ANEXO No. 2
ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS REQUERIDAS

| | |
|---|---|
| | |
| **ANEXO 1** | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS |
| **ANEXO 2** | PACIENTES QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA ATENCIÓN<br><br>PATOLOGIA VIH- ACUERDO A REGIONALES |
| **ANEXO 3** | DESCRIPCIÓN DE CADA PAQUETE DE ATENCIÓN |
| **ANEXO 4** | ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN DE<br><br>SANIDAD MILITAR |
| **ANEXO 5** | SEDES DEL PROVEEDOR POR REGIÓN Y ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR |
| **ANEXO 6** | MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DELL VIH Y SU MERCADO EN COLOMBIA |
| **ANEXO 7** | LISTA DE CHEQUEO CONTENIDO MINIMO ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LOS<br><br>SERVICIOS DE SALUD |
| **ANEXO 8** | NOTA TÉCNICA VIH 2024 |

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS**

**OBJETO:** "PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA CON PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO, MANEJO, CONTROL, DIAGNOSTICO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS QUE VIVEN CON VIH/SIDA, RESIDENTES EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL Y QUE SON ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES".

La oferta presentada para el presente proceso debe cumplir con lo estipulado en los ASPECTOS Y DOCUMENTOS DE CONTENIDO TÉCNICO OBJETO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN **PARA TODOS LOS GRUPOS**:

| ITEM | CUPS | PAQUETE | DESCRIPCIÓN | MODALIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Paquete VIH | PAQUETE DE PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO DE VIH-SIDA | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Sin medicamentos |
| 2 | Paquete VIH | Paquete II de atención a menores de 18 meses hijos de madres que viven con VIH-SIDA o que tengan criterios clínicos sin conocimiento del estado virológico de la madre | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Sin medicamentos |
| 3 | Paquete VIH | | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Con medicamentos |
| 4 | Paquete VIH | Paquete III Atención integral a pacientes menores de 13 años que viven con VIH Y SIDA | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Sin medicamentos |
| 5 | Paquete VIH | | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Con medicamentos |
| 6 | Paquete VIH | Paquete IV de atención ambulatoria para personas que viven con VIH-SIDA mayores de 13 años | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Sin medicamentos |
| 7 | Paquete VIH | | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Con medicamentos |
| 8 | Paquete VIH | Paquete V de atención ambulatoria para gestantes que viven con VIH-SIDA | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Sin medicamentos |
| 9 | Paquete VIH | | Sera atendido por la especialidad de medicina general con el ámbito Ambulatorio | Con medicamentos |

A continuación, se presenta la lista de requisitos obligatorios exigidos o requeridos, reiterando que el incumplimiento de cualquiera de estos numerales a ofertar es causal de rechazo de la oferta para todos los grupos.

**1. DOCUMENTOS TÉCNICOS ADICIONALES PARA TODOS LOS GRUPOS**

El oferente suministrará la totalidad de los documentos adicionales solicitados, lo cual será verificado por el comité técnico evaluador.

**1.1. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

De acuerdo con lo consignado en la Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"

Esta resolución define los procedimientos y condiciones para la inscripción y habilitación de Prestadores de servicios de salud, así como la adopción del manual de inscripción de Prestadores y habilitación de Prestadores de servicios de salud. Así mismo, el artículo 4 dispone que todo Prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS registrando como mínimo una sede y por lo menos un servicio habilitado.

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) es el sistema donde los prestadores de servicios de salud registran las capacidades y servicios habilitados para atender a la población en el sistema de salud colombiano.

**1.2. CERTIFICADOS DE HABILITACION DE LOS SERVICISO DE SALUD EN CADA SEDE PROPIA O TERCERIZADA**

El Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, los cual busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, todo esto enmarcado en la Resolución 3100 de 2019, es por esta razón que el oferente deberá acompañar su oferta junto con los certificados de habilitación descritos a continuación por cada sede o sucursal:

i. Enfermería
ii. Infectología
iii. Medicina general
iv. Nutrición y Dietética
v. Psicología
vi. Psiquiatría
vii. Ginecobstetricia (valoración por Obstetricia y Control Prenatal)
viii. Odontología general
ix. Vacunación
x. Trabajo social
xi. Toma de muestras de laboratorio clínico
xii. Químico farmacéutico
xiii. Pediatría

**Nota:** Se Aclara que estas habilitaciones se deben presentar de igual manera para las sedes tercerizadas sea bajo la modalidad de Contrato De Convenio o Acuerdo De Servicios, para cada sede ofertada

**1.3. Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA**

Los proponentes deberán presentar las **Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA** junto con certificación debidamente firmada por el representante legal en la cual se estipule el cumplimiento de contar con Guías elaboradas por el MSPS, UNFPA y la Asociación Colombiana de Infectología: Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niños de 0 a 13 años residentes en Colombia: Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en niños, adolescentes (con 13 años o más), adultos y gestantes. Vigencia actualizada.

**ANEXO No. 2**
**PACIENTES QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGIA VIH ACUERDO A REGIONALES (GRUPOS)**

| **1- REGIONAL PACÍFICO** | | | |
|---|---|---|---|
| **N°.** | **Departamento** | **Municipio** | **Cantidad Usuarios Diagnosticados** |
| 1 | VALLE DEL CAUCA | BUENAVENTURA | 14 |
| 2 | VALLE DEL CAUCA | BAHÍA MALAGA | |
| 3 | CHOCO | BAHÍA SOLANO | |
| 4 | CAUCA | GUAPI | |
| 5 | NARIÑO | TUMACO | |
| **2- NORTE** | | | |
| 7 | ATLÁNTICO | BARRANQUILLA | 152 |
| 8 | BOLÍVAR | CARTAGENA DE INDIAS | |
| 9 | BOLÍVAR | MAGANGUE | |
| 10 | BOLÍVAR | MONTERIA | |
| 11 | SUCRE | SINCELEJO | |
| 12 | SUCRE | SANTA MARTHA | |
| **3- CENTRO** | | | |
| 14 | BOGOTA | BOGOTA | 75 |
| 15 | ARAUCA | ARAUCA | |
| 16 | PUTUMAYO | PUERTO LEGUIZAMO | |
| 17 | GUAINIA | PUERTO INIRIDA | |
| 18 | VICHADA | PUERTO CARREÑO | |
| 19 | AMAZONAS | LETICIA | |
| 20 | ANTIOQUIA | TURBO | |
| 21 | SANTANDER | BARRANCABERMEJA | |

**Anexo No. 3**
**DESCRIPCIÓN DE CADA PAQUETE DE ATENCIÓN**

| PAQUETE PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO | |
|---|---|
| **Laboratorios** | Pruebas específicas de VIH, en cas concluyentes para facilitar su diagnó descarte de acuerdo algoritm |
| **Consulta medico experto en manejo de vih** | Realizara la atención del paciente p diagnóstico o descarte de la patol |

## PAQUETE II DE ATENCIÓN A MENORES DE 18 MESES HIJOS DE MADRES QUE VIVE VIH/SIDA

| PAQUETE I<br>DE ATENCIÓN A MENORES DE 18 MESES HIJOS DE MADRES QUE VIVEN CON VIH/SIDA | |
|---|---|
| **SERVICIO** | **DESCRIPCIÓN / PERIOCIDAD** |
| **CONSULTA POR MEDICO EXPERTO EN VIH-SIDA** | El médico experto ejercera como director cientifico del grupo de atención integral. Debe liderar las juntas multidisciplinarias para toma de decisiones con respecto al tratamiento del paciente.<br>**Periocidad:** Primera consulta, despues bimestral en pacientes controlados y cuando la condición clinica del paciente lo requiera. |
| **CONSULTA POR PEDIATRIA** | El pediatra evalua crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y neurodesarrollo del paciente.<br>**Periocidad**: Primera consulta, despues anual y cuando la condición clinica del paciente lo requiere. |
| **CONSULTA POR PSICOLOGÍA** | El psicologo realiza evaluación evaluación a la familia o acudientes del paciente, verifica que comprenden el estado clinico del paciente y estan siguiendo el tratamiento.<br>**Periocidad**: primera consulta, despues anual, la frecuencia puede aumentar por criterio medico o demanda del paciente |
| **CONSULTA POR TRABAJO SOCIAL** | El trabajador social realiza evaluación a la familia o acudientes del paciente, verifica que comprenden el estado clinico del paciente, que el paciente este viviendo en el entorno social apropiado para su cuidado y que su familia o responsables esta siguiendo el tratamiento.<br>**Periocidad:** Primera consulta y despues semestral, la frecuencia puede aumentar por criterio medico o demanda del paciente. |
| **CONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETETICA** | El profesional en nutrición y dietética realiza evaluación del estado nutricional del paciente e interviene en caso de desnutrición o riesgo de ésta. Además, evalua que el paciente este consumiendo las formulas lacteas entregadas (si el paquete incluye medicamentos).<br>**Periocidad:** Primera consulta y despues semestral, la frecuencia puede aumentar pro croterio medico o demanda del paciente. |
| **SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA** | Los profesionales en psicologia, trabajo social,nutrición y dietetica deben realizar seguimiento a la adherencia del paciente al tratamiento evaluando a su familia o acudientes en cada consulta realizada y comunicar a la entidad compradora si es necesario realizar acciones para garantizar la adherencia.<br>**Periocidad:** por lo menos Una vez al año la frecuencia puede aumentar por criterio mpedico o demanda del paciente. |
| **VISITAS DOMICILIARIAS** | El equipo medico mUltidisciplinario debe realizar visitas domiciliarias cuando los padres o acudientes mientres dificil adherencia y continuidad en el programa, o si se requieren por concepto del equipo medico multidisciplinario. |

| Programa de Prevención y promoción | |
|---|---|
| Servicio | Descripción/periodicidad |
| Algoritmo diagnóstico del Paciente | Pruebas realizadas de acuerdo con algoritmo diagnóstico descrito en la GPC. El Proveedor debe realizar profilaxis las primeras seis (6) semanas y tamizaje cuando el Paciente cumpla un (1) mes y nuevamente cuando cumpla cuatro (4) meses. El Proveedor debe seguir haciendo seguimiento al Paciente durante los 18 meses para garantizar su bienestar.<br>En el momento en el que el Proveedor confirme el diagnóstico de VIH, el Paciente pasará al paquete III. |
| Asesoría pre y post prueba diagnóstica a la familia o acudientes | Es realizada antes y después de la toma de pruebas diagnósticas por el profesional en salud asesor en VIH, busca explicarle a la familia o acudientes el manejo del Paciente y el Tratamiento de acuerdo con las indicaciones de la GPC. |
| Capacitación a la familia o acudientes, sobre la enfermedad. | El equipo médico multidisciplinario debe capacitar a la familia o acudientes del Paciente explicando modos de trasmisión, infecciones oportunistas, autocuidado, recomendaciones dietarias, tratamiento antiretroviral, entre otras.<br>Periodicidad: en cada consulta. |
| Programa Infantil: estimulación temprana de 0 a menores de 18 meses. | El equipo médico multidisciplinario debe evaluar el desarrollo del Paciente y remitir si es necesario al especialista apropiado (pediatría, fisioterapia, infectología pediátrica).<br>Periodicidad: en cada consulta. |

# PAQUETE III ATENCION INTEGRAL A PACIENTES MENORES DE 13 AÑOS QUE VIVEN CON VIH Y SIDA

| PAQUETE II ATENCION INTEGRAL A PACIENTES MENORES DE 13 AÑOS QUE VIVEN CON VIH Y SIDA | | |
|---|---|---|
| **PAQUETE II** | | |
| **SERVICIO** | **DESCRIPCIÓN** | **PERIOCIDAD DE LAS CONSULTAS** |
| **MEDICO EXPERTO** | El médico experto ejercera como director cientifico del grupo de atención integral. Debe coordinar el equipo medico interdisciplinario y establecer pautas a seguir de acuerdo con la situación del paciente. | Al momento del diagnostico |
| | | Al Inicio de TAR o mdificación de TAR |
| | | Despues de la semana dos (2) y cuatro (4) de inicio de TAR |
| | | A los dos (2) meses de diagnostico o inicio de TAR |
| | | Cada seis (6) meses despues de diagnostico o inicio de TAR |
| | | Cuando la condición clinica del paciente lo requiere |
| **CONSULTA POR PEDIATRIA** | El pediatra evalua crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y neurodesarrollo del paciente | Al momento del diagnostico |
| | | Al Inicio de TAR o modificación de TAR |
| | | A los dos (2) meses de diagnotico o inicio de TAR |
| | | Cada seis (6) meses despues de diagnostico o inicio de TAR |
| | | Cuando la condición clinica del paciente lo requiere |
| **CONSULTA POR PSICOLOGÍA** | El psicologo realiza evaluación evaluación a la familia o acudientes del paciente, verifica que comprenden el estado clinico del paciente y estan siguiendo el tratamiento. | Al momento del diagnostico |
| | | Al Inicio de TAR o modificación de TAR |
| | | A los dos (2) meses de diagnotico o inicio de TAR |
| | | Cada seis (6) meses despues de diagnostico o inicio de TAR |
| | | Cuando la condición clinica del paciente lo requiere |
| **CONSULTA POR OFTALMOLOGIA** | *La consulta por oftalmología se realiza solo si el usuario presenta un recuento de CD4 menor a 100cel/ul al inicio y luego cada año si los cd4 permanecen bajos. No se realiza la especificación en este apartado. Se sugiere especificar con ese detalle.* | |

| | |
|---|---|
| Capacitación sobre la enfermedad | Modos de trasmisión, infecciones oportunistas, autocuidado, recomendaciones nutricionales, tratamiento antirretroviral, entre otras. Esta actividad es realizada por el equipo médico multidisciplinario en cada atención. |
| Aceptación y afrontamiento de la condición de portador de VIH-SIDA | Esta actividad es realizada por el equipo médico multidisciplinario en cada atención. |
| Programa Infantil: estimulación temprana de 0 a 2 años, taller de desarrollo infantil de 2-6 años y de 6-12 años. | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Preparación de pre y adolescentes a la sexualidad | Pacientes entre 10 y 15 años, o antes a criterio médico.<br>De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención |
| Sexo seguro y ética sexual (incluye entrega de condones) | El Proveedor debe entregar 11 condones al mes por paciente, despachados de acuerdo con la periodicidad de la consulta.<br>De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Asesoría en planificación familiar | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Valoración y diagnóstico de adicciones sustancias psicoactivas | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Prevención alcoholismo y drogadicción | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Orientación a pacientes con adicciones | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Grupos de ayuda mutua | Cada vez que el Paciente lo requiera. |

# PAQUETE IV DE ATENCIÓN AMBULATORIA PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA MAYORES DE 13 AÑOS

| PAQUETE III DE ATENCIÓN AMBULATORIA PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA MAYORES DE 13 AÑOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PAQUETE III | | | | |
| **SERVICIO** | **DESCRIPCIÓN** | **FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO** | | |
| | | **AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO** | **ANTES DE INICIAR TAR** | **DESPUES DE INICIAR TAR** |
| **CONSULTA POR MEDICO INFECTOLOGO** | El INFECTOLOGO ejercera como director cientifico del grupoo de atención integral. Debe liderar las juntas multidisciplinarias para toma de decisiones. | En los primeros tres (3) meses de ingreso al programa. | | Despues de Iniciar TAR: Cada deis (6) meses o según criterio del medico experto |
| | En los siguientes casos debe intervenir el infectologo: Coinfección con Hepatitis B; coinfección con Hepatitis C, coinfección con tuberculosis; sindrome de hiperlactatemia: exposición de riesgo ocupacional y no ocupacional.(la Evaluación del experto nunca debe retrasar el inicio de la profilaxis despues de la exposición): Paciente con sospechas de neoplasias asociadas; paciente con deterioro cognitivo o psiquiatrico. | | | |
| **CONSULTA POR MÉDICO GENERAL EXPERTO EN VIH-SIDA** | | Máximo bimestrales en pacientes controlados o cuando la condición clinica del paciente lo amerite. | Máximo Bimestral en pacientes controlados o cuando la condicion clinica del paciente lo amerite | Máximo Bimestral en pacientes controlados o cuando la condicion clinica del paciente lo amerite |
| **CONSULTA POR PSIQUIATRIA** | El psiquiatra debe aplicar escalas de alcoholismo, depresión y uso de sustancias psicoactivas para tamización y detección de enfermedades. Hacer valoración neurocognitiva cada dos años si hay progresión de la enfermedad. Los CD4 son bajos (<200 celulas / mm3) o no hay respuesta virologica. | En los primeros tres (3) meses de ingreso al programa. | repetir según criterio médico o de acuerdo con resultado de escalas | Repetir según criterio médico o de acuerdo con resultado de escalas |
| **CONSULTA POR PSICOLOGIA** | | Al momento del diagnostico | Cada año. Mayor frecuencia según criterio médico. | Cada Año. Mayor frecuencia según criterio médico |
| **CONSULTA POR OFTALMOLOGIA** | | Si los LT CD4 son inferiores a 100 celulas /mm3 y según criterio médico. | Cada año si el valor de los LT CD4 es inferior a 100 celulas/ mm3 y según criterio médico | Cada año si el valor de los LT CD4 es inferior a 100 celulas/ mm3 y según criterio médico |
| **CONSULTA POR ODONTOLOGÍA** | Incluye valoración odontologica y actividades de prevención y promoción. | Al momento del Diagnostico | Cada seis (6) meses o según criterio médico | Cada seis (6) meses o según criterio médico |
| **Consulta por trabajo social** | | Al momento del Diagnostico | Cada año o según criterio médico | Cada año o según criterio médico |
| **Control por enfermera jefe** | | | | |
| **Consulta por nutrición y dietetica** | | | | |
| **Seguimiento a la adherencia** | | | | |
| **Consulta por quimico Farmaceutico** | | dos veces al año y se individualice de acuerdo a las necesidades del paciente. | | se debe realizar cada vez que ocurra un cambio de TAR u ocurra un evento adverso. |
| **Visitas Domiciliarias** | En los pacientes que muestran dificil adherencia y continuidad en el programa o si lo requiere por concepto del equipo médico multidisciplinario. | | | |

# EXAMENES DE LABORATORIO

| Exámenes de laboratorio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Examen | Observaciones | Periodicidad exámenes | | | |
| | | Primera consulta | Antes de iniciar TAR | Al inicio de TAR | Después de iniciar TAR |
| Transaminasas - ALT (TGP) | Después del inicio de NVP, posteriormente a los 15, 30 y 90 días, y con mayor frecuencia según criterio clínico. | Si | Cada seis (6) meses. | Si | Cada seis (6) meses. |
| Transaminasas GOT - AST (TGO) | | Si | Cada seis (6) meses. | Si | Cada seis (6) meses. |
| Bilirrubinas | Indicación guiada por criterio clínico o uso de medicamentos potencialmente hepatotóxicos. | Si | Según criterio médico. | Si | Según criterio médico. |
| Fosfatasa alcalina | Indicación guiada por criterio clínico o uso de medicamentos potencialmente hepatotóxicos. | Si | Según criterio médico. | Si | Según criterio médico. |
| ARN cuantitativo del VIH (carga viral) | Ante sospecha de fracaso virológico repetir la prueba inmediatamente para descartar viremia transitoria. | Si | Cada seis (6) meses. | Dos (2) meses luego de iniciar o cuando se modifique el TAR. | Cada seis (6) meses. |
| Conteo de LT CD4 y porcentaje de CD4 | | Si | | Si | |
| Genotipificación viral | | | | Ante diagnóstico de falla terapéutica. | A partir de la primera falla terapéutica. El Paciente debe estar tomando los medicamentos antiretrovirales |
| Creatinina sérica, depuración de creatinina estimada (aMDRD o Cockcroft-Gault) y uroanálisis | En tratamiento con TDF, indinavir o ATV al mes y cada tres meses durante el primer año, luego cada seis (6) meses. | Si | Cada seis (6) meses. | Al inicio o al modificar TAR. | Cada seis (6) meses. |
| HLA B*5701 | En Pacientes con reacción adversa a esquemas que contengan Abc (no se recomienda determinar el HLA B* 5701 en todo Paciente antes del inicio de este antirretroviral y sí en quienes presenten efectos secundarios durante su uso. | | | | |
| Cuadro hemático completo (leucocitos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas) | En tratamiento con AZT, al mes y cada tres (3) meses durante el primer año luego cada seis (6) meses. | Si | | | Dos (2) a ocho (8) semanas después de iniciar el TAR. Posteriormente cada seis (6) meses |
| Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos) | En tratamiento con inhibidores de proteasa cada tres (3) meses si el anterior es anormal. | Si | Cada año si el resultado previo es normal o negativo, según el caso. | | Cada seis (6) meses. |
| Prueba de tuberculina (Mantoux) | La GPC recomienda no hacer booster de manera rutinaria, debe repetirse en Pacientes muy inmunosuprimidos. Un valor negativo no es confiable en pacientes con CD4 bajo (menos de 200 células/mm³) | Si | Cada año si el resultado previo es normal o negativo, según el caso. | | Cada año si el resultado previo es normal o negativo, según el caso. |
| Glicemia basal, pre y pos-prandial | La GPC recomienda, además de la glicemia basal, solicitar la pre y posprandial, así como la determinación de hemoglobina A1c, en | Si | Cada año si el resultado previo es normal o negativo, según el caso. | Al inicio o al modificar TAR. | Cada seis (6) meses en Pacientes con inhibidores de proteasa, anual |
| | Pacientes con antecedentes. El manejo de la diabetes debe basarse según el criterio del médico tratante y de acuerdo con las GPC. En pacientes diabéticos, hay que determinar la HbA1c (Hemoglobina glicosilada) | | | | sin todos los demás. |
| Antígeno de superficie (Ag SHB) Anticuerpos anti-HBs (Ac SHB) Anticuerpos anti-core (IgG Ac CHB) | En Pacientes con Ag SHB y Ac SHB negativos, iniciar esquema de vacunación y hacer control serológico de anticuerpos un mes después de la última dosis. Pacientes con anti Ac SHB > 10 UI no necesitan nuevos esquemas periódicos de Ag SHB Ac CHB. | Si | Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año y según conductas de riesgo. | | Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año y según conductas de riesgo. |
| Anticuerpos de Hepatitis C | Anticuerpos negativos no descartan Hepatitis C en población de alto riesgo, en quienes se debe solicitar ARN cuantitativo (carga viral) para hepatitis C en presencia de elevación de transaminasas. | Si | Si es negativa, cada año según conductas de riesgo (por ejemplo, consumo de drogas ilícitas por vía endovenosa) | | Si es negativa, cada año según conductas de riesgo (por ejemplo, consumo de drogas ilícitas por vía endovenosa) |
| IgM Hepatitis A | La GPC considera factores de riesgo todos aquellos que impliquen contacto oro-anal o en caso de epidemia y contacto con hepatitis B o C. El Prestador debe ofrecer vacunación para hepatitis A en todos grupos de riesgo | En Pacientes con hepatopatía crónica, cuando cursa por Hepatitis B o C, solicitar y en homosexuales que tienen sexo con hombres | Si es negativa, cada año según factores de riesgo. | | |
| Serología para sífilis (No treponémica (VDRL o RPR) o prueba treponémica rápida | La GPC recomienda tamización con prueba treponémica rápida y, si es positiva, solicitar prueba no treponémica para confirmar. (Título >8 dilución) Si la tamización es con prueba no | Si | Cada año, si existen factores de riesgo repetir cada seis (6) meses. Si prueba treponémica previamente era positiva, seguimiento sólo | | Cada año, si existen factores de riesgo repetir cada seis (6) meses. Si prueba treponémica previamente era positiva, seguimiento sólo |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | treponémica, confirmar con prueba treponémica.<br>Conductas sexuales de riesgo, incluyendo sexo oral.<br>Control serológico pos tratamiento a los 3, 6, 12 y 24 meses con VDRL, para verificar caída de títulos en dos diluciones dobles o ≤8 | | con pruebas no treponémicas | | con pruebas no treponémicas |
| Antígeno contra criptococo (látex) | Considerar repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo (contacto con aves de corral o palomas). | Si los LT CD4 son inferiores a 100 célula/ mm³ | Cada año, si los LT CD4 son inferiores a 100 células/mm³ | | Cada año, si los LT CD4 son inferiores a 100 células/mm³ |
| IgG Toxoplasma | Considerar repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo (consume comidas crudas o mal cocidas). | Si. | | | |
| Tamizaje para HPV anogenital (hombre/ mujer) /citología vaginal (mujer) | La GPC considera factores de riesgo para HPV, continuar teniendo conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección) o presentar condilomatosis anal o genital. | Si. | Cada año si la prueba previa es normal, y cada seis (6) meses si la primera está alterada o existen factores de riesgo (múltiples parejas sexuales, sexo sin protección, presencia de condilomatosis anal o genital) | | Cada año si la prueba previa es normal, y cada seis (6) meses si la primera está alterada o existen factores de riesgo (múltiples parejas sexuales, sexo sin protección, presencia de condilomatosis anal o genital) |
| Detección de TSH sérica | | Si. | Cada año Mayor frecuencia según criterio médico | | Cada año Mayor frecuencia según criterio médico |
| Parcial de orina | | Si. | Cada año Mayor frecuencia según criterio médico | | Cada año Mayor frecuencia según criterio médico |
| Baciloscopia seriada de esputo y cultivo | | Si. | En Pacientes con síntomas respiratorios después de tres (3) semanas o según criterio médico | | En Pacientes con síntomas respiratorios después de tres (3) semanas o según criterio médico |
| Densitometría ósea | Cada dos (2) años si hay progresión de enfermedad o en los resultados de la densitometría, o valor de CD4 bajo (<200 célula/mm3), o uso de tenofovir.<br>Determinar el riesgo mediante la ecuación FRAX (sin densitometría) en mayores de 40 años y ante presencia de factores de riesgo | | Según recomendaciones de la GPC para la población general (mayores de 50 años y posmenopáusica) | | Según recomendaciones de la GPC para la población general (mayores de 50 años y posmenopáusica) |
| Electrocardiograma | Antes de usar saquinavir por riesgo de aumento del intervalo PR o QTc.<br>Considerar con el uso de atazanavir o lopinavir/r, si hay antecedentes de prolongación del intervalo PR o QTc. | | En presencia de riesgo cardiovascular alto (puntaje ≥20 en la ecuación de Framingham) o según criterio médico | | En presencia de riesgo cardiovascular alto (puntaje ≥20 en la ecuación de Framingham) o según criterio médico por el uso de algunos antirretrovirales. |
| Rayos X Tórax | En todo paciente sintomático (tos, fiebre, sudoración, escalofríos y pérdida de peso). | | Indicación clínica por síntomas respiratorios o sospecha de tuberculosis. | | Indicación clínica por síntomas respiratorios o sospecha de tuberculosis. |

| Programa de prevención y promoción | |
|---|---|
| **Servicio** | **Observaciones** |
| Confirmación diagnóstica del paciente | De acuerdo al algoritmo diagnóstico basado en la GPC. |
| Asesoría pre y post prueba diagnóstica | De acuerdo al algoritmo diagnóstico basado en la GPC. |
| Búsqueda activa de contactos | Esta actividad es realizada por el equipo médico multidisciplinario.<br>Periodicidad: en el momento del diagnóstico, en cada atención. |
| Capacitación sobre la enfermedad | Modos de trasmisión, infecciones oportunistas, autocuidado, recomendaciones nutricionales, tratamiento antirretroviral, entre otras. Esta actividad es realizada por el equipo médico multidisciplinario.<br>Periodicidad: en el momento del diagnóstico y cada seis meses. |
| Aceptación y afrontamiento de la condición de portador de VIH-SIDA | Esta actividad es realizada por el equipo médico multidisciplinario en cada atención.<br>Periodicidad: en el momento del diagnóstico y cada seis meses. |
| Preparación de pre y adolescentes a la sexualidad | Pacientes entre diez (10) y 15 años, o antes a criterio médico.<br>De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención |
| Sexo seguro y ética sexual (incluye entrega de condones) | El Proveedor debe entregar 11 condones al mes por paciente, despachados de acuerdo con la periodicidad de la consulta.<br>De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Asesoría en planificación familiar | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Valoración y diagnóstico de adicciones sustancias psicoactivas | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Prevención alcoholismo y drogadicción | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Orientación a pacientes con adicciones | De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención. |
| Evaluación de riesgo cardiovascular (Framingham) | En el momento del diagnóstico y cada año. |
| Grupos de ayuda mutua | Cada vez que el Paciente lo requiera. |

Fuente: Colombia Compra Eficiente con base Ministerio de Defensa.

**Nota: Adicional a los exámenes de laboratorio arriba mencionados el oferente adjudicatario deberá realizar el: ANTIGENO PARA HISTOPLASMOSIS:** para los pacientes que lo requieran así:

a. pacientes con CD4 menores a 50 cel /ul
b. pacientes residentes en áreas hiperendémicas
c. pacientes con recuento de CD4 menor de150 células/mm3.

## PAQUETE V DE ATENCIÓN AMBULATORIA PARA GESTANTES QUE VIVEN CON VIH-SIDA

| PAQUETE IV DE ATENCIÓN AMBULATORIA PARA GESTANTES QUE VIVEN CON VIH-SIDA | | |
|---|---|---|
| **SERVICIO** | **DESCRIPCIÓN** | **PERIOCIDAD DE LAS CONSULTAS** |
| LOS INCLUIDOS EN EL PAQUETE III | | |
| CONSULTA POR GINECOLOGIA | | Aplica para las gestantes del programa en el momento del diagnostico o cuando identifique que esta embarazada y en el utlimo trimestre del embarazo |
| PROGRAMA MATERNO: CALIDAD DE VIDA DESDE EL VIENTRE MATERNO | | Aplica para las gestantes del programa en el momento del diagnostico o cuando identifique que esta embarazada y en cada atención con el equipo médico multidisciplinario. |
| CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA DEL PACIENTE | De acuerdo al algoritmo diagnostico basado en la GPC para gestantes | De acuerdo con los resultados y si la gestante esta en tercer trimestre de embarazo, el proveedor debe iniciar el protocolo de prevención de TMI. |

## Anexo No.4

## ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL (donde pueden ser adscritos los usuarios pertenecientes a la DISAN ARC)

| N° | ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR | CIUDAD | DIRECCION |
|---|---|---|---|
| 1 | HONAC | CARTAGENA BOLIVAR | CARRERA 2 No. 14-210 AVENIDA SAN MARTIN ENTRADA BOCAGRANDE |
| 2 | DMBOG | BOGOTA D.C. | CRA. 58 N° 9-67 LOCALIDAD PTE ARANDA |
| 3 | DMCOV | COVEÑAS SUCRE | VIA COVEÑAS - LORICA |
| 4 | DMBAQ | BARRANQUILLA ATLANTICO | VIA 40 CALLE 58 ESQUINA |
| 5 | UBACR | PUERTO CARREÑO VICHADA | Calle 20 No.9-11 BARRIO CENTRO (ACACIAS ) |
| 6 | UBAEN | CARTAGENA BOLIVAR | ISLA MANZANILLO - BARRIO EL BOSQUE - ESCUELA NAVAL DE CADETES "ALMIRANTE PADILLA" |
| 7 | DMBHM | BAHIA MALAGA VALLE DEL CAUCA | BASE NAVAL "ARC MALAGA" |
| 8 | DMLEG | PTO, LEGUIZAMO PUTUMAYO | CARRERA 3 CALLE 6 |
| 9 | DMBUN | B/VENTURA VALLE DEL CAUCA | CARRERA 3 No. 8-40 BARRIO LAS MERCEDES |
| 10 | UBACT | CARTAGENA BOLIVAR | AVENIDA SAN MARTIN No. 2-10 COMPLEJO MILITAR BOCAGRANDE BATALLON DE I.M. No. 12 ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1115 |
| 11 | UBAML | MALAGANA BOLIVAR | VIA TRONCAL DEL OCCIDENTE |
| 12 | DMCOR | COROZAL SUCRE | AVENIDA TRONCAL DE OCCIDENTE KILOMETRO 2 SALIDA A SINCELEJO |
| 13 | UBATM | TUMACO NARIÑO | BRIGADA FLUIVIAL DE IM. VIA AL MORRO |
| 14 | UBALE | LETICIA AMAZONAS | CARRERA 11 No. 10-15 BARRIO VICTORIA REGIA COMANDO DE GUARDACOSTAS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | UBASA | SAN ANDRES ISLAS | KILOMETRO 10 VIA A CIRCUNVALAR SECTOR EL COVE |
| 16 | UBAMG | YATI BOLIVAR | MAGANGUÉ VÍA YATI - BOLIVAR |
| 17 | UBATU | TURBO ANTIOQUIA | AVENIDA LA PLAYA PUNTA LAS VACAS |
| 18 | UBAGP | GUAPI CAUCA | BARRIO VENECIA CALLE 14 ESQUINA |
| 19 | UBAIN | PUERTO INIRIDA GUAINIA | KILOMETRO 2 VIA AL COCO |
| 20 | UBABS | BAHIA SOLANO CHOCO | KILOMETRO 5 VIA AEROPUERTO |
| 21 | UBABA | B/BERMEJA SANTANDER | KILOMETRO 5 VIA YONDÓ |
| 22 | UFAPA | ARAUCA ARAUCA | VIA AL DIQUE BARRIO 20 DE JULIO, BATALLON FLUVIAL DE I.M. No. 52 |
| 23 | UFAPL | PTO LOPEZ META | VIA PTO LOPEZ KM 5 VIA PTO GAITAN |

**Anexo No.5**
**SEDES DEL PROVEEDOR POR REGIÓN**

| REGION | DEPARTAMENTO DE COBERTURA | CIUDADES MINIMAS DE PRESTACION DE SERVICIO |
|---|---|---|
| 1. Pacífico | Valle del Cauca, Choco, Cauca, Nariño | Buenaventura, Bahía Málaga, Bahía Solano, Guapi, Tumaco |
| 2. Norte | Atlántico, Bolívar, Sucre, San Andres Isla. | Barranquilla, Cartagena, Malagana, Yati, Corozal, Coveñas, San Andrés Isla. |
| 3 Centro | Bogotá, Arauca, Putumayo, Guania, Vichada, Amazonas, Antioquia, Santander. | Bogotá D.C, Arauca, Puerto Leguizamón, Puerto Inírida, Puerto Carreño, Leticia, Turbo, Barrancabermeja. |

**Anexo No. 6**
**Medicamentos para el tratamiento del VIH y su mercado en Colombia**

De acuerdo con lo señalado por el portal HIVinfo.NIH.gov, en la Tabla 2 están enlistados los medicamentos contra el VIH, recomendados para el tratamiento del VIH en Estados Unidos y están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en ingles).

**Tabla 2 Medicamentos para el tratamiento del VIH en Estados Unidos aprobados por la FDA.**

| Clase de medicamento | Nombre genérico (Otros nombres y siglas) | Marca comercial |
|---|---|---|
| Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN) | Abacavir (sulfato de abacavir, ABC) | Ziagen |
| | Emtricitabina (FTC) | Emtriva |
| | Lamivudina (3TC) | Epivir |
| | Fumarato de disoproxilo de tenofovir (tenofovir DF, TDF) | Viread |
| | Zidovudina (azidotimidina, AZT, ZDV) | Retrovir |
| Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN) | Doravirina (DOR) | Pifeltro |
| | Efavirenz (EFV) | Sustiva |
| | Etravirina (ETR) | Intelence |
| | Nevirapina (nevirapina de liberación lenta, NVP) | Viramune |
| | Rilpivirina (clorhidrato de rilpivirina, RPV) | Edurant |
| Inhibidores de la proteasa (IP) | Atazanavir (sulfato de atazanavir, ATV) | Reyataz |
| | Darunavir (etanolato de darunavir, DRV) | Prezista |
| | Fosamprenavir (fosamprenavir cálcico, FOS-APV, FPV) | Lexiva |
| | Ritonavir (RTV) | Norvir |
| | Saquinavir (mesilato de saquinavir, SQV) | Invirase |
| | Tipranavir (TPV) | Aptivus |
| Inhibidores de la fusión | Enfuvirtida (T-20) | Fuzeon |
| Antagonistas de CCR5 | Maraviroc (MVC) | Selzentry |
| Inhibidor de la transferencia de cadenas de la integrasa (INSTI) | cabotegravir (CAB, cabotegravir sódico) | Vocabria |
| | dolutegravir (dolutegravir sódico, DTG) | Tivicay |
| | raltegravir (potasio de raltegravir, RAL) | Isentress |
| Inhibidores de la fijación | Fostemsavir (Fostemsavir (trometamol), fostemsavir de liberación lenta) | Rukobia |
| | Ibalizumab-uiyk (Hu5A8, IBA, ibalizumab, TMB-355, TNX-355) | Trogarzo |

Fuente: hivinfo.nih.gov. Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA. Elaboración Colombia Compra Eficiente

**Tabla 3 Combinaciones de medicamentos contra el VIH en un solo comprimido**

| Nombre genérico (Otros nombres y siglas) | Marca comercial |
|---|---|
| Abacavir y lamivudina (sulfato de abacavir / lamivudina, ABC / 3TC) | Epzicom |
| Abacavir, dolutegravir, y lamivudina (sulfato de abacavir / dolutegravir sódico / lamivudina, ABC / DTG / 3TC) | Triumeq |
| Abacavir, lamivudina, y zidovudina (sulfato de abacavir / lamivudina / zidovudina, ABC / 3TC / ZDV) | Trizivir |
| Atazanavir y cobicistat (sulfato de atazanavir / cobicistat, ATV / COBI) | Evotaz |
| Bictegravir, emtricitabina, y alafenamida de tenofovir (bictegravir sódico / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir, BIC / FTC / TAF) | Biktarvy |
| Cabotegravir and rilpivirina (CAB y RPV, CAB más RPV, estuche de Cabenuva, suspensión inyectable de cabotegravir de liberación lenta y suspensión inyectable de rilpivirina de liberación lenta) | Cabenuva |
| Darunavir y cobicistat (etanolato de darunavir / cobicistat, DRV / COBI) | Prezcobix |
| Darunavir, cobicistat, emtricitabina, y alafenamida de tenofovir (etanolato de darunavir/ cobicistat / emtricitabina / tenofovir AF, etanolato de darunavir / cobicistat / emtricitabina / alafenamida de tenofovir, darunavir / cobicistat / emtricitabina / tenofovir AF, darunavir / cobicistat / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir, DRV / COBI / FTC / TAF) | Symtuza |
| Dolutegravir y lamivudina (dolutegravir sódico/ lamivudina, DTG / 3TC) | Dovato |
| Dolutegravir y rilpivirina (dolutegravir sódico / clorhidrato de rilpivirina, DTG / RPV) | Juluca |
| Doravirina, lamivudina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (doravirina / lamivudina / TDF, doravirina / lamivudina / tenofovir DF, DOR / 3TC / TDF) | Delstrigo |
| Efavirenz, emtricitabina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (efavirenz / emtricitabina / tenofovir, efavirenz / emtricitabina / tenofovir DF, EFV / FTC / TDF) | Atripla |
| Efavirenz, lamivudina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (EFV / 3TC / TDF) | Symfi |
| Efavirenz, lamivudina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (EFV / 3TC / TDF) | Symfi Lo |
| Elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y alafenamida de tenofovir (elvitegravir / cobicistat / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir, EVG / COBI / FTC / TAF) | Genvoya |
| Elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (QUAD, EVG / COBI / FTC / TDF) | Stribild |
| Emtricitabina, rilpivirina, y alafenamida de tenofovir (emtricitabina / rilpivirina / tenofovir AF, emtricitabina / rilpivirina / fumarato de alafenamida de tenofovir, emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / tenofovir AF, emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / alafenamida de tenofovir, emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / fumarato de alafenamida de tenofovir, FTC / RPV / TAF) | Odefsey |
| Emtricitabina, rilpivirina y fumarato de disoproxilo de tenofovir (emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina / rilpivirina / tenofovir, FTC / RPV / TDF) | Complera |
| Emtricitabina y alafenamida de tenofovir (emtricitabina / tenofovir AF, emtricitabina / fumarato alafenamida de tenofovir, FTC / TAF) | Descovy |
| Emtricitabina y fumarato de disoproxilo de tenofovir (emtricitabina / tenofovir DF, FTC / TDF) | Truvada |
| Lamivudina y fumarato de disoproxilo de tenofovir (Temixys, 3TC / TDF) | Cimduo |
| Lamivudina y zidovudina (3TC / ZDV) | Combivir |
| Lopinavir y ritonavir (lopinavir reforzado con ritonavir, LPV/r, LPV / RTV) | Kaletra |

Fuente: hivinfo.nih.gov. Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA. Elaboración Colombia Compra Eficiente

Por su parte de acuerdo con lo señalado en la GPC para adultas, gestantes y adolescentes, los medicamentos usados para el tratamiento de VIH en el país son los indicados en la Tabla 4.

**Tabla 4. Tabla de medicamentos GPC 2021**

| Medicamento, nombre genérico o principio activo | Presentación disponible en Colombia |
|---|---|
| Abacavir | Tableta 300 mg |
| Abacavir/Lamivudina | Tableta 600mg/300mg |
| Atazanavir | Tableta 150 mg |
| | Tableta 200 mg |
| | Tableta 300 mg |
| Atazanavir/ritonavir | Tableta 300mg/100mg |
| Bictegravir/Tenofovir alafenamida/Emtricitabina | No comercializado aún en Colombia Tableta 50mg/25mg/200mg |
| Darunavir | Tableta 400 mg<br>Tableta 800 mg |
| | Tableta 600 mg |
| Darunavir/cobicistat | Tableta 800mg/150mg |
| Darunavir/ritonavir | Tableta 800mg/100mg |
| | Tableta de liberación modificada 600mg/100mg |
| Dolutegravir | Tableta 50 mg |
| Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina | Tableta 50mg/600mg/300mg |
| Doravirina | Tableta 100 mg |
| Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxilo fumarato | Tableta 100mg/300mg/300mg |
| Efavirenz | Tableta 200 mg |
| | Tableta 600 mg |
| Elvitegravir/cobicistat/Tenofovir alafenamida/Emtricitabina | Tableta 150mg/150mg/10mg/200mg |
| Elvitegravir/cobicistat/Tenofovir disoproxilo/Emtricitabina | Tableta 150mg/150mg/300mg/200mg |
| Lamivudina | Tableta 150 mg |
| Lamivudina/Tenofovir disoproxilo fumarato | Tabletas 300mg/300mg |
| Lamivudina/Tenofovir disoproxilo fumarato/Efavirenz | Tableta 300mg/300mg/400mg |
| | Tableta 300mg/300mg/600mg |
| Maraviroc | Tableta 150 mg |
| | Tableta 300 mg |
| Raltegravir | Tableta 400 mg |
| | Tableta 600 mg |
| Rilpivirina | Tableta 25 mg |
| Ritonavir | Tableta 100 mg |
| Tenofovir alafenamida/Emtricitabina | Tableta 10mg/200mg |
| | Tableta 25mg/200mg |
| Tenofovir alafenamida/Emtricitabina/Rilpivirina | Tableta 25mg/200mg/25mg |
| Tenofovir disoproxilo | Tableta 300 mg |
| Tenofovir disoproxilo/Emtricitabina/Efavirenz | Tableta 300mg/200mg/600mg |
| Tenofovir disoproxilo/Emtricitabina/Rilpivirina | Tableta 300mg/200mg/600mg |

Fuente: GPC. basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes, Guía para profesionales de la salud. Guía N° 39-2021. Elaboración Colombia Compra Eficiente

**Medicamentos genéricos e innovadores**

Un medicamento genérico o de Denominación Común Internacional es aquel que es fabricado para ser igual al innovador cuando este ya ha perdido la protección de su patente. Según lo señalado por la FDA la bioequivalencia de los medicamentos genéricos hace referencia a que funcionan de la misma manera que uno innovador o comercial teniendo en cuenta su dosificación, seguridad, potencia, vía de administración, calidad, características de rendimiento
y uso 31.
La FDA también señala que los medicamentos de Denominación Común Internacional o genéricos, deberían tener los mismos efectos sobre el cuerpo, tanto sus riesgos como sus beneficios, debido a que emplean los mismos componentes activos que los innovadores.

Por otra parte, los requisitos de calidad de los medicamentos se logran mediante el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura -BPM-, lo cuales son los procedimientos que aseguran una fabricación uniforme y controlada de productos basados en normas internacionales de calidad y conforme a las condiciones exigidas para su comercialización.

En Colombia, el órgano de vigilancia y control de alimentos y medicamentos INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos), controla que la fabricación y comercialización de medicamentos en el territorio nacional cuenten con los estándares de BPM y demás normas nacionales e internacionales aplicables.

En este sentido es importante destacar, que el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social en sus Resoluciones 1400 de 2001 y 1890 de 2001; establece que los medicamentos deben tener estudios y evidencia de biodisponibilidad y/ó bioequivalencia, garantizando que cumplan con la misma función con los medicamentos comerciales.

**Efectos adversos de los medicamentos**

Uno de los mayores riesgos tanto para el Prestador del servicio de salud como para el paciente es la no adherencia o aceptación del esquema de tratamiento indicado por el personal médico, lo cual puede conllevar a complicaciones y a fallas o al fracaso terapéutico. Para esto es necesario, realizar un seguimiento y control estricto del paciente, teniendo en cuenta la constancia en la toma de medicamentos y posibles efectos secundarios que requieran un cambio de régimen. Dependiendo del paciente pueden presentarse efectos secundarios, interacciones medicamentosas y riesgo de resistencia al medicamento y posterior fracaso del tratamiento.

i. Efectos secundarios: estos dependen del paciente y de los medicamentos, pueden ser leves como dolor de cabeza, mareo o náuseas; o llegar a ser potencialmente mortales como inflamación de la boca y lengua o lesión del hígado.

ii. Interacciones medicamentosas: en un régimen para el tratamiento de la infección por el VIH, los medicamentos contra el VIH pueden interactuar con otros medicamentos del mismo tipo. Pueden además interactuar con otros medicamentos que la persona con el VIH esté tomando. Una interacción medicamentosa puede reducir o aumentar el efecto del medicamento sobre el cuerpo, y causar efectos secundarios indeseados.

iii. Resistencia a los medicamentos: cuando el VIH se reproduce en el cuerpo, sufre algunas veces una mutación y cambia de forma. Las variaciones del VIH que aparecen mientras la persona toma medicamentos contra el VIH pueden producir cepas del virus resistente al medicamento. Los medicamentos contra el VIH que previamente controlaban el VIH de una persona no son eficaces contra el nuevo VIH resistente al medicamento. En otras palabras, el VIH de la persona continúa reproduciéndose. El incumplimiento de un régimen para el tratamiento de la infección por el VIH aumenta el riesgo de resistencia al medicamento y de fracaso del tratamiento.

Dado que los medicamentos son el eje funcional del tratamiento, la entrega de medicamentos por parte del Prestador de los servicios de salud facilita el seguimiento del paciente y la adherencia al tratamiento.

Cuando los servicios médicos son contratados sin un suministro de medicamentos el seguimiento se dificulta aún más para el Prestador de los servicios de salud, ya que no puede asegurar adherencia o entrega oportuna de medicamentos o cambio de compuestos, por lo cual no puede ser totalmente responsable por los efectos adversos del paciente.

**Manejo de la falla terapéutica**

En la actualización de la GPC es indicado el manejo del fracaso o falla terapéutica en Colombia, en la cual es recomendado realizar pruebas de genotipo para verificar la resistencia a la TAR. Este tipo de examen de genotipificación es el más costoso de los exámenes realizados a los pacientes con VIH, y es realizado como estrategia para determinar la mejor alternativa terapéutica después de la primera falla terapéutica en la infección por VIH. Aun así, como es establecido en la Guía, la genotipificación podría ser una estrategia costo-efectiva, pues reduce los costos asociados a los efectos negativos y complicaciones que pueda tener una PVV debido a la falla terapéutica.

A partir de este examen el equipo médico interdisciplinario que atiende al PVV debe evaluar los resultados de los análisis realizados, verificando además la adherencia del paciente al tratamiento y a la toma de medicamentos. Dentro de las medidas generales ante el fracaso terapéutico el equipo médico tratante debe evaluar el cumplimiento por parte del paciente y la dispensación completa y oportuna de los antirretrovirales, la valoración de genotipos previos.

Al identificar la falla virológica, el equipo médico tratante debe cambiar el esquema de tratamiento guiado por el genotipo y en compañía de un médico experto en VIH, quien definirá si se realiza de manera inmediata con un cambio empírico o si pueden esperar los resultados del genotipo.

**ANEXO No.7**

**LISTA DE CHEQUEO CONTENIDO MÍNIMO ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ARMADA NACIONAL<br>DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL | | |
| | PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL | | |
| | LISTA DE CHEQUEO CONTENIDO MÍNIMO ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD (DECRETO 441 DE 2022) | | |
| | VERSIÓN: 1.0 | FECHA: 17/05/2022 | PÁGINA 1 de 4 |

**ESTABLECIMIENTO:** **FECHA:**

| **CONTENIDO MINIMO DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD. (Artículo 2.5.3.4.2.2 Decreto 441 de 2022)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ELEMENTOS** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Objeto Contractual Definido<br><br>Plazo de Ejecución del acuerdo y de ejecución de las obligaciones contractuales suscritas ERP-PSS.<br><br>Lugar donde se prestarán los servicios o se proveen las tecnologías en salud.<br><br>Base de datos de georreferenciación de la población (usuarios del SSFM adscritos a la ARC) con el fin de poder determinar el valor de las intervenciones individuales, censo poblacional, 10 principales causas de morbilidad para llevar a cabo las intervenciones colectivas; así mismo se debe establecer un mecanismo para la actualización del censo poblacional durante la ejecución de los Acuerdos de Voluntades entre la ERP (DISAN ARC) y los PSS y/o PTS (Contratistas), se debe establecer una periodicidad de acuerdo a la modalidad de pago convenido entre las partes.<br><br>La PSS y/o PTS durante la etapa precontractual debe incluir dentro de los factores de verificación los documentos de habilitación de servicios de salud (Res. 3100 de 2019) acuerdo la oferta de servicios a la ERP (DISAN ARC) definida en el Acuerdo de Voluntades. | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dentro de los cuales se tienen:<br><br>Certificado de habilitación de los servicios de salud vigente y que su fecha de expiración no sea inferior al plazo de ejecución del contrato.<br>Evaluación de la Capacidad Tecno científica del PSS y/o PTS.<br>Adjuntar las GPC acuerdo a la georreferenciación de la DISAN ARC y sus ESM dependiendo del lugar donde se prestará el servicio.<br>Reporte de indicadores de alerta temprana en cuanto oportunidad, accesibilidad, porcentaje de satisfacción de los usuarios por los servicios prestados. | | | | |
| El PSS y/o PTS debe presentar portafolio de servicios de salud relacionando tecnologías en salud que son objeto de la contratación. Así como el seguimiento del programa de seguridad del paciente y cumplimiento de los programas de vigilancia en salud que apliquen (Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Reactivo vigilancia etc.) | | | | |
| Solicitar a los proponentes incluir dentro de la oferta la Red Integral de Prestación de Servicios de Salud a la que pertenecen los prestadores de servicios de salud, habilitada y registrada en el módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y su articulación con los proveedores de tecnologías en salud, en los términos establecidos en el artículo 4.5.3.4.7.3. del Decreto 441 de 2022, así como la complementariedad en servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la población a atender y el lugar de prestación o provisión.<br><br>**Nota:** La ERP (DISAN ARC) debe garantizar la integralidad y continuidad del proceso de atención de los usuarios del SSFM adscritos a la ARC, estableciendo en el Acuerdo mecanismos para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación con los prestadores de servicios de salud y/o proveedores de tecnologías en salud contratados bajo los siguientes parámetros:<br><br>Verificar que en la red integral y prestadores debe existir complementariedad de servicios y tecnologías en salud ofertados entre los mismos.<br>En la atención de las RIAS de obligatorio cumplimiento y aquellas priorizadas por las ERP (DISAN ARC), las consultas, toma de muestras y dispensación de medicamentos que hagan parte de la misma fase de | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| prestación, deben garantizarse en el mismo lugar de atención o en el lugar de residencia del afiliado.<br><br>La ERP (DISAN ARC) debe garantizar la prestación continua de todos los servicios y tecnologías en salud requeridos para la promoción y mantenimiento de la salud, la atención de condiciones crónicas y de alto costo y la atención de eventos en salud, manteniendo su prestación ininterrumpida, aunque existan cambios de prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud. | | | | |
| La modalidad o modalidades de pago y los mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica. | | | | |
| El listado de GPC y Protocolos de Atención, según el objeto contractual y los mecanismos acordados para su entrega y actualización. | | | | |
| Nota técnica, según la modalidad de pago. (Los RIPS de la Red Externa deben estar diligenciados completamente, no se puede omitir CIE 10 y CUPS) | | | | |
| Las tarifas de acuerdo con la modalidad de pago pactado. | | | | |
| Las rutas integrales de atención en salud obligatorias y aquellas priorizadas por la entidad responsable del pago y sus lineamientos técnicos y operativos, según el objeto contractual. (Proceso Referencia y Contrarreferencia). | | | | |
| Identificación de los servicios y tecnologías en salud que requieran autorización para su prestación o provisión y mecanismo expedito para su trámite. | | | | |
| Mecanismos para la coordinación del proceso de referencia y contrarreferencia cuando aplique. (Verificar en las cláusulas contractuales) | | | | |
| Los indicadores pactados, estableciendo periocidad a su seguimiento, (tener en cuenta que la frecuencia de los indicadores no puede ser superior al plazo de ejecución del acuerdo de voluntad). | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El proceso periódico de seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades (Verificación de los Informes de Supervisión). | | | | |
| La especificación de los reportes de obligatorio cumplimiento que se deben remitir a las entidades responsables de pago conforme al objeto del acuerdo de voluntades, así como los procesos de entrega, acorde con los términos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social (Seguimiento Programa Seguridad del Paciente, Reportes Trimestrales Programas Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Reactivovigilancia), Indicadores de Alerta Temprana. | | | | |
| Los plazos de pago, los cuales no pueden exceder lo establecido en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 57 de la Ley 1438 de 2011 y 3 de la Ley 2024 de 2020, según sea el caso. | | | | |
| Los mecanismos para la solución de conflictos que sean acordados.<br><br>Los mecanismos y términos para la renovación automática, terminación y liquidación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta los artículos 2.5.3.4.6.1. y 2.5.3.4.6.2. Decreto 441 de 2022.<br><br>**Artículo 2.5.3.4.6.1. Duración y renovación automática de los acuerdos de voluntades**. En los acuerdos de voluntades se deberá acordar e identificar plenamente su plazo de duración y se podrá pactar su renovación automática; sin embargo, los valores pactados deberán ser actualizados cada vigencia.<br><br>Para tal efecto, las partes deberán acordar las fórmulas de actualización de los valores del acuerdo, conforme con los criterios establecidos en el **artículo 2.5.3.4.5.2. Detalle de pagos previos a la radicación de las facturas**, y a falta de acuerdo se aplicará lo dispuesto en el parágrafo primero del artículo **2.5.3.4.5.3 Recaudo de pagos compartidos** del Decreto 441 de 2022.<br><br>En caso de prorrogas o renovaciones automáticas de los acuerdos de voluntades, antes del inicio del periodo de prórroga o renovación, se deberá actualizar la nota técnica, teniendo en cuenta su monitoreo y evaluación, de acuerdo con el periodo | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| contractual.<br><br>**Artículo 2.5.3.4.6.2. Liquidación de los acuerdos de voluntades.** Ocurrida la terminación del acuerdo de voluntades, se procederá a su liquidación. A falta de acuerdo sobre el plazo para la liquidación, esta se efectuará dentro de los (4) meses siguientes contados a partir de la fecha de terminación del mismo., culminando con la elaboración de un acta en la que quede constancia del seguimiento a la ejecución contractual, el nivel de cumplimiento final de las obligaciones asumidas por cada parte, así como de los indicadores acordados y de la nota técnica, en los casos que aplique, y en la que las partes podrán declararse a paz y salvo. | | | | |

## Anexo N° 8 Nota técnica VIH

NOTA TÉCNICA 2024 PACIENTES VIH IPS SIES ANDINA

1. SERVICIO CUBIERTO: Paquete IV atención integral para mayores de 18 años que viven con vih-sida con medicamento

2. POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO POR CURSOS DE VIDA AÑO 2024 POR MES OBJETO DEL SERVICIO.

| MES | JUVENTUD | ADULTEZ | VEJEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| ENERO | 3.639 | 3.350 | 293 | 7.282 |
| FEBRERO | 3.142 | 3.351 | 292 | 6.785 |
| MARZO | 3.171 | 3.324 | 293 | 6.788 |
| ABRIL | 3.906 | 3.319 | 296 | 7.521 |
| MAYO | 3.796 | 3.314 | 297 | 7.407 |
| JUNIO | 3.546 | 3.279 | 293 | 7.118 |
| JULIO | 3.979 | 3.189 | 295 | 7.463 |
| AGOSTO | 4.115 | 3.125 | 299 | 7.539 |
| SEPTIEMBRE | 3.932 | 3.092 | 294 | 7.318 |
| OCTUBRE | 3.979 | 3.082 | 292 | 7.353 |
| NOVIEMBRE | 4.556 | 3.001 | 281 | 7.838 |
| DICIEMBRE | 4.239 | 3.045 | 294 | 7.578 |
| POBLACION EXPUESTA | 3.647 | 3.223 | 293 | 7.163 |

Fuente: Censos de población de los centros de adscripción que pertenecen a la Regional Pacifico.

Se considera el total de la población como el denominador para las atenciones para obtener la frecuencia de utilización.

3. NOTA TÉCNICA AÑO 2024, de acuerdo a las trazas del año 2024 se obtuvieron los siguientes resultados

| CURSO DE VIDA | PACIENTES | ATENCIONES | COSTO TOTAL | PROMEDIO ATENCIÓN | FRECUENCIA ANUAL | INTENSIDAD DE USO | % COSTO | PROMEDIO MENSUAL PACIENTE | MARGEN RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JUVENTUD | 2 | 10 | $ 7.827.250 | $ 782.725 | 0,00274198 | 5,00 | 7,0% | $ 326.135 | $ 2.146 |
| ADULTEZ | 17 | 126 | $ 98.633.868 | $ 782.808 | 0,03909401 | 7,41 | 88,7% | $ 483.499 | $ 30.603 |
| VEJEZ | 1 | 6 | $ 4.689.338 | $ 781.556 | 0,02047782 | 6,00 | 4,2% | $ 390.778 | $ 16.005 |
| TOTAL | 20 | 142 | $ 111.150.456 | $ 782.750 | 0,01982410 | 7,10 | 100,0% | $ 463.127 | $ 48.754 |

Como se deduce en el año 2024, se presentaron 20 pacientes, para los cuales el promedio de atención fue de $782.750, en el curso de vida de adultez se presenta el mayor número de pacientes con 17 que en costo total corresponde al 88.7%

A continuación se presenta el costo probable por atención para el año 2024, con escenarios de incrementos del 4%, 6% y 8%, los cuales dependen de la negociación que se tenga con el prestador.

| | |
|---|---|
| INCREMENTO 4% | $ 814.060 |
| INCREMENTO 6% | $ 829.715 |
| INCREMENTO 8% | $ 845.370 |

NOTA TÉCNICA 2024 PACIENTES VIH IPS LA COSTA

1. SERVICIO CUBIERTO: Paquete IV atención integral para mayores de 18 años que viven con vih-sida con medicamento

2. POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO POR CURSOS DE VIDA AÑO 2024 POR MES OBJETO DEL SERVICIO.

| MES | ADOLESCENCIA | JUVENTUD | ADULTEZ | VEJEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | 5.933 | 10.101 | 16.024 | 6.611 | 38.669 |
| FEBRERO | 5.979 | 11.826 | 15.971 | 6.605 | 40.381 |
| MARZO | 5.961 | 11.874 | 15.998 | 6.633 | 40.466 |
| ABRIL | 5.933 | 10.066 | 16.003 | 6.633 | 38.635 |
| MAYO | 5.912 | 12.505 | 16.067 | 6.667 | 41.151 |
| JUNIO | 5.913 | 12.062 | 16.046 | 6.708 | 40.729 |
| JULIO | 5.971 | 10.439 | 16.128 | 6.717 | 39.255 |
| AGOSTO | 5.939 | 12.287 | 16.201 | 6.730 | 41.157 |
| SEPTIEMBRE | 5.947 | 11.686 | 16.153 | 6.749 | 40.535 |
| OCTUBRE | 5.918 | 11.647 | 16.110 | 6.768 | 40.443 |
| NOVIEMBRE | 5.577 | 12.521 | 16.097 | 6.599 | 40.794 |
| DICIEMBRE | 5.893 | 11.633 | 16.077 | 6.786 | 40.389 |
| POBLACION EXPUESTA | 5.933 | 11.622 | 16.061 | 6.697 | 40.314 |

Fuente: Censos de población de los centros de adscripción que pertenecen a la Regional Caribe o Norte.
Se considera la población expuesta al riesgo como el denominador para las atenciones para obtener la frecuencia de utilización.

3. NOTA TÉCNICA AÑO 2024, de acuerdo a las trazas del año 2024 se obtuvieron los siguientes resultados

| CURSO DE VIDA | PACIENTES | ATENCIONES | COSTO TOTAL | PROMEDIO ATENCIÓN | FRECUENCIA ANUAL | INTENSIDAD DE USO | % COSTO | PROMEDIO MENSUAL PACIENTE | MARGEN RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADOLESCENCIA | 1 | 8 | $ 5.080.000 | $ 635.000 | 0,00134839 | 8,00 | 0,5% | $ 423.333 | $ 856 |
| JUVENTUD | 19 | 130 | $ 81.216.600 | $ 624.743 | 0,01118568 | 6,84 | 8,0% | $ 356.213 | $ 6.988 |
| ADULTEZ | 126 | 1.314 | $ 822.770.265 | $ 626.157 | 0,08181309 | 10,43 | 80,7% | $ 544.160 | $ 51.228 |
| VEJEZ | 15 | 175 | $ 110.310.000 | $ 630.343 | 0,02613110 | 11,67 | 10,8% | $ 612.833 | $ 16.472 |
| TOTAL | 161 | 1.627 | $ 1.019.376.865 | $ 626.538 | 0,04035919 | 10,11 | 100,0% | $ 527.628 | $ 75.544 |

Como se deduce en el año 2024, se presentaron 161 pacientes, para los cuales el promedio de atención fue de $626.538, aparece en el curso de vida adolescencia 1 paciente, con intensidad de uso de 8, en el curso de vida de juventud hay 19 pacientes que tuvieron 130 atenciones en el año, y la intensidad de uso es 6,84, en tanto que para el curso de vida de adultez hay 126 pacientes, que constituyen el 80.7% del costo total, y la intensidad de uso fue 10.43%. En el curso de vida vejez hay 15 pacientes y la intensidad de uso 11,67, contribuyen con 10,8% del costo total

A continuación, se presenta el costo probable por atención para el año 2024, con escenarios de incrementos del 4%, 6% y 8%, los cuales dependen de la negociación que se tenga con el prestador.

| | |
|---|---|
| INCREMENTO 4% | $ 651.599 |
| INCREMENTO 6% | $ 664.130 |
| INCREMENTO 8% | $ 676.661 |

NOTA TÉCNICA 2024 PACIENTES VIH IPS VIVIR/ LLANOS

1. SERVICIO CUBIERTO: Paquete IV atención integral para mayores de 18 años que viven con vih-sida con medicamento. Teniendo en cuenta que, de enero a junio de 2024, se tuvo contrato de prestación de servicios con la IPS Vivir, y de julio a diciembre de 2024 con Salud Llanos, manteniendo en su gran mayoría los pacientes, se elaboro la nota del año 2024, con los costos facturados de las 2 IPS.

2. POBLACIÓN EXPUESTA AL RIESGO POR CURSOS DE VIDA AÑO 2024 POR MES OBJETO DEL SERVICIO.

| MES | ADOLESCENCIA | JUVENTUD | ADULTEZ | VEJEZ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | 1956 | 3.955 | 9.572 | 4.124 | 19.607 |
| FEBRERO | 1973 | 3.272 | 9.535 | 4.124 | 18.904 |
| MARZO | 1967 | 3.374 | 9.487 | 4.137 | 18.965 |
| ABRIL | 1975 | 4.058 | 9.476 | 4.137 | 19.646 |
| MAYO | 1969 | 4.111 | 9.526 | 4.139 | 19.745 |
| JUNIO | 1963 | 4.014 | 9.486 | 4.155 | 19.618 |
| JULIO | 1958 | 4.024 | 9.453 | 4.162 | 19.597 |
| AGOSTO | 1964 | 4.385 | 9.473 | 4.168 | 19.990 |
| SEPTIEMBRE | 1972 | 4.105 | 9.471 | 4.188 | 19.736 |
| OCTUBRE | 1965 | 4.146 | 9.476 | 4.186 | 19.773 |
| NOVIEMBRE | 1863 | 4.784 | 9.448 | 4.108 | 20.203 |
| DICIEMBRE | 1972 | 4.430 | 9.436 | 4.208 | 20.046 |
| POBLACION EXPUESTA | 1.966 | 3.921 | 9.487 | 4.161 | 19.536 |

Fuente: Censos de población de los centros de adscripción que pertenecen a la Regional Centro.

Se considera la población expuesta al riesgo como el denominador para las atenciones para obtener la frecuencia de utilización.

3. NOTA TÉCNICA AÑO 2024, de acuerdo a las trazas del año 2024 se obtuvieron los siguientes resultados

| CURSO DE VIDA | PACIENTES | ATENCIONES | COSTO TOTAL | PROMEDIO ATENCIÓN | FRECUENCIA ANUAL | INTENSIDAD DE USO | % COSTO | PROMEDIO MENSUAL PACIENTE | MARGEN RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADOLESCENCIA | 1 | 3 | $ 1.860.000 | $ 620.000 | 0,00152594 | 3,00 | 0,4% | $ 155.000 | $ 946 |
| JUVENTUD | 7 | 54 | $ 31.604.000 | $ 585.259 | 0,01377200 | 7,71 | 6,4% | $ 376.238 | $ 8.060 |
| ADULTEZ | 66 | 682 | $ 408.688.000 | $ 599.249 | 0,07188785 | 10,33 | 82,6% | $ 516.020 | $ 43.079 |
| VEJEZ | 8 | 88 | $ 52.680.000 | $ 598.636 | 0,02114876 | 11,00 | 10,6% | $ 548.750 | $ 12.660 |
| TOTAL | 82 | 827 | $ 494.832.000 | $ 598.346 | 0,04233427 | 10,09 | 100,0% | $ 502.878 | $ 64.745 |

Como se deduce en el año 2024, se presentaron 82 pacientes, para los cuales el promedio de atención fue de $598.346, en el curso de vida de juventud hay 7 pacientes que tuvieron solamente 54 atenciones en el año, y la intensidad de uso es 7.71, en tanto que para el curso de vida de adultez hay 66 pacientes, que constituyen el 82.6% del costo total, y la intensidad de uso fue 10.33%. En el curso de vida vejez hay 8 pacientes y la intensidad de uso es la más alta 11,00, que constituyen el 10.6% del costo total

A continuación, se presenta el costo probable por atención para el año 2024, con escenarios de incrementos del 4%, 6% y 8%, los cuales dependen de la negociación que se tenga con el prestador.

| | |
|---|---|
| INCREMENTO 4% | $ 629.251 |
| INCREMENTO 6% | $ 641.352 |
| INCREMENTO 8% | $ 653.453 |