH.

### **Diseño del modelo aplicado**

- Cada HCE auditada recibirá una calificación binaria (cumple 1 punto/ no cumple 0 puntos) para cada ítem.
- Se calculará el porcentaje global de cumplimiento y por categorías.
- Este modelo permitirá visualizar brechas específicas (poca adherencia en el registro de inicio de TAR).

### **Instrumento de recolección de datos**

#### **Diseño del instrumento**

Se diseñó una **lista de chequeo estructurada**, construida a partir:

- Del instrumento oficial contenido en el anexo técnico de la Resolución 273 de 2019, adaptado a las especificidades de VIH (Terapia antirretroviral TAR inicial).

#### **Validación del instrumento**

Se validó mediante:

- Juicio de experto: Médico general e infectólogo experto en VIH por la pertinencia, relevancia y claridad.
- Cálculo del índice de acuerdo entre evaluadores.

#### **Técnicas para el análisis de datos**

#### **Plan de análisis**

- Estadística descriptiva: cálculo de frecuencias absolutas, porcentajes, promedios y desviaciones estándar.
- Tablas de cumplimiento por categorías: elementos básicos, específicos y diferenciales según la Resolución 273 del 2019. Evaluando el ítem de Terapia antirretroviral TAR inicial.
- Software: Excel avanzado.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente trabajo planteó un abordaje técnico y sensible frente a una problemática persistente en el sistema de salud colombiano: la baja calidad del registro clínico en las historias clínicas electrónicas (HCE) de las personas que vivían con VIH (PVV), particularmente en el momento crítico del inicio de la terapia antirretroviral (TAR). Este punto asistencial no sólo revistió importancia desde el punto de vista médico, sino que también constituyó un nodo esencial para la gestión del riesgo, el cumplimiento normativo y la garantía del derecho fundamental a la salud, tal como lo consagraron el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2019) y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Desde el enfoque de auditoría retrospectiva, el estudio evidenció una sólida alineación con los criterios estandarizados establecidos por la Resolución 273 de 2019, norma que definió la calidad esperada de los registros clínicos y que reconoció el dato documentado como la base para tomar decisiones clínicas, administrativas y epidemiológicas (MSPS, 2019). En ese sentido, el proyecto se enmarcó en los principios de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), al identificar brechas institucionales que pudieron comprometer la continuidad del tratamiento o la adherencia terapéutica.

Uno de los aspectos más destacables fue la claridad, coherencia y viabilidad operativa de su metodología. La elección de un diseño retrospectivo y transversal resultó adecuada para auditar el estado real de los registros sin alterar la dinámica asistencial, lo que permitió capturar una fotografía objetiva de la práctica clínica. El instrumento de recolección, basado en los ítems del Anexo Técnico de la Resolución 273, garantizó la trazabilidad normativa del análisis y fortaleció su validez interna (MSPS, 2019).

La inclusión de variables técnicas como los registros de CD4, carga viral, comorbilidades, esquema de TAR, consentimiento informado y la justificación médica del inicio del tratamiento reflejó una comprensión integral del proceso clínico. Este enfoque coincidió con los hallazgos reportados por la Cuenta de Alto Costo, que en sus análisis destacaron deficiencias recurrentes en estos mismos aspectos, particularmente en IPS ubicadas en departamentos intermedios como Tolima (Cuenta de Alto Costo [CAC], 2023).

Desde la perspectiva conceptual, el estudio logró articular de manera consistente los componentes biomédicos, administrativos y normativos que incidieron en la atención de las PVV. Se destacó el uso de fuentes sólidas como la Guía de Práctica Clínica del VIH, que enfatizó la necesidad de iniciar la TAR de forma oportuna y de documentar de manera exhaustiva este proceso para garantizar la trazabilidad y evaluar los desenlaces clínicos (MSPS, 2021). Asimismo, se reconoció el valor de la HCE no solo como un documento legal, sino como un instrumento ético que dignificó al paciente y visibilizó su tránsito por el sistema de salud (López & Rodríguez, 2020).

Uno de los valores añadidos del trabajo radicó en su enfoque humanizado. Lejos de centrarse exclusivamente en el cumplimiento técnico, el estudio reivindicó el registro clínico como una herramienta de justicia sanitaria. En un contexto nacional donde las PVV continuaron enfrentando barreras estructurales, discriminación y rupturas en la continuidad del cuidado, el cumplimiento o no del adecuado registro del inicio de TAR pudo significar la diferencia entre una atención segura y una cadena de eventos adversos (ONUSIDA, 2023).

Finalmente, el estudio se inscribió en un marco normativo más amplio que reconoció la interoperabilidad y la integralidad del dato clínico como condiciones indispensables para garantizar la continuidad del cuidado. Normas como la Ley 2015 de 2020 sobre historia clínica

interoperable y la Resolución 2338 de 2013, orientada al abordaje integral desde la salud pública, demostraron que el cumplimiento de los registros clínicos no constituyó un simple formalismo administrativo, sino un pilar esencial para la efectividad terapéutica y la protección de derechos (Congreso de Colombia, 2020; MSPS, 2013).

El estudio también implementó una herramienta de clasificación y orientación operativa que facilitó institucionalizar la cultura de evaluación y mejora continua. Esta metodología incorporó criterios objetivos y repetibles para el monitoreo, categorizando el nivel de cumplimiento clínico o administrativo según porcentajes. Esto permitió visualizar el desempeño, identificar brechas frente a los estándares y aplicar recomendaciones específicas para cada rango, orientando la toma de decisiones, priorizando intervenciones y promoviendo acciones correctivas según el nivel evidenciado.

El instrumento empleado fue sometido a un riguroso proceso de validación por juicio de tres expertos, utilizando el índice V de Aiken como método para cuantificar la pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem. Tres evaluadores independientes, con experticia metodológica y clínica, revisaron minuciosamente el instrumento.

Los resultados fueron concluyentes:

- Se obtuvo un índice V de Aiken global de 1.0 (100%) para cada una de las dimensiones evaluadas (pertinencia, relevancia y claridad), lo que indica un nivel de consenso máximo entre los expertos.
- Ninguno de los ítems propuestos fue rechazado ni requirió modificaciones estructurales.

- Las observaciones emitidas por los evaluadores consistieron en precisiones que reforzaron el sustento técnico de los ítems y consolidaron la robustez del instrumento.

Los expertos destacaron que cada variable incluida posee un sólido fundamento técnico y médico, indispensable para el seguimiento clínico, la toma de decisiones terapéuticas y la vigilancia epidemiológica de los pacientes que inician TAR. Además, avalaron mantener la totalidad de los ítems, incluso aquellos que podrían parecer menos frecuentes en la práctica cotidiana, dada su utilidad para auditar casos clínicos complejos o atípicos.

En definitiva, este instrumento no solo permite categorizar objetivamente el nivel de cumplimiento clínico y administrativo según porcentajes, sino que facilita identificar brechas frente a los estándares establecidos. Esto posibilita a las IPS implementar planes de mejora orientados a priorizar intervenciones, promover acciones correctivas y consolidar una cultura de evaluación continua, en beneficio directo de la calidad del cuidado brindado a las PVV.

No obstante, se identifica como área de oportunidad el incorporar componentes cualitativos en investigaciones futuras. Si bien el enfoque cuantitativo permitió dimensionar el nivel de cumplimiento, explorar las percepciones del talento humano en salud sobre las dificultades para diligenciar adecuadamente la HCE podría enriquecer la comprensión institucional, avanzando hacia un modelo de auditoría clínica que no solo evalúe el qué se registró, sino también el por qué no se registró.

Tabla 2 Rangos de cumplimiento y recomendaciones generales según resultados

<b>RANGOS DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>RECOMENDACIONES GENERALES</b>
-------------------------------	----------------------------------

<b>Óptimo</b>	<b>90% al 100%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mantener y reforzar las buenas prácticas de registro clínico mediante retroalimentación positiva al equipo de salud.</li> <li>*Continuar con capacitaciones periódicas y monitoreos para garantizar la sostenibilidad del cumplimiento.</li> </ul>
<b>Deficiente</b>	<b>80% al 89%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Identificar los criterios específicos con menor cumplimiento y reforzar su importancia con sesiones de mejora continua.</li> <li>*Realizar capacitaciones dirigidas y breves sobre los errores comunes o áreas de oportunidad.</li> <li>*Establecer un plan de mejora a corto plazo (1 a 3 meses) con metas específicas por criterio.</li> </ul>
<b>Muy deficiente</b>	<b>60% al 79%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Ejecutar una intervención correctiva estructurada, incluyendo talleres prácticos sobre el diligenciamiento adecuado de la historia clínica.</li> <li>*Aumentar la frecuencia de auditorías internas para hacer seguimiento al avance.</li> <li>*Designar un responsable o líder de calidad que supervise la implementación de mejoras y brinde soporte técnico.</li> </ul>
<b>No aceptable</b>	<b>Menor al 60%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Emitir una alerta institucional sobre el bajo nivel de cumplimiento, ya que puede comprometer la calidad y seguridad del paciente.</li> <li>*Implementar un plan de acción inmediato, con acompañamiento continuo por parte del equipo de auditoría y dirección médica.</li> <li>*Realizar capacitación intensiva, auditorías semanales y aplicar medidas disciplinarias o administrativas si es necesario.</li> <li>*Establecer indicadores de seguimiento obligatorios y reuniones de control con responsables.</li> </ul>

Nota. Adoptado de formulación de planes de mejora por criterio específico (MSPS, 2019).

## CONCLUSIONES

Auditar de manera retrospectiva los registros de inicio de la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH, más allá de una exigencia normativa, se convierte en una oportunidad para mirar de frente la realidad de nuestra institución y reconocer que la calidad del dato es también calidad del cuidado. Cuando en una historia clínica falta el resultado de una carga viral o la fecha de inicio del tratamiento, no solo se omite un dato: se pierde la posibilidad de ofrecer una atención más humana, más segura y completa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

A pesar de contar con un marco normativo claro, como la Resolución 273 de 2019 y el Plan Nacional de Respuesta al VIH 2023–2030, todavía hay vacíos importantes en la documentación clínica. Esto nos muestra que la normatividad, por sí sola, no transforma realidades si no va acompañada de voluntad institucional, formación del talento humano y compromiso genuino con el paciente (MSPS, 2023; Cuenta de Alto Costo, 2023).

La historia clínica electrónica debería ser mucho más que un archivo. Es un puente entre el profesional de salud y el paciente; un testigo silencioso de decisiones que marcan vidas. Que esté incompleta, desorganizada o desactualizada, no solo compromete la calidad del servicio, sino también la dignidad del ser humano que espera ser cuidado, escuchado y respetado (López & Rodríguez, 2020).

Este estudio nos deja una enseñanza valiosa: no hay calidad en salud sin calidad en la información. Las instituciones que brindan atención a personas que viven con VIH deben fortalecer su cultura documental, no como una obligación legal, sino como una expresión de respeto, ética y

responsabilidad frente a poblaciones que históricamente han sido marginadas (ONUSIDA, 2023; Congreso de Colombia, 2015).

También se hace evidente la necesidad de avanzar hacia sistemas de información más interoperables, donde los datos no se queden encerrados en una única IPS o en un solo software. La continuidad del cuidado no puede depender de un papel firmado o de una casilla marcada; debe apoyarse en una red sólida de información clínica accesible, segura y útil para todo el equipo de salud (Congreso de Colombia, 2020).

## REFERENCIAS

Orozco, J., Giraldo, M., & Moreno, L. (2017). Calidad del diligenciamiento de historias clínicas en instituciones prestadoras de salud en Colombia. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1796–1808. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.484>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 273 de 2019*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-273-de-2019.pdf>

Cuenta de Alto Costo. (2023). *Informe consolidado VIH/Sida 2022–2023*. <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/informes-de-situacion/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Plan nacional de respuesta al VIH e ITS 2023–2030*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/vih-sida.aspx>

ONUSIDA. (2023). Informe Global sobre el Sida 2023. <https://unaids.org>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). VIH/Sida: Datos clave. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Cigna Healthcare. (30 de 06 de 2025). Etapas de la infección por VIH según los CDC. <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/infecccion-por-vih-hw151408>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). HIV Surveillance Report: Definitions and Staging. <https://www.cdc.gov>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Guías para la prevención de la transmisión del VIH. <https://www.paho.org>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). HIV Transmission. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención de personas con infección por VIH. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/guias-practica-clinica-vih.pdf>

González, C., López, A., & Ramírez, J. (2020). Calidad del registro en historias clínicas electrónicas en el seguimiento ambulatorio de pacientes con VIH. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 22(3), 345-356. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v40i2.4954>

UNADS. (2022). Reporte global de VIH. Naciones Unidas.

Montoya, D., Valencia, M., & Pérez, L. (2019). Análisis de la oportunidad y completitud de historias clínicas electrónicas en VIH en una IPS de Medellín. *Revista CES Salud Pública*, 10(2), 89-98.

Ministerio de Salud y Protección Social. (01 de 01 de 2018). Gestión Integral del riesgo en salud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Sistemas de información para la salud pública: Bases para una iniciativa regional en las Américas. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3136>

Instituto Nacional del Cáncer. (30 del 06 del 2025). *Historia clínica electrónica*. Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/historia-clinica-electronica>

República de Colombia. (2006). Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1228397>

República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30021705>

República de Colombia. (1999). Resolución 1995 de 1999: Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201995%20de%201999.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201995%20de%201999.pdf)

República de Colombia. (2013). Resolución 2338 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202338%20de%202013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202338%20de%202013.pdf)

República de Colombia. (2013). Resolución 2338 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1878121>

Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1878121>

Congreso de Colombia. (2005). Ley 972 de 2005. Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal”. Diario Oficial No. 45.976.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1495244>

Congreso de Colombia. (2012). Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Diario Oficial No. 48.587. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1717981>

Ministerio de Salud y Protección Social. (1999). Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Manual de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. <https://www.minsalud.gov.co>

Secretaría de Salud del Tolima. (2023). *Informe de gestión en programas de salud pública 2023*. Gobernación del Tolima.

López, J., & Rodríguez, M. (2020). Historia clínica interoperable: el caso de Colombia. *Revista CES Salud Pública*, 11(2), 67–75.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). Boletín epidemiológico VIH/SIDA Colombia. <https://www.ins.gov.co>