ANEXO No. 1 "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS"

1. **OBJETO A CONTRATAR:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH Y MENORES EXPUESTOS EN LA MODALIDAD DE PAQUETES DE ATENCIÓN CON MEDICAMENTOS, ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.

2. **PLAZO DE DURACIÓN:** Desde la firma del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución y hasta el 31 de diciembre de 2026 y/o hasta agotar el presupuesto asignado lo que ocurra primero hasta satisfacer la necesidad total de la entidad.

3. **LUGAR DE EJECUCIÓN:** En las sedes del contratista ubicadas en las ciudades principalmente de Barranquilla, Medellín o Rionegro (Antioquia), Cali, Villavicencio, Melgar ó Girardot, Puerto Salgar o (La Dorada, Honda, Ibagué), Madrid, Yopal, Leticia, Bogotá, San Andrés.

4. **GEOREFERENCIACION DE POBLACION OBJETO:**
   Las atenciones de los pacientes objeto de la presente contratación se distribuirán mediante regionales (Lotes) que incluirán a todos los Establecimientos de Sanidad Militar de la Jefatura de Salud FAC, aunque en la actualidad no se cuentan con pacientes en la totalidad de los mismos, se requiere la oferta de estos servicios en ciudades dentro de la guarnición o cercanas a ellas a fin de garantizar los servicios al 100% de la población adscrita.

   A continuación, se relacionan las Regionales (Lotes) mediante las cuales se distribuyeron los Establecimientos de Sanidad militar FAC:

   4.1 LOTE 1:
   REGIONAL CENTRO: Se atenderán pacientes adscritos o que viven en la guarnición de las unidades militares de CACOM 1, CACOM 4, CACOM 6, CAMAN, CATAM, DMEFA, GAORI.
   Las atenciones se podrán prestar en las siguientes ciudades: Puerto Salgar o (La Dorada, Honda, Ibagué), Melgar ó Girardot, Madrid y Bogotá D.C.

   4.2 LOTE 2:
   REGIONAL ANDINA Y SUR: Se atenderán pacientes adscritos o que viven en la guarnición de las unidades militares de CACOM 2, CACOM 5, GAAMA Y GACAS.
   Las atenciones se podrán prestar en las siguientes ciudades: Villavicencio, Medellín o Rionegro (Antioquia), Leticia, Yopal.

   4.3 LOTE 3:
   REGIONAL OCCIDENTE: Se atenderán pacientes adscritos o que viven en la guarnición de la unidad militar de EMAVI.
   Las atenciones se podrán prestar en las siguientes ciudades: Cali.

   4.4 LOTE 4:
   REGIONAL NORTE: Se atenderán pacientes adscritos o que viven en la guarnición de las unidades militares de CACOM 3 y GACAR.
   Las atenciones se podrán prestar en las siguientes ciudades: Barranquilla y San Andrés.

La población de usuarios que actualmente tiene diagnóstico de VIH y que requiere atención solicitada en

la presente contratación, se encuentra distribuida así:

Tabla No. 1 DISTRIBUCION POR GEORENFERENCIACIÓN POR CIUDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES FAC

REGIONAL	DEPARTAMENTO	CIUDAD DE ATENCION	NUMERO ACTUAL DE PACIENTES
LOTE 1 CENTRO	Cundinamarca	PUERTO SALGAR MADRID	6 2
	Tolima	MELGAR O GIRARDOT	4
	Bogotá	BOGOTA	36
LOTE 2 ANDINA	Meta	VILLAVICENCIO	4
	Antioquia	MEDELLIN	4
LOTE 3 OCCIDENTE	Valle	CALI	18
LOTE 4 NORTE	Atlántico	BARRANQUILLA	1
TOTAL			**75**

Tabla No. 2 DISTRIBUCION POR ESM DE ADCRIPCION Y CIUDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES FAC CON DIAGNOSTICO DE VIH

ESM DE ASDCRIPCION	CENTRO				ANDINA		OCCIDENTE	NORTE	TOTAL GENERAL
	PUERTO SALGAR	MADRID	MELGAR O GIRARDOT	BOGOTÁ	VILLAVICENCIO	MEDELLIN O RIO NEGRO	CALI	BARRANQUILLA	
CACOM 1	6								6
CACOM 2					4				4
CACOM 3								1	1
CACOM 4			4						4
CACOM 5						4			4
CACOM 6				1					1
CATAM									
CAMAN		2							2
DMEFA				35					35
EMAVI							18		18
GAAMA									
GACAR									
GACAS									
GAORI									
TOTAL GENERAL	**6**	**2**	**4**	**36**	**4**	**4**	**18**	**1**	**75**
TOTAL REGIONAL	**48**				**8**		**18**	**1**	**75**

5. DOCUMENTOS TÉCNICOS ADICIONALES PARA TODOS LOS GRUPOS

El contratista deberá aportar la totalidad de los documentos exigidos e incluidos en el estudio previo, los cuales serán objeto de revisión y verificación por parte del Comité Técnico Evaluador, con el fin de validar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos dentro del proceso contractual.

5.1. 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. Por lo anterior, el oferente deberá aportar el certificado REPS vigente para efectos de la evaluación de la oferta.

5.2 CERTIFICADOS DE HABILITACION DE LOS SERVICIOS 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 contratista mantendrá vigentes los certificados de habilitación descritos a continuación por cada sede, sucursal o IPS tercerizadas, durante la ejecución del contrato:

i. Infectología
ii. Enfermería
iii. Nutrición y Dietética
iv. Psicología
v. Psiquiatría
vi. Oftalmología
vii. Ginecobstetricia (valoración por Obstetricia y Control Prenatal)
viii. Odontología general
ix. Servicio Farmacéutico (Químico Farmacéutico)
x. Pediatría
xi. Vacunación
xii. Toma de muestras de laboratorio clínico
xiii. Otros Servicios: Medico experto en VIH-SIDA, Trabajo social.

NOTA:

- Para el componente farmacéutico se acreditará la habilitación del **Servicio Farmacéutico**, junto con el talento humano requerido conforme a la normatividad vigente - Químico Farmacéutico.
- Los componentes de **Trabajo Social** y **Médico experto en VIH-SIDA** serán verificados mediante la disponibilidad e idoneidad del talento humano correspondiente, de acuerdo

con los perfiles, experiencia y demás requisitos definidos en el proceso contractual para la atención integral de pacientes con VIH.

Cada sede, sucursal o IPS tercerizada deberá acreditar la habilitación únicamente respecto de los servicios que efectivamente aportará a la red de prestación propuesta, manteniéndose como obligación del contratista garantizar que la sumatoria de su red cubra la totalidad de los servicios exigidos en el proceso contractual, asegurando la integralidad, oportunidad y continuidad en la atención de la población objeto del contrato.

5.3 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA VIH/SIDA

Los posibles contratistas 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.

6. La presente contratación se ejecutará bajo la modalidad de paquetes de atención integral dirigidos a pacientes con diagnóstico de VIH y menores expuestos, incluyendo el suministro de medicamentos y la prestación de las atenciones en salud requeridas, las cuales serán garantizadas durante el término de ejecución contractual, conforme a las condiciones y alcances definidos, así:

Tabla No. 3 PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIO

PAQUETE	Modalidad
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.	Con medicamentos genéricos
Paquete III de atención integral a Pacientes menores de 13 años que viven con VIH-SIDA.	Con medicamentos genéricos
Paquete IV de atención ambulatoria para personas que viven con VIH-SIDA mayores de 13 años.	Con medicamentos genéricos
Paquete V de atención ambulatoria para gestantes que viven con VIH-SIDA.	Con medicamentos genéricos

6.1. Adquirir los productos farmacéuticos exclusivamente con proveedores habilitados según el Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo sustituyan, complementen o modifiquen.

6.2. Para todos los paquetes de atención y con el fin de favorecer la adherencia del paciente, la IPS debe suministrar y/o asumir los gastos de transporte y alojamiento del paciente y su acompañante desde el domicilio del paciente al lugar de prestación del servicio (si lo requiere), cuando la sede del proveedor esté en una ciudad o municipio diferente al domicilio del paciente. El acompañante sólo es necesario cuando el paciente es menor de edad, persona en condición de discapacidad o adulto mayor.

Nota: Si se presenta el caso de que el paciente exige atención en otra ciudad diferente a sitio de residencia y la IPS si la tiene en la ciudad de residencia, estos gastos serán asumidos por el paciente**.**

6.3. <u>Nota aplicable a todos los paquetes de atención</u>: El proveedor deberá enviar al supervisor del

contrato vía correo electrónico al momento de la adjudicación del contrato, un archivo con el listado discriminado del total de los ítems contemplados en cada uno de los paquetes de atención descritos en el presente anexo técnico, con el respectivo costo por cada uno de ellos, así como el de los medicamentos y los preservativos (la sumatoria de las actividades no podrá superar el valor total del paquete ofertado). En caso de presentarse glosas, solamente se tendrá en cuenta el valor descrito en dicho archivo, que no cuente con soporte.

7. Para la prestación de los servicios que se encuentren por fuera del paquete de atención de la presente contratación, se realizará a través de la red externa y/o complementaria del Establecimiento de Sanidad Militar de adscripción del paciente, para lo cual la IPS deberá:

7.1 El supervisor del contrato CT. MARIA ALEJANDRA MARTINEZ LEMUS o quien haga sus veces, informará una vez se inicie la ejecución del contrato, el correo al que se debe enviar la solicitud de autorización en PDF donde relacione:

7.1.1 Grado de prioridad de la solicitud (prioritario, ordinario o urgente).
7.1.2 Motivo de remisión.
7.1.3 Justificación de la solicitud, mediante una breve epicrisis que sustente la necesidad de la interconsulta y/o procedimiento, para estos últimos relacionar el CUPS.
7.1.4 El supervisor a su vez, informara al líder del programa de VIH del ESM de adscripción del paciente, con el fin de que sea canalizado a la red interna o complementaria del Establecimiento.
7.1.5 El líder del programa de VIH del ESM realizará las gestiones pertinentes, relacionadas con el seguimiento de los resultados y/o intervenciones requeridas.
7.1.6 El paciente será el encargado de llevar a la IPS contratada para la atención del diagnóstico de VIH, los resultados y/o conceptos solicitados.

8. MODALIDAD DE PAGO: De acuerdo a lo definido en el Estudio previo se realizará conforme a los lineamientos del Ministerio de Defensa.

9. Basados en la GPC 39-40/2021, ésta Jefatura ha establecido las siguientes actividades a realizar en cada uno de los paquetes de atención los cuales se describen a continuación:

9.1. PAQUETE II: 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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

9.1.1 Prestar los servicios definidos en la Tabla No. 4 para pacientes 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 y realizar profilaxis a todos los bebés nacidos de madres que viven con VIH para evitar la TMI. Adicionalmente, el paquete incluye las pruebas diagnósticas para determinar si hubo TMI, después de descartar la TMI el menor de 18 meses puede salir del paquete.
9.1.2 Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos y asumir la atención ante las complicaciones derivadas de la entrega tardía o no entrega de los mismos en pacientes que lleven más de 48 semanas de tratamiento por parte del proveedor.
9.1.3 Dar cumplimiento al literal 6.3 del presente anexo técnico.

Tabla No. 4 Paquete II de atención a menores de 18 meses hijos de madres que viven con VIH/SIDA

Servicio	Descripción/periodicidad
Consulta por infectopediatría o médico experto en VIH-SIDA	El infectopediatría o el medico experto ejercerá como director científico del grupo de atención integral. Debe liderar las juntas multidisciplinarias para toma de decisiones con respecto al tratamiento del paciente.
	Periodicidad: primera consulta, después bimestral en pacientes controlados y cuando la condición clínica del paciente lo requiera.
Consulta por psicología	El psicólogo realiza evaluación a la familia o acudientes del paciente, verifica que comprenden el estado clínico del paciente y están siguiendo el Tratamiento.
	Periodicidad: primera consulta y después semestral, la frecuencia puede aumentar por criterio médico 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 clínico del paciente, que el paciente esté viviendo en el entorno social apropiado para su cuidado y que su familia o responsables está siguiendo el tratamiento.
	Periodicidad: primera consulta y después semestral, la frecuencia puede aumentar por criterio médico o demanda del paciente.
Consulta por nutrición y dietética	El profesional en nutrición y dietética realiza evaluación del estado nutricional del paciente e interviene en caso de desnutrición o riesgo de ésta. Además, evalúa que el paciente esté consumiendo las fórmulas lácteas entregadas.
	Periodicidad: primera consulta y después semestral, la frecuencia puede aumentar por criterio médico o demanda del paciente.
Seguimiento a la adherencia	Los profesionales en psicología, trabajo social y nutrición y dietética 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.
	Periodicidad: semestral, la frecuencia puede aumentar por criterio médico o demanda del Paciente
Visitas domiciliarias	El equipo médico multidisciplinario debe realizar visitas domiciliarias cuando los padres o acudientes muestran difícil adherencia y continuidad en el programa, o si se requiere por concepto del equipo médico multidisciplinario.
Entrega de medicamentos	Entregar al paciente la formula láctea hasta los 12 meses, los suplementos nutricionales y los medicamentos definidos en la GPC de acuerdo con la condición clínica del paciente.
Programa de Prevención y promoción	
Servicio	**Descripción/periodicidad**
Algoritmo diagnóstico del Paciente	Pruebas realizadas de acuerdo con algoritmo diagnóstico descrito en la GPC del 2021. El Proveedor debe realizar profilaxis basado en el riesgo que se ha detectado al Neonato. -Recomendación 1 GPC,2021- para los Neonatos de bajo riesgo y -Recomendación 4 GPC, 2021- para los neonatos de alto riesgo. Referente a la carga viral -Recomendación 12 GPC, 2021- s*e recomienda realizar la carga viral ARN para el diagnóstico de infección por VIH en niños de alto y bajo riesgo, 2 semanas después de finalizado el manejo profiláctico.* De acuerdo a la GPC, *2021 - La elección de un seguimiento dos semanas después de terminada la profilaxis (a las 6 semanas en el caso de los neonatos de bajo riesgo y a las 8 semanas en alto riesgo) se basa en la necesidad de detectar si existe una verdadera replicación viral en los casos de transmisión materno infantil del VIH* - y además *se recomienda realizar la carga viral ARN a los 4 meses de edad del niño expuesto para definir el diagnóstico de VIH,* finalmente de la misma recomendación de la GPC, 2021 *La tercera carga viral en niñas y niños de bajo riesgo debe realizarse dos semanas después de la anterior carga viral si el resultado de la segunda es indetectable.* El Proveedor deberá continuar realizando seguimiento al paciente durante los doce (12)

	meses posteriores al descarte diagnóstico y garantizar la entrega de fórmula láctea al menor hasta los doce (12) meses de vida. Posteriormente, el paciente egresará del programa, velando por la continuidad de las acciones orientadas a su bienestar. En caso de confirmarse el diagnóstico de VIH, el paciente será trasladado al Paquete III". Lo anterior, teniendo en cuenta que la Guía de Práctica Clínica (GPC) para VIH establece que: "A todas las niñas y niños, independientemente de su clasificación de riesgo de transmisión materno infantil de VIH, se recomienda un seguimiento clínico a los 18 meses de edad"; adicionalmente, deberán realizarse las pruebas virológicas correspondientes, considerando la posibilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos.
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 dietarías, tratamiento antirretroviral, entre otras.
	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).
	Periodicidad: en cada consulta.

9.2 PAQUETE III: Paquete III de atención integral a pacientes menores de 13 años que viven con VIH-SIDA.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

9.2.1 Prestar el paquete de atención integral para los Pacientes menores de 13 años con las especificaciones descritas en la Tabla No. 5

9.2.2 Garantizar que el paciente menor de 13 años que vive con VIH- SIDA permanezca con TAR y en seguimiento constante del equipo médico multidisciplinario.

9.2.3 Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos y asumir la atención ante las complicaciones derivadas de la entrega tardía o no entrega de los mismos en pacientes que lleven más de 48 semanas de tratamiento por parte del proveedor.

9.2.4 Dar cumplimiento al literal 6.3 del presente anexo técnico.

Tabla No. 5 Paquete III de atención integral a Pacientes menores de 13 años que viven con VIH-SIDA

Servicio	Descripción	Periodicidad de las consultas
Infectopediatría o médico experto	El infectopediatra o médico experto ejercerá como director científico del grupo de atención integral. Debe coordinar el equipo médico interdisciplinario y establecer pautas a seguir de acuerdo con la situación del paciente.	Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		A los dos (2) y cuatro (4) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
		Cada seis (6) meses después del diagnóstico o inicio de TAR.
		Cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Consulta Pediatría	El pediatra evalúa crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y neurodesarrollo del paciente.	Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
		Cada seis (6) meses después del diagnóstico o inicio de TAR.
		Cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Consulta por psicología	El psicólogo realiza evaluación del	Al inicio de TAR o modificación de TAR.

	paciente y a su familia o acudientes, establece plan de revelación de la enfermedad y verifica que comprenden el estado clínico del paciente y están siguiendo el Tratamiento.	A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR. Cada doce (12) meses después del diagnóstico o inicio de TAR. Cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Consulta por oftalmología	El oftalmólogo debe evaluar la visión del Paciente. En caso de coriorretinitis seguimientos de acuerdo a criterio médico.	Para pacientes donde los CD4 se encuentran por debajo de 100 cel/ul al inicio y luego cada año si los CD4 permanecen bajos.
Consulta por odontología	Incluye valoración odontológica y actividades de prevención y promoción (control de placa, detartraje y profilaxis)	Al momento del diagnóstico. Cada año desde el diagnóstico o inicio de TAR y cuando la condición clínica del paciente lo requiera.
Consulta por trabajo social	El trabajador social realiza evaluación a la familia o acudientes del paciente, verifica que comprenden el estado clínico del paciente, que el paciente esté viviendo en el entorno social apropiado para su cuidado, que el paciente está siguiendo el tratamiento y evalúa su red de apoyo. Hace visitas domiciliarias.	Al inicio de TAR o modificación de TAR. A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR. Cada doce (12) meses después del diagnóstico o inicio de TAR. Cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Control por profesional de Enfermería	Realiza valoración de adherencia y seguimiento a la asistencia a citas.	Al inicio de TAR o modificación de TAR. A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR. Cada doce (12) meses después del diagnóstico o inicio de TAR. Cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Consulta por Nutrición y Dietética	El profesional en nutrición y dietética realiza evaluación del estado nutricional del paciente e interviene en caso de desnutrición o riesgo de ésta.	Al inicio de TAR o modificación de TAR. A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR. Cada doce (12) meses después del diagnóstico o inicio de TAR. Cada tres (3) meses, cuando la condición clínica del paciente incluya alteraciones nutricionales o suplementos nutricionales. Cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Químico Farmaceuta	Participa en reuniones en las que el equipo médico multidisciplinario evalúa disponibilidad de medicamentos	Al inicio de TAR o modificación de TAR. A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR. Cada año desde el diagnóstico o inicio de TAR y cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Seguimiento a la adherencia	Los profesionales en psicología, trabajo social y nutrición y dietética 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.	
Visitas domiciliarias	El equipo médico multidisciplinario debe realizar visitas domiciliarias cuando los padres o acudientes muestran difícil adherencia y continuidad en el programa, o si se requiere por concepto del equipo médico multidisciplinario.	
Entrega de medicamentos	Entregar al Paciente de manera mensual TAR y garantizar que el paciente menor de 13 años que vive con VIH- SIDA permanezca con TAR. Nota: La IPS deberá establecer controles a fin de detectar si el paciente NO reclama en la periodicidad establecida, en cuyo caso informará al supervisor del contrato y citará de manera presencial al paciente a fin de evitar interrupción en el acceso a TAR.	

Exámenes de laboratorio

Examen	Observaciones	Periodicidad exámenes
ARN cuantitativo del VIH		Al momento del diagnóstico. Al inicio de TAR o modificación de TAR A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR.

		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Conteo de LT CD4 y porcentaje de CD4		Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Genotipificación viral	Ante diagnóstico de falla terapéutica De acuerdo a la GPC (2021) Se recomienda la realización de genotipo de integrasa, cuando la falla sea a esquemas que incluya inhibidores de integrasa. La primera falla virológica constituye un criterio para sospechar resistencia a antirretrovirales, entre otras causas de falla.	A partir de la primera falla terapéutica.
		En casos de alto riesgo, como recuentos de CD4 inferiores a 200 células/mm³, progresión clínica de la enfermedad o uso de inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, la espera del resultado no debe retrasar la toma de decisiones terapéuticas, las cuales deberán sustentarse en los antecedentes farmacológicos, la adherencia del paciente y ser ajustadas o corroboradas oportunamente con el resultado del genotipo. El Paciente debe estar tomando los medicamentos antirretrovirales.
Transaminasas GPT - ALT (TGP)	En caso de uso de NVP.	Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Transaminasas GOT - ALT (TGP)	En caso de uso de NVP.	Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		A los dos (2) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Bilirrubinas		Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Fosfatasa alcalina		Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Pruebas de función pancreática: amilasa - lipasa		Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Glucemia basal		Cada año si el resultado previo es normal
		Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral
		Cada seis (6) meses en pacientes con inhibidores de proteasa; anual en todos los demás. El manejo de la diabetes debe hacerse según el criterio del médico tratante y de acuerdo con las guías de manejo. En pacientes diabéticos incluir HbA1c (hemoglobina glicosilada).
Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos)		Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Creatinina sérica, (aMDRD o Cockcroft-Gault)		Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		Según criterio clínico.
PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		Según criterio clínico.
POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		Según criterio clínico.
SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		Según criterio clínico.

CALCIO AUTOMATIZADO		Según criterio clínico.
FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		Según criterio clínico.
Uroanálisis		Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
Cuadro hemático completo (leucocitos, hemoglobina,	En caso de uso de AZT.	Al momento del diagnóstico.
		Al inicio de TAR o modificación de TAR.
		diagnóstico o inicio de TAR.
		Cada seis (6) meses de diagnóstico o inicio de TAR.
HLA B*5701	En caso de requerirse el cambio de esquema a ABC (abacavir), deberá realizarse la verificación correspondiente previo a su administración.	
Prueba de tuberculina (Mantoux)		Al momento del diagnóstico.
		Cada año desde el diagnóstico o inicio de TAR y cuando la condición clínica del Paciente lo requiera.
Antígeno de superficie (Ag SHB)		Al momento del diagnóstico. Repetir sólo en caso de riesgo de infección: Se consideran factores de riesgo: tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales o con alguien que está infectado con el virus de la hepatitis B; compartir agujas durante el consumo de drogas intravenosas; hijo de madre que vive con el virus de la hepatitis B.
Anticuerpos anti-HBs (Ac SHB)		Al momento del diagnóstico. Repetir si tiene valores de anticuerpos menor de 10 UI/ml luego de revacunación con 3 dosis y realizar control a las 2 semanas.
Anticuerpos anti-core (IgG Ac CHB)	Repetir sólo en caso de riesgo de infección	Al momento del diagnóstico.
Anticuerpos de Hepatitis C		Al momento del diagnóstico. Repetir si existen factores de riesgo (consumo de drogas intravenosas).
IgG / IgM Toxoplasma Gondii		Al momento del diagnóstico
		Repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo. IgM sólo se debe realizar si la IgG resulta positiva.
Serología para sífilis treponémica VDRL/RPR	No	Al momento del diagnóstico
		La GPC recomienda tamización con prueba treponémica rápida y, si es positiva, solicitar prueba no treponémica para confirmar actividad (título ≥8 diluciones). Si la tamización es con prueba no treponémica confirmar con prueba treponémica. Conductas sexuales de riesgo, incluyendo sexo oral. 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
IgG Hepatitis A		Si no ha sido vacunado al momento del diagnóstico
Detección de TSH (HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE)		Repetir de acuerdo a criterio médico
TIROXINA LIBRE		Según criterio clínico.
Citomegalovirus ANTICUERPOS IgG e IgM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		Al momento del diagnóstico
		Repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo. IgM sólo se debe realizar si la IgG resulta positiva.
Herpes II ANTICUERPOS IgG e IgM MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		Al momento del diagnóstico
		Repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo.
Antígeno para histoplasma capsulatum		Al ingreso a todos con CD4 menor a 50 células/ mm3y según criterio clínico.
PCR de sensibilidad para mycobacterium		Según criterio clínico.
Rayos X de tórax	Repetir de acuerdo a criterio médico	Indicación clínica por síntomas respiratorios o sospecha de tuberculosis - Indicación clínica por síntomas respiratorios.

Programa de prevención y promoción	
Servicio	**Observaciones**
Búsqueda activa de contactos	Esta actividad es realizada por el equipo médico multidisciplinario en cada atención y/o consulta realizada al paciente.
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 y/o consulta realizada al paciente.
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. De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención y/o consulta realizada al paciente, por medio de educación en salud y entrega de material informativo.
Sexo seguro y ética sexual (incluye entrega de preservativos)	El proveedor debe entregar 11 preservativos al mes por paciente, despachados de acuerdo con la periodicidad de la consulta. 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 con 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.

9.3 PAQUETE IV: Paquete IV de atención ambulatoria para personas que viven con VIH-SIDA mayores de 13 años.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

9.3.1 Prestar el paquete de atención integral para los Pacientes mayores de 13 años con las especificaciones descritas en la Tabla No. 6

9.3.2 Garantizar que el Paciente mayor de 13 años que vive con VIH- SIDA permanezca con TAR y en seguimiento constante del equipo médico multidisciplinario.

9.3.3 Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos y asumir la atención ante las complicaciones derivadas de la entrega tardía o no entrega de los mismos en pacientes que lleven más de 48 semanas de tratamiento por parte del proveedor.

9.3.4 Dar cumplimiento al literal 6.3 del presente anexo técnico.

Tabla No. 6 Paquete IV de atención ambulatoria para personas que viven con VIH-SIDA mayores de 13 años

Servicio	Descripción	Frecuencia de seguimiento		
		Al momento del diagnóstico	Antes de iniciar TAR	Después de iniciar TAR

Consulta por médico infectólogo o infectopediatra.	El infectólogo o infectopediatra ejercerá como director científico del grupo de atención integral. Debe liderar las juntas multidisciplinarias para toma de decisiones. En los siguientes casos debe intervenir el infectólogo o infectopediatra: coinfección con hepatitis B; coinfección con hepatitis C, coinfección con tuberculosis; síndrome de hiperlactatemia; exposición de riesgo ocupacional y no ocupacional (la evaluación del experto nunca debe retrasar el inicio de la profilaxis después de la exposición); paciente con sospechas de neoplasias asociadas; paciente con deterioro cognitivo o psiquiátrico.	En los primeros tres (3) meses de ingreso al programa.		Semestral (cada seis (6) meses) o según criterio del médico experto.
Consulta por médico general experto en VIH-SIDA	En referencia a la Guía de práctica clínica cabe aclarar que, el médico experto siempre va a estar a cargo de todos los pacientes estables o no estables. El infectólogo debe realizar valoración mínima cada 6 meses, pero siempre que el médico experto o el mismo infectólogo lo consideren. La definición de paciente controlado corresponde a: tener carga viral indetectable (de acuerdo con los umbrales establecidos según el tipo de prueba), CD4 mayor de 300 células/mm3 estable en dos mediciones y ser adherente a la TAR. Esta definición aplica para considerar las estrategias como espaciar las consultas con médico experto (bimestralización).	Mensual en pacientes con adherencia inferior al 90% y exámenes de CARGA Viral Conteo de LT CD4 y porcentaje de CD4 detectables o cuando la condición clínica del Paciente lo amerite.	Mensual en pacientes con adherencia inferior al 90% y exámenes de CARGA Viral Conteo de LT CD4 y porcentaje de CD4 detectables o cuando la condición clínica del Paciente lo amerite.	Mensual en el primer trimestre de atención en pacientes con adherencia inferior al 90% y exámenes de CARGA Viral Conteo de LT CD4 y porcentaje de CD4 detectables o cuando la condición clínica del Paciente lo amerite
Consulta por psiquiatría	El psiquiatra debe aplicar escalas de alcoholismo, depresión y uso de sustancias psicoactivas para tamización y detección de enfermedades. Hacer valoración neurocognitiva cada dos (2) años si hay progresión de la enfermedad, los CD4 son bajos (<200 células/ mm3) o no hay respuesta virológica.	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 psicología		Al momento del diagnóstico.	Cada año. Mayor frecuencia según criterio médico	Cada año. Mayor frecuencia según criterio médico
Consulta por oftalmología		Si los LT CD4 son inferiores a 100 células/mm³ y según criterio médico.	Cada año si el valor de los LT CD4 es inferior a 100 células/ mm³ y según criterio médico.	Cada año si el valor de los LT CD4 es inferior a 100 células/ mm³ y según criterio médico.
Consulta odontológica	Incluye valoración odontológica y actividades de prevención y promoción (control de placa, detartraje y profilaxis).	Al momento del diagnóstico.	Cada seis (6) meses o según criterio	Cada seis (6) meses o según criterio
Consulta por Trabajo Social		Al momento del diagnóstico.	Anual (1 vez en el año) o según criterio	Anual (1 vez en el año) o según criterio
Control por Profesional Enfermería		Al momento del diagnóstico.	Anual (1 vez en el año) o según criterio	Anual (1 vez en el año) o según criterio
Consulta por nutrición y dietética		Al momento del diagnóstico.	Anual (1 vez en el año) o según criterio	Anual (1 vez en el año) o según criterio
Químico Farmaceuta	Participa en reuniones en las que el equipo médico multidisciplinario evalúa disponibilidad de medicamentos. Incluye valoración y actividades de prevención y promoción.	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.
Seguimiento a la adherencia		Al momento del diagnóstico.	Cada seis (6) meses o según criterio	Cada seis (6) meses o según criterio médico.
Visitas	En los Pacientes que muestran difícil adherencia y continuidad en el programa, o si lo requiere por concepto del equipo			

domiciliarias	médico multidisciplinario.
Entrega de medicamentos y preservativos	Entregar al paciente de manera mensual TAR y garantizar que el paciente mayores de 13 años que vive con VIH- SIDA permanezca con TAR. Nota: La IPS deberá establecer controles a fin de detectar si el paciente NO reclama en la periodicidad establecida, en cuyo caso informará al supervisor del contrato y citará de manera presencial al paciente a fin de evitar interrupción en el acceso a TAR.

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 iniciar o cuando modifique el TAR	Cada seis (6) meses.
Conteo de LT CD4 y porcentaje de CD4		Si		Si	Cada seis (6) meses.
Genotipificación viral				Ante diagnóstico de falla terapéutica.	A partir de la primera falla terapéutica. El Paciente debe estar tomando los Medicamentos antirretrovirales
Creatinina sérica, (aMDRD o Cockcroft-Gault)	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.
CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		Según criterio clínico.			Cada tres (3) meses en paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus o Según criterio clínico.
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.
Glucemia Basal, pre y pos prandial	De acuerdo a la GPC, se recomienda realizar glucemia basal. En aquellos en caso en los que no se puede hacer en ayunas, el laboratorio también puede hacer la medición de glucemia y escribir una nota para interpretación del médico. Cada seis meses en pacientes con inhibidores de proteasa; anual en todos los demás. El manejo de la diabetes debe hacerse según el criterio del médico tratante y de acuerdo con las guías de manejo. En pacientes diabéticos incluir HbA1c (hemoglobina glicosilada).		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 en 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 pos vacunal de anticuerpos un mes después de la última dosis. Pacientes con anti-Ac SHB >10 UI/ ml no necesitan nuevos exámenes 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, usuario de drogas ilícitas por vía endovenosa)		Si es negativa: cada año según conductas de riesgo (por ejemplo, usuario de drogas ilícitas por vía endovenosa)
IgG Hepatitis A	La GPC considera factores de riesgo todos aquellos que impliquen contacto oro-anal o en caso de epidemia y coinfección con hepatitis B o C. El Proveedor debe ofrecer vacunación para hepatitis A en estos grupos de riesgo.	En Pacientes con hepatopatía crónica, coinfección por hepatitis B o C crónicas y en hombres 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 actividad (título ≥8 diluciones). Si la tamización es con prueba no treponémica confirmar con prueba treponémica. Conductas sexuales de riesgo, incluyendo sexo oral. 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	SI	Cada año, si existen factores de riesgo repetir cada seis (6) meses. Si prueba treponémica previamente es positiva, seguimiento sólo con pruebas no treponémicas		Cada año, si existen factores de riesgo repetir cada seis (6) meses. Si prueba treponémica previamente es positiva, seguimiento sólo 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 / IgM Toxoplasma Gondii		Si.			Considerar repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo (consume comidas crudas o mal cocidas).
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).
Detección de TSH (HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE)		Si.	Cada año, Mayor frecuencia según criterio médico		Cada año, Mayor frecuencia según criterio médico
TIROXINA LIBRE		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
Uroanálisis		Si.	Cada año, Mayor frecuencia según criterio médico		Cada año, Mayor frecuencia según criterio médico
Baciloscopia Seriada de esputo		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
Mycobacterium tuberculosis CULTIVO			según criterio médico	según criterio médico	según criterio médico
Antígeno para histoplasma capsulatum		Pacientes con CD4 menor a 50 células/mm3 y según criterio clínico.	Antígeno para histoplasma capsulatum		Pacientes con CD4 menor a 50 células/mm3 y según criterio clínico.
PCR de sensibilidad para mycobacterium,		Según criterio clínico.	PCR de sensibilidad para mycobacterium,		Según criterio clínico.
NITROGENO UREICO		Según criterio			Según criterio clínico.

		clínico.			
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
Pruebas de función pancreática: amilasa - lipasa		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
CALCIO AUTOMATIZADO		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		Según criterio clínico.			Según criterio clínico.
Citomegalovirus ANTICUERPOS IgG y Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		Si			Según criterio clínico
Herpes II ANTICUERPOS IgG y Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		Si			Según criterio clínico
GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		Según criterio clínico.			Repetir según criterio clínico en caso positiva activarse de inmediato el protocolo TMI para evitar una posible transmisión vertical e informar a supervisor del contrato para cambio de paquete a paquete V
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. Determinar el riesgo mediante la ecuación FRAX (sin densitometría) en mayores de 40 años y ante presencia de factores de riesgo	Al inicio de TAR o modificación de TAR.	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	En presencia de riesgo cardiovascular alto (puntaje mayor o igual a 20 en la ecuación de Framingham) o según criterio clínico.				
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**
Búsqueda activa de contactos	Esta actividad es realizada por el equipo médico multidisciplinario. Periodicidad: en el momento del diagnóstico, en cada atención y/o consulta realizada al paciente.

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 y/o consulta realizada al paciente.
	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 y/o consulta realizada al paciente. Periodicidad: en el momento del diagnóstico y cada seis meses.
Preparación de pre y adolescentes a la sexualidad	Pacientes entre 10 y 15 años, o antes a criterio médico. De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención y/o consulta realizada al paciente, por medio de educación en salud y entrega de material informativo.
Sexo seguro y ética sexual (incluye entrega de preservativos)	El proveedor debe entregar 11 preservativos al mes por paciente, despachados de acuerdo con la periodicidad de la consulta.
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).	De acuerdo a la edad, si aplica, en cada atención.
Grupos de ayuda mutua	Cada vez que el Paciente lo requiera.

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

- CD4 menor de 150 células/ mm3 y en alto riesgo debido a exposición ocupacional o residencia en una comunidad con una tasa hiperendémica de histoplasmosis (más de 10 casos / 100 pacientes año).

9.4 PAQUETE V: Paquete V de atención ambulatoria para gestantes que viven con VIH-SIDA.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

9.4.1 Prestar a las pacientes en estado de gestación el tratamiento con las especificaciones de la Tabla No. 6 Paquete IV de atención ambulatoria para personas que viven con VIH-SIDA mayores de 13 años y garantizar acompañamiento prioritario del equipo médico interdisciplinario con el objetivo de evitar la TMI, promover la adherencia y evaluar su bienestar psico-emocional. El control prenatal por ginecoobstetricia será realizado en las unidades primarias de atención del Paciente.

9.4.2 Garantizar que las pacientes en estado de gestación que vive con VIH- SIDA permanezcan con TAR y en seguimiento constante del equipo médico multidisciplinario, acompañamiento social y psicológico permanente.

9.4.3 Trasladar al paquete de atención V a la paciente del paquete III o IV que quede en estado de embarazo.

9.4.4 Informar de inmediato a la Entidad Compradora, a la fiscalía general de la Nación, al Instituto Colombiano del Bienestar Familiar y al SIVIGILA el traslado de una Paciente del paquete de atención III al V.

9.4.5 Dar cumplimiento al literal 6.3 del presente anexo técnico.

Tabla No. 7 Paquete V de atención ambulatoria para gestantes que viven con VIH-SIDA

Servicio	Descripción	Periodicidad de las consultas
Consulta por médico infectólogo	El infectólogo ejercerá como director científico del grupo de atención integral. Debe liderar las juntas multidisciplinarias para toma de decisiones. En los siguientes casos debe intervenir el infectólogo: coinfección con hepatitis B; coinfección con hepatitis C, coinfección con tuberculosis; síndrome de hiperlactatemia;	En los primeros tres (3) meses de ingreso al programa.

	exposición de riesgo ocupacional y no ocupacional (la evaluación del experto nunca debe retrasar el inicio de la profilaxis después de la exposición); Paciente con sospechas de neoplasias asociadas; Paciente con deterioro cognitivo o psiquiátrico.	
Consulta por médico general experto en VIH- SIDA		Mensual en o cuando la condición clínica de la paciente lo amerite.
Consulta por ginecología		Mensual y hasta finalizar la gestación. Aplica para las gestantes del programa en el momento del diagnóstico o cuando identifique que está embarazada.
Programa materno: calidad de vida desde el vientre materno		Aplica para las gestantes del programa en el momento del diagnóstico o cuando identifique que está embarazada y en cada atención con el equipo médico multidisciplinario.
Confirmación diagnóstica del paciente	De acuerdo al algoritmo diagnóstico basado en la GPC para gestantes.	De acuerdo con los resultados y si la gestante está en tercer trimestre de embarazo, el proveedor debe iniciar el protocolo de prevención de TMI.

10. NOTA TECNICA: De acuerdo con la modalidad de pago retrospectivo por paquete de atención integral y conforme a lo establecido en el decreto 441/2022 a continuación se relaciona:

10.1 POBLACION OBJETO: De acuerdo al curso momento de vida, en la actualidad los usuarios FAC se encuentran distribuido por momento de vida así:

Tabla No. 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA

REGIONAL	MOMENTO CURSO DE VIDA			TOTAL GENERAL
	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	
CENTRO	7	30	11	48
ANDINA	1	7	0	8
OCCIDENTE	1	12	5	18
NORTE	0	0	1	1
Total general	**9**	**49**	**17**	**75**

10.2 De acuerdo a la georreferenciación y ciudad de atención en la actualidad los usuarios FAC se encuentran distribuido por momento de vida así:

Tabla No. 9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH POR ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DE ADSCRIPCIÓN – REGIONAL Y CIUDAD DE ATENCIÓN

ESM DE ASDCRIPCION	CENTRO				ANDINA		OCCIDENTE	NORTE	TOTAL GENERAL
	PUERTO SALGAR	MADRID	MELGAR O GIRARDOT	BOGOTÁ	VILLAVICENCIO	MEDELLIN O RIO NEGRO	CALI	BARRANQUILLA	
CACOM 1	6								6
CACOM 2					4				4
CACOM 3								1	1

CACOM 4			4						4
CACOM 5						4			4
CACOM 6				1					1
CATAM									
CAMAN		2							2
DMEFA				35					35
EMAVI							18		18
GAAMA									
GACAR									
GACAS									
GAORI									
TOTAL GENERAL	**6**	**2**	**4**	**36**	**4**	**4**	**18**	**1**	**75**
TOTAL REGIONAL	**48**				**8**		**18**	**1**	**75**

10.3 De acuerdo con comorbilidades:

10.3.1 Patologías de alto costo, en la actualidad sólo se cuenta con un (1) usuario con TRR en el ESM de CACOM1, recibiendo atención en la ciudad de Ibagué.

10.3.2 A la fecha de la publicación del presente proceso contractual, No se cuenta con mujeres con diagnóstico B24X en estado de gestación, ni menores de 13 años, ni menores expuestos en control; únicamente pacientes mayores de 13 años con atención del paquete IV.

10.4 POBLACION SUSCEPTIBLE: La población susceptible a ser diagnosticada con VIH, es la población total de usuarios adscritos a los ESM FAC, la incidencia de la FAC de VIH anual es un promedio de 7 pacientes.

Tabla No. 10 POBLACIÓN TOTAL DE USUARIOS ADSCRITOS A LOS ESM FAC

ESM DE ADCRIPCIÓN	GENERO		Total general
	Femenino	Masculino	
CACOM 1	1.376	2.071	3.447
CACOM 2	1.073	1.565	2.638
CACOM 3	389	758	1.147
CACOM 4	669	1.208	1.877
CACOM 5	552	1.089	1.641
CACOM 6	88	731	819
CAMAN	1.004	1.640	2.644
CATAM	143	628	771
DMEFA	7.269	7.578	14.847
EMAVI	2.182	3.018	5.200
GAAMA	50	197	247
GACAR	31	141	172
GACAS	154	421	575
GAORI	35	301	336
TOTAL	**15.015**	**21.346**	**36.361**

11. Para el cumplimiento de las atenciones de cada momento curso de vida propios de las Rutas Integrales

de Atención en Salud que no se encuentran en los paquetes de la presente contratación, los mismos estarán a cargo del Establecimiento de Sanidad Militar – ESM al cual se encuentre adscrito el usuario; por lo anterior, la entidad contratada canalizará a los usuarios a la supervisión del contrato, con el fin que a su vez, el paciente sea enrutado para realizar seguimiento a las valoraciones y/o tamizajes desarrollados en la IPS contratada (Examen clínico de seno, citología, Antígeno prostático específico, planificación familiar, valoración del crecimiento, lactancia materna, entre otras) y lo consecuente para el mantenimiento de la salud y detección temprana. El supervisor del contrato notificará el correo electrónico al que se deben tramitar las solicitudes.

12. Para la autorización de la atención de los paquetes de los pacientes que ya se encuentran en tratamiento, se realizará de la siguiente manera:

12.1 La IPS el día 20 del mes anterior a la prestación del servicio, debe enviar la solicitud de autorización en PDF por cada uno de los pacientes y firmado por médico tratante (infectólogo o medico experto) al correo maria.martinez@fac.mil.co. De igual manera, debe registrar el número de contrato y el mes de la solicitud de atención.

12.2 El supervisor del contrato CT. MARIA ALEJANDRA MARTINEZ LEMUS o quien haga sus veces, cargará las solicitudes de autorización a la plataforma SALUD.SIS y adjuntará la solicitud enviada por la IPS.

Si durante el cargue de las solicitudes se detecta hay alguna novedad de afiliación del paciente, el supervisor informará de manera inmediata a la IPS para que ésta no programe al usuario hasta que no se reporte la corrección de la novedad.

12.3 El proceso autorizador, autorizará las solicitudes antes de iniciar el mes en que se prestarán los servicios.

12.4 El supervisor del contrato CT. MARIA ALEJANDRA MARTINEZ LEMUS o quien haga sus veces, descargará las autorizaciones y las enviará a la IPS en los 5 primeros días hábiles del mes de prestación de los servicios.

13. A continuación, se describirá el proceso de referencia y contrarreferencia que se deberá surtir para la inclusión, traslado, solicitudes de las IPS por fuera del paquete de los pacientes.

13.1 INCLUSIÓN DE PACIENTES NUEVOS O CAMBIO DE REGIONAL: El ESM deberá informar la novedad mediante correo electrónico al supervisor del contrato maria.martinez@fac.mil.co al supervisor CT. MARIA ALEJANDRA MARTINEZ LEMUS del contrato o quien haga sus veces, donde se debe anexar:

13.1.1 Paquete de atención que requiere el paciente con el respectivo cargue de la orden en la plataforma Salud.SIS.

13.1.2 Ciudad de residencia del paciente.

13.1.3 Envío copia de historia clínica tanto de red propia como red externa con diagnostico principal confirmado B24X. En el caso que el paciente cambie de regional, se debe adjuntar la historia clínica del proveedor que lo venía atendiendo y la línea de la CAC para entrega al nuevo proveedor.

13.1.4 Envío de reporte de pruebas de laboratorio que complete el algoritmo de diagnóstico establecido por la GPC de 2021.

13.1.5 Ficha de notificación obligatoria de SIVIGILA (Cuando es POSITIVO para el algoritmo enviado).

13.1.6 Relacionar si el paciente requiere servicios de transporte.

13.1.7 El supervisor del contrato de acuerdo con el sitio de residencia del paciente, asignará la regional a la cual pertenece para determinar el proveedor que prestará el servicio. Si el paciente reside en ciudad diferente a la prestación del servicio, se debe informar al ESM e IPS que el paciente requiere el pago de los gastos de transporte, de acuerdo con lo establecido en el clausulado del contrato.

13.1.8 Una vez se tenga la autorización, el supervisor enviara correo electrónico del referente de cada regional los siguientes documentos: Historia clínica, ficha de notificación obligatoria de SIVIGILA, reportes de las dos pruebas de laboratorio (consentimiento informado y formato de asesoría toma muestra de VIH) y autorización.

13.1.9 La IPS establecerá contacto con el usuario a más tardar en 48 horas posteriores a la notificación del evento, con el fin de realizar el agendamiento de este para iniciar tratamiento.

14. Para la presente contratación la IPS deberá realizar los siguientes reportes

Tabla No. 11 Reporte de información por parte del Proveedor

Reporte de información	
Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud	Envío mensual con la facturación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS- de acuerdo a la RESOLUCIÓN 1036 DE 2022 y RESOLUCIÓN 2275 DE 28 de diciembre de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social (AC-AP-AT-AM-AF-US-AD-CT). Los RIPS deben venir validados y serán verificados en la JEFSA, si los archivos no pasan el validador serán devueltos y no se tramitará pago hasta que se corrija la novedad.
CAC	Informe con indicadores de resultados para pacientes con VIH-SIDA de acuerdo con las indicaciones de la Resolución 273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus actualizaciones y/o modificaciones.
Indicadores de calidad de la atención, de gestión, de resultados en salud.	En cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 441 de 2022 y las especificaciones del presente anexo, se establecen indicadores para garantizar la calidad, oportunidad, y eficacia en la prestación de servicios integrales a pacientes con VIH. Entre estos, destacan, la entrega oportuna de medicamentos y preservativos. Además, indicadores relacionados con la oportunidad en la programación de citas, el seguimiento a comorbilidades, y la presentación de reportes administrativos, como los RIPS validados y los informes trimestrales de gestión clínica, asegurando la trazabilidad y el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Este marco normativo y técnico busca fortalecer la atención en salud y mejorar los resultados en esta población prioritaria.
Superintendencia de Salud	Informe con instrucciones generales y remisión de información para vigilancia y control de acuerdo con la Circular única externa No. 049 de 2008 expedida por la Superintendencia de Salud.
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA	Informe con los datos estadísticos y reporte de casos señalados en el Decreto 3518 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus actualizaciones y modificaciones.
Enfermedades de interés en salud pública	Informe con el registro por persona de las actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de acuerdo con la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud Protección Social por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana.
Reporte de indicadores de gestión clínica	Informe con los resultados estadísticos de la gestión clínica realizada por el Proveedor. El Proveedor debe entregar este informe a la JEFSA dentro de los DIEZ (10) primeros días de cada mes y con la información consolidada de todos sus Pacientes.
Actividades de adherencia del Paciente al Tratamiento.	Informe en formato Excel con el registro detallado de las actividades realizadas para promover la adherencia de los pacientes al tratamiento. El Proveedor debe entregar este informe a la Entidad de manera trimestral dentro de los diez (10) primeros días de cada mes y con la información consolidada de todos sus pacientes. El informe debe incluir reporte general y graficado del estado de los pacientes, datos que incluyan: población general, momento curso de vida, estado virológico, nivel de

	adherencia, fallos virológicos, cortes de riesgo, usuarios en abandono (motivo), fuera del país, hospitalizaciones, fallecimientos, clasificación del riesgo cardiovascular y otras comorbilidades de riesgo, vacunación, mujeres en edad fértil y métodos anticonceptivos, citologías anales y vaginales con hallazgos anormales, coinfecciones por hepatitis B, C y SIFILIS; entre otras que la IPS considere necesarias.
Informes de los comités de obligatorio cumplimiento	Informes de los comités en cumplimiento del Decreto 1011 de 2006, Decreto 1562 de 1984, Resolución 1995 de 1999, Decreto 3518 de 2006 y Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, que son: (i) comité de vigilancia epidemiológica y de infecciones y profilaxis; (ii) comité interno de historias clínicas; (iii) comité de calidad y seguridad del paciente; (iv) comité de farmacovigilancia y; (v) comité de ética. La información de los comités en mención se validará durante las auditorias que se realizan al prestador por parte del asegurador y no mediante informes.
Uso del aplicativo MiPres	El equipo tratante debe realizar el reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC1 en los casos que aplique.
Soportes de atención	La IPS entregará con la facturación copia de manera mensual los soportes de atención (historia clínica, resultados de laboratorio, entrega de medicamentos y preservativos firmado con recibido del paciente.
Informe novedades	La IPS informará mensualmente mediante correo electrónico al correo que le especifique el supervisor del contrato cuando se presente: 1. Cuando se tenga conocimiento en los seguimientos de hospitalizaciones de los pacientes que se encuentran en control en la IPS. 2. Cuando se presentan ausencias a las citas de los pacientes o en la reclamación de fórmulas post fechadas.

FIRMA,

Alejandra Martinez.

_____

CT. MARTINEZ LEMUS MARIA ALEJANDRA
Estructuradora Técnica

_____

TC. DENNIS LORENA DELGADO RUIZ
Firma Gerente Proyecto