



ACTUALIZACIÓN DE
CONSENSO
BASADO EN LA EVIDENCIA



Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo
en las personas viviendo con el VIH atendidas en el
marco del sistema de salud colombiano



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO

**Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas
viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud
colombiano**

ACTUALIZACIÓN: CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

ACTUALIZACIÓN: CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISBN: en trámite

Bogotá, D. C., Colombia, marzo de 2023

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Consenso basado en la evidencia: indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano (actualización); Bogotá, D. C. 2023.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización escrita de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Mauricio Serra Tamayo
Compensar EPS

José Joaquín Cortés
Cajacopi Atlántico EPS

Juan Pablo Rueda Sánchez
Sanitas EPS

Jorge Iván Domínguez
Coosalud EPS

Beda Margarita Suárez
Anas Wayuu EPS Indígena

José Fernando Cardona
Nueva EPS

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Coordinadores técnicos y equipos de trabajo de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Coordinadora de Auditoría

Ana María Valbuena García
Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador de Gestión del Riesgo

Miguel Ángel García Gómez
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Grupo desarrollador
Expertos metodológicos - Cuenta de Alto Costo

Dra. Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Dra. Ana María Valbuena García
Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Dra. Lina Johana Herrera Parra
Líder de Investigación

Juliana Alexandra Hernández Vargas
Epidemióloga

Silvia Juliana Trujillo Cáceres
Epidemióloga

Dr. Andrés Felipe Patiño Aldana
Epidemiólogo

Dr. Luis Alejandro Moreno Ramírez
Líder de Gestión del Conocimiento

Expertos clínicos

Dra. Alexandra Sierra García

Médica especialista en pediatría e infectología - Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)

Dr. Ernesto Martínez Buitrago

Médico especialista en medicina interna e infectología - Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)

Dr. José Millán Oñate Gutiérrez

Médico especialista en medicina interna e infectología - Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)

Panel de expertos

Representantes del gobierno

Juan Carlos Alzate

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Ricardo Luque

Ministerio de Salud y Protección Social

Catleya Abella Barreto

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Expertos delegados de las asociaciones científicas

Luz Ángela González

Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)

Ricardo Gil

Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI)

Expertos clínicos independientes y representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud

Yineth Patricia Muñoz Suárez - Asistencia Científica de Alta Complejidad
José Pablo Navarrete Mogollón - Biosamar Unidad Médica Especializada IPS
Carlos Arturo Álvarez Moreno - Asociación Colombiana de Infectología
Carlos Humberto Saavedra - Universidad Nacional de Colombia
Tatiana Camila Díaz Agudelo - Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas - C.D.I.
Cristhyan Camilo González López - Corporación de Lucha contra el Sida
Ernesto Martínez Buitrago - Asociación Colombiana de Infectología
Germán Andrés Hernández Wilches - Fundación Clínica Megasalud
Erika Alejandra Ríos - Fundación SIAM
Hernán Darío Vergara Samur - Hospital Militar Central
Sandra Liliana Valderrama Beltrán - Hospital Universitario San Ignacio
Otto Alberto Sussmann Peña - Infectólogos Clínicos de Colombia S.A.S. - Infectoclínicos
María Paula Parrado Erazo - Instituto para la Prevención, el Tratamiento y la Rehabilitación de las Enfermedades Inmunesupresoras Renacerá IPS
Janinys Paola Tirado Socarrás - IPS Vital Salud Guajira
José Fernando García Goez - Universidad ICESI
Karen Melissa Ordoñez Díaz - Asociación Colombiana de Infectología
Leonardo Arévalo Mora - Experto clínico independiente
María Paulina Posada Vergara - Asociación Colombiana de Infectología
Natalia Andrea Duque Zapata - Medicarte
Claudia Patricia Velásquez Castaño - Servicios de Salud IPS Suramericana
Sebastián Jiménez Ramírez - Sociedad Integral de Especialistas en Salud S.A.S. - SIES Salud
Mónica Mantilla - Virrey Solís IPS

Representantes de los pacientes

Elizabeth Torres Bolívar - Fundamor

Delegados por las entidades aseguradoras en salud (EAPB y entidades territoriales)

Catalina Araque López - Aliansalud EPS
Yakeline Escandón - Savia Salud EPS
Juan Bautista Frías Guerra - Anas Wayuu EPSI
Jakeline Bravo López - Dusakawi ARSI
Daniela Chávez - Asociación Indígena del Cauca
Andrea Guacán Muñoz - Asmet Salud EPS
Alexandra Juan Suárez - CCF Cajacopi Atlántico
Daicy Santos Mosquera - CCF Comfamiliar Chocó
Paola Andrea Murcia - CCF Comfamiliar Huila
Brenda Milena Gutiérrez Mejía - CCF Comfamiliar Guajira
Adriana Patricia Paredes Zambrano - Capital Salud EPS
Darly Maricel Cruz González - Colmédica
Exleyner Stevens Cardona Vélez - Comfenalco Valle EPS

Delegados por las entidades aseguradoras en salud (EAPB y entidades territoriales)

María Isabel Galindo - Compensar EPS
Irwing Gunter Bartocha Valest - Dirección Departamental de Salud de Sucre
Mónica Liliana Granados R. - Dirección Distrital de Salud de Bogotá
Eliana María Murillo Salazar - Dirección Seccional de Salud de Antioquia
Yeimis Primera Huertas - Ecoopsos EPS
Natalia Rivera López - Ecopetrol
Olga Lucía Londoño Franco - Empresas Públicas de Medellín
Aura Elisa Criollo Botina - Emssanar EPS
Eliana Marcela López - Mallamas EPSI
Naomi Lozano - EPS Familiar de Colombia
María Yuleidy López Ramírez - Famisanar EPS
Loree Daza Meza - Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
Diana Maritza Casallas López - Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
Adriana Milena Bohórquez Barajas - Fundación Salud Mía
Mónica Verena Vargas Pinillos - Mutual Ser EPS
Marcela Gómez - Pijaos Salud EPSI
Karen Tatiana Fonseca Cipagauta - Salud Total EPS
Andrea Carolina Castro Tobón - Sanitas EPS
Jaime Muñoz Ayala - Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla
Marieth Arias Muñoz - Servicio Occidental de Salud SOS EPS
Andrés Felipe Mendieta Vásquez - Sura EPS

Participantes de la reunión de cierre

Adriana Patricia Paredes Zambrano - Capital Salud EPS
Alexandra Juan Suárez - CCF Cajacopi Atlántico
Andrea Carolina Castro Tobón - Sanitas EPS
Andrea Guacán Muñoz - Asmet Salud EPS
Andrés Felipe Mendieta Vásquez - Sura EPS
Aura Elisa Criollo Botina - Emssanar EPS
Brenda Milena Gutiérrez Mejía - CCF Comfamiliar Guajira
Carlos Arturo Álvarez Moreno - Asociación Colombiana de Infectología
Catalina Araque López - Aliansalud EPS
Catleya Abella Barreto - Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Claudia Patricia Velásquez Castaño - Servicios de Salud IPS Suramericana
Darly Maricel Cruz González - Colmédica
Eliana María Murillo Salazar - Dirección Seccional de Salud de Antioquia
Elizabeth Torres Bolívar - Fundamor
Erika Alejandra Ríos - Fundación SIAM
Ernesto Martínez Buitrago - Asociación Colombiana de Infectología
Exleyner Stevens Cardona Vélez - Comfenalco Valle EPS
Germán Andrés Hernández Wilches - Fundación Clínica Megasalud
Hernán Darío Vergara Samur - Hospital Militar Central
Irwing Gunter Bartocha Valest - Dirección Departamental de Salud de Sucre
Jaime Muñoz Ayala - Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla
Jakeline Bravo López - Dusakawi ARSI

Participantes de la reunión de cierre

José Pablo Navarrete Mogollón - Biosamar Unidad Médica Especializada IPS
Juan Bautista Frías Guerra - Anas Wayuu EPSI
Juan Carlos Alzate - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Karen Melissa Ordoñez Díaz - Asociación Colombiana de Infectología
Karen Tatiana Fonseca Cipagauta - Salud Total EPS
Leonardo Arévalo Mora - Experto clínico independiente
Loree Daza Meza - Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
María Paula Parrado Erazo - Instituto para la Prevención, el Tratamiento y la Rehabilitación de las Enfermedades Inmunesupresoras Renacerá IPS
María Paulina Posada Vergara - Asociación Colombiana de Infectología
María Yuleidy López Ramírez - Famisanar EPS
Marieth Arias Muñoz - Servicio Occidental de Salud SOS EPS
Mónica Liliana Granados R. - Dirección Distrital de Salud de Bogotá
Mónica Mantilla - Virrey Solís IPS
Mónica Verena Vargas Pinillos - Mutual Ser EPS
Naomi Lozano - EPS Familiar de Colombia
Natalia Andrea Duque Zapata - Medicarte
Olga Lucía Londoño Franco - Empresas Públicas de Medellín
Otto Alberto Sussmann Peña - Infectólogos Clínicos de Colombia S.A.S. - Infectoclínicos
Paola Andrea Murcia - CCF Comfamiliar Huila
Ricardo Gil - Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI)
Ricardo Luque - Ministerio de Salud y Protección Social
Sandra Liliana Valderrama Beltrán - Hospital Universitario San Ignacio
Sebastián Jiménez Ramírez - Sociedad Integral de Especialistas en Salud S.A.S. - SIES Salud
Tatiana Camila Díaz Agudelo - Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas - C.D.I.
Yakeline Escandón - Savia Salud EPS
Yeimis Primera Huertas - Ecoopsos EPS

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Unidad de Comunicación y Difusión

Tabla de contenido

Abreviaturas.....	15
Glosario (1)	17
1. Introducción	30
2. Contexto	31
2.1. Panorama mundial de la enfermedad	31
2.2. Panorama del VIH en Colombia	31
3. Objetivos	32
3.1. Objetivo general	32
3.2. Objetivos específicos.....	32
4. Alcance.....	32
5. Metodología	33
5.1. Participantes	33
5.2. Pasos de la metodología para el consenso.....	33
Paso 1: convocatoria del grupo desarrollador y del panel de expertos.....	33
Grupo desarrollador.....	34
Panel de expertos	34
Paso 2: definición de la pregunta orientadora.....	34
Paso 3: revisión sistemática de la literatura	34
Etapas de la RSL	34
Etapa 1. Diseño de la estrategia y búsqueda sistemática	35
Etapa 2. Selección de la evidencia.....	37
Criterios de inclusión:.....	38
Criterios de exclusión:.....	38
Etapa 3. Extracción de la evidencia	38
Etapa 4. Evaluación de la evidencia	38
Etapa 5. Síntesis de la evidencia	39
Paso 4: definición de los indicadores preliminares	41
Paso 5: reunión de apertura	46
Paso 6: primera ronda virtual de consenso	46
Resultados de la primera ronda de votación.....	46
Participantes y número de votos por sector en la primera ronda.....	46
Paso 7: segunda ronda virtual de consenso	47
Resultados de la segunda ronda de votación	47

Paso 8: reunión de cierre	47
Paso 9: consolidación de los resultados finales y elaboración del informe técnico	47
6. Resultados	48
7. Bibliografía	63
8. Anexos.....	65
Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas	65
Anexo 2. Diagrama PRISMA	68
Anexo 3. Lista de los artículos incluidos.....	69
Anexo 4. Lista de los artículos excluidos por texto completo y las causas de exclusión	72
Anexo 5. Evaluación de la calidad de la evidencia	77
Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos.....	80

Lista de tablas

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022	19
Tabla 2. Pregunta de la revisión sistemática en estructura PICO	34
Tabla 3. Términos búsqueda DeCS y MeSH utilizados	35
Tabla 4. Resultado de búsqueda de las guías de práctica clínica	37
Tabla 5. Distribución de los artículos incluidos según el tipo de estudio	39
Tabla 6. Mediciones reportadas en los artículos analizados	39
Tabla 7. Indicadores preliminares priorizados llevados a votación por el panel de expertos	41
Tabla 8. Criterios de la metodología CREMAA.....	45

Abreviaturas

- AHQR:** Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (en inglés, *Agency for Healthcare Research and Quality*).
- ARL:** Administradoras de Riesgos Laborales.
- BDUA:** Base de Datos Única de Afiliados.
- CAC:** Cuenta de Alto Costo.
- CCF:** Caja de Compensación Familiar.
- CDC:** Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (*Centers for Diseases Control and Prevention*).
- CENETEC:** Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- CV:** Carga viral.
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- DE:** Desviación estándar.
- EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
- EAPVS:** Entidad Administradora de Planes Voluntarios de Salud.
- EOC:** Entidades Obligadas a Compensar.
- EPS:** Entidad Promotora de Salud.
- ET:** Entidades territoriales.
- ETMI:** Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.
- GIRS:** Gestión integral del riesgo en salud.
- GPC:** Guía de práctica clínica.
- HSH:** Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- IC:** Intervalo de confianza.
- IETS:** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
- INPEC:** Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
- INS:** Instituto Nacional de Salud.
- IPS:** Institución Prestadora de Servicios.
- ITS:** Infección de transmisión sexual.
- ml:** Mililitro.
- mm³:** Milímetro cúbico.
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social.
- NICE:** Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (en inglés, *National Institute for Health and Care Excellence*).
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PCNR:** Proporción de casos nuevos reportados (diagnosticados durante el periodo).

Abreviaturas

- PPD:** Prueba cutánea de derivado proteico purificado.
- PPL:** Población privada de la libertad.
- Q1:** Cuartil 1.
- Q3:** Cuartil 3.
- RAM:** Metodología Rand/UCLA (en inglés, *Rand/UCLA Appropriateness Method*).
- RIC:** Rango intercuartílico.
- SGSSS:** Sistema general de seguridad social en salud.
- SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- TAR:** Tratamiento antirretroviral.
- TB:** Tuberculosis.
- USPEC:** Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios.
- VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana.

Glosario (1)

- Abandono:** Se considera a un paciente en abandono, cuando no recibe atenciones por parte de un médico durante todo el periodo de reporte (un año).
- Gestión del riesgo:** Es el proceso de identificación de los factores que afectan la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado en una población, el análisis de las consecuencias derivadas del impacto de las amenazas, la delimitación de la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar, y los mecanismos para reducir la amenaza y afrontar el evento crítico si llega a ocurrir (2,3).
- Gestión del riesgo en salud:** Es la estrategia para afrontar la incertidumbre sobre la situación en salud de una población, buscando reducir o mantener la ocurrencia de las enfermedades en niveles aceptables, a través de medidas preventivas y mitigadoras (2,3).
- Grupos de población clave:** ONUSIDA considera a los gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes, los transgéneros, las personas que se inyectan drogas, así como los presos y otras personas en centros de internamiento como grupos de población clave, los cuales suelen ser víctimas de leyes punitivas o políticas estigmatizadoras, y tienen una mayor probabilidad de estar expuestos a la infección por el VIH. Contar con su participación en los lugares de toma de decisiones es fundamental para conseguir una respuesta eficaz al VIH: son claves para la epidemia y para la respuesta. Los países deberían definir cuáles son los grupos de población clave, tanto para su epidemia como para su respuesta en función de su contexto social y epidemiológico. El término «grupos de población clave de mayor riesgo» también se puede utilizar en un sentido más amplio, independientemente del contexto legal o político, para referirse a aquellos grupos de la población que están expuestos a un gran riesgo de contraer la infección por el VIH o de transmitir el virus.
- Indicador de salud:** Elemento de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población específica.
- Retención de los pacientes en los servicios de atención al VIH:** Se define como la participación continua en la atención médica a la infección por el VIH. Así mismo, el tratamiento de la infección por el VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de atención de forma continuada. Las personas retenidas en atención son los individuos incorporados a los servicios de atención al VIH, que continúan recibiendo de forma continuada dichos servicios. Esto se mide en forma de indicadores marcadores (*proxy*), y el tiempo considerado puede ser normalmente un periodo de un año. Por ejemplo, la recogida de los medicamentos antirretrovirales al menos tres veces en el año, la realización de dos pruebas de CD4 o carga viral en el año (4).

Glosario (1)

Sida:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El acrónimo «sida» ha entrado a formar parte del léxico común; de ahí que se escriba siempre en minúscula. Hágase la distinción entre sida (enfermedad) y SIDA (*Swedish International Cooperation Agency*).

Medicamentos antirretrovíricos/ antirretrovíricos (en América Latina: antirretrovirales)/ terapia o tratamiento antirretrovírico o antirretroviral/ tratamiento del VIH:

La terapia antirretrovírica o antirretroviral es el nombre dado a los regímenes de tratamiento para suprimir la reproducción vírica, reducir la carga del virus hasta niveles indetectables en la sangre y demorar la progresión de la enfermedad causada por el VIH. El régimen habitual de la terapia antirretrovírica o antirretroviral combina tres o más medicamentos diferentes, como dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI), y un inhibidor de la proteasa; dos inhibidores análogos nucleósidos de la transcriptasa inversa y un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa (INNTI), u otras combinaciones. Recientemente, los inhibidores de entrada y los inhibidores de la integrasa pasaron a formar parte de las opciones de tratamiento. Los regímenes subóptimos son la monoterapia o la terapia combinada de dos medicamentos. El término «terapia antirretrovírica o antirretroviral de alta potencia» se empezó a usar con frecuencia después de que se demostrara una excelente respuesta virológica y clínica a las combinaciones de tres (o más) medicamentos antirretrovíricos. Sin embargo, la especificación «de alta potencia» no es necesaria a efectos de clasificación, y el término ha caído en desuso.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):

El VIH es un virus que debilita el sistema inmunitario y que, en última instancia, causa el sida.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
1	Binomio madre - hijo	Gestantes tamizadas para VIH.	Número de gestantes con al menos una prueba de tamizaje de VIH dentro de la gestación.	Total de gestantes reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 85 a < 95%	< 85%	Anual	NA	NA	Numerador: incluye a las gestantes que se les haya realizado mínimo un tamizaje de VIH. El tamizaje es válido si se realizó durante la gestación. No es válido si se realizó como parte del estudio preconcepcional previo a la gestación ni al momento del parto.
2	Binomio madre - hijo	Niños y niñas expuestas al VIH con profilaxis postnatal.	Número de niños/niñas expuestas al VIH nacidos vivos en el periodo con profilaxis postnatal completa según el riesgo.	Total de niños/niñas expuestas al VIH nacidos vivos en el periodo.	Porcentaje	100%	NA*	<100%	Anual	NA	NA	Numerador: incluye todos los casos que hayan recibido profilaxis postnatal completa según los parámetros de la GPC. Denominador: incluye todos los niños/niñas hijos de madre con VIH nacidos vivos en el periodo. Profilaxis completa según GPC: En niños con alto riesgo: Menor de 32 semanas: solo zidovudina; Mayor o igual de 32 semanas y menor de 34 semanas: zidovudina + lamivudina; Mayor o igual de 34 semanas: zidovudina + lamivudina + nevirapina; Mayor o igual de 37 semanas: lamivudina/zidovudina + nevirapina o raltegravir. En niños con bajo riesgo: zidovudina.
3	Binomio madre - hijo	Estudio de transmisión materno - infantil.	Número de niños/niñas mayores de 6 meses expuestos al VIH a quienes se les realizaron mínimo dos estudios de carga viral en los primeros 6 meses de edad.	Total de niños/niñas mayores de 6 meses de edad expuestos al VIH reportados en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 85 a < 95%	< 85%	Anual	NA	NA	Denominador: incluye el total de hijos de madres con VIH que hayan cumplido mínimo 6 meses en el periodo. Los casos que no tengan definida su situación frente al VIH al momento del corte, deberán reportarse en el siguiente periodo donde se determinará su condición frente al VIH y serán incluidos en el indicador.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
4	Binomio madre - hijo	TAR en las gestantes que viven con el VIH.	Número de gestantes con VIH que recibieron TAR en el periodo.	Total de gestantes con VIH reportadas en el periodo.	Porcentaje	100%	95 a < 100%	< 95%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: incluye todas las gestantes con VIH que recibieron TAR según GPC. TAR adecuada según la GPC de Colombia 2021: recomendación 14: regímenes preferidos y alternativos. Si el régimen de TAR está fuera de estos no cumple el criterio de adecuado.</p>
5	Diagnóstico	Detección con CD4 >350 cél./mm ³ en los casos incidentes.	Número de casos incidentes diagnosticados con CD4 >350 cél./mm ³ .	Total de casos incidentes con VIH reportados en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	No	<p>Persona viviendo con el VIH cuyo conteo de linfocitos T CD4 sea >350 cél./mm³ al momento del diagnóstico (medido máximo a los 3 meses anteriores o posteriores a la fecha del diagnóstico). No debe tener enfermedades oportunistas.</p> <p>Numerador: se excluirán los casos con enfermedades oportunistas.</p> <p>Denominador: se excluirán los recién nacidos menores de 6 meses.</p>
6	Seguimiento	Atención por el infectólogo en el periodo.	Número de PVV que recibieron atención por el infectólogo en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: incluye los casos que recibieron mínimo 1 atención por médico infectólogo, sea virtual o presencial en el periodo (1 año).</p>



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
7	Seguimiento	Retención en la atención.	Número de PVV que cumplen con criterios de retención en la atención.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 - < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	<p>La retención se cumple con todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una atención por médico infectólogo o médico experto. - Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral de VIH en los últimos 6 meses. - Recibir TAR a la fecha de corte. <p>El cumplimiento de estos criterios debe darse durante el periodo de reporte (1 año).</p> <p>* Para considerar que un paciente recibe TAR, se validará que a la fecha de corte del reporte a la CAC el paciente se encuentre recibiendo TAR, independiente de la periodicidad de la entrega de los medicamentos.</p>
8	Seguimiento	Tamización de TB latente.	Número de PVV en las que se realizó PPD o IGRA.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 80%	50 a < 80%	< 50%	Anual	Sí	Sí	<p>Denominador: se excluirán los casos que tengan un resultado previo de PPD o IGRA positiva o los que tengan o hayan tenido TB activa.</p>
9	Seguimiento	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo.	Número de PVV con mínimo una medición de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 a < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	<p>La GPC de Colombia sugiere que sea semestral. Se incluirán todas las PVV.</p>
10	Seguimiento	Tamización para sífilis en el periodo.	Número de PVV que fueron tamizadas para sífilis en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 a < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	<p>Denominador: se excluirán los casos en que no se realice el tamizaje por encontrarse en tratamiento para sífilis en el periodo.</p>

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas
viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
11	Seguimiento	Valoración del riesgo cardiovascular.	Número de PVV con evaluación del riesgo cardiovascular en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 85 a < 95%	< 85%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: incluye todos los casos donde se evalúe el riesgo cardiovascular con la escala Framingham ajustada para Colombia, así mismo, incluirá los casos donde el médico tratante evalúe el riesgo cardiovascular de manera cuantitativa (porcentual) o cualitativa (alto, medio y bajo).</p> <p>Denominador: incluye todos los casos con edad igual o mayor a 40 años. Se excluirán los casos en que en el periodo anterior ya se hayan evaluado y cuyo resultado del riesgo sea alto (> 20%), dado que el riesgo no cambiará.</p>
12	Seguimiento	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR.	Número de PVV en TAR con una carga viral < 50 copias/ml (indetectable).	Total de PVV en TAR por 48 semanas o más.	Porcentaje	≥ 90%	≥ 80 a < 90%	< 80%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: se medirá con la carga viral más cercana al corte realizada en los últimos 6 meses del periodo y que sea posterior a las 48 semanas de TAR.</p> <p>Denominador: incluirá todos los casos que lleven más de 48 semanas de la primera TAR.</p>
13	Seguimiento	Estudio de resistencias en pacientes con falla virológica dentro del periodo.	Número de PVV con falla virológica en el periodo a los que se les realizó prueba de genotipificación para identificar mutaciones de resistencia del VIH a los antirretrovirales.	Total de PVV en TAR que tuvieron falla virológica en el periodo.	Porcentaje	≥ 85%	≥ 75 a < 85%	< 75%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: se incluyen todos los pacientes con reporte de falla terapéutica durante el periodo a quienes se les haya realizado genotipificación.</p> <p>Denominador: se incluyen todos los pacientes con reporte de falla terapéutica durante el periodo. Se incluirán todos los casos que presenten fallos virológicos en el periodo. La falla virológica se define como dos cargas virales consecutivas mayores a 200 copias.</p>



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
14	Seguimiento	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	Número PVV con linfocitos T CD4 < 200/ml que recibieron profilaxis para <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	Total de PVV con último recuento de linfocitos T CD4 < 200/ml.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 a < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: se incluyen los casos que están en el denominador y reciben profilaxis para <i>Pneumocystis jirovecii</i>.</p> <p>Denominador: se incluirán los casos de PVV que tienen CD4 menor de 200. Se excluirán los casos que estén en tratamiento antirretroviral, y evolucionen con recuperación inmunológica lenta, tengan conteo de células CD4 entre 100 células/mm³ y 200 células/mm³ y se documenten 2 cargas virales indetectables (obtenidas en un lapso de seis meses (mínimo 90 días y máximo 180 días).</p>
15	Seguimiento	Esquema completo de vacunación para la hepatitis B.	Número de PVV con esquema completo de vacunación para VHB.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 a < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: se incluyen los pacientes que tienen esquema completo (3 dosis) contra la hepatitis B.</p> <p>Denominador: se incluyen todas las PVV reportadas en el periodo. Se excluirán los casos que tienen niveles de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de hepatitis B y los que hayan tenido o tengan coinfección con hepatitis B. Se excluirán los casos con menos de seis meses de diagnóstico de VIH. Por consenso se decidió no hacer exclusiones de los que tienen linfocitos TCD4 menor de 200 cél./mm.</p>

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
16	Seguimiento	Seguimiento paraclínico en el periodo.	Número de PVV en las que se realizaron los paraclínicos de seguimiento en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 90 a < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: incluye los casos en los que se realicen todos los siguientes exámenes:</p> <p>* En población adulta: creatinina, glicemia y ALT de manera semestral; y colesterol total de forma anual.</p> <p>* En población pediátrica: creatinina, glicemia, colesterol total, ALT y hemograma de manera semestral.</p>
17	Seguimiento	Tamización de VPH en las mujeres viviendo con el VIH.	Número de mujeres que viven con el VIH que fueron tamizadas para VPH.	Total de mujeres que viven con el VIH reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: se incluirán los casos con tamizaje para VPH con citología cervicovaginal o con ADN - VPH.</p> <p>Denominador: se incluirán las mujeres con edad entre los 25 y 65 años.</p>
18	Seguimiento	Esquema completo de vacunación.	Número de PVV que tienen el esquema completo de vacunación.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: incluye los casos que cuenten con los siguientes esquemas de vacunación completos según la edad al corte:</p> <p>* En población adulta: vacunación de neumococo, influenza y VPH.</p> <p>* En población pediátrica: esquema del programa ampliado de inmunización (PAI), neumococo, influenza y VPH.</p>
19	Seguimiento	Abandono de la TAR durante el periodo.	Número de PVV que no han reclamado la TAR durante 6 meses o más.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	<p>Abandono se define como PVV con 6 o más meses sin reclamar la TAR en el periodo (así sean intermitentes).</p> <p>Se validará según la cantidad de entregas de TAR que reciba el paciente en el periodo.</p>



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
20	Seguimiento	Atención por el equipo interdisciplinario en el periodo.	Número de PVV que recibieron atención por el equipo interdisciplinario según la GPC.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Equipo interdisciplinario según la GPC está compuesto por: médico experto, médico especialista en infectología, químico farmacéutico, odontólogo, psicólogo y/o trabajador social y/o enfermería. Deberá recibir mínimo una atención por todas las especialidades o profesiones mencionadas.
21	Seguimiento	Tamización anal del VPH.	Número de hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH que fueron tamizados para VPH.	Total de hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH reportados en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Se exceptúan del denominador los casos en los que no se realiza el tamizaje dado que ya tienen diagnóstico confirmado de infección por VPH.
22	Seguimiento	Tamización para hepatitis B.	Número de PVV a quienes se les realizó la tamización de VHB.	Total de PVV reportadas en el periodo que son susceptibles.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Numerador: se incluyen todas las PVV que están en el denominador y que sí se les realizó el tamizaje para VHB. Denominador: se incluyen todas las PVV susceptibles de tener VHB, se excluirán del denominador los no susceptibles, es decir, los casos en que no se realizó, porque ya tenían diagnóstico confirmado de infección por hepatitis B y los casos en que no se realizó por tener anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de hepatitis B.
23	Seguimiento	Tamización para hepatitis C.	Número de PVV a quienes se les realizó la tamización de VHC.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Se excluirán del denominador los casos en que no se realizó porque ya tenía diagnóstico confirmado de infección por hepatitis C y no han recibido tratamiento con antivirales. En caso de haber sido tratado y curado, el seguimiento se monitorizará con ARN cuantitativo.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas
viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
24	Seguimiento	Hospitalización por causa del VIH - sida con menos de 6 meses de diagnóstico.	Número de PVV quienes fueron hospitalizadas por causas relacionadas con el VIH - sida y que tienen menos de 6 meses de diagnóstico.	Total de PVV reportadas en el periodo con menos de 6 meses de diagnóstico.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Numerador: solamente se incluyen las hospitalizaciones por enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH que hayan ocurrido durante los primeros 6 meses desde el diagnóstico. Denominador: se incluyen todas las PVV que fueron diagnosticadas en los últimos 18 meses al momento del corte. Esto significa que se consideran todas las personas que durante el periodo han tenido durante algún momento hasta 6 meses o menos desde la fecha de diagnóstico.
25	Seguimiento	Hospitalización por causa del VIH - sida con más de 6 meses de diagnóstico.	Número de PVV quienes fueron hospitalizadas por causas relacionadas con el VIH - sida y que tienen más de 6 meses de diagnóstico.	Total de PVV reportadas en el periodo con más de 6 meses de diagnóstico.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Solamente se incluyen las hospitalizaciones por enfermedades oportunistas.
26	Seguimiento	Letalidad con menos de 6 meses de diagnóstico.	Número de PVV que fallecieron por causas relacionadas con el VIH - sida y que tienen menos de 6 meses de diagnóstico.	Total de PVV reportadas en el periodo con menos de 6 meses de diagnóstico.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Ninguna.
27	Seguimiento	Letalidad con más de 6 meses de diagnóstico.	Número de PVV que fallecieron por causas relacionadas con el VIH - sida y que tienen más de 6 meses de diagnóstico.	Total de PVV reportadas en el periodo con más de 6 meses de diagnóstico.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Ninguna.
28	Tratamiento	Cobertura de la TAR en el periodo.	Número de PVV que se encuentran recibiendo TAR actualmente.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	≥ 85 a < 95%	< 85%	Anual	Sí	Sí	Se mide la cobertura al momento del corte de información.
29	Tratamiento	Prescripción de la TAR en el periodo.	Número de PVV que iniciaron TAR en el periodo de reporte con alguna de las pautas de elección de la GPC colombiana.	Total de PVV reportadas que iniciaron TAR en el periodo de reporte.	Porcentaje	≥ 95%	90 a < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	Cumplimiento de pautas de elección según GPC colombiana 2021.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
30	Tratamiento	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.	Porcentaje de PVV con TB activa en el periodo cuya sumatoria de días entre el diagnóstico de TB y el inicio de TAR es menor o igual a 30 días.	Total de PVV reportadas con TB activa en el periodo.	Porcentaje	> 95%	90 - 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	Denominador: se excluyen los pacientes con diagnóstico de TB meníngea. Se excluyen los pacientes que tienen VIH confirmado antes de la fecha de diagnóstico de TB. En los casos donde no se haya iniciado la TAR, en el numerador se sumará el tiempo transcurrido entre la fecha de diagnóstico y la fecha de corte.
31	Tratamiento	Cambio de esquema de la TAR.	Número de PVV que iniciaron TAR por primera vez en el periodo de reporte que cambiaron esquema de la TAR dentro de los 12 meses posteriores al inicio.	Total de PVV reportadas que iniciaron TAR en el periodo de reporte.	Porcentaje	< 30%	30 a < 40%	≥ 40%	Anual	Sí	Sí	Ninguna.
32	Tratamiento	PVV que reciben tratamiento para TB latente.	Número de PVV con TB latente con indicación de tratamiento (quimioprofilaxis).	Total de PVV reportadas con TB latente en el periodo.	Porcentaje	≥ 95%	90 a < 95%	< 90%	Anual	Sí	Sí	Denominador: se incluyen los casos con indicación de terapia para TB (prueba PPD o equivalentes con resultado positivo). Se excluirán los casos en que no recibe tratamiento porque tiene TB activa, o porque ya recibió tratamiento para TB latente, o en los que fue descartada la infección latente.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas
viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
33	Tratamiento	Adherencia a la TAR.	Número de PVV con adherencia a la TAR.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 90%	70 a < 90%	< 70%	Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: se incluirán los casos que tengan soporte de la medición de la adherencia en los últimos 6 meses del periodo.</p> <p>Se sugiere realizar la medición por medio del cuestionario SMAQ (https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-hacia-una-actualizacion-del-cuestionario-S0213005X09005138). Se aceptará la medición de la adherencia con otros instrumentos validados para Colombia.</p>
34	Tratamiento	Oportunidad de inicio de la TAR.	Porcentaje de casos nuevos con VIH reportados en el periodo cuya sumatoria de días entre el diagnóstico de VIH y el inicio de la TAR es menor o igual a 30 días.	Total de casos nuevos con VIH reportados en el periodo.	Porcentaje	> 95%	90 - 95%	< 90%	Anual	Sí	No	<p>Numerador: se excluyen los pacientes con diagnóstico de TB meníngea.</p> <p>El tiempo cuenta desde la fecha de la confirmación del diagnóstico (fecha de la prueba con la que se confirma el diagnóstico) hasta el inicio de la TAR.</p> <p>En los casos donde no se haya iniciado el tratamiento, en el numerador se sumará el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la fecha de corte.</p>
35	Tratamiento	Coinfección Hepatitis B/VIH.	Número de PVV con coinfección de hepatitis B que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades.	Total de PVV con coinfección de hepatitis B reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	<p>Numerador: se incluirán los que al corte estén recibiendo tratamiento para hepatitis B y TAR.</p> <p>Denominador: incluye todos los casos reportados con coinfección con hepatitis B en el periodo.</p>



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, 2022 (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
36	Tratamiento	Coinfección hepatitis C/VIH.	Número de PVV con coinfección de hepatitis C que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades.	Total de PVV con coinfección de hepatitis C reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Numerador: se incluirán los que estén recibiendo o hayan recibido tratamiento para hepatitis C en el periodo y que estén recibiendo TAR al corte. Denominador: incluye todos los casos reportados con coinfección con hepatitis C en el periodo.
37	Tratamiento	Coinfección TB/VIH.	Número de PVV con coinfección de TB que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades.	Total de PVV con coinfección de TB reportadas en el periodo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	Sí	Sí	Numerador: se incluirán los que estén recibiendo o hayan recibido tratamiento para TB en el periodo y estén recibiendo TAR al corte. Denominador: incluye todos los casos reportados con coinfección con TB en el periodo.

PVV: personas que viven con el VIH/sida; **CV:** carga viral; **TAR:** tratamiento antirretroviral; **TB:** tuberculosis; **PPD:** prueba cutánea de derivado proteico purificado; **VHB:** virus de hepatitis B, **VHC:** virus de hepatitis C.

Nota: los indicadores que quedan como línea de base se evaluarán de manera anual en compañía de expertos temáticos en el área. Se debe tener en cuenta la solicitud de medir aparte las personas que llegan a la entidad trasladadas de EPS liquidadas.

Fuente: elaboración Cuenta de Alto Costo (CAC).

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

1. Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud pública global caracterizado por un deterioro del sistema inmune que favorece la aparición de las enfermedades oportunistas y se acompaña de un fuerte impacto social dado por la discriminación y el estigma hacia las personas infectadas (5). Entre 1997 y 2005 se disminuyó la tasa global de infección debido al desarrollo de la terapia antirretroviral, los medicamentos genéricos y asequibles para todos los países y una alta eficacia en el control de la carga viral. Sin embargo, no se han alcanzado las metas propuestas por ONUSIDA para lograr el control y poner fin a la epidemia, explicado por la inequidad en el acceso a los servicios de salud, las limitaciones en la prevención, la falta de adherencia al tratamiento y los determinantes sociales y sexuales de la infección (6 - 8).

Específicamente, América Latina se identifica como la región con más desigualdades económicas, sociales, culturales y legales en el mundo, que obstaculizan el avance contra la enfermedad. Además, la OMS y ONUSIDA estimaron que solamente el 81% de las personas conocía el diagnóstico, el 65% recibía tratamiento y el 60% estaba con carga viral suprimida. Por esta razón, la "estrategia mundial contra el sida 2021 - 2026" propone tres prioridades que incluyen maximizar el acceso equitativo a los servicios de salud, romper las barreras para lograr resultados y sostener las respuestas eficientes contra el VIH (9).

Todas las estrategias nuevas que se generen en la atención de los sistemas de salud, deben ser medidas y analizadas con una orientación hacia la obtención de resultados, de tal manera que se evidencien mejores prácticas y se aporte al control y la eliminación de la enfermedad y la disminución de las brechas identificadas en todos los niveles.

Como parte de la medición de resultados, la CAC ha desarrollado el consenso basado en la evidencia para la definición de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, con el fin de evaluar y monitorizar la gestión del riesgo que realizan las EAPB y las IPS en esta enfermedad, y para el cual se adoptó la metodología para el desarrollo de los indicadores de la Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) (10), que recomienda el uso del método *Rand/UCLA appropriateness method* (RAM) para la selección y construcción de los indicadores (11), metodología que fue modificada (no se realizó reunión presencial sino virtual). En este proceso se contó con la participación de representantes de todos los actores del sistema de salud.

Este documento contiene una breve descripción de la enfermedad, los objetivos y el alcance en su primera parte, seguido por la descripción de la metodología que incluye la definición de la pregunta, el proceso de la revisión sistemática de la literatura (RSL), la calificación de la evidencia y la extracción de los indicadores propuestos, junto con la descripción de la reunión de cierre. Por último, se describen los indicadores seleccionados que se agruparon en los dominios relacionados con el continuo de la atención de las personas viviendo con el VIH: el binomio madre - hijo, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. Para cada uno de ellos se presenta su definición, el dominio, la unidad de medida, su periodicidad de medición, la población, el numerador, el denominador, los rangos de cumplimiento y las observaciones.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

2. Contexto

2.1. Panorama mundial de la enfermedad

ONUSIDA estima que 38,4 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2021, de los cuales 1,5 millones de infecciones se contrajeron en el último año y 650.000 murieron en este mismo periodo. En cuanto a la estrategia 95 - 95 - 95, el 85% conoce su estado serológico con respecto al VIH, de ellos, el 88% tienen acceso a la terapia antirretroviral, y de los que están en tratamiento, el 92% logra la supresión viral (12).

A pesar de los avances disponibles en prevención, efectividad del tratamiento y en la respuesta a la crisis del VIH, se considera que la respuesta no es óptima y continúa afectando a las poblaciones más vulnerables del mundo (13). Esta situación se incrementó por la aparición de la pandemia por COVID - 19, acompañado por la disminución de nuevos diagnósticos, las interrupciones en la atención, el aislamiento social, la inseguridad alimentaria, el deterioro de la salud mental, el aumento del consumo de sustancias, el impacto en los ingresos y en el empleo que hace que el tratamiento sea menos accesible, entre otros (14 - 15).

Ante la situación evidenciada globalmente, ONUSIDA propuso tres estrategias para implementar entre 2021 y 2026, que incluyen diez áreas específicas de resultados, abordando temas como la prevención, el rápido acceso al tratamiento, la transmisión vertical, la igualdad, la equidad de género y el financiamiento (9).

2.2. Panorama del VIH en Colombia

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) creó el registro de las personas viviendo con el VIH en el 2011, incluyendo tres poblaciones de interés: las gestantes, los recién nacidos expuestos y las personas con tuberculosis (TB) (16,17). Posteriormente, en 2019 se actualizó el registro en búsqueda de priorizar la información más relevante de la enfermedad (18). Desde el 2012, la CAC genera un informe anual sobre la situación del VIH en el país en el marco del aseguramiento en salud.

Además, posterior a la publicación de la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/sida en el 2014, la CAC realizó el primer consenso basado en la evidencia para escoger los indicadores de gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH. Se incluyeron mediciones de la evaluación inicial del paciente, el monitoreo, el tratamiento y la prevención (19).

Como resultado del registro y del seguimiento mencionados, se identificaron 141.787 personas que viven con el VIH para el periodo comprendido entre el 1° de febrero de 2021 y el 31 de enero de 2022, de los cuales 12.919 eran casos incidentes, representando un incremento del 40,27% con respecto al periodo anterior que estuvo enmarcado en la emergencia sanitaria por COVID - 19 (20). Aunque la prevalencia continua en aumento desde el inicio del reporte, se observa una variación porcentual cada vez menor. La epidemia está concentrada en los hombres, en el rango de edad de 20 a 45 años. La mayor cantidad de casos están en Bogotá, D. C., Antioquia y Valle del Cauca. Es relevante mencionar, que más del 50% de los casos prevalentes se encuentran en estadio sida, lo cual significa que la enfermedad ha avanzado de manera importante comprometiendo el sistema inmune y aumentando la probabilidad de complicaciones.

Por otra parte, en el 2015 se creó un mecanismo de distribución de los recursos para las empresas promotoras de salud (EPS) para el caso de VIH, buscando incentivar la gestión del riesgo por parte de los aseguradores con énfasis en la tamización de las gestantes, la prevalencia de la enfermedad, la detección temprana y la supresión viral (21).



3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Definir los indicadores para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, para la evaluación y el seguimiento de la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH realizada por las EAPB, las ET y las IPS, a través de consenso formal entre los diferentes actores del sistema de salud.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar los indicadores con la mejor evidencia científica disponible para la medición de la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH.
- Evaluar la factibilidad para realizar la medición, la utilidad y la pertinencia de los indicadores identificados para el contexto colombiano.
- Seleccionar los indicadores mínimos prioritarios para medir la gestión del riesgo de las personas viviendo con el VIH.

4. Alcance

El propósito de este consenso es identificar los indicadores prioritarios para la evaluación y la monitorización de la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH, por parte de las EAPB, las ET y los prestadores de servicios de salud en el marco del aseguramiento en Colombia.

Con base en los resultados del consenso, se dará inicio a la medición de los indicadores que puedan ser calculados a partir de la información recuperada mediante el instructivo de reporte de VIH vigente que se sustenta en la normatividad vigente.

Los indicadores que no puedan ser medidos y que hayan sido definidos por consenso, serán objeto de análisis para determinar la forma más conveniente de recolectar la información que no está disponible según lo dispuesto en la Resolución 0273 de 2019 que especifica las variables objeto de reporte a la CAC.

Este consenso es aplicable en el ámbito nacional, los indicadores propuestos no pretenden sustituir las guías de práctica clínica, ni direccionar el tratamiento o influir en la relación entre las EAPB y las IPS. Tampoco se pretende con este consenso promover la selección de los tratamientos, los insumos ni de los medicamentos.

Los indicadores definidos en este consenso no excluyen la medición de otros considerados pertinentes, necesarios y relevantes para la evaluación de los procesos y de los resultados al interior de las entidades. De igual manera, no tiene injerencia en los aspectos relacionados con las tarifas, pagos, infraestructura, costos, tipos de contratación o con el pago por la atención prestada a los pacientes.

5. Metodología

Se adaptó la metodología de consenso basada en la propuesta de RAND/UCLA de un método de uso apropiado (RAM por sus siglas en inglés), desarrollado por el grupo de investigadores de la *RAND Corporation* y la Universidad de California en Los Ángeles (22). Posteriormente, se definieron los indicadores prioritarios para la evaluación y el seguimiento de la gestión del riesgo de las personas viviendo con el VIH en el marco del SGSSS en Colombia.

La metodología se fundamenta en la combinación de la mejor evidencia científica y el juicio colectivo de un panel de expertos, fusionando la técnica Delphi con la de grupos nominales (11). Este método ha sido utilizado y adaptado previamente en otras experiencias de selección de indicadores en diferentes contextos y para distintas condiciones de salud (23 - 25).

Para convocar a todos los actores del SGSSS se envió un comunicado oficial por parte la CAC vía correo electrónico, como respuesta a este, cada entidad, asociación o grupo de interés envió un delegado experto en el área temática y en el caso de los expertos clínicos se recibió confirmación de la asistencia.

5.1. Participantes

Para el desarrollo del consenso se conformaron dos grupos:

- **Grupo desarrollador (GD):** conformado por expertos metodológicos y expertos clínicos en el manejo del VIH.
- **Panel de expertos (PE):** conformado por los representantes de los diferentes actores del SGSSS, incluyendo a los expertos clínicos, las sociedades científicas, las EAPB, las IPS, el gobierno, los entes de vigilancia y control y los representantes de los pacientes y sus cuidadores.

Bajo este método, el GD orientó al PE a través de las fases del proceso y les proporcionó los datos sintetizados a partir de la evidencia, como punto de partida para llegar a un consenso formal respecto a la pregunta orientadora (26).

5.2. Pasos de la metodología para el consenso

Con base en la metodología RAM, se establecieron los siguientes pasos:

1. Convocatoria del GD y del PE.
2. Definición de la pregunta orientadora.
3. Revisión sistemática de la literatura.
4. Definición de los indicadores preliminares.
5. Reunión de apertura.
6. Primera ronda virtual de consenso.
7. Segunda ronda virtual de consenso.
8. Reunión de cierre.
9. Consolidación de los resultados y elaboración del informe técnico.

Paso 1: convocatoria del grupo desarrollador y del panel de expertos

La selección de los participantes se realizó con base en la experiencia, la trayectoria y el conocimiento en el tema o el área de interés. En el caso de los miembros del GD, se seleccionó a los expertos clínicos en el manejo del VIH y a los expertos metodológicos con experiencia en RSL, en el desarrollo de indicadores en salud, en los procesos participativos y en el análisis de datos.



Para la conformación del PE se realizó una convocatoria directa a las entidades gubernamentales, las asociaciones científicas, los expertos clínicos independientes, las EAPB, las IPS y las asociaciones o representantes de los pacientes.

Grupo desarrollador

Conformado por:

- 3 expertos clínicos con formación en infectología de reconocida trayectoria en el manejo del VIH en el país.
- 3 expertos metodológicos con formación en epidemiología, salud pública y afines.

Panel de expertos

Conformado por los delegados de los 5 sectores de interés: aseguramiento, prestación, gobierno, pacientes y expertos clínicos o asociaciones científicas de la salud.

Paso 2: definición de la pregunta orientadora

Con base en la enfermedad, el objetivo del consenso y la metodología de participación seleccionada, los miembros del grupo elaborador formularon y posteriormente refinaron la siguiente pregunta orientadora del consenso:

¿Cuáles son los indicadores prioritarios para la evaluación y el seguimiento de la gestión del riesgo que realizan los aseguradores y prestadores de servicios de salud en Colombia, en personas viviendo con el VIH?

A continuación, se desarrolla la metodología PICO (**tabla 2**), con el objetivo de describir las temáticas de la RSL.

Tabla 2. Pregunta de la revisión sistemática en estructura PICO

P	Personas viviendo con el VIH.
I	Medición o propuesta de indicadores en la atención de las personas viviendo con el VIH.
C	No aplica.
O	Indicadores para evaluar la gestión del riesgo en el proceso de atención.

P: población; **I:** intervención; **C:** comparador; **O:** desenlaces (del inglés "outcome").

Fuente: elaboración CAC.

Paso 3: revisión sistemática de la literatura

Como lo sugiere el método RAND/UCLA, el GD realizó una RSL, siguiendo los lineamientos de la declaración de los principales elementos de informe para las revisiones sistemáticas y los metaanálisis (PRISMA, por sus siglas en inglés) (27), con el propósito de identificar y sintetizar la información disponible respecto a los indicadores para evaluar la gestión del riesgo, la calidad de la atención o el acceso a los servicios de salud en las personas viviendo con el VIH.

Etapas de la RSL

1. Diseño de la estrategia y búsqueda en las bases de datos.
2. Selección de la evidencia.
3. Extracción de la evidencia.
4. Evaluación de la evidencia.
5. Síntesis de la evidencia.

A continuación, se describen cada una de las anteriores etapas:

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Etapa 1. Diseño de la estrategia y búsqueda sistemática

Inicialmente, se identificaron los términos clave de la búsqueda relacionados con la condición de salud y los indicadores para medir la gestión del riesgo, la calidad de la atención o el acceso a los servicios. La **tabla 3** describe los términos utilizados.

Tabla 3. Términos búsqueda DeCS y MeSH utilizados

Categoría	Términos DeCS	Términos MESH	Términos libres	
			Español	Inglés
Población	"Mujeres embarazadas"	"Pregnant Women"	NA	NA
	"Síndrome de inmunodeficiencia adquirida"	"Acquired Immunodeficiency Syndrome" (Incluido en "HIV infections")	SIDA, "VIH/SIDA"	AIDS, "HIV/AIDS"
	"Virus de inmunodeficiencia humana"	"Human Immunodeficiency Virus"	NA	NA
	"Infección por VIH*"	"HIV Infection*"	NA	NA
	"Minorías sexuales y de género"	"Sexual and gender minorities"	NA	NA
	"Transmisión vertical de enfermedad infecciosa"	"Infectious Disease Transmission, Vertical"	"Transmisión de madre a hijo"	"Mother to Child Transmission"
	VIH	HIV	NA	NA
Intervención	"Pruebas de VIH"	"HIV Testing"	NA	NA
	"Seroprevalencia del VIH"	"HIV Seroprevalence"	NA	NA
	"Cribado masivo"	"Mass Screening"	NA	NA
	"Prueba de tuberculina"	"Tuberculin Test"	NA	NA
	"Cribado neonatal"	"Neonatal Screening" (Incluido en "Mass screening")	NA	NA
	"Diagnóstico"	"Diagnosis"	NA	NA
	"Diagnóstico temprano"	"Early Diagnosis" (Incluido en "Diagnosis")	NA	NA
	"Equipo de atención al paciente"	"Patient Care Team"	NA	NA
	"Continuidad de la atención al paciente"	"Continuity of Patient Care"	NA	NA
	"Calidad de la atención médica"	"Quality of Health Care"	NA	NA
	"Fármacos anti - VIH"	"Anti-HIV Agents" (Incluido en "Anti-Retroviral Agents")	NA	NA
	"Tiempo hasta el tratamiento"	"Time - to - Treatment"	NA	NA
	"Agentes antirretrovirales"	"Anti - Retroviral Agents"	NA	NA
	"Terapia antirretroviral altamente activa"	"Antiretroviral Therapy, Highly Active"	NA	"HIV Infections/ drug therapy", "HIV Infections/therapy"
	"La profilaxis posterior a la exposición"	"Post - Exposure Prophylaxis"	NA	NA
	"Profilaxis pre - exposición"	"Pre - Exposure Prophylaxis"	NA	NA
"Estándar de cuidado"	"Standard of Care"	NA	NA	



Tabla 3. Términos búsqueda DeCS y MeSH utilizados (continuación)

Categoría	Términos DeCS	Términos MESH	Términos libres	
			Español	Inglés
	"Adherencia y cumplimiento del tratamiento"	"Treatment Adherence and Compliance"	NA	NA
	"Adherencia a la medicación"	"Medication Adherence"	NA	NA
	"Retención en la atención"	"Retention in Care"	NA	NA
	"Infecciones oportunistas relacionadas con el sida"	"AIDS-Related Opportunistic Infections"	"Infecciones/ complicaciones del VIH"	"HIV Infections/ complications"
	"Síndrome de desgaste por VIH"	"HIV wasting syndrome"	NA	NA
	"Carga viral"	"Viral load"	NA	NA
	"Respuesta virológica sostenida"	"Sustained Virologic Response" (Incluido en "Treatment Outcome")	NA	NA
	"Resistencia a los medicamentos"	"Drug Resistance"	NA	NA
	"Fracaso del tratamiento"	"Treatment Failure" (Incluido en "Treatment Outcome")	NA	NA
	"Resultado del tratamiento"	"Treatment Outcome"	NA	NA
	"Progresión de la enfermedad"	"Disease Progression"	NA	NA
	"Recuento de linfocitos CD4"	"CD4 Lymphocyte Count"	NA	NA
	"Mortalidad"	"Mortality"	NA	NA
	"Sobreviviente del VIH a largo plazo**"	"HIV Long - Term Survivor**"	NA	NA
Resultados	"Indicadores de calidad, atención en salud"	"Quality Indicators, Health Care"	NA	NA
	"Evaluación de riesgos"	"Risk Assessment" (Incluido en "Risk Management")	NA	NA
	"Gestión de riesgos"	"Risk Management"	NA	NA
	"Ajuste de riesgo"	"Risk Adjustment" (Incluido en "Quality Indicators, Health Care" y "Risk Assessment")	NA	NA
	"Indicadores de estado de salud"	"Health Status Indicators"	NA	NA
	"Evaluación del resultado del paciente"	"Patient Outcome Assessment" (Incluido en "Outcome and Process Assessment, Health Care")	NA	NA
	"Evaluación de resultados informados por el paciente"	"Patient Reported Outcome Assessment" (Incluido en "Patient Outcome Assessment")	NA	NA
	"Evaluación de Resultados y Procesos, Atención de la Salud"	"Outcome and Process Assessment, Health Care"	NA	NA
	"Calidad de vida"	"Quality of Life"	NA	NA
	"Estigma social"	"Social Stigma"	NA	NA
	"Perdido en el seguimiento"	"Lost to Follow - Up"	NA	NA
	"Reconstitución inmune"	"Immune Reconstitution"	NA	NA
	NA	NA	"Abandono"	"Abandonment"

Fuente: elaboración CAC.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Las búsquedas de la literatura fueron realizadas en las siguientes bases de datos:

- Medline - Pubmed.
- ScienceDirect - OVID.
- Epistemonikos.
- LILACS - Biblioteca Virtual en Salud.
- Cochrane Database of Systematic Reviews - OVID.

Para la identificación de las GPC se realizó la búsqueda en los siguientes sitios:

- Repositorio Institucional Digital (RID) Ministerio de Salud y Protección Social - Gobierno de Colombia.
- Ministerio de Salud - Gobierno de Chile.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
- Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad - Gobierno de España.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING).
- Australian Clinical Practice Guideline.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).

Adicionalmente, se buscó literatura gris utilizando Google Académico. Las bitácoras de búsqueda se describen en el **anexo 1**, en las cuales se detallan la estrategia de búsqueda, el número de artículos encontrados y los filtros utilizados en función de las bases de datos. Los resultados de las búsquedas de las GPC se presentan en la **tabla 4**.

Tabla 4. Resultado de búsqueda de las guías de práctica clínica

Sitio web	Número de GPC
Repositorio Institucional Digital (RID) Ministerio de Salud y Protección Social - Gobierno de Colombia.	2
Ministerio de Salud - Gobierno de Chile.	2
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).	4
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad - Gobierno de España.	0
National Institute for Health and Care Excellence (NICE).	1
Office of AIDS Research (OAR), which is part of the National Institutes of Health (NIH).	1
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).	0
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING).	0
Australian Clinical Practice Guideline.	0
Total	10

Fuente: elaboración CAC.

Etapa 2. Selección de la evidencia

La tamización de los estudios se realizó empleando la herramienta Rayyan® (28). Inicialmente, se cargaron todos los documentos identificados como resultado de las búsquedas en las bases de datos y posteriormente,



se realizó un proceso de eliminación de duplicados. La selección de la evidencia se basó en los criterios de elegibilidad presentados a continuación:

Criterios de inclusión:

- El documento corresponde a:
 - **Estudios integrativos:** RSL con o sin metaanálisis, revisiones narrativas de la literatura.
 - **Estudios primarios:** ensayos clínicos, estudios de cohortes, casos y controles, o de corte transversal.
 - GPC o protocolos clínicos.
 - **Documentos técnicos:** elaborados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de referencia en el seguimiento y manejo del VIH.
- El documento incluye a las personas viviendo con el VIH.
- El documento evalúa o presenta los indicadores para la medición de la gestión del riesgo, la calidad de la atención o el acceso a los servicios de salud de las personas viviendo con el VIH o contiene recomendaciones clave para su manejo.

Criterios de exclusión:

- El documento no está publicado en idioma inglés o español.
- El texto completo del documento no está disponible.
- Estudios de reporte de caso, series de casos, editoriales o presentaciones de congresos.

La tamización inicial se hizo mediante la lectura del título y el resumen, y estuvo a cargo de dos revisores independientes. Los desacuerdos fueron resueltos por consenso, en caso de que el disenso continuara, se solicitó el concepto a un tercer revisor.

La selección de los estudios se basó en el cumplimiento de los criterios de elegibilidad descritos anteriormente. Como paso posterior, se revisó el texto completo de los estudios seleccionados anteriormente. El proceso completo se presenta en el **anexo 2**, empleando el diagrama de flujo propuesto en la declaración PRISMA (29). Los estudios incluidos en la fase de revisión en texto completo se muestran en el **anexo 3**, la respectiva justificación de su exclusión se encuentra en el **anexo 4**.

Etapa 3. Extracción de la evidencia

Se diseñó el **anexo 3** para obtener la información relevante de los estudios incluidos. Los datos fueron extraídos por uno de los revisores y se diligenciaron los siguientes campos para los artículos seleccionados: autor, país, año, diseño del estudio, revista/organización, tema y población.

Etapa 4. Evaluación de la evidencia

Los estudios fueron evaluados en función del diseño metodológico, utilizando las siguientes herramientas:

- **RSL con o sin meta - análisis:** AMSTAR II (30).
- **GPC y los protocolos de manejo:** metodología AGREE II (31).
- **Estudios observacionales (cohortes):** escala Newcastle - Ottawa (32).
- **Estudios observacionales (corte transversal):** escala de evaluación para estudios de corte transversal del *Joana Briggs Institute* (JBI) (32,33).
- **Revisiones temáticas o narrativas:** escala SANRA (34).
- **Consensos u otros procesos participativos que utilicen la técnica Delphi:** evaluación de atributos propuesta por Paré G. et al. (35).

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

- **Consensos o paneles de expertos que no utilizan la técnica Delphi:** escala de evaluación para artículos basados en opinión de expertos del JBI (32,33).

En el **anexo 5** se muestran los resultados de la evaluación de la evidencia.

Etapa 5. Síntesis de la evidencia

En la búsqueda sistemática en las diferentes bases de datos, sitios web de GPC y literatura gris, se identificaron un total de 1.294 artículos de los cuales 30 estaban duplicados. En 1.276 se hizo la revisión por el título y el resumen, que culminó con la exclusión de 1.176 referencias. Posteriormente, 102 referencias se evaluaron por texto completo, se excluyeron 55 de estos, logrando un total de 47 artículos incluidos. En la evaluación de la calidad de la evidencia, 12 RSL obtuvieron el resultado de "críticamente baja" (**anexo 5**) y se excluyeron de la síntesis para la propuesta de los IGR.

La distribución por el tipo de estudio se observa en la **tabla 5**, en la cual se evidencia el predominio de las RSL con un 44,68% del total de artículos analizados. Los países con el mayor número de publicaciones fueron Estados Unidos (21,28%) y México (8,51%).

Tabla 5. Distribución de los artículos incluidos según el tipo de estudio

Tipo de estudio	n	%
Revisión sistemática	21	44,68
Guía de práctica clínica	10	21,28
Cohorte	5	10,64
Corte transversal	4	8,51
Revisión narrativa	4	8,51
Consenso	2	4,26
Ensayo clínico	1	2,13
Total	47	100,00

Fuente: elaboración CAC.

Las medidas reportadas en los estudios analizados se presentan en la **tabla 6** y se agruparon en las siguientes temáticas: diagnóstico y evaluación de línea de base, tamización, inmunización, tuberculosis, tratamiento, seguimiento, y embarazo y binomio madre - hijo. Las medidas con la mayor frecuencia fueron: tratamiento con 45 artículos (95,74%), tamización en 42 referencias (89,36%) y el diagnóstico en 41 (87,23%).

Tabla 6. Mediciones reportadas en los artículos analizados

n	Autor/año	Diagnóstico - Evaluación de línea de base	Tamización	Inmunización	Tuberculosis	Tratamiento	Seguimiento	Embarazo y binomio madre - hijo
1	Abebe, M. et al. - 2020	-	-	-	-	X	X	-
2	Abgrall, S. et al. - 2016	X	X	-	-	X	X	-
3	Aliyu, A. et al. - 2019	X	X	-	X	X	X	X
4	Anderson, A. et al. - 2020	X	X	-	-	X	-	-
5	Bulsara, S. et al. - 2018	-	-	-	-	X	-	-
6	Castelnuovo, B. et al. - 2017	X	X	-	-	X	X	-
7	Catumbela, E. et al. - 2016	X	X	-	X	X	X	X
8	Catumbela, E. et al. - 2013	X	X	X	X	X	-	-
9	Coetsee, L. et al. - 2017	X	X	-	-	-	-	-



Tabla 6. Mediciones reportadas en los artículos analizados (continuación)

n	Autor/año	Diagnóstico - Evaluación de línea de base	Tamización	Inmunización	Tuberculosis	Tratamiento	Seguimiento	Embarazo y binomio madre - hijo
10	DHSS - 2022	X	X	-	-	X	X	-
11	Granich, R. et al. - 2017	X	X	-	-	X	-	-
12	Hargreaves, S. et al. - 2019	X	X	-	-	X	X	X
13	Ibiloye, O. et al. - 2022	X	X	-	-	X	-	-
14	Institute of medicine - 2012	X	X	-	-	X	X	-
15	Jobson, G. et al. - 2021	X	X	-	X	X	-	-
16	Johnston, S. et al. - 2015	X	X	-	-	X	X	-
17	Kanters, S. et al. - 2017	X	X	-	-	X	-	-
18	Karatzas, N. et al. - 2019	X	X	-	-	X	-	-
19	Kay, E. et al. - 2016	X	X	-	-	X	-	-
20	Koss, C. et al. - 2017	X	X	-	-	X	-	X
21	Martin, M. et al. - 2013	X	X	-	-	X	-	-
22	Mbuagbaw, L. et al. - 2020	X	X	-	-	X	X	-
23	Ministerio de Salud - Chile - 2017	-	-	X	-	X	-	X
24	Ministerio de Salud - Chile - 2019	X	X	X	-	-	-	X
25	Minsalud - Colombia - 2021	X	X	X	X	X	X	X
26	Minsalud - Colombia - 2021	X	X	X	X	X	X	X
27	Mugglin, C. et al. - 2013	X	X	-	-	X	X	-
28	NICE - 2016	X	X	-	-	X	-	-
29	Olney, J. et al. - 2016	X	X	-	-	X	-	-
30	ONUSIDA - 2021	X	X	-	X	X	X	X
31	ONUSIDA - 2020	X	X	-	-	X	X	X
32	Oyeledun, B. et al. - 2014	X	X	-	-	X	-	X
33	Phanuphak, N. et al. - 2020	X	X	-	-	X	-	X
34	Plazy, M. et al. - 2015	-	-	-	-	X	-	-
35	Rebeiro, P. et al. - 2018	X	X	-	-	X	-	-
36	Riera M. et al. - 2022	X	X	X	X	X	X	X
37	Risher, K. et al. - 2017	-	-	-	-	X	X	-
38	Secretaría de Salud - México - 2016	X	X	-	X	X	-	X
39	Secretaría de Salud - México - 2017	X	X	-	-	X	-	-
40	Secretaría de Salud - México - 2017	X	X	-	X	X	X	-
41	Secretaría de Salud - México - 2011	X	X	X	X	X	X	-
42	Siegfried, N. et al. - 2013	X	X	-	-	X	X	-
43	Stannah, J. et al. - 2019	X	X	-	-	X	-	-
44	Taieb, F. et al. - 2017	X	X	-	-	X	-	-

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 6. Mediciones reportadas en los artículos analizados (continuación)

n	Autor/año	Diagnóstico - Evaluación de línea de base	Tamización	Inmunización	Tuberculosis	Tratamiento	Seguimiento	Embarazo y binomio madre - hijo
45	TenoRes Group - 2016	X	X	-	-	X	-	-
46	Thompson, M. et al. - 2012	-	X	-	-	X	-	-
47	WHO - 2020	X	X	-	X	X	X	X
Total		41	42	7	12	45	21	15

Fuente: elaboración CAC.

Al finalizar la síntesis y la evaluación de la calidad de la evidencia científica, se obtuvieron las mediciones clínicas recurrentes en los estudios analizados. Con este insumo se postularon los IGR preliminares a los cuales se les aplicó la metodología CREMAA y posteriormente se consolidó la propuesta definitiva que se presenta en el **anexo 6**.

Paso 4: definición de los indicadores preliminares

Los miembros del GD generaron una propuesta de 30 indicadores preliminares basados en los artículos y las GPC analizadas. Para cada uno de ellos se diligenció su dominio, su nombre, el numerador, el denominador, la unidad de medición y las observaciones. En la **tabla 7** se describe la información extraída.

Tabla 7. Indicadores preliminares priorizados llevados a votación por el panel de expertos

Número	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
1	Binomio madre - hijo	Gestantes tamizadas para VIH.	Número de gestantes con al menos una prueba de tamizaje de VIH dentro de la gestación.	Total de gestantes reportadas en el periodo.	Porcentaje	Numerador: incluye a las gestantes que se les haya realizado mínimo un tamizaje de VIH. El tamizaje es válido si se realizó durante la gestación. No es válido como parte del estudio preconcepcional previo a la gestación ni al momento del parto.
2	Binomio madre - hijo	Niños/niñas expuestas al VIH con profilaxis postnatal.	Número de niños/niñas expuestas al VIH nacidos vivos en el periodo con profilaxis postnatal completa según el riesgo.	Total de niños/niñas expuestas al VIH nacidos vivos en el periodo.	Porcentaje	Numerador: incluye todos los casos que hayan recibido profilaxis postnatal completa según los parámetros de la GPC. Denominador: incluye todos los niños/niñas hijos de madre con VIH nacidos vivos en el periodo. Profilaxis completa según GPC: en niños con alto riesgo: Menor de 32 semanas: solo zidovudina; Mayor o igual de 32 semanas y menor de 34 semanas: zidovudina + lamivudina; Mayor o igual de 34 semanas: zidovudina + lamivudina + nevirapina; Mayor o igual de 37 semanas: lamivudina/ zidovudina + nevirapina o raltegravir. En niños con bajo riesgo: zidovudina.
3	Binomio madre - hijo	Estudio de transmisión materno - infantil.	Número de niños/niñas mayores de 6 meses expuestos al VIH a quienes se les realizaron mínimo dos estudios de carga viral en los primeros 6 meses de edad.	Total de niños/niñas mayores de 6 meses de edad expuestos al VIH reportados en el periodo.	Porcentaje	Denominador: incluye el total de hijos de madres con VIH que hayan cumplido mínimo 6 meses en el periodo. Los casos que no tengan definida su situación frente al VIH al momento del corte, deberán reportarse en el siguiente periodo donde se determinará su condición frente al VIH y serán incluidos en el indicador.

Fuente: elaboración CAC.



Tabla 7. Indicadores preliminares priorizados llevados a votación por el panel de expertos (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
4	Binomio madre - hijo	TAR en las gestantes que viven con el VIH.	Número de gestantes con VIH que recibieron TAR en el periodo.	Total de gestantes con VIH reportadas en el periodo.	Porcentaje	Numerador: incluye todas las gestantes con VIH que recibieron TAR según GPC. La TAR adecuada según la GPC de Colombia 2021: recomendación 14: regímenes preferidos y alternativos. Si el régimen de TAR está fuera de estos no cumple el criterio de adecuado.
5	Diagnóstico	Detección con CD4 >350 células/mm ³ en los casos incidentes.	Número de casos incidentes diagnosticados con CD4 >350 células/mm ³ .	Total de casos incidentes con VIH reportados en el periodo.	Porcentaje	Persona viviendo con el VIH cuyo conteo de linfocitos T CD4 sea >350 células/mm ³ al momento del diagnóstico (medido máximo a los 3 meses anteriores o posteriores a la fecha del diagnóstico). No debe tener enfermedades oportunistas. Numerador: se excluirán los casos con enfermedades oportunistas. Denominador: se excluirán los recién nacidos menores de 6 meses.
6	Seguimiento	Atención por el infectólogo en el periodo.	Número de PVV que recibieron atención por el infectólogo en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Numerador: incluye los casos que recibieron mínimo 1 atención por médico infectólogo sea virtual o presencial, en el periodo (1 año).
7	Seguimiento	Retención en la atención.	Número de PVV que cumplen con criterios de retención en la atención.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	La retención se cumple con todos los siguientes criterios: - Una atención por médico infectólogo o médico experto. - Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral de VIH en los últimos 6 meses - Recibir TAR a la fecha de corte. El cumplimiento de estos criterios debe darse durante el periodo de reporte (1 año). * Para considerar que un paciente recibe TAR, se validará que a la fecha de corte del reporte a la CAC el paciente se encuentre recibiendo TAR, independiente de la periodicidad de la entrega de los medicamentos.
8	Seguimiento	Tamización de TB latente.	Número de PVV en las que se realizó PPD o IGRA.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Denominador: se excluirán los casos que tengan un resultado previo de PPD o IGRA positiva o los que tengan o hayan tenido TB activa.
9	Seguimiento	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo.	Número de PVV con mínimo una medición de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	La GPC de Colombia sugiere que sea semestral. Se incluirán todas las PVV.
10	Seguimiento	Tamización para sífilis en el periodo.	Número de PVV que fueron tamizadas para sífilis en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Denominador: se excluirán los casos en que no se realizó el tamizaje por encontrarse en tratamiento para sífilis en el periodo.
11	Seguimiento	Valoración del riesgo cardiovascular.	Número de PVV con evaluación del riesgo cardiovascular en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Denominador: incluye todos los casos con edad igual o mayor a 40 años. Se excluirán los casos en los que en el periodo anterior ya se hayan evaluado y cuyo resultado del riesgo sea alto (>20%), dado que el riesgo no cambiará. Numerador: incluye todos los casos donde se evalúe el riesgo cardiovascular con la escala Framingham ajustada para Colombia, así mismo, incluirá los casos donde el médico tratante evalúe el riesgo cardiovascular de manera cuantitativa (porcentual) o cualitativa (alto, medio y bajo).

Fuente: elaboración CAC.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 7. Indicadores preliminares priorizados llevados a votación por el panel de expertos (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
12	Seguimiento	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR.	Número de PVV en TAR con una carga viral < 50 copias/ml (indetectable).	Total de PVV en TAR por 48 semanas o más.	Porcentaje	Numerador: se medirá con la carga viral más cercana al corte realizada en los últimos 6 meses del periodo y que sea posterior a las 48 semanas de TAR. Denominador: incluirá todos los casos que lleven más de 48 semanas de la primera TAR.
13	Seguimiento	Estudio de resistencias en pacientes con falla virológica dentro del periodo.	Número de PVV con falla virológica en el periodo a los que se les realizó prueba de genotipificación para identificar mutaciones de resistencia del VIH a los antirretrovirales.	Total de PVV en TAR que tuvieron falla virológica en el periodo.	Porcentaje	Se incluirán todos los casos que presenten fallos virológicos en el periodo. La falla virológica se define como dos cargas virales consecutivas mayores a 200 copias. Recomendación de los expertos: no todo fallo virológico requiere genotipificación, cada caso debe analizarse de manera individual. Para pacientes que fallan con integrasa el genotipo debería incluir resistencia para integrasa, de lo contrario no sería útil.
14	Seguimiento	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	Número de PVV con linfocitos T CD4 < 200/ml que recibieron profilaxis para <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	Total de PVV con último recuento de linfocitos T CD4 < 200/ml.	Porcentaje	Numerador: se incluirán los casos que tienen CD4 menor de 200. Se excluirán los casos que estén en tratamiento antirretroviral, que evolucionen con recuperación inmunológica lenta, tengan conteo de células CD4 entre 100 células/mm ³ , y 200 células/mm ³ , y se documenten 2 cargas virales indetectables (obtenidas en un lapso de seis meses (mínimo 90 días y máximo 180 días)).
15	Seguimiento	Esquema completo de vacunación para la hepatitis B.	Número de PVV con esquema completo de vacunación para VHB.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Denominador: se excluirán los casos que tienen niveles de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de hepatitis B y los que hayan tenido o tengan coinfección con hepatitis B. También se excluirán los casos con menos de seis meses de diagnóstico de VIH. Por consenso se decidió no hacer exclusiones de los que tienen linfocitos T CD4 menor de 200 cel/mm.
16	Seguimiento	Seguimiento paraclínico en el periodo.	Número de PVV en los que se realizaron los paraclínicos de seguimiento en el periodo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Numerador: incluye los casos en que se realicen todos los siguientes exámenes: * En población adulta: creatinina, glicemia y ALT de manera semestral; y colesterol total de forma anual. * En población pediátrica: creatinina, glicemia, colesterol total, ALT y hemograma de manera semestral.
17	Seguimiento	Tamización de cáncer de cérvix en las mujeres viviendo con VIH.	Número de mujeres que viven con el VIH que fueron tamizadas para VPH.	Total de mujeres que viven con el VIH reportadas en el periodo.	Porcentaje	Numerador: se incluirán los casos con tamizaje para VPH con citología cervicovaginal o con ADN - VPH. Denominador: se incluirán las mujeres con edad entre 25 y 65 años.
18	Seguimiento	Esquema completo de vacunación.	Número de PVV que tienen el esquema completo de vacunación.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Numerador: incluye los casos que cuenten con los siguientes esquemas de vacunación completos según la edad al corte: * En población adulta: vacunación de neumococo, influenza y VPH. * En población pediátrica: esquema del programa ampliado de inmunización (PAI), neumococo, influenza y VPH.
19	Seguimiento	Abandono de la TAR durante el periodo.	Número de PVV que no han reclamado la TAR durante 6 meses o más.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Abandono se define como PVV con 6 o más meses sin reclamar la TAR en el periodo (así sean intermitentes). Se validará según la cantidad de entregas de TAR que reciba el paciente en el periodo.

Fuente: elaboración CAC.



Tabla 7. Indicadores preliminares priorizados llevados a votación por el panel de expertos (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
20	Seguimiento	Atención por el equipo interdisciplinario en el periodo.	Número de PVV que recibieron atención por el equipo interdisciplinario según la GPC.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	El equipo interdisciplinario según la GPC está compuesto por: médico experto, médico especialista en infectología, químico farmacéutico, odontólogo, psicólogo y/o trabajador social y/o enfermería. Deberá recibir mínimo una atención por todas las especialidades o profesiones mencionadas.
21	Seguimiento	Tamización para hepatitis B.	Número de PVV a quienes se les realizó la tamización de VHB y son susceptibles de tenerlo.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Se excluirán del denominador los casos en los que no se realizó porque ya tenía diagnóstico confirmado de infección por hepatitis B y los casos en los que no se hizo por tener anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de hepatitis B.
22	Seguimiento	Tamización para hepatitis C.	Número de PVV a quienes se les realizó la tamización de VHC.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Se excluirán del denominador los casos en los que no se realizó porque ya tenían diagnóstico confirmado de infección por hepatitis C y no han recibido tratamiento con antivirales. En caso de haber sido tratado y curado, el seguimiento se monitorizará con ARN cuantitativo.
23	Tratamiento	Cobertura de la TAR en el periodo.	Número de PVV que se encuentran recibiendo TAR actualmente.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Se mide la cobertura al momento del corte de información.
24	Tratamiento	Prescripción de la TAR en el periodo.	Número de PVV que iniciaron TAR en el periodo de reporte con alguna de las pautas de elección de la GPC colombiana.	Total de PVV reportadas que iniciaron TAR en el periodo de reporte.	Porcentaje	Cumplimiento de pautas de elección según GPC colombiana 2021.
25	Tratamiento	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.	Porcentaje de PVV con TB activa en el periodo cuya sumatoria de días entre el diagnóstico de TB y el inicio de la TAR es menor o igual a 30 días.	Total de PVV reportadas con TB activa en el periodo.	Porcentaje	Denominador: se excluyen los pacientes con diagnóstico de TB meníngea. En los casos donde no se haya iniciado la TAR, en el numerador se sumará el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la fecha de corte. Se excluyen los pacientes que tienen VIH confirmado antes de la fecha de diagnóstico de TB.
26	Tratamiento	Cambio de esquema de la TAR.	Número de PVV que iniciaron TAR por primera vez en el periodo de reporte que cambiaron esquema de la TAR dentro de los 12 meses posteriores al inicio.	Total de PVV reportadas que iniciaron TAR en el periodo de reporte.	Porcentaje	Ninguna.
27	Tratamiento	PVV que reciben tratamiento para TB latente.	Número de PVV con TB latente con indicación de tratamiento (quimioprofilaxis).	Total de PVV reportadas con TB latente en el periodo.	Porcentaje	Denominador: se excluirán los casos en los que no recibe tratamiento porque tiene TB activa, o porque ya recibió tratamiento para TB latente, o en los que fue descartada la infección latente.
28	Tratamiento	Adherencia a la TAR.	Número de PVV con adherencia a la TAR.	Total de PVV reportadas en el periodo.	Porcentaje	Numerador: se incluirán los casos que tengan medición de la adherencia en los últimos 6 meses del periodo. Se sugiere realizar la medición por medio del cuestionario SMAQ (https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-hacia-una-actualizacion-del-cuestionario-S0213005X09005138). Se aceptará la medición de la adherencia con otros instrumentos validados.

Fuente: elaboración CAC.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 7. Indicadores preliminares priorizados llevados a votación por el panel de expertos (continuación)

Número	Dominio	Indicador				Observaciones
		Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	
29	Tratamiento	Oportunidad de inicio de la TAR.	Porcentaje de casos nuevos con VIH reportados en el periodo cuya sumatoria de días entre el diagnóstico de VIH y el inicio de la TAR es menor o igual a 30 días.	Total de casos nuevos con VIH reportados en el periodo.	Porcentaje	Numerador: se excluyen los pacientes con diagnóstico de TB meningea. El tiempo cuenta desde la fecha de la confirmación del diagnóstico (fecha de la prueba con la que se confirma el diagnóstico) hasta el inicio de la TAR. En los casos donde no se haya iniciado el tratamiento, en el numerador se sumará el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la fecha de corte.
30	Tratamiento	Oportunidad de inicio del tratamiento para VHC.	Sumatoria de días entre el diagnóstico de VHC y el inicio del tratamiento.	Total de PVV reportadas con VHC en el periodo.	Promedio	En los casos donde el paciente tenga coinfección con el VHC y no se haya iniciado el tratamiento, en el numerador se sumará el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la coinfección y la fecha de corte.

Fuente: elaboración CAC.

La evaluación de los indicadores obtenidos se realizó usando los criterios de la metodología CREMAA desarrollada por el Banco Mundial, en el cual, el acrónimo representa las características que deben ser evaluadas (**tabla 8**). Con esta metodología se priorizaron los indicadores que posteriormente se socializaron con el GD y se definió cuáles de ellos pasaban a la fase participativa. En algunos casos, se hicieron modificaciones con el objetivo de hacerlos más consecuentes con el contexto colombiano.

La formulación de los indicadores preliminares se realizó a partir de tres alternativas posibles:

- Indicadores textuales identificados en la RSL.
- Modificación de los indicadores identificados en la RSL.
- Recomendaciones clave.

Tabla 8. Criterios de la metodología CREMAA

Definición	Pregunta
Claro (preciso e inequívoco).	¿El indicador es suficientemente preciso para garantizar una medición objetiva?
Relevante (apropiado al tema en cuestión).	¿El indicador es un reflejo lo más directo posible del objetivo?
Económico (disponible a un costo razonable).	¿El indicador es capaz de emplear un método práctico y asequible para la obtención de datos?
Medible (abierto a validación independiente).	¿Las variables del indicador están suficientemente definidas para asegurar que lo que se mide hoy es lo mismo que se va a medir en cualquier tiempo posterior, sin importar quién haga la medición?
Adecuado (ofrece una base suficiente para estimar el desempeño).	¿El indicador es suficientemente representativo del total de los resultados deseados y su comportamiento puede ser observado periódicamente?
Aportación marginal (aportes adicionales).	¿El indicador provee información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos?

Fuente: elaboración CAC.

Durante la formulación de los indicadores preliminares, el GD verificó el cumplimiento de los criterios CREMAA. En este ejercicio 30 de los 46 indicadores superaron este paso (**anexo 6**) para ser sometidos a votación por parte del PE.



Paso 5: reunión de apertura

Con el propósito de exponer el objetivo, el alcance y la metodología del consenso, el 14 de junio de 2022 se realizó la reunión virtual de apertura en la plataforma Zoom, a la que fueron invitados todos los miembros del PE. En este espacio se recibieron las dudas, las inquietudes y los comentarios de los expertos participantes y se acordó la dinámica de trabajo.

Paso 6: primera ronda virtual de consenso

Todos los miembros del PE recibieron una invitación para acceder al proceso de votación desarrollado en la herramienta Forms de Office 365®. En el formulario virtual se dispusieron los 30 indicadores definidos por el GD, allí se registró la opinión respecto a la pertinencia de cada uno de ellos, basado en una escala de Likert de 1 a 9, en donde 1 es "totalmente en desacuerdo" y 9 "totalmente de acuerdo" (11). Adicionalmente, se incluyó un espacio para registrar los comentarios, argumentos y las posibles propuestas de ajuste, así como proponer nuevos indicadores que consideraran relevantes, incluyendo su nombre, la operacionalización (numerador y denominador), la evaluación mediante los criterios CREMAA y la justificación para incluirlo.

Resultados de la primera ronda de votación

Una vez finalizada la votación por parte del PE, el GD consolidó los resultados, los comentarios recibidos y los nuevos indicadores propuestos. Para esto, se clasificaron los miembros del PE en uno de los 5 sectores convocados:

- **Sector 1:** expertos clínicos representantes de sociedades científicas o independientes.
- **Sector 2:** entidades gubernamentales.
- **Sector 3:** EAPB (incluyendo ET).
- **Sector 4:** IPS.
- **Sector 5:** representantes de los pacientes.

Posteriormente, se calculó la mediana de votación por cada sector de forma independiente, dando origen a 5 votos en total (uno por cada sector). A partir de las medianas de cada grupo, se estimó la mediana global que definiría la presencia o ausencia de consenso respecto a cada indicador:

- **Mediana de 7 a 9:** consenso a favor (el indicador SÍ debe ser incluido).
- **Mediana de 4 a 6:** no hay consenso (no existe acuerdo con respecto a la inclusión del indicador).
- **Mediana de 1 a 3:** consenso en contra (el indicador NO debe ser incluido).

Participantes y número de votos por sector en la primera ronda

En total se enviaron 126 invitaciones y de ellas 62 personas distribuidas de la siguiente manera hicieron efectivo su voto:

- **Aseguramiento:** 34 de EPS, ET y EAPB.
- **Prestación:** 22 representantes clínicos de IPS.
- **Gobierno:** 3 del IETS, Ministerio de Salud y Protección Social y OPS.
- **Pacientes:** 1 asociación de pacientes.
- **Asociaciones científicas:** 2 de ACIN y ACMI.

Como resultado de esta primera votación, se obtuvo el consenso a favor de 27 indicadores. El cambio de TAR, la atención por el infectólogo en el periodo y la atención por el equipo interdisciplinario en el periodo no lograron consenso y requirieron una nueva votación. El PE propuso 7 indicadores nuevos que fueron evaluados por el GD para llevarlos a la siguiente ronda de consenso.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Paso 7: segunda ronda virtual de consenso

Todos los miembros del PE recibieron un resumen de los resultados de la primera ronda de votación y un formulario virtual con las mismas características del utilizado en la ronda previa; este incluyó los tres indicadores que no fueron consensuados y los siete indicadores nuevos propuestos por el PE en la fase anterior.

Resultados de la segunda ronda de votación

Participaron 44 personas distribuidas de la siguiente manera:

- **Aseguramiento:** 23 EPS, ET y EAPB.
- **Prestación:** 17 representantes clínicos de IPS.
- **Gobierno:** 2 del Ministerio de Salud, de la Superintendencia Nacional de Salud y del IETS.
- **Pacientes:** 1 de asociaciones de pacientes.
- **Expertos clínicos:** 1 de asociaciones científicas o clínicos independientes.

Una vez finalizada la votación, el GD consolidó los resultados y los comentarios recibidos, con el mismo procedimiento utilizado en la primera ronda. Los 10 indicadores votados alcanzaron consenso a favor de su inclusión.

Paso 8: reunión de cierre

Con el propósito de socializar los resultados del consenso, se organizó una reunión virtual con los miembros del PE el día 22 de septiembre de 2022 en la plataforma Zoom. Durante el desarrollo se abrió un espacio de discusión para cada uno de los indicadores, en este escenario se permitió el ajuste y la definición de algunos conceptos clave para su medición.

Paso 9: consolidación de los resultados finales y elaboración del informe técnico

Finalizadas las dos rondas de consenso y la reunión de cierre, se consolidaron los resultados de las votaciones, los ajustes finales de las fichas técnicas de los indicadores y se elaboró el informe técnico.



6. Resultados

Con base en la RSL y el proceso participativo, se consolidaron los indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas que viven con el VIH en el marco del SGSSS en Colombia. A continuación, se presentan según los dominios de las fases de atención a los que pertenecen y se incluye la metodología de medición, los puntos de corte y algunas observaciones de interés para su cálculo e interpretación.

1. Gestantes tamizadas para VIH

Número	1
Nombre	Gestantes tamizadas para VIH.
Dominio	Binomio madre - hijo.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Gestantes.
Numerador	Número de gestantes con al menos una prueba de tamizaje de VIH dentro de la gestación.
Denominador	Total de gestantes reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 85 a < 95%
	< 85%
Observaciones	Numerador: incluye a las gestantes que se les haya realizado mínimo un tamizaje de VIH. El tamizaje es válido si se realizó durante la gestación. No es válido como parte del estudio preconcepcional previo a la gestación ni al momento del parto.

2. Niños/niñas expuestas al VIH con profilaxis postnatal

Número	2
Nombre	Niños/niñas expuestas al VIH con profilaxis postnatal.
Dominio	Binomio madre - hijo.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Niños y niñas hijos de madre con VIH.
Numerador	Número de niños y niñas expuestas al VIH nacidos vivos en el periodo con profilaxis postnatal completa según el riesgo.
Denominador	Total de niños y niñas expuestas al VIH nacidos vivos en el periodo.
Puntos de corte	100%
	NA*
	< 100%
Observaciones	Numerador: incluye todos los casos que hayan recibido profilaxis postnatal completa según los parámetros de la GPC. Denominador: incluye todos los niños/niñas hijos de madre con VIH nacidos vivos en el periodo. Profilaxis completa según la GPC: en niños con alto riesgo: menor de 32 semanas: solo zidovudina; mayor o igual de 32 semanas y menor de 34 semanas: zidovudina + lamivudina; mayor o igual de 34 semanas: zidovudina + lamivudina + nevirapina; mayor o igual de 37 semanas: lamivudina/zidovudina + nevirapina o raltegravir. En niños con bajo riesgo: zidovudina.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

3. Estudio de la transmisión materno - infantil

Número	3
Nombre	Estudio de transmisión materno - infantil.
Dominio	Binomio madre - hijo.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Niños y niñas hijos de madre con VIH.
Numerador	Número de niños y niñas mayores de 6 meses expuestos al VIH a quienes se les realizaron mínimo dos estudios de carga viral en los primeros 6 meses de edad.
Denominador	Total de niños y niñas mayores de 6 meses de edad expuestos al VIH reportados en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 85 a < 95%
	< 85%
Observaciones	Denominador: incluye el total de hijos de madres con VIH que hayan cumplido mínimo 6 meses en el periodo. Los casos que no tengan definida su situación frente al VIH al momento del corte, deberán reportarse en el siguiente periodo donde se determinará su condición frente al VIH y serán incluidos en el indicador.

4. TAR en las gestantes que viven con el VIH

Número	4
Nombre	TAR en las gestantes que viven con el VIH.
Dominio	Binomio madre - hijo.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de gestantes con VIH que recibieron TAR en el periodo.
Denominador	Total de gestantes con VIH reportadas en el periodo.
Puntos de corte	100%
	95 a < 100%
	< 95%
Observaciones	Numerador: incluye todas las gestantes con VIH que recibieron TAR según la GPC. La TAR adecuada según la GPC de Colombia 2021: recomendación 14: regímenes preferidos y alternativos. Si el régimen de TAR está fuera de estos no cumple el criterio de adecuado.



5. Detección con CD4 > 350 cél. /mm³ en los casos incidentes

Número	5
Nombre	Detección con CD4 > 350 cél. /mm ³ en los casos incidentes.
Dominio	Diagnóstico.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos incidentes.
Numerador	Número de casos incidentes diagnosticados con CD4 > 350 cél. /mm ³ .
Denominador	Total de casos incidentes con VIH reportados en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	<p>Persona viviendo con el VIH cuyo conteo de linfocitos T CD4 sea > 350 cél. /mm³ al momento del diagnóstico (medido máximo a los 3 meses anteriores o posteriores a la fecha del diagnóstico). No debe tener enfermedades oportunistas.</p> <p>Numerador: se excluirán los casos con enfermedades oportunistas.</p> <p>Denominador: se excluirán los recién nacidos menores de 6 meses.</p>

6. Atención por el infectólogo en el periodo

Número	6
Nombre	Atención por el infectólogo en el periodo.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que recibieron atención por el infectólogo en el periodo.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	<p>Numerador: incluye los casos que recibieron mínimo 1 atención por médico infectólogo sea virtual o presencial, en el periodo (1 año).</p>

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7. Retención en la atención

Número	7
Nombre	Retención en la atención.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que cumplen con criterios de retención en la atención.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 90 - < 95%
	< 90%
Observaciones	<p>La retención se cumple con todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una atención por médico infectólogo o médico experto. - Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral de VIH en los últimos 6 meses. - Recibir TAR a la fecha de corte. <p>El cumplimiento de estos criterios debe darse durante el periodo de reporte (1 año). * Para considerar que un paciente recibe TAR, se validará que a la fecha de corte del reporte a la CAC el paciente se encuentre recibiendo TAR, independiente de la periodicidad de la entrega de los medicamentos.</p>

8. Tamización de TB latente

Número	8
Nombre	Tamización de TB latente.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV en las que se realizó PPD o IGRA.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 80%
	50 a < 80%
	< 50%
Observaciones	<p>Denominador: se excluirán los casos que tengan un resultado previo de PPD o IGRA positiva o los que tengan o hayan tenido TB activa.</p>



9. Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo

Número	9
Nombre	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con mínimo una medición de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 90 a < 95%
	< 90%
Observaciones	La GPC de Colombia sugiere que sea semestral. Se incluirán todas las PVV.

10. Tamización para la sífilis en el periodo

Número	10
Nombre	Tamización para sífilis en el periodo.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que fueron tamizadas para sífilis en el periodo.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 90 a < 95%
	< 90%
Observaciones	Denominador: se excluirán los casos en que no se realice el tamizaje por encontrarse en tratamiento para sífilis en el periodo.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

11. Valoración del riesgo cardiovascular

Número	11
Nombre	Valoración del riesgo cardiovascular.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con evaluación del riesgo cardiovascular en el periodo.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 85 a < 95%
	< 85%
Observaciones	<p>Denominador: incluye todos los casos con edad igual o mayor a 40 años. Se excluirán los casos en que en el periodo anterior ya se hayan evaluado y cuyo resultado del riesgo sea alto (> 20%), dado que el riesgo no cambiará.</p> <p>Numerador: incluye todos los casos donde se evalúe el riesgo cardiovascular con la escala Framingham ajustada para Colombia, así mismo, incluirá los casos donde el médico tratante evalúe el riesgo cardiovascular de manera cuantitativa (porcentual) o cualitativa (alto, medio y bajo).</p>

12. Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR

Número	12
Nombre	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV en TAR con una carga viral < 50 copias/ml (indetectable).
Denominador	Total de PVV en TAR por 48 semanas o más.
Puntos de corte	≥ 90%
	≥ 80 a < 90%
	< 80%
Observaciones	<p>Numerador: se medirá con la carga viral más cercana al corte, realizada en los últimos 6 meses del periodo y que sea posterior a las 48 semanas de TAR.</p> <p>Denominador: incluirá todos los casos que lleven más de 48 semanas de la primera TAR.</p>



13. Estudio de resistencias en los pacientes con falla virológica dentro del periodo

Número	13
Nombre	Estudio de resistencias en pacientes con falla virológica dentro del periodo.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con falla virológica en el periodo a los que se les realizó prueba de genotipificación para identificar mutaciones de resistencia del VIH a los antirretrovirales.
Denominador	Total de PVV en TAR que tuvieron falla virológica en el periodo.
Puntos de corte	≥ 85%
	≥ 75 a < 85 %
	< 75%
Observaciones	Se incluirán todos los casos que presenten fallos virológicos en el periodo. La falla virológica se define como dos cargas virales consecutivas mayores a 200 copias. Recomendación de los expertos: no todo fallo virológico requiere genotipificación, cada caso debe analizarse de manera individual. Para pacientes que fallan con integrasa el genotipo debería incluir resistencia para integrasa, de lo contrario no sería útil.

14. Profilaxis para neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

Número	14
Nombre	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número PVV con linfocitos T CD4 < 200/ml que recibieron profilaxis para <i>Pneumocystis jirovecii</i> .
Denominador	Total de PVV con último recuento de linfocitos T CD4 < 200/ml.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 90 a < 95%
	< 90%
Observaciones	Numerador: se incluirán los casos que tienen CD4 menor de 200. Se excluirán los casos que estén en tratamiento antirretroviral, evolucionen con recuperación inmunológica lenta, tengan conteo de células CD4 entre 100 células/mm ³ y 200 células/mm ³ y se documenten 2 cargas virales indetectables (obtenidas en un lapso de seis meses (mínimo 90 días y máximo 180 días).

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

15. Esquema completo de vacunación para la hepatitis B

Número	15
Nombre	Esquema completo de vacunación para la hepatitis B.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con esquema completo de vacunación para VHB.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 90 a < 95%
	< 90%
Observaciones	Denominador: se excluirán los casos que tienen niveles de anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de hepatitis B y los que hayan tenido o tengan coinfección con hepatitis B. También se excluirán los casos con menos de seis meses de diagnóstico de VIH. Por consenso se decidió no hacer exclusiones de los que tienen linfocitos T CD4 menor de 200 cel/mm.

16. Seguimiento paraclínico en el periodo

Número	16
Nombre	Seguimiento paraclínico en el periodo.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV en los que se realizaron los paraclínicos de seguimiento en el periodo.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 90 a < 95%
	< 90%
Observaciones	Numerador: incluye los casos en que se realicen todos los siguientes exámenes: * En población adulta: creatinina, glicemia y ALT de manera semestral; y colesterol total de forma anual. * En población pediátrica: creatinina, glicemia, colesterol total, ALT y hemograma de manera semestral.

17. Tamización de VPH en las mujeres viviendo con VIH

Número	17
Nombre	Tamización de VPH en las mujeres viviendo con VIH.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de mujeres que viven con el VIH que fueron tamizadas para VPH.
Denominador	Total de mujeres que viven con el VIH reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Numerador: se incluirán los casos con tamizaje para VPH con citología cervicovaginal o con ADN - VPH. Denominador: se incluirán las mujeres con edad entre los 25 y 65 años.



18. Esquema completo de vacunación

Número	18
Nombre	Esquema completo de vacunación.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que tienen el esquema completo de vacunación.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	<p>Numerador: incluye los casos que cuenten con los siguientes esquemas de vacunación completos según la edad al corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> * En población adulta: vacunación de neumococo, influenza y VPH. * En población pediátrica: esquema del programa ampliado de inmunización (PAI), neumococo, influenza y VPH.

19. Abandono de la TAR durante el periodo

Número	19
Nombre	Abandono de la TAR durante el periodo.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que no han reclamado la TAR durante 6 meses o más.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	<p>Abandono se define como PVV con 6 o más meses sin reclamar la TAR en el periodo (así sean intermitentes). Se validará según la cantidad de entregas de TAR que reciba el paciente en el periodo.</p>

20. Atención por el equipo interdisciplinario en el periodo

Número	20
Nombre	Atención por el equipo interdisciplinario en el periodo.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que recibieron atención por el equipo interdisciplinario según la GPC.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	<p>El equipo interdisciplinario según la GPC está compuesto por: médico experto, médico especialista en infectología, químico farmacéutico, odontólogo, psicólogo y/o trabajador social y/o enfermería. Deberá recibir mínimo una atención en el periodo por todas las especialidades o profesiones mencionadas.</p>

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

21. Tamización anal del VPH

Número	21
Nombre	Tamización anal del VPH.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH que fueron tamizados para VPH.
Denominador	Total de hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH reportados en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se exceptúan del denominador los casos en que no se realiza el tamizaje dado que ya tienen diagnóstico confirmado de infección por VPH.

22. Tamización para hepatitis B

Número	22
Nombre	Tamización para hepatitis B.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV a quienes se les realizó la tamización de VHB y son susceptibles de tenerlo.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se excluirán del denominador los casos en que no se realizó porque ya tenía diagnóstico confirmado de infección por hepatitis B y los casos en que no se realizó por tener anticuerpos adecuados contra el antígeno de superficie de hepatitis B.

23. Tamización para hepatitis C

Número	23
Nombre	Tamización para hepatitis C.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV a quienes se les realizó la tamización de VHC.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se excluirán del denominador los casos en los que no se realizó porque ya tenía diagnóstico confirmado de infección por hepatitis C y no han recibido tratamiento con antivirales. En caso de haber sido tratado y curado, el seguimiento se monitorizará con ARN cuantitativo.



24. Hospitalización por causa del VIH/sida en personas con menos de 6 meses de diagnóstico

Número	24
Nombre	Hospitalización por causa del VIH/sida en personas con menos de 6 meses de diagnóstico.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que fueron hospitalizados por causas relacionadas con el VIH/sida y que tienen menos de 6 meses de diagnóstico.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo con menos de 6 meses de diagnóstico.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Solamente se incluyen las hospitalizaciones por enfermedades oportunistas. Denominador: se incluyen todas las PVV que fueron diagnosticadas en los últimos 18 meses al momento del corte.

25. Hospitalización por causa del VIH/sida en personas con más de 6 meses de diagnóstico

Número	25
Nombre	Hospitalización por causa del VIH/sida en personas con más de 6 meses de diagnóstico.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que fueron hospitalizados por causas relacionadas con el VIH/sida y que tienen más de 6 meses de diagnóstico.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo con más de 6 meses de diagnóstico.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Solamente se incluyen las hospitalizaciones por enfermedades oportunistas.

26. Letalidad en personas con menos de 6 meses de diagnóstico

Número	26
Nombre	Letalidad en personas con menos de 6 meses de diagnóstico.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que fallecieron por causas relacionadas con el VIH/sida y que tienen menos de 6 meses de diagnóstico.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo con menos de 6 meses de diagnóstico.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

27. Letalidad en personas con más de 6 meses de diagnóstico

Número	27
Nombre	Letalidad en personas con más de 6 meses de diagnóstico.
Dominio	Seguimiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que fallecieron por causas relacionadas con el VIH/sida y que tienen más de 6 meses de diagnóstico.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo con más de 6 meses de diagnóstico.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna.

28. Cobertura de la TAR en el periodo

Número	28
Nombre	Cobertura de la TAR en el periodo.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que se encuentran recibiendo TAR actualmente.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	≥ 85 a < 95%
	< 85%
Observaciones	Se mide la cobertura al momento del corte de información.

29. Prescripción de la TAR en el periodo

Número	29
Nombre	Prescripción de la TAR en el periodo.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que iniciaron TAR en el periodo de reporte con alguna de las pautas de elección de la GPC colombiana.
Denominador	Total de PVV reportadas que iniciaron TAR en el periodo de reporte.
Puntos de corte	≥ 95%
	90 a < 95%
	< 90%
Observaciones	Cumplimiento de pautas de elección según GPC colombiana 2021.



30. Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa

Número	30
Nombre	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Porcentaje de PVV con TB activa en el periodo cuya sumatoria de días entre el diagnóstico de TB y el inicio de TAR es menor o igual a 30 días.
Denominador	Total de PVV reportadas con TB activa en el periodo.
Puntos de corte	> 95%
	90 - 95%
	< 90%
Observaciones	Denominador: se excluyen los pacientes con diagnóstico de TB meníngea. En los casos donde no se haya iniciado la TAR, en el numerador se sumará el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la fecha de corte. Se excluyen los pacientes que tienen VIH confirmado antes de la fecha de diagnóstico de TB.

31. Cambio de esquema de la TAR

Número	31
Nombre	Cambio de esquema de la TAR.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV que iniciaron TAR por primera vez en el periodo de reporte que cambiaron esquema de la TAR dentro de los 12 meses posteriores al inicio.
Denominador	Total de PVV reportadas que iniciaron TAR en el periodo de reporte.
Puntos de corte	< 30%
	30 a < 40%
	≥ 40%
Observaciones	Ninguna.

32. PVV que reciben tratamiento para TB latente

Número	32
Nombre	PVV que reciben tratamiento para TB latente.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con TB latente con indicación de tratamiento (quimioprofilaxis).
Denominador	Total de PVV reportadas con TB latente en el periodo.
Puntos de corte	≥ 95%
	90 a < 95%
	< 90%
Observaciones	Denominador: se excluirán los casos en los que no recibe tratamiento porque tiene TB activa, o porque ya recibió tratamiento para TB latente, o en los que fue descartada la infección latente.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

33. Adherencia a la TAR

Número	33
Nombre	Adherencia a la TAR.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con adherencia a la TAR.
Denominador	Total de PVV reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 90%
	70 a < 90%
	< 70%
Observaciones	Numerador: se incluirán los casos que tengan medición de la adherencia en los últimos 6 meses del periodo. Se sugiere realizar la medición por medio del cuestionario SMAQ (https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-hacia-una-actualizacion-del-cuestionario-S0213005X09005138). Se aceptará la medición de la adherencia con otros instrumentos validados para Colombia.

34. Oportunidad de inicio de la TAR

Número	34
Nombre	Oportunidad de inicio de la TAR.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos incidentes.
Numerador	Porcentaje de casos nuevos con VIH reportados en el periodo cuya sumatoria de días entre el diagnóstico de VIH y el inicio de la TAR es menor o igual a 30 días.
Denominador	Total de casos nuevos con VIH reportados en el periodo.
Puntos de corte	> 95%
	90 - 95%
	< 90%
Observaciones	Numerador: se excluyen los pacientes con diagnóstico de TB meníngea. El tiempo cuenta desde la fecha de la confirmación del diagnóstico (fecha de la prueba con la que se confirma el diagnóstico) hasta el inicio de la TAR. En los casos donde no se haya iniciado el tratamiento, en el numerador se sumará el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la fecha de corte.



35. Coinfección hepatitis B/VIH

Número	35
Nombre	Coinfección hepatitis B/VIH.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con coinfección de hepatitis B que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades.
Denominador	Total de PVV con coinfección de hepatitis B reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Denominador: incluye todos los casos reportados con coinfección con hepatitis B en el periodo. Numerador: se incluirán los que al corte estén recibiendo tratamiento para hepatitis B y TAR.

36. Coinfección hepatitis C/VIH

Número	36
Nombre	Coinfección hepatitis C/VIH.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con coinfección de hepatitis C que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades
Denominador	Total de PVV con coinfección de hepatitis C reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Denominador: incluye todos los casos reportados con coinfección con hepatitis C en el periodo. Numerador: se incluirán los que estén recibiendo o hayan recibido tratamiento para hepatitis C en el periodo y estén recibiendo TAR al corte.

37. Coinfección TB/VIH

Número	37
Nombre	Coinfección TB/VIH.
Dominio	Tratamiento.
Unidad	Porcentaje.
Periodicidad	Anual.
Población	Casos prevalentes.
Numerador	Número de PVV con coinfección de TB que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades.
Denominador	Total de PVV con coinfección de TB reportadas en el periodo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Denominador: incluye todos los casos reportados con coinfección con TB en el periodo. Numerador: se incluirán los casos que estén o hayan recibido tratamiento para TB en el periodo y se encuentren con TAR al corte.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

7. Bibliografía

1. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA [En línea]. 2015 [citado 06 de diciembre de 2021]. p. 7-30. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/index.php/publicaciones/item/2095-orientaciones-terminologicas-de-onusida#:~:text=Se%20trata%20de%20un%20documento,utilizados%20a%20menudo%20por%20ONUSIDA>
2. Gómez A. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monitor Estratégico. [En línea] 2014;(5):4-11. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%201_.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. MINSALUD. [En línea] 2018;1 - 39. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH [En línea]. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-continuo-atencion-vih.pdf>
5. Barin, F., HIV / AIDS as a model for emerging infectious disease: Origin, dating and circumstances of an emblematic epidemiological success, La Presse Médicale [En línea], Volume 51, Issue 3, 2022, ISSN 0755-4982. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2022.104128>
6. Cane, T. (2022). Working with HIV today. The Journal of Practice Teaching and Learning [En línea], 19(1 - 2). Disponible en: <https://doi.org/10.1921/jpts.v19i1-2.1980>
7. De Lay, P.R, Benzaken, A, Karim, Q.A, Aliyu, S, Amole, C, Ayala, G., et al. (2021) Ending AIDS as a public health threat by 2030: Time to reset targets for 2025. PLoS Med [En línea], 18, 6, e1003649. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003649>
8. ONUSIDA. Claves para entender el enfoque de acción acelerada, poner fin a la epidemia de sida para 2030. [En línea]. 2015. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf
9. ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021 - 2026. [En línea]. 2021. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
10. Ministerio de Salud y de Protección Social, Fundación Santafé de Bogotá. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá; Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. [En línea]. Disponible en: <https://www.iets.org.co/Archivos/62/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20Elaboraci%C3%B3n%20de%20GPC%20con%20Evaluaci%C3%B3n%20Econ%C3%B3mica%20en%20el%20Sist%20Seguridad%20Social%20y%20Salud-Versi%C3%B3n%20final%20completa.PDF>
11. Fitch K, Bernstein SJJ, Aguilar MDD, Burnand B, LaCalle JRR, Lazaro P, et al. The RAND / UCLA Appropriateness Method User 's Manual. Transformation [En línea]. 2001. 109 p. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
12. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH - Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [En línea]. 2022. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
13. Delpech V., The HIV epidemic: global and United Kingdom trends, Medicine [En línea], Volume 50, Issue 4, 2022, Pages 202-204, ISSN 1357-3039. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mpm.2022.01.002>
14. Winwood, J.J., Fitzgerald, L., Gardiner, B. et al. Exploring the Social Impacts of the COVID-19 Pandemic on People Living with HIV (PLHIV): A Scoping Review. AIDS Behav 25, 4125–4140 (2021). [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03300-1>
15. Soto-Silva Andrés. HIV infection in times of pandemic: many setbacks, countless challenges. Rev. chil. infectol. [En línea]. 2022 Jun [citado 2022 Dic 07]; 39(3): 287 - 293. [En línea]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182022000300287&lng=es
16. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 4725 de 2011 [En línea]. 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_4725_de_2011.pdf
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 0783 de 2012 [En línea]. 2012 [citado 12 de junio de 2018]. p. 1-7. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0783-de-2012.PDF>



18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 0273 de 2019 [En línea]. 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20273%20de%202019.pdf
19. Cuenta de Alto Costo. Consenso basado en evidencia - Indicadores mínimos para evaluar resultados de gestión y clínicos en instituciones de atención a personas viviendo con VIH en Colombia [En línea]. 2015. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-minimos-para-evaluar-resultados-de-gestion-y-clinicos-en-instituciones-de-atencion-a-personas-viviendo-con-vih-en-colombia/?1670562693413>
20. Cuenta de Alto Costo. (2022). Situación del VIH en Colombia, 2022. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-vih-y-sida-en-colombia-2022/>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1912 de 2015 [En línea]. 2015. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/Resolución_1912_de_2015_vih.pdf
22. Martínez - Sahuquillo Amuedo M aE., Echevarría Ruiz De Vargas M aC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA». Rehabilitación [En línea]. 2001;35(6):388-92.
23. Pap, R., Lockwood, C., Stephenson, M., & Simpson, P. (2022). Development of prehospital care quality indicators for the Australian setting: a modified RAND/UCLA appropriateness method. *Emergency Medicine Journal* [En línea], 39(1), 57 - 62. Disponible en: <https://emj.bmj.com/content/39/1/57.abstract>
24. Prezioso, G., Suppiej, A., Alberghini, V., Bergonzini, P., Capra, M. E., Corsini, I., ... & Emilia-Romagna Headache Study Group. (2022). Pediatric Headache in Primary Care and Emergency Departments: Consensus with RAND/UCLA Method. *Life* [En línea], 12(2), 142. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-1729/12/2/142>
25. Chavatza, K., Kostopoulou, M., Nikolopoulos, D., Gioti, O., Togia, K., Flouda, S., ... & Boumpas, D. (2021). Eular recommendation - based quality indicators (qis) for systemic lupus erythematosus (sle): elaboration, final set, performance and initial validation. *Annals of Rheumatic Diseases* [En línea]. 2021; 80:635-636. Disponible en: https://ard.bmj.com/content/80/Suppl_1/635.2.abstract
26. Nair R, Aggarwal R, Khanna D. Methods of Formal Consensus in Classification/Diagnostic Criteria and Guideline Development. *Semin Arthritis Rheum* [En línea]. 2011;41(2):95 - 105. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049017210002544>
27. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta - Analyses: The PRISMA Statement. *Statement Ann Intern Med* [En línea]. 2009;151(4): 246 - 9. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535>
28. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [En línea]. 2016;5(1):210. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>
29. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Int J Surg* [En línea]. 2010;8(5): 336 - 41. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535>
30. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non - randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* [En línea]. Septiembre de 2017;358: 4008. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j4008.full.pdf>
31. AGREE Next Steps Consortium. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. AGREE. 2009;1 - 57. [En línea]. Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
32. Ma L-L, Wang Y-Y, Yang Z-H, Huang D, Weng H, Zeng X-T. Methodological quality (risk of bias) assessment tools for primary and secondary medical studies: what are they and which is better? *Mil Med Res* [En línea]. 2020;7(1): 7. Disponible en: <https://mmr-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-020-00238-8>
33. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI [En línea]. 2020. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
34. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA – a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev* [En línea]. 2019;4(1): 5. Disponible en: <https://researchintegrityjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41073-019-0064-8>
35. Paré G, Cameron A-F, Poba - Nzaou P, Templier M. A systematic assessment of rigor in information systems ranking - type Delphi studies. *Inf Manag* [En línea]. 2013;50(5):207-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378720613000207>

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

8. Anexos

Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas

Búsqueda en Medline - Pubmed	
Base de datos	Medline.
Plataforma	Pubmed.
Fecha de búsqueda	11/3/2021.
Límite de tiempo	2014 - 2021.
Límites de lenguaje	Español e inglés.
Otros límites	Ninguno.
Estrategia de búsqueda	<p>1. Población. "HIV"[MeSH Terms] OR "HIV"[Title/Abstract] OR "human immunodeficiency virus"[Title/Abstract] OR "hiv infections"[MeSH Terms] OR "hiv infections"[Title/Abstract] OR "acquired immunodeficiency syndrome"[MeSH Terms] OR "acquired immunodeficiency syndrome"[Title/Abstract] OR "AIDS"[Title/Abstract]. Resultados: 469.430 referencias.</p> <p>2. Gestión del riesgo en salud. "Risk management"[MeSH Terms] OR "risk management"[Title/Abstract] OR "risk assessment"[Title/Abstract] OR ("risk evaluation"[Title/Abstract] OR "Mitigation"[Title/Abstract]) OR "safety management"[Title/Abstract] OR "healthcare failure mode and effect analysis"[MeSH Terms] OR ("healthcare failure mode"[Title/Abstract] AND "effect analysis"[Title/Abstract]). Resultados: 405.173 referencias.</p> <p>3. Indicadores. "Quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR "quality indicators health care"[Title/Abstract] OR "risk adjustment"[Title/Abstract] OR "standard of care"[Title/Abstract] OR "health status indicators"[MeSH Terms] OR "health status indicators"[Title/Abstract] OR "patient reported outcome measures"[MeSH Terms] OR "patient reported outcome measures"[Title/Abstract]. Resultados: 401.267 referencias. Búsqueda: #1 AND #2 AND #3 Filtros: Inglés, Español, 2014 - 2021. Resultados: 135 referencias.</p>
Documentos identificados	135.
Búsqueda en ScienceDirect	
Base de datos	ScienceDirect.
Plataforma	ScienceDirect.
Fecha de búsqueda	11/3/2021.
Límite de tiempo	2014 - 2021.
Límites de lenguaje	Ninguno.
Otros límites	Artículos de revisión, artículos de investigación, guías de práctica clínica.
Estrategia de búsqueda	("hiv infections" OR 'acquired immunodeficiency syndrome') AND ('Risk' OR 'Risk Management' OR 'Healthcare Failure Mode and Effect Analysis') AND ('Quality Indicators, Health Care' OR 'Standard of Care' OR 'Health Status Indicators').
Documentos identificados	41.



Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas (continuación)

Búsqueda en Epistemonikos	
Base de datos	Epistemonikos.
Plataforma	Epistemonikos.
Fecha de búsqueda	11/3/2021.
Límite de tiempo	2014 - 2021.
Límites de lenguaje	Ninguno.
Otros límites	Ninguno.
Estrategia de búsqueda	<p>1. Población. <i>(title:(HIV) OR abstract:(HIV)) OR (title:(Human Immunodeficiency Virus) OR abstract:(Human Immunodeficiency Virus)) OR (title:(HIV Infections) OR abstract:(HIV Infections)) OR (title:(AIDS) OR abstract:(AIDS)) OR (title:(Acquired Immunodeficiency Syndrome) OR abstract:(Acquired Immunodeficiency Syndrome)).</i> Resultados: 21.312 referencias.</p> <p>2. Gestión del riesgo en salud. <i>(title:(Risk Management) OR abstract:(Risk Management)) OR (title:(Risk Assessment) OR abstract:(Risk Assessment)) OR (title:(Risk Evaluation AND Mitigation) OR abstract:(Risk Evaluation AND Mitigation)) OR (title:(Safety Management) OR abstract:(Safety Management)) OR (title:(Healthcare Failure Mode AND Effect Analysis) OR abstract:(Healthcare Failure Mode AND Effect Analysis)).</i> Resultados: 53.348 referencias.</p> <p>3. Indicadores. <i>(title:(Quality Indicators, Health Care) OR abstract:(Quality Indicators, Health Care)) OR (title:(Risk Adjustment) OR abstract:(Risk Adjustment)) OR (title:(Standard of Care) OR abstract:(Standard of Care)) OR (title:(Health Status Indicators) OR abstract:(Health Status Indicators)) OR (title:(Patient Reported Outcome Measures) OR abstract:(Patient Reported Outcome Measures)).</i> Resultados: 28.611 referencias. Búsqueda: 1 AND 2 AND 3 Filtros: 2014 - 2021 Resultados: 52 referencias.</p>
Documentos identificados	52.
Búsqueda en LILACS - BVS	
Base de datos	LILACS.
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud - BVS.
Fecha de búsqueda	11/4/2021.
Límite de tiempo	2014 - 2021.
Límites de lenguaje	Español e inglés.
Otros límites	Ninguno.
Estrategia de búsqueda	<i>(HIV Infections) OR (AIDS) OR (Acquired Immunodeficiency Syndrome) AND (Risk) OR (Risk Management) OR (Risk Assessment) OR (Risk Evaluation and Mitigation) OR (Safety Management) AND (Quality Indicators, Health Care) OR (Risk Adjustment) OR (Standard of Care) OR (Health Status Indicators) OR (Patient Reported Outcome Measures).</i>
Documentos identificados	4.

Actualización de consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas
viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

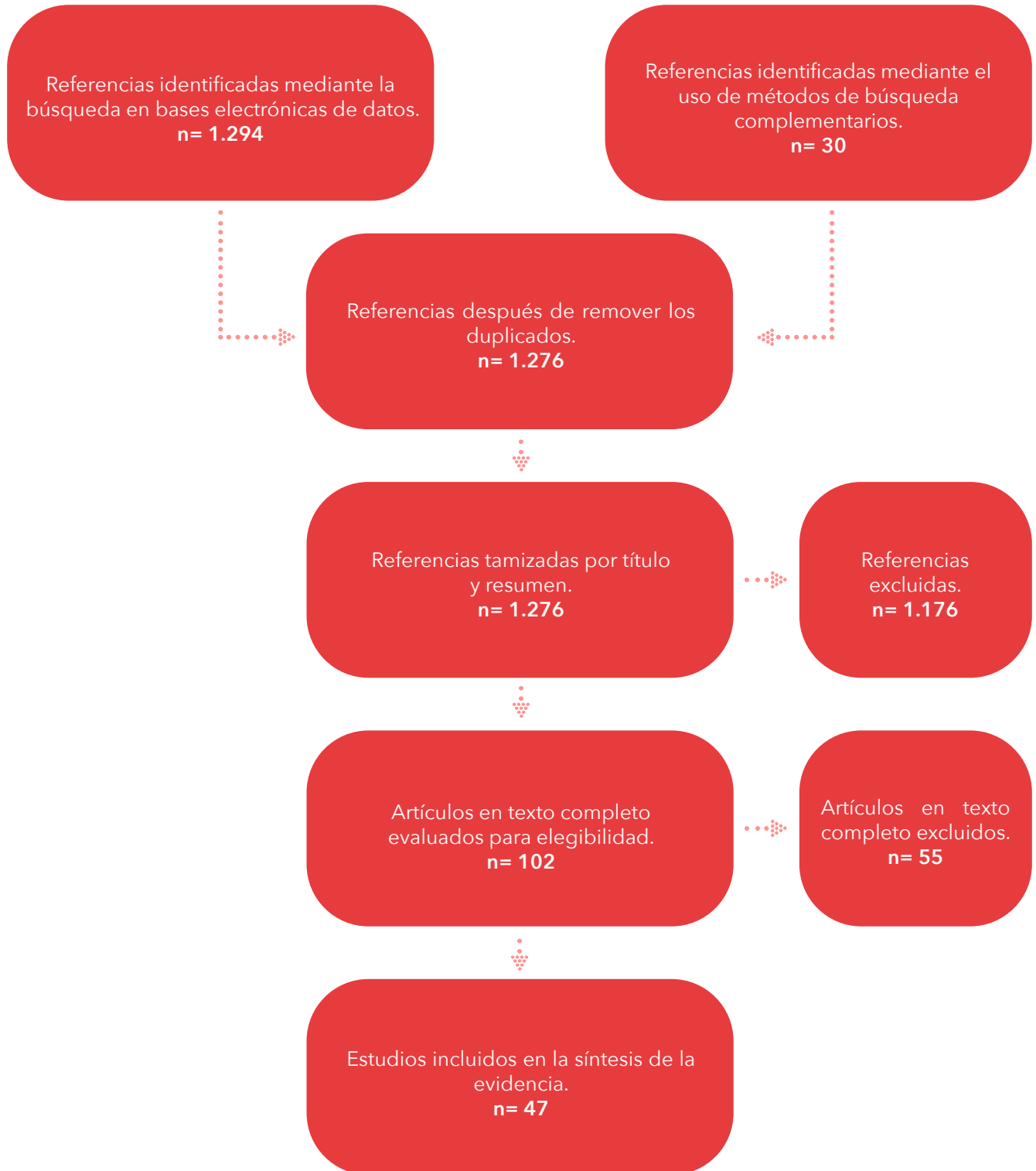
Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas (continuación)

Búsqueda en <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> - OVID	
Base de datos	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> .
Plataforma	OVID.
Fecha de búsqueda	11/3/2021.
Límite de tiempo	2014 - 2021.
Límites de lenguaje	Ninguno.
Otros límites	Ninguno.
Estrategia de búsqueda	<p>1. Población. <i>HIV.ab. or HIV.ti. or Human Immunodeficiency Virus.ab. or Human Immunodeficiency Virus.ti. or HIV Infections.ab. or HIV Infections.ti. or AIDS.ab. or AIDS.ti. or Acquired Immunodeficiency Syndrome.ab. or Acquired Immunodeficiency Syndrome.ti.</i> Resultados: 34.727 referencias.</p> <p>2. Gestión del riesgo en salud. <i>Risk Management.ab. or Risk Management.ti. or Risk Assessment.ab. or Risk Assessment.ti. or (Risk Evaluation and Mitigation).ab. or (Risk Evaluation and Mitigation).ti. or Safety Management.ab. or Safety Management.ti. or (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis).ab. or (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis).ti.</i> Resultados: 4.201 referencias.</p> <p>3. Indicadores. <i>Quality Indicators, Health Care.ab. or Quality Indicators, Health Care.ti. or Risk Adjustment.ab. or Risk Adjustment.ti. or Standard of Care.ab. or Standard of Care.ti. or Health Status Indicators.ab. or Health Status Indicators.ti. or Patient Reported Outcome Measures.ab. or Patient Reported Outcome Measures.ti.</i> Resultados: 6.017 referencias.</p> <p>Búsqueda: 1 and 2 and 3 Resultados: 0. Búsqueda: 1 and 2 Resultados: 116. Búsqueda: 1 and 3 Resultados: 230. Búsqueda: 5 (1 and 2) and 2014:2021.(sa_year) Resultados: 56. Búsqueda: 6 (1 and 3) and 2014:2021.(sa_year) Resultados: 123.</p>
Documentos identificados	123 + 56 = 179.

Búsqueda en Google Académico	
Base de datos	Google Académico.
Plataforma	Google Académico.
Fecha de búsqueda	11/4/2021.
Límite de tiempo	2014 - 2021.
Límites de lenguaje	Ninguno.
Otros límites	Ninguno.
Estrategia de búsqueda	<i>(HIV) OR (Human Immunodeficiency Virus) OR (HIV Infections) OR (AIDS) OR (Acquired Immunodeficiency Syndrome) AND (Risk Management) OR (Risk Assessment) OR (Risk Evaluation and Mitigation).</i>
Documentos identificados	18.000, se tomaron las primeras 3 páginas (40 artículos).



Anexo 2. Diagrama PRISMA



Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos

Autor	País	Año	Diseño del estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
Abebe, M. et al. - 2020	Etiopia y Nigeria.	2020	Revisión sistemática.	<i>BMC infectious diseases.</i>	Retención y deserción de pacientes.	PVV en Etiopia.
Abgrall, S. et al. - 2016	Francia.	2016	Revisión narrativa.	<i>Current opinion in HIV and AIDS</i>	Describir y comprender los determinantes sociodemográficos de la supervivencia en personas que viven con el VIH en países de altos ingresos.	PVV en países de altos ingresos.
Aliyu, A. et al. - 2019	Nigeria.	2019	Cohorte	<i>AIDS research and therapy.</i>	Evaluación del desempeño en los indicadores de gestión de calidad del VIH/sida.	PVV en Nigeria.
Anderson, A. et al. - 2020	Estados Unidos.	2020	Revisión sistemática.	<i>AIDS and behavior.</i>	Retención en la atención.	PVV en Estados Unidos.
Bulsara, S. et al. - 2018	Australia.	2018	Revisión sistemática.	<i>AIDS and behavior.</i>	Retención en el tratamiento de PVV.	PVV.
Castelnuovo, B. et al. - 2017	Uganda.	2017	Cohorte.	<i>AIDS care.</i>	Cambio en el tratamiento en función de la adherencia al mismo.	PVV en Uganda.
Catumbela, E. et al. - 2016	Portugal.	2016	Corte transversal.	Acta médica portuguesa.	Evaluar la relevancia clínica y la utilidad práctica de esos indicadores desde el punto de vista de los médicos expertos en VIH/sida.	PVV en Portugal.
Catumbela, E. et al. - 2013	Portugal.	2013	Revisión sistemática.	<i>BMC health services research.</i>	Indicadores de calidad para la evaluación de la atención clínica del VIH/sida.	PVV.
Coetzee, L. et al. - 2017	Sudáfrica.	2017	Corte transversal.	<i>South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde.</i>	Conteo de linfocitos CD4 y su distribución a nivel poblacional.	PVV en Sudáfrica.
DHSS - 2022	Estados Unidos.	2022	Guía de práctica clínica.	<i>Office of AIDS Research (OAR), which is part of the National Institutes of Health (NIH).</i>	Uso de la TAR en población adulta y adolescente.	PVV en Estados Unidos.
Granich, R. et al. - 2017	Estados Unidos.	2017	Revisión sistemática.	<i>PLoS medicine.</i>	Importancia de las metas de ONUSIDA 90 - 90 - 90.	PVV.
Hargreaves, S. et al. - 2019	Reino Unido.	2019	Revisión sistemática.	<i>Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999).</i>	Resultado de iniciativas de mejora de la calidad de TAR.	PVV.
Ibiloye, O. et al. - 2022	África subsahariana.	2022	Revisión sistemática.	<i>AIDS and behavior.</i>	Continuidad de la atención del VIH.	PVV en África subsahariana.
Institute of medicine - 2012	Estados Unidos.	2012	Revisión sistemática.	Prensa de las Academias Nacionales.	Monitorear la atención de las personas con VIH.	PVV en Estados Unidos.
Jobson, G. et al. - 2021	Sudáfrica.	2021	Corte transversal.	<i>Southern African journal of HIV medicine.</i>	Examinar la efectividad de un programa de indicadores de VIH y TB, con el uso de equipos itinerantes.	PVV en Sudáfrica.
Johnston, S. et al. - 2015	Reino Unido.	2020	Revisión narrativa.	<i>The Lancet HIV.</i>	Resultados reportados por el paciente para mejorar el tratamiento y cuidado de la de la tercera edad.	PVV en Reino Unido.

Fuente: elaboración CAC.



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

Autor	País	Año	Diseño del estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
Kanters, S. et al. - 2017	Canadá.	2017	Revisión sistemática.	<i>The Lancet HIV.</i>	Intervenciones para mejorar la adherencia y la supresión viral.	Intervenciones para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral.
Karatzas, N. et al. - 2019	Canadá.	2019	Revisión sistemática.	<i>PloS one</i>	Evaluar el éxito de las políticas públicas y programas en PVV para dirigir intervenciones futuras.	PVV.
Kay, E. et al. - 2016	Estados Unidos.	2016	Revisión narrativa.	<i>AIDS research and therapy.</i>	Tratamiento y continuo de la atención de las PVV.	PVV en Estados Unidos.
Koss, C. et al. - 2017	Uganda.	2017	Corte transversal.	<i>Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999).</i>	Retención y resultados virológicos en población materna.	PVV en Uganda.
Martin, M. et al. - 2013	España.	2013	Revisión sistemática.	Farmacia hospitalaria.	Indicadores de calidad en las PVV a nivel hospitalario junto con la atención farmacéutica.	Artículos relacionados con indicadores de calidad y expertos temáticos.
Mbuagbaw, L. et al. - 2020	Canadá.	2020	Revisión sistemática.	<i>BMJ open.</i>	Estrategias para mejorar el inicio del tratamiento, adherencia a la TAR retención para PVV.	Artículos que documenten el inicio del tratamiento, adherencia y retención.
Ministerio de Salud - Chile - 2017	Chile.	2017	Guía de práctica clínica.	Ministerio de Salud - Chile	Recomendaciones de manejo del VIH/sida para equipos de salud.	PVV de Chile.
Ministerio de Salud - Chile - 2019	Chile.	2019	Guía de práctica clínica.	Ministerio de Salud - Chile.	Recomendaciones de manejo del VIH/sida en población pediátrica para equipos de salud.	Población pediátrica que vive con VIH de Chile.
Minsalud - Colombia - 2021	Colombia.	2021	Guía de práctica clínica.	Ministerio de Salud y Protección Social.	Recomendaciones para el manejo de adultos y adolescentes (13 a 18 años) con VIH.	PVV (adultos y adolescentes) de Colombia y profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención.
Minsalud - Colombia - 2021	Colombia.	2021	Guía de práctica clínica.	Ministerio de Salud y Protección Social.	Recomendaciones para el manejo de población pediátrica (menores de 13 años) con VIH.	PVV (pediátricos) de Colombia y profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención.
Mugglin, C. et al. - 2013	Suiza y Sudáfrica.	2013	Revisión sistemática.	<i>PloS one.</i>	Pérdida de seguimiento y muerte en población pediátrica con VIH.	Artículos que incluyan población pediátrica con VIH.
NICE - 2016	Inglaterra.	2016	Guía de práctica clínica.	<i>NICE</i>	Realización de test de VIH para conocer la prevalencia local y disminuir la población sin diagnóstico.	Autoridades del NHS, profesionales de la salud y público en general.
Olney, J. et al. - 2016	Inglaterra, Kenia y Estados Unidos.	2016	Cohorte.	<i>The Lancet HIV.</i>	Generar recomendaciones sobre estrategias óptimas para los programas de atención del VIH.	PVV en Kenia.

Fuente: elaboración CAC.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

Autor	País	Año	Diseño del estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
ONUSIDA - 2021	Suiza.	2021	Revisión sistemática.	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA).	Indicadores del monitoreo global del sida (GAM).	PVV a nivel mundial.
ONUSIDA - 2020	Suiza.	2020	Revisión sistemática.	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA).	Situación de las PVV en Latinoamérica .	PVV en América Latina.
Oyeledun, B. et al. - 2014	Nigeria, Francia y Canadá.	2014	Ensayo clínico.	<i>Journal of acquired immune deficiency syndromes.</i>	Calidad de la atención en salud y su relación con la retención de las PVV.	PVV en Nigeria.
Phanuphak, N. et al. - 2020	Estados Unidos.	2020	Revisión narrativa.	<i>Current opinion in HIV and AIDS.</i>	Estándares de cuidado en tratamiento y prevención del VIH.	PVV en Estados Unidos.
Plazy, M. et al. - 2015	Francia.	2015	Revisión sistemática.	<i>BMJ open.</i>	Tasas y factores asociados a la retención en VIH antes de la elección de la TAR.	Artículos relacionados con la retención antes de iniciar la TAR.
Rebeiro, P. et al. - 2018	Estados Unidos.	2018	Cohorte	<i>AIDS and behavior.</i>	Determinar si las intervenciones dirigidas a mejorar la alfabetización en salud podrían mejorar la salud de las PVV.	PVV en Estados Unidos.
Riera M. et al. - 2022	España.	2022	Consenso.	Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (<i>English ed.</i>).	Indicadores de la calidad de la atención en salud en PVV, propuestos por GESIDA.	PVV en España.
Risher, K. et al. - 2017	Estados Unidos.	2017	Revisión sistemática.	<i>AIDS and behavior.</i>	Evidencia para la priorización de intervenciones, dirección de futuras investigaciones y evaluación de intervenciones para mejorar los resultados de salud y prevenir el VIH a lo largo de la atención en salud.	PVV.
Secretaría de Salud - México - 2011	México.	2011	Guía de práctica clínica.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	PVV pediátricos.	PVV en México.
Secretaría de Salud - México - 2016	México.	2016	Guía de práctica clínica.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	Recomendaciones de la atención en salud del binomio madre - hijo con VIH.	Binomio madre - hijo con VIH.
Secretaría de Salud - México - 2017	México.	2017	Guía de práctica clínica.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	Manejo de las PVV en nivel primario de atención.	PVV quienes consultan en un nivel primario de la atención.
Secretaría de Salud - México - 2017	México.	2017	Guía de práctica clínica.	Instituto Mexicano del Seguro Social.	PVV adultos.	PVV en México.
Siegfried, N. et al. - 2013	Estados Unidos.	2013	Revisión sistemática.	<i>The Cochrane database of systematic reviews.</i>	Evaluar la evidencia para el inicio óptimo del tratamiento en niños de 2 a 5 años con VIH.	Artículos de tipo cohorte y ensayo clínicos aleatorizados.

Fuente: elaboración CAC.



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

Autor	País	Año	Diseño del estudio	Revista/Organización	Tema	Población
Stannah, J. et al. - 2019	Inglaterra y Estados Unidos.	2019	Revisión sistemática.	<i>The Lancet HIV.</i>	Realización de test y adherencia al tratamiento en hombres que tienen sexo con hombres en África.	HSH en África.
Taieb, F. et al. - 2017	Francia.	2017	Revisión sistemática.	<i>PloS one</i>	Describir la proporción de éxito virológico en el África subsahariana e identificar los factores asociados con la proporción de éxito virológico.	PVV en África subsahariana.
TenoRes Group - 2016	Inglaterra.	2016	Cohorte.	<i>The Lancet Infectious Diseases.</i>	Evaluación global de la resistencia a los medicamentos después del fracaso virológico con el TAR de primera línea que contiene tenofovir.	Cohortes de Europa, América Latina, Norte América, África subsahariana y Asia.
Thompson, M. et al. - 2012	Estados Unidos.	2012	Consenso.	<i>Annals of internal medicine.</i>	Recomendaciones para optimizar el ingreso y la permanencia en la atención y la adherencia al TAR para las personas con VIH.	Artículos con mediciones en PVV.
WHO - 2020	Suiza.	2020	Revisión sistemática.	OMS.	Estas pautas presentan un conjunto de indicadores agregados esenciales para gestionar y monitorear la respuesta del sector de la salud nacional al VIH.	PVV a nivel mundial.

Fuente: elaboración CAC.

Anexo 4. Lista de los artículos excluidos por texto completo y las causas de exclusión

N	Autores	Año	Título	Motivo
1	Aboud, M. et al.	2019	<i>Dolutegravir versus ritonavir-boosted lopinavir both with dual nucleoside reverse transcriptase inhibitor therapy in adults with HIV-1 infection in whom first-line therapy has failed (DAWNING): an open-label, non-inferiority, phase 3b trial.</i>	Es un estudio de no inferioridad y no se ajustan al alcance del consenso.
2	Boettiger, D. et al.	2020	<i>Atherosclerotic cardiovascular disease screening and management protocols among adult HIV clinics in Asia.</i>	Está más enfocado a las enfermedades cardiovasculares y no al VIH.
3	Chen, Y. et al.	2022	<i>Routine HIV Testing and Outcomes: A Population - Based Cohort Study in Taiwan.</i>	Documenta el diagnóstico en población de riesgo.
4	Cummins, N. et al.	2016	<i>Twenty years of human immunodeficiency virus care at the Mayo Clinic: Past, present and future.</i>	Está enfocado a la historia de la Clínica de Mayo.
5	Desai, M. et al.	2017	<i>Effect of point-of-care CD4 cell count results on linkage to care and antiretroviral initiation during a home-based HIV testing campaign: a non-blinded, cluster-randomised trial.</i>	Relata el impacto de los puntos de cuidado en la población y no se relaciona con el alcance del consenso.
6	Doherty, K. et al.	2013	<i>What is needed to eliminate new pediatric HIV infections: the contribution of model-based analyses.</i>	Se basa en un modelo matemático y los aportes de este.
7	Elwood, Ch. et al.	2020	<i>Canadian HIV Pregnancy Planning Guidelines.</i>	Comunicación breve sobre la concepción en mujeres gestantes con VIH.

Fuente: elaboración CAC.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 4. Lista de los artículos excluidos por texto completo y las causas de exclusión (continuación)

N	Autores	Año	Título	Motivo
8	Ezeanolue, E. et al.	2017	<i>What do You Need to Get Male Partners of Pregnant Women Tested for HIV in Resource Limited Settings? The Baby Shower Cluster Randomized Trial.</i>	Enfocado a la prevención del VIH en hombres con pareja en estado de embarazo.
9	Finocchiaro-Kessler, S. et al.	2018	<i>Evaluation of the HIV Infant Tracking System (HITSsystem) to optimise quality and efficiency of early infant diagnosis: a cluster-randomised trial in Kenya.</i>	Tiene como tema central un sistema de seguimiento de los pacientes pediátricos.
10	Galani, M. et al.	2021	<i>Improving continuity of HIV/AIDS care through electronic health records in resource-limited settings: A Botswana perspective.</i>	Tiene los resultados en función de los registros electrónicos.
11	Gallant, J. et al.	2016	<i>Efficacy and safety of tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate given as fixed-dose combinations containing emtricitabine as backbones for treatment of HIV-1 infection in virologically suppressed adults: a randomised, double-blind, active-controlled phase 3 trial.</i>	Es un ensayo clínico que no se ajusta al alcance del consenso.
12	Gallant, J. et al.	2017	<i>Bictegravir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide versus dolutegravir, abacavir, and lamivudine for initial treatment of HIV-1 infection (GS-US-380-1489): a double-blind, multicentre, phase 3, randomised controlled non-inferiority trial.</i>	Es un ensayo clínico que no se ajusta al alcance del consenso.
13	Gesicho M. et al.	2021	<i>Evaluating performance of health care facilities at meeting HIV-indicator reporting requirements in Kenya: an application of K-means clustering algorithm.</i>	Enfocado al desempeño y facilidades de la prestación de los servicios de salud de Kenia.
14	Hakim, J. et al.	2018	<i>Lopinavir plus nucleoside reverse-transcriptase inhibitors, lopinavir plus raltegravir, or lopinavir monotherapy for second-line treatment of HIV (EARNEST): 144-week follow-up results from a randomised controlled trial.</i>	Es un estudio de no inferioridad y no se ajusta al alcance del consenso.
15	Hochgesang, M. et al.	2017	<i>Scaling-up health information systems to improve HIV treatment: An assessment of initial patient monitoring systems in Mozambique.</i>	Está dirigido a un sistema de monitoreo del paciente y no define las variables a reportar.
16	Holmes C. et al.	2021	<i>Strengthening measurement and performance of HIV prevention programmes.</i>	Es un punto de vista del autor.
17	Jakubowski, A. et al.	2022	<i>Effect of universal HIV testing and treatment on socioeconomic wellbeing in rural Kenya and Uganda: a cluster-randomised controlled trial.</i>	Mide el efecto de realizar test y tratamiento universal en VIH.
18	Jamil, M. et al.	2021	<i>Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services in the general population: A systematic review and meta - analysis.</i>	Enfocado a comparar los efectos de los test del VIH autoadministrados vs los estándar.
19	Johnston S. et al.	2015	<i>Measures of Quality of Care for People with HIV: A Scoping Review of Performance Indicators for Primary Care.</i>	Se basa en los PRO y estos están por fuera del alcance.

Fuente: elaboración CAC.



Anexo 4. Lista de los artículos excluidos por texto completo y las causas de exclusión (continuación)

N	Autores	Año	Título	Motivo
20	Kimani, S. et al.	2021	<i>Safety and efficacy of rituximab in patients with diffuse large B-cell lymphoma in Malawi: a prospective, single-arm, non-randomised phase 1/2 clinical trial.</i>	Incluye a PVV pero está enfocado a personas con diagnóstico de linfoma.
21	Kimmel, A. et al.	2018	<i>Mathematical modelling to inform 'treat all' implementation in sub-Saharan Africa: a scoping review.</i>	Desarrolla un modelo matemático.
22	Koenig, S. et al.	2017	<i>Same - day HIV testing with initiation of antiretroviral therapy versus standard care for persons living with HIV: A randomized unblinded trial.</i>	Compara dos tiempos de inicio del tratamiento
23	Kowalska, J. et al.	2018	<i>Promoting high standards of care for women living with HIV: position statement from the Women Against Viruses in Europe Working Group.</i>	Enfocado a recomendaciones de cuidado en mujeres con VIH.
24	Limbada, M. et al.	2022	<i>Rates of viral suppression in a cohort of people with stable HIV from two community models of ART delivery versus facility-based HIV care in Lusaka, Zambia: a cluster-randomised, non-inferiority trial nested in the HPTN 071 (PopART) trial.</i>	Es un estudio de no inferioridad y no se ajustan al alcance del consenso.
25	Lopera, M. et al.	2019	Factores socioeconómicos y clínicos asociados con infecciones oportunistas en pacientes con VIH afiliados al sistema de salud.	Documenta la prevalencia de infecciones oportunistas y los factores socioeconómicos relacionados.
26	Maskew, M. et al.	2021	<i>Retention in care and viral suppression after same-day ART initiation: One - year outcomes of the SLATE I and II individually randomized clinical trials in South Africa.</i>	Compara dos tiempos de inicio del tratamiento.
27	Mavhu, W. et al.	2020	<i>Effect of a differentiated service delivery model on virological failure in adolescents with HIV in Zimbabwe (Zvandiri): a cluster - randomised controlled trial.</i>	Enfocado al tipo de entrega del tratamiento.
28	McCarthy E. et al.	2017	<i>Quality improvement intervention to increase adherence to ART prescription policy at HIV treatment clinics in Lusaka, Zambia: A cluster randomized trial.</i>	Hace énfasis en estrategias de intervención en PVV.
29	Moore, C. et al.	2015	<i>Quality of Care and Service Expansion for HIV Care and Treatment.</i>	Dirigido a la expansión de los servicios de atención en PVV.
30	Mubiana-Mbewe M. et al.	2021	<i>Effect of Enhanced Adherence Package on Early ART Uptake Among HIV - Positive Pregnant Women in Zambia: an Individual Randomized Controlled Trial.</i>	Enfocado a la efectividad de un programa.
31	Mukumbang, F. et al.	2019	<i>What do the implementation outcome variables tell us about the scaling - up of the antiretroviral treatment adherence clubs in South Africa? A document review.</i>	Se dirige a la revisión de clubes de adherencia.
32	Munthali, T. et al.	2017	<i>Underutilisation of routinely collected data in the HIV programme in Zambia: a review of quantitatively analysed peer-reviewed articles.</i>	Es un análisis bibliográfico de los datos utilizados en los artículos de VIH.

Fuente: elaboración CAC.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 4. Lista de los artículos excluidos por texto completo y las causas de exclusión (continuación)

N	Autores	Año	Título	Motivo
33	Ngongo ,P. et al.	2012	<i>Developing standards of care for HIV prevention research in developing countries a case study of 10 research centers in Eastern and Southern Africa.</i>	Es una presentación de póster.
34	NICE	2022	<i>Cabotegravir with rilpivirine for treating HIV- 1.</i>	Está enfocado a una recomendación de tratamiento.
35	Oluoch, T. et al.	2012	<i>The effect of electronic medical record based clinical decision support on HIV care in resource - constrained settings: A systematic review.</i>	Describen los campos que se extrajeron de la búsqueda.
36	ONUSIDA	2021	Orientación adicional para los países de América Latina y el Caribe - GAM 2022.	Contiene 3 indicadores que no concuerdan con el alcance de los IGR.
37	Paton, N. et al.	2015	<i>Protease inhibitor monotherapy for long term management of HIV infection: a randomised, controlled, open - label, non-inferiority trial.</i>	Es un estudio de no inferioridad y no se ajustan al alcance del consenso.
38	Rana, A. et al.	2019	<i>How Big Data Science Can Improve Linkage and Retention in Care.</i>	Hace énfasis en el uso de Big Data.
39	Ridgway, J. et al.	2021	<i>Machine Learning and Clinical Informatics for Improving HIV Care Continuum Outcomes.</i>	Se dirige a <i>machine learning</i> .
40	Ross, J. et al.	2019	<i>Early outcomes after implementation of treat all in Rwanda: an interrupted time series study.</i>	Mide el impacto de tratar a toda las PVV.
41	Sabin, L. et al.	2020	<i>Retention in HIV Care Among HIV - Seropositive Pregnant and Postpartum Women in Uganda: results of a Randomized Controlled Trial.</i>	Estrategias de retención de los pacientes.
42	Sáenz, S. et al.	2020	Evaluación del Sistema de Vigilancia de VIH - sida y Mortalidad por sida en Caquetá, Colombia durante el periodo 2014 - 2018.	Tiene las características de los registros del SIVIGILA.
43	Safreed-Harmon K. et al.	2019	<i>Reorienting health systems to care for people with HIV beyond viral suppression.</i>	Se orienta a los retos del tratamiento de las PVV, más allá de la supresión viral.
44	Sax, P. et al.	2012	<i>Co - formulated elvitegravir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir versus co-formulated efavirenz, emtricitabine, and tenofovir for initial treatment of HIV- 1 infection: a randomised, double-blind, phase 3 trial, analysis of results after 48 weeks.</i>	Ensayo clínico enfocado a las PVV en TAR de inicio.
45	Secretaría de Salud - México	2017	Prevención diagnóstico y tratamiento de la exposición laboral al VIH en trabajadores de la salud.	Delimitado y aplicado en los trabajadores de la salud.
46	Shahar-Nissan K. et al.	2020	<i>Valaciclovir to prevent vertical transmission of cytomegalovirus after maternal primary infection during pregnancy: a randomised, double - blind, placebo - controlled trial.</i>	Tiene como objetivo la trasmisión del citomegalovirus en el binomio madre - hijo.
47	Siika, A. et al.	2015	<i>Developing and Assessing a Community Based Model of Antiretroviral Care.</i>	Es un reporte de "ClinicalTrials.gov".
48	Virga, PH. et al.	2012	<i>Electronic health information technology as a tool for improving quality of care and health outcomes for HIV/AIDS patients.</i>	Tiene los resultados en función de los registros electrónicos.
49	Wang, L. et al.	2019	<i>Combined estimation of disease progression and retention on antiretroviral therapy among treated individuals with HIV in the USA: a modelling study.</i>	Modelo enfocado en la progresión del VIH y las regiones de Estados Unidos.



Anexo 4. Lista de los artículos excluidos por texto completo y las causas de exclusión (continuación)

N	Autores	Año	Título	Motivo
50	WHO	2021	<i>Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.</i>	Recomendaciones con un enfoque desde la salud pública.
51	Yates, T. et al.	2015	<i>The impact of water, sanitation, and hygiene interventions on the health and well - being of people living with HIV: a systematic review.</i>	Evalúa el impacto de las variables externas como el acceso al agua, medidas sanitarias e higiénicas.
52	Yehia, B. et al.	2012	<i>Comparing different measures of retention in outpatient HIV care.</i>	Primeras mediciones en retención en PVV, este es un indicador que ya está propuesto por ONUSIDA.
53	Yotebieng, M. et al.	2017	<i>Continuous quality improvement interventions to improve long - term outcomes of antiretroviral therapy in women who initiated therapy during pregnancy or breastfeeding in the Democratic Republic of Congo: design of an open - label, parallel, group randomized.</i>	Es un protocolo de un ensayo clínico.
54	Yotebieng, M. et al.	2019	<i>Research priorities to inform "Treat All" policy implementation for people living with HIV in sub - Saharan Africa: a consensus statement from the International epidemiology Databases to Evaluate AIDS (IeDEA).</i>	Se enfoca en las prioridades de investigación para lograr la estrategia de tratamiento para todos.
55	Zanoni, B. et al.	2020	<i>Transition from pediatric to adult care for adolescents living with HIV in South Africa: A natural experiment and survival analysis.</i>	Está dirigido a la adherencia al tratamiento en PVV desde la infancia y su tránsito a la adultez.

Fuente: elaboración CAC.

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 5. Evaluación de la calidad de la evidencia

5.1. Revisiones sistemáticas de la literatura

Escala: AMSTAR II	
Interpretación de la calidad:	
Alta	Cero o una debilidad no crítica: la revisión sistemática proporciona una información precisa y resumen completo de los resultados de los estudios disponibles que abordan la cuestión de interés.
Moderada	Más de una debilidad no crítica: la revisión sistemática tiene más de una debilidad, pero sin defectos críticos. Proporciona un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles que se incluyeron en la revisión.
Baja	Un defecto crítico con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene una crítica falla y puede no proporcionar un resumen exacto y completo de la disponibilidad de estudios que abordan la cuestión de interés.
Críticamente baja	Más de un defecto crítico con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de un defecto crítico y no se debe confiar en ella para proporcionar un resumen completo de los estudios disponibles.

Autores	Resultado de la evaluación de la calidad
Abebe, M. et al. - 2020	Críticamente baja
Anderson, A. et al. - 2020	Críticamente baja
Bulsara, S. et al. - 2018	Moderada
Catumbela, E. et al. - 2013	Baja
Granich, R. et al. - 2017	Críticamente baja
Hargreaves, S. et al. - 2019	Alta
Ibiloye, O. et al. - 2022	Baja
<i>Institute of medicine</i> - 2012	Críticamente baja
Kanters, S. et al. - 2017	Alta
Karatzas, N. et al. - 2019	Críticamente baja
Martin, M. et al. - 2013	Críticamente baja
Mbuagbaw, L. et al. - 2020	Moderada
Mugglin, C. et al. - 2013	Críticamente baja
ONUSIDA - 2020	Críticamente baja
ONUSIDA - 2021	Críticamente baja
Plazy, M. et al. - 2015	Críticamente baja
Risher, K. et al. - 2017	Críticamente baja
Siegfried, N. et al. - 2013	Baja
Stannah, J. et al. - 2019	Alta
Taieb, F. et al. - 2017	Moderada
WHO - 2020	Críticamente baja



5.2. Ensayos clínicos no aleatorizados

Evaluación de la calidad de la evidencia de los estudios clínicos no aleatorizados (Lista de chequeo del JBI)	
Interpretación de la calidad:	
Alta calidad	8 a 9 puntos
Buena calidad	6 a 7 puntos
Baja calidad	0 a 5 puntos

Autores	Puntuación global
Oyeledun, B. et al. - 2014	Buena

5.3. Revisiones narrativas

Escala: SANRA	
Interpretación de la calidad:	
Alta calidad	Puntuación promedio de 2 puntos
Buena calidad	Puntuación promedio 1 y < 2 puntos
Baja calidad	Puntuación promedio 0 y < 1 puntos

Autores	Evaluación global
Abgrall, S. et al. - 2016	Media
Kall, M. et al. - 2020	Media
Kay, E. et al. - 2016	Media
Phanuphak, N. et al. - 2020	Media

5.4. Estudios de cohorte

Escala: New-Castle Ottawa (NOS)	
Interpretación de la calidad:	
Alta calidad	Puntuación global ≥ 6 puntos
Buena calidad	Puntuación global de 5 puntos
Baja calidad	Puntuación global entre 3 - 4 puntos
Muy baja calidad	Puntuación global ≤ 2 puntos

Autores	Evaluación global
Aliyu, A. et al. - 2019	Alta calidad
Castelnuovo, B. et al. - 2017	Alta calidad
Olney, J. et al. - 2016	Buena calidad
Rebeiro, P. et al. - 2018	Alta calidad
TenoRes Group - 2016	Alta calidad

Actualización de consenso basado en la evidencia

Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.5. Estudios de corte transversal

Escala: Lista de chequeo del JBI	
Interpretación de la calidad:	
Alta calidad	Puntuación ≥ 6 puntos
Buena calidad	Puntuación ≥ 4 y < 5 puntos
Baja calidad	Puntuación ≤ 3 puntos

Autores	Puntuación global
Catumbela, E. et al. - 2016	Alta calidad
Coetsee, L. et al. - 2017	Alta calidad
Jobson, G. et al. - 2021	Alta calidad
Koss, C. et al. - 2017	Alta calidad

5.6. Guías de práctica clínica

Escala: AGREE II	
Interpretación de la calidad:	
Muy recomendada	Puntuación estandarizada de las áreas 3 y 6 $\geq 60\%$
Recomendada	Puntuación estandarizada del área 3 (mínimo 50%) y del área 6 (mínimo 40%)
No recomendada	Puntuaciones estandarizadas del área 3 (menores a 50%) y del área 6 (menores a 40%)
No se sabe	No hay suficiente información para evaluar la GPC

Adaptada según indicaciones del IETS y el MSPS para la adopción o adaptación de GPCs (58).

Autor	Evaluación global
DHSS - 2022	Recomendada
Ministerio de Salud - Chile - 2017	Recomendada
Ministerio de Salud - Chile - 2019	Recomendada
Minsalud - Colombia - 2021	Muy recomendada
Minsalud - Colombia - 2021	Muy recomendada
NICE - 2016	Recomendada
Secretaría de Salud - México - 2011	Muy recomendada
Secretaría de Salud - México - 2016	Muy recomendada
Secretaría de Salud - México - 2017	Muy recomendada
Secretaría de Salud - México - 2017	Muy recomendada



5.7. Consenso sin metodología Delphi

Escala: Lista de chequeo del JBI para artículos basados en opinión de expertos	
Interpretación de la calidad:	
Alta calidad	Puntuación \geq 5 puntos
Media calidad	Puntuación \geq 3 puntos y $<$ 5 puntos
Baja calidad	Puntuación \leq 2 puntos

Autor	Evaluación global
Riera M. et al. - 2022	Alta calidad
Thompson, M. et al. - 2012	Alta calidad

Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos

Número	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	Respuesta ¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
1	Gestantes tamizadas para VIH.	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	Ninguna.
2	Niños y niñas expuestas al VIH con profilaxis postnatal.	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Ninguna.
3	Estudio de transmisión materno - infantil.	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Ninguna.
4	TAR en las gestantes que viven con el VIH.	5	5	3	5	5	5	28	4,67	91,67	Sí	Ninguna.
5	Detección con CD4 $>$ 350 cel/mm ³ en los casos incidentes.	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Ninguna.
6	Realización del recuento de linfocitos T CD4+ en los casos incidentes al momento del diagnóstico.	5	3	4	4	5	1	22	3,67	66,67	No	Se encuentra incluido en la detección temprana, dado que la detección se mide en los que tienen conteo de linfocitos T CD4.
7	Realización de la carga viral en los casos incidentes al momento del diagnóstico.	5	4	4	4	4	0	21	3,50	62,50	No	Ya está incluido en el indicador que mide CV y conteo de linfocitos T CD4.

Actualización de consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas
viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

Número	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	Respuesta ¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
8	Porcentaje de PVV con realización de linfocitos totales en la valoración inicial.	4	2	3	1	2	1	13	2,17	29,17	No	No se mide desde 2019 debido a que la variable de linfocitos totales se eliminó del reporte por solicitud de expertos.
9	Porcentaje de pacientes que reciben PrEP.	4	5	3	1	4	4	21	3,50	62,50	No	No se cuenta con el dato de la población clave del denominador.
10	Dispensación de preservativos en las PVV en el periodo.	4	4	5	4	2	2	21	3,50	62,50	No	Indicador incluido en Monitoreo Global del VIH (GAM). No mide necesariamente la gestión, dado que en muchos casos la persona decide no recibir o reclamar los preservativos porque no tiene vida sexual activa, porque utiliza otro método de planificación o porque prefiere comprarlos, entre otros.
11	Realización de CD4 en las PVV en el periodo, sin TAR en el corte.	5	2	4	5	5	1	22	3,67	66,67	No	Revisar con los expertos porque imagino que todos deberían iniciar TAR, no sé si por GPC todavía esté esto viable. Ajustar a toda la población. Según GPC se recomienda cada 6 meses. Se sugiere excluir.
12	Atención por médico experto en las PVV en el periodo.	5	3	4	5	5	0	22	3,67	66,67	No	El indicador a medir es retención, e incluye atención por médico experto.
13	Tamización de TB latente.	5	4	3	4	4	4	24	4	75	Sí	Ninguna.
14	Realización de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses.	5	5	5	4	4	5	28	4,67	91,67	Sí	Incluye dos indicadores previos. Se puede optimizar en uno solo.
15	Tamización para sífilis en las PVV en el periodo.	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Ninguna.



Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

Número	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	Respuesta ¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
16	Valoración del riesgo cardiovascular en las PVV en el periodo.	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Se debe ajustar la edad de medición (40 o más años).
17	Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR.	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	Se espera indetectabilidad de los 60 a 90 días. Sin embargo, a las 48 semanas ya se debe lograr la meta. Se debe definir el punto de corte de indetectabilidad.
18	Estudio de resistencias en pacientes con falla virológica dentro del periodo.	5	5	3	4	4	4	25	4,17	79,17	Sí	Ninguna.
19	Profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Ninguna.
20	Esquema completo de vacunación para la hepatitis B.	5	5	5	5	5	0	25	4,17	79,17	Sí	Ninguna.
21	Seguimiento paraclínico en el periodo.	5	5	4	5	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Se debe definir cuales pruebas son las mínimas a realizar.
22	Tamización de cáncer de cérvix en las mujeres viviendo con VIH.	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	Ninguna.
23	Tamización para hepatitis C.	5	5	5	4	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Ninguna.
24	Tamización para hepatitis B.	5	5	5	4	5	5	29	4,83	95,83	Sí	Ninguna.
25	Esquema completo de vacunación.	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	Se debe definir cuales vacunas son las mínimas a medir.
26	Abandono en las PVV en el periodo.	4	4	5	4	4	0	21	3,50	62,50	No	Se está midiendo indirectamente en la retención de la atención.
27	Atención por el equipo interdisciplinario en el periodo	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	Se deben definir cuales especialidades son las mínimas a medir.

Actualización de consenso basado en la evidencia
Indicadores mínimos para evaluar la gestión del riesgo en las personas
viviendo con el VIH atendidas en el marco del sistema de salud colombiano

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

Número	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	Respuesta ¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
28	Mujeres que viven con VIH y tienen tratamiento para el cáncer de cuello uterino.	3	4	2	1	5	5	20	3,33	58,33	No	No hace parte de la gestión directa del VIH.
29	Porcentaje de mujeres que viven con VIH y que reciben tratamiento para el cáncer cervical invasivo.	3	4	2	1	5	5	20	3,33	58,33	No	No hace parte de la gestión directa del VIH.
30	Evaluación de la carga viral en los últimos seis meses en las PVV con TAR.	5	5	2	5	5	0	22	3,67	66,67	No	Ya se encuentra medido en la indetectabilidad, dado que es la única forma de determinar la supresión viral.
31	PVV con TAR que logran la indetectabilidad.	5	3	4	4	3	1	20	3,33	58,33	No	Ninguna.
32	Cobertura de la TAR en el periodo.	5	5	3	5	5	5	28	4,67	91,67	Sí	Todas las personas viviendo con el VIH deberían recibir TAR.
33	Prescripción de la TAR en el periodo.	5	5	3	4	5	3	25	4,17	79,17	Sí	Se debe ajustar a los esquemas de GPC 2021.
34	PVV que reciben tratamiento para TB latente.	5	4	3	5	4	3	24	4	75	Sí	Ninguna.
35	Cambio de esquema de la TAR.	5	5	3	3	4	4	24	4	75	Sí	El indicador se mide en los primeros 12 meses del inicio de la TAR.
37	Adherencia a la TAR.	5	5	3	3	5	5	26	4,33	83,33	Sí	Se debe proponer una escala de medición de adherencia.
38	Oportunidad de inicio de la TAR.	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	7 días desde el dx según OMS. EN GPC un mes máximo. Se debe medir desde la confirmación diagnóstica hasta la fecha de inicio de la TAR.



Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

Número	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	Respuesta ¿El indicador es seleccionado?	Observaciones
		C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio			
39	Tratamiento simultáneo para VHC y TAR en las PVV.	5	4	4	4	4	1	22	3,67	66,67	No	Ninguna.
40	Determinación de HLA - B*5701 en las PVV que iniciaron TAR con abacavir.	5	4	2	3	4	4	22	3,70	66,67	No	Ninguna.
41	Tamización de TB en las PVV que inician TAR.	5	4	3	4	4	1	21	3,50	62,50	No	Ninguna.
42	Atención por el infectólogo en el periodo.	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	Ninguna.
43	Oportunidad de inicio del tratamiento para VHC.	5	4	5	5	4	4	27	4,50	87,50	Sí	Ninguna.
44	Retención en la atención.	4	5	5	5	5	5	29	4,80	95,83	Sí	Ninguna.
45	Abandono de la TAR durante el periodo.	5	5	5	5	5	5	30	5	100	Sí	Ninguna.
46	Oportunidad de TAR en pacientes con TB activa sin meningitis tuberculosa.	4	4	5	5	5	3	26	4,30	83,33	Sí	Ninguna.



¡Síguenos en nuestras redes sociales!



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO