

Medellín, 3 de junio de 2020

Doctor

JAMEL ALBERTO HENAO

Gerente

Cooperativa de Hospitales de Antioquia - COHAN

Dirección: Carrera 48 No 24-104

Teléfono: (57) (4) 354 88 80

Correo electrónico: gerencia@cohan.org.co

Medellín, Antioquia

Asunto: Respuesta observaciones a la invitación.

Respetado Dr. Henao,

En referencia a las observaciones planteadas a la “**INVITACIÓN A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD A PRESENTAR PROPUESTA PARA CONFORMAR LA RED DE ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA, DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA A AFILIADOS CON HEMOFILIA Y OTROS TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN**”, nos permitimos dar respuesta de a siguiente forma:

“1. CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LA PROPUESTA (SERVICIOS OFRECIDOS)”

1.1. OBJETO DE LA PROPUESTA: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SAVIA SALUD EPS) *está interesada en recibir propuestas para el programa de Atención Integral a afiliados con hemofilia y otros trastornos de la coagulación, en todo el Departamento de Antioquia, Y OTRAS REGIONES EN CASO DE PORTABILIDAD, en los términos legales, reglamentarios y contractuales, que rigen la prestación de dichos servicios.”*

OBSERVACIÓN: Se solicita no incluir en la propuesta la atención de los pacientes en caso de portabilidad, teniendo en cuenta que la jurisdicción de la EPS Savia Salud se encuentra en el departamento de Antioquia

RESPUESTA A OBSERVACION: Dadas las condiciones socioeconómicas de nuestra población es de vital importancia la cobertura incluyendo portabilidad, teniendo en cuenta que el manejo integral incluye la intervención de trabajo social y el manejo en estas situaciones y el abordaje integral del usuario, en cumplimiento de la normatividad actual, es por ello que no se acepta la modificación propuesta por el prestador.

“2. CARACTERISTICAS DE LAS IPS/ESE”

“2.1 Cumplir con los estándares de habilitación de centros de referencia para pacientes con enfermedades huérfanas, Resolución 651 de 2018.”

OBSERVACIÓN: Se solicita no incluir dentro de las características de la IPS la habilitación como Centro de Referencia. Lo anterior, por cuanto, es bien conocido que en Antioquia el único prestador que cuenta con esta habilitación es la IPS Medicarte. Situación, que afectaría la transparencia y selección objetiva en el proceso de Invitación, toda vez, que evidentemente, en Antioquia, solo existiría una IPS en condición de presentarse al proceso.

Además, la habilitación exigida no es obligatoria para la prestación de los servicios ofertados en la Invitación, toda vez que, para prestar estos servicios, solo se requiere estar habilitado de conformidad con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019.

RESPUESTA A OBSERVACION: Teniendo en cuenta el interés de Savia Salud EPS de implementar la calidad en la prestación de Servicios de Salud, se acepta para presentación inicial de la propuesta contar con los servicios habilitados de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019.

“2.5. Tener experiencia certificada del recurso humano mínimo dos (2) años en la atención hospitalaria, ambulatoria, medicina domiciliaria y labores administrativas, con usuarios en condición de Hemofilia y otros trastornos de la coagulación”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Lo anterior, teniendo en cuenta que la experiencia e idoneidad profesional del recurso humano en el área de salud es suficiente para la prestación de los servicios de la Invitación. Por tanto, se solicita modificación en cuanto a que la experiencia del recurso humano sea de un año, y específica para el equipo asistencial y el Coordinador del Programa.

RESPUESTA A OBSERVACION: Es de vital importancia que el recurso humano que maneje la cohorte de hemofilia y otras coagulopatías tenga experiencia

suficiente y verificable para el abordaje integral y adecuado de esta población, se exige experiencia demostrable de 2 años para la profesional asistencia especialista en hematología y se acepta experiencia demostrable de 1 año para los demás profesionales asistenciales y excluir del numeral 2.5 al personal con las labores administrativas.

“2.6. Garantizar la prestación de la atención domiciliaria en la zona rural y urbana de todos los municipios de Antioquia.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Lo anterior teniendo en cuenta la existencia de diversas situaciones de orden público que en ocasiones afectan el acceso a zonas rurales y urbanas en los municipios del Departamento de Antioquia. Así mismo en la situación actual que vivimos como consecuencia de la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, por el COVID-19; se puede ver afectado el acceso a zonas rurales y urbanas en los municipios del Departamento de Antioquia.

Por lo que se solicita modificación así: Garantizar la prestación de la atención domiciliaria en la zona rural y urbana de todos los municipios de Antioquia, contemplando la posibilidad de excepcionarlos en circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito.

RESPUESTA A OBSERVACION: Si bien es cierto que actualmente estamos en situación de emergencia sanitaria, la OMS ya declaró al COVID-19 como endémico, por lo que es responsabilidad de todos los actores de sistema adaptarnos a esta nueva situación sin dejar de garantizar la prestación oportuna e integral de los pacientes tanto en zona rural como urbana del departamento de Antioquia. Por tal razón no se acepta la modificación y en caso de presentarse casos de fuerza mayor se revisará el caso entre las dos partes para tomar las decisiones pertinentes en beneficio de los usuarios

“2.10. Contar con los profesionales definidos según tipo de patología y severidad de la enfermedad para garantizar equipo base de atención clínica y equipo de atención multidisciplinaria así: • Hematología adulta • Hematología pediátrica • Ortopedia • Odontopediatría • Odontología • Nutrición • Fisiatría (Terapia Física y Rehabilitación) • Fisioterapia • Psicología • Trabajo social • Servicio farmacéutico • Enfermera profesional • Medicina general • Atención Ambulatoria, domiciliaria (Home care) y hospitalaria. • servicios complementarios (Otorrinolaringología, Genética, Infectología y Neurología). Todos los profesionales deben certificar experiencia y/o entrenamiento, de mínimo 2 años, en el manejo de usuarios en condición de Hemofilia y otros trastornos afines de la coagulación para el manejo de las comorbilidades relacionadas con la patología de base. Por las características de la

población, todas deben estar presupuestadas en el paquete de atención integral, según las frecuencias de uso. (Ver tabla 3)”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Lo anterior, teniendo en cuenta que la experiencia e idoneidad profesional del recurso humano en el área de salud es suficiente para la prestación de los servicios de la Invitación. Por tanto, se solicita modificación en cuanto a que la experiencia del recurso humano sea de un año, y específica para el equipo asistencial y el Coordinador del Programa.

RESPUESTA A OBSERVACION: Es de vital importancia que el recurso humano que maneje la cohorte de hemofilia y otras coagulopatías tenga experiencia suficiente y verificable para el abordaje integral y adecuado de esta población, se exige experiencia demostrable de 2 años para la profesional asistencia especialista en hematología y se acepta experiencia demostrable de 1 año para los demás profesionales asistenciales y excluir del numeral 2.5 al personal con las labores administrativas.

“3.21. Realizar evaluación psicosocial y caracterización familiar de cada uno de los pacientes del programa que incluya visita domiciliaria, a partir de las entregadas por la EAPB, realizar los reportes (Entes de control) de trabajo social de acuerdo con las situaciones encontradas.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Lo anterior, teniendo en cuenta que existen caracterizaciones realizadas recientemente a la población en condición de Hemofilia y Otros Trastornos de la Coagulación, por tanto, la modificación consistiría en aceptar las caracterizaciones realizadas y establecer la realización de estas para los usuarios nuevos que ingresen al programa.

RESPUESTA A OBSERVACION: Savia Salud EPS tiene conocimiento de la situación actual de cada uno de los usuarios. Por lo tanto, el ítem 3.21 aplica para los usuarios nuevos que ingresen al programa y en caso de requerirse nuevamente caracterización de usuarios prevalentes se solicitará al prestador.

“OBLIGACIONES”

3.13 Realizar tratamientos odontológicos integrales a todos los usuarios del programa, con el fin de evitar complicaciones teniendo en cuenta patología de base, incluyendo:

- *Consultas por odontología general a usuarios mayores de 12 años, según tabla 3 frecuencias de uso.*

- *Consultas por odontopediatría a usuarios menores de 12 años y pacientes en situación de discapacidad, según tabla 3 frecuencias de uso.*
- *Actividades de Detección Temprana y Protección Específica (Control de placa bacteriana, detartraje, aplicación tópica de flúor y sellantes).*
- *Actividades de recuperación de la salud (Amalgama, resina de fotocurado, ionómero de vidrio, endodoncia unirradicular y multirradicular, exodoncia simple unirradicular y multirradicular en dentición permanente y temporal, exodoncia quirúrgica, tratamiento odontológico con sedación o anestesia general".*

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Se solicita que solo se incluya en la Invitación las consultas de odontología y odontopediatra (incluyendo las Actividades de Detección Temprana y Protección Específica) con las frecuencias definidas según la Cuenta de Alto Costo- CAC. Y excluir todas las actividades de recuperación de la salud (Amalgama, resina de fotocurado, ionómero de vidrio, endodoncia unirradicular y multirradiculares, exodoncia simple unirradicular y multirradiculares en dentición permanente y temporal, exodoncia quirúrgica, tratamiento odontológico con sedación o anestesia general". Lo anterior dado que el objetivo del programa de Hemofilia y otros Trastornos de la Coagulación está enfocado a la educación y prevención y estos procedimientos requieren en la mayoría de los casos intervención de especialista. Además de lo anterior, estas actividades que en la población general son realizadas por odontólogo general o higienista oral, para este grupo de pacientes debe ser realizada por odontólogo especialista con entrenamiento en estas patologías, lo cual incrementa de manera importante el valor propuesto del paquete, el cual de por sí ya es insuficiente.

RESPUESTA A OBSERVACION: No se acepta la modificación solicitada, teniendo en cuenta los riesgos de la población y el manejo integral de la población de la cohorte de hemofilia y otras coagulopatías.

"3.32. Garantizar los exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas (rayos x de articulaciones, ecografía articular y de tejidos blandos) necesarias tanto para reclasificación de la patología como para seguimiento clínico y evaluación de eventos hemorrágicos espontáneos, traumáticos y preventivos. Los cuales pueden ser presentados de forma directa o por interdependencia."

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Las ayudas diagnósticas para los pacientes en condición de Hemofilia y Otros Trastornos de la Coagulación son necesarias solo en los casos de eventos agudos, que no sean claros desde la clínica (sinovitis crónica o artropatía) o que no respondan al tratamiento; al igual que solo son necesarias en el seguimiento a ciertos pacientes según el criterio de los profesionales de ortopedia y no para el total para de la población. Por tanto, la modificación consiste en Garantizar los exámenes de laboratorio y ayudas

diagnósticas (rayos x de articulaciones, ecografía articular y de tejidos blandos) según pertinencia clínica definida por el médico tratante. Los cuales pueden ser prestados de forma directa o por interdependencia

RESPUESTA A OBSERVACION: No se acepta la modificación solicitada, teniendo en cuenta los riesgos de la población y el manejo integral de la cohorte de hemofilia y otras coagulopatías.

“3.33. Prestar la atención ambulatoria y hospitalaria integral bajo modalidad de paquete, incluyendo, ayudas diagnósticas, exámenes de laboratorio y los medicamentos necesarios para el control y seguimiento de la patología de acuerdo con lo definido en las guías de manejo y facilitar la asistencia de los usuarios a las atenciones requeridas. Incluye manejo de eventos hemorrágicos espontáneos, traumáticos y manejo preventivo previo a procedimientos o cirugía.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Los eventos hemorrágicos traumáticos y de manejo preventivo previo a procedimientos de cirugía, ya que estos, no pueden ser controlables dentro de un programa Integral de Atención de Hemofilia y otros Trastornos de la Coagulación, ya que son inherentes a la condición clínica del usuario y a casos fortuitos. Por tanto, la modificación consiste en excluir la cobertura derivada de los eventos de manejo preventivo previo a procedimientos de cirugía, y esta cobertura sea asumida por el asegurador o reconocida por evento; al igual que la cobertura de eventos hemorrágicos traumáticos.

RESPUESTA A OBSERVACION: No se acepta la modificación solicitada, teniendo en cuenta los riesgos de la población y el manejo integral de la cohorte de hemofilia y otras coagulopatías.

“3.36. Garantizar continuidad de tratamiento y seguimiento clínico al usuario al momento del alta hospitalaria.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Lo anterior, teniendo en cuenta debe quedar claro la continuidad de tratamiento y seguimiento clínico al usuario al momento del alta hospitalaria, debe darse única y exclusivamente, frente a las hospitalizaciones derivadas de las patologías definidas en la cobertura de la invitación según la historia natural de la enfermedad. Por tanto, la modificación consiste en garantizar continuidad de tratamiento y seguimiento clínico al usuario al momento del alta hospitalaria de las patologías las patologías definidas en la cobertura de la invitación según la historia natural de la enfermedad.

RESPUESTA A OBSERVACION: No se acepta la modificación solicitada, teniendo en cuenta los riesgos de la población y el manejo integral de la cohorte de hemofilia y otras coagulopatías.

“3.39. Garantizar la oportunidad en la prestación del servicio para las citas con el grupo multidisciplinario y demás atenciones ofertadas (oportunidad al ingreso al programa menor a 3 días) y para la aplicación supervisada del medicamento entre 6 y 12 horas posterior al reporte del paciente por parte de la EAPB. Tener un proceso de Atención prioritaria y/o de urgencias a pacientes con eventos agudos que pueden ser manejados ambulatoriamente por medicina domiciliaria o por hospitalización institucional, con una oportunidad de máximo de 2 horas en área metropolitana y máximo 24 horas en municipios por fuera del área metropolitana; incluye valoración médica prioritaria a los pacientes y seguimiento por parte de hematólogo tratante.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Es pertinente aclarar que estas atenciones se puedan realizar por las diferentes modalidades de atención según la normatividad vigente (manera presencial, teleasistencia o telemedicina). Por tanto, la modificación consiste en adicionar que la atención prioritaria y el ingreso al programa de los pacientes se pueda realizar de manera presencial, teleasistencia o telemedicina según sea el caso.

RESPUESTA A OBSERVACION: Se validan y se aceptan las modalidades de atención propuestas dejando claridad que el hematólogo es el responsable del abordaje del paciente y que en caso de requerirse de forma presencial se realizará de forma oportuna. La IPS es responsable de evaluar el riesgo del paciente y actual en consecuencia con el mismo.

“3.35. Reportar durante los primeros diez (10) días de cada mes la ficha técnica con los indicadores de salud oral, de acuerdo con la normatividad vigente.”

OBSERVACIÓN: Se solicita aclaración. Se solicita describir cuales son los indicadores de salud oral que se deben reportar.

RESPUESTA A OBSERVACIÓN:

Nombre del indicador: Cobertura de consulta de primera vez por odontología general régimen subsidiado y contributivo paciente Hemofílicos afiliados a Savía Salud EPS.

Definición del evento: Personas atendidas por primera vez en consulta odontológica general afiliadas a la seguridad social en salud en régimen contributivo y subsidiado por mes calendario.

Definición del indicador: El indicador cuenta el número personas atendidas por primera vez en consulta odontológica general a los afiliados al régimen contributivo y subsidiado con Hemofilia, contrastándolo con el total de la población afiliada a la EPS Savia Salud que sufre de Hemofilia.

Utilidad: Permite conocer la proporción de población que accede al servicio de consulta de primera vez por odontología general en el sistema de seguridad social en salud de los regímenes contributivo y subsidiado que sufren de Hemofilia con respecto al total de población que sufre la enfermedad.

Fórmula de cálculo: Número de personas que sufren de Hemofilia atendidas por primera vez en consulta odontológica general afiliadas a Savia Salud EPS/ Total de población afiliada a Savia Salud EPS que sufren de Hemofilia *100.

Meta esperada: 2 atenciones al 100% de la población objeto durante el año, es decir resultado del indicador 2 veces al año.

Nombre del indicador Continuidad de tratamiento por odontología general régimen subsidiado y contributivo paciente Hemofílicos afiliados a Savia Salud EPS

Definición del evento: Personas con tratamiento terminado en consulta odontológica general afiliadas a la seguridad social en salud en régimen contributivo y subsidiado por mes calendario.

Definición del indicador: El indicador cuenta el número personas con tratamiento terminado en consulta odontológica general a los afiliados al régimen contributivo y subsidiado con Hemofilia, contrastándolo con el total de la población afiliada a la EPS Savia Salud que sufre de Hemofilia.

Utilidad: Permite conocer la proporción de población que se le realiza tratamiento y se termina por odontología general en el sistema de seguridad social en salud de los regímenes contributivo y subsidiado que sufren de Hemofilia con respecto al total de población que sufre la enfermedad.

Fórmula de cálculo: Número de personas que sufren de Hemofilia con tratamiento terminado en consulta odontológica general afiliadas a Savia Salud EPS/ Total de población afiliada a Savia Salud EPS que sufren de Hemofilia *100.

Meta esperada: 1 tratamiento terminado al 100% de la población objeto durante el año, es decir resultado del indicador 1 .

“5. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS PARA LA GESTION DEL PROGRAMA”

5.3. No presentarse durante la vigencia del contrato con quejas, o reclamos que afecten el estándar de PQRSF, el cual se evaluará con periodicidad mensual. En caso de presentarse algún evento durante cualquier mes del contrato se solicitará el plan de mejora correspondiente y, de repetirse la situación por más de 2 meses esto dará lugar a terminación unilateral del contrato.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Lo anterior, por cuanto, como está planteado obedecería a una causal objetiva, y para que haya lugar a la terminación del contrato de manera unilateral en la forma planteada, debe preceder la respectiva investigación administrativa en la que se establezca un debido proceso, derecho de defensa y contradictorio y, por tanto, establecer que procede o hay lugar a la terminación del contrato. Así mismo, evitar la formulación de quejas por parte de los usuarios, no es una situación que pueda ser controlada, teniendo en cuenta que se trata de una situación subjetiva y en algunas ocasiones, los usuarios creen tener derechos que, desde el punto de vista legal, no les asisten. La modificación consiste en plantear la posibilidad de la existencia de PQRS y que para que estas, den lugar a una causal de terminación unilateral del contrato a suscribir, sea precedida de un debido proceso, con garantía del derecho de defensa y contradicción. Adicional, se solicita anexar procedimiento de manejo de PQRS con los tiempos de respuesta y metas definidas.

RESPUESTA A OBSERVACIÓN: el prestador debe presentar plan de mejora debe ser entregado posterior a los resultados del análisis con el enlace entre la IPS/ESE y la EAPB. En el plan de mejora se da la oportunidad al prestador de contradecir, evaluar y mejorar los procesos, conforme a los indicadores propuestos para el programa que se reflejarían en las PQRSF. Por tanto, de no corregirse y persistir en el tiempo, darían lugar a la terminación, sin desconocer el debido proceso frente a los incumplimientos.

SE ANEXA PROCEDIMIENTO DE PQRSF CÓDIGO AU-1-PD01

“5.6. La IPS/ESE seleccionada debe generar estrategias permanentes para garantizar la atención en los sitios definidos; sin embargo, en caso de que un usuario sea atendido en una IPS/ESE diferente a la definida por el contratista, por requerir atenciones de urgencias, hospitalización, tecnología en salud u otro servicio, que se encuentre incluido en el paquete, serán RECOBRADOS al contratista, a los valores pagados por Savia Salud EPS a la red de prestadores. Para el recobro se adjuntará factura de la IPS/ESE que realice la atención. (Aplica para la modalidad de manejo integral que incluye urgencias y hospitalización). Se excluye los servicios de hospitalización capitada con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Básicas, solo serán RECOBRADOS los servicios que no están capitados y la Institución Prestadora de Servicios de Salud Especializada debe garantizar la tele asesoría permanente por parte del Hematólogo adulto o Hematólogo adulto, según corresponda a los profesionales tratantes de la IPS básica hasta lograr el traslado efectivo del paciente a la institución de salud que requiera de acuerdo con su condición clínica"

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Teniendo en cuenta que los usuarios de manera espontánea a pesar de tener la red definida de urgencias pueden ir a otras instituciones de salud a solicitar atención de urgencias y no reportar al programa; y debe ser el centro regulador de la EAPB según la Resolución 3047 de 2007 y decretos reglamentarios, la que capte el usuario y notifique al programa para la debida referencia y contra referencia, el recobro al que hace mención, solo da lugar a en los casos que el paciente sea reportado por el EAPB y no se realice el debido trámite y este se hará efectivo desde el día siguiente del reporte del asegurador; y/o exista autorización de la IPS para la atención por fuera de la red.

La modificación consiste en el recobro de atenciones de pacientes hospitalizados en otras Instituciones de Salud, diferentes a la red del programa de hemofilia, solo de lugar después de ser notificada dicha hospitalización, por parte de la EAPB al Programa y este se haga efectiva desde el día siguiente del reporte del asegurador; y/o exista autorización de la IPS para la atención por fuera de la red.

Además, se solicita adicionar que, si el usuario ingresa a hospitalización por una patología diferente al objeto de la Invitación y para su hospitalización, requiere uso de factor antihemofílico, el asegurador debe realizar el convenio con la IPS para que este pueda ser ingresado por parte del Programa, en caso de que la institución no autorice el ingreso este sea a cargo del EAPB. Así mismo, las tarifas para el recobro sean definidas previamente entre las partes.

RESPUESTA A OBSERVACION: No se acepta teniendo en cuenta la importancia del manejo integral y la asesoría y orientación al usuario 7/24 (Los siete días a la semana, durante las 24 horas), en caso de requerir una red diferente a la definida en el programa, que por normatividad el usuario por urgencias puede dirigirse a la cualquier IPS que le garantice la atención oportuna de su condición de salud, estos costos están incluidos en el paquete integral y se realizarán los cobros correspondientes de los valores facturados a Savía Salud EPS a la IPS Especializada, tal como está definido en la invitación.

"5.7 En el eventual caso que un paciente no se encuentre en la base de datos del programa de hemofilia y otros trastornos afines de la coagulación, la atención de éste será asumido por EL CONTRATANTE, inmediatamente la EAPB realice la notificación respectiva, el paciente ingresará al programa y quedará a cargo de EL CONTRATISTA. Si es EL CONTRATISTA quien capta al paciente, éste se

entenderá incluido en el programa y deberá ser notificado a la EAPB para evaluar pertinencia de su continuidad en el mismo”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Para que un usuario ingrese al Programa de Hemofilia y otros Trastornos de la Coagulación debe tener los exámenes diagnósticos que lo confirmen. Por tanto, la modificación consiste en aclarar que para que un paciente quede incluido en el programa al Programa de Hemofilia y otros Trastornos de la Coagulación debe tener todos los exámenes que lo confirman y estos exámenes están a cargo de la EAPB.

RESPUESTA A OBSERVACION: Si el usuario luego de ser evaluado por la IPS especializada no cumple criterios para el ingreso al programa y se descarta el diagnóstico de coagulopatías definidas para manejo dentro del programa, el enlace entre el operador del programa y la EPS deberá solicitar el direccionamiento del paciente a la red de la EPS.

“ 5.7.1 Teniendo en cuenta que el paquete es por un grupo de usuarios con unas patologías definidas evaluadas mediante indicadores clínicos y de resultado, se realizaran descuentos de acuerdo con lo definido en la tabla N. 4, en caso de no cumplimiento se realizara la notificación pertinente al área de Cuentas Médicas por el área de Gestión del Riesgo en Salud para el respectivo descuento y se solicitara el plan de mejora correspondiente, en caso de persistir el incumplimiento por más de 2 periodos será causal para terminación unilateral del contrato.

La IPS especializada deberá adjuntar a la facturación la certificación del cumplimiento de los indicadores que apliquen para el periodo.

Las facturas para el cobro, radicadas ante la EAPB por prestadores externos diferentes a la RED del contratista y con posterioridad a la finalización del contrato, pero con ocasión de atenciones a las pacientes incluidas en el paquete durante la vigencia de la relación contractual serán recobradas al contratista, en concordancia con los ítems precitados. “

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Lo anterior, por cuanto, como está planteado obedecería a una causal objetiva, y para que haya lugar a la terminación del contrato de manera unilateral en la forma planteada, debe preceder la respectiva investigación administrativa en la que se establezca un debido proceso, derecho de defensa y contradictorio y, por tanto, establecer que procede o hay lugar a la terminación del contrato.

La modificación consiste en eliminar *“en caso de persistir el incumplimiento por más de 2 periodos será causal para terminación unilateral del contrato”* y que para que esta, de lugar a una causal de terminación unilateral del contrato a suscribir, sea

precedida de un debido proceso, con garantía del derecho de defensa y contradicción.

RESPUESTA A OBSERVACIÓN: el prestador debe presentar plan de mejora debe ser entregado posterior a los resultados del análisis con el enlace entre la IPS/ESE y la EAPB. En el plan de mejora se da la oportunidad al prestador de contradecir, evaluar y mejorar los procesos, conforme a los indicadores propuestos para el programa que se reflejarían en las PQRSF. Por tanto, de no corregirse y persistir en el tiempo, darían lugar a la terminación, sin desconocer el debido proceso frente a los incumplimientos.

“5.9. En caso de existir usuarios que deserten del programa, es responsabilidad de la IPS/ESE realizar la búsqueda activa de los usuarios y notificar las acciones realizadas por la IPS/ESE, las cuales deben incluir visita domiciliaria, además deberán entregar soporte de la gestión realizada. Se deja claridad que la atención integral de este usuario en caso de haberse presentado algún evento estará incluida en el paquete contratado. Se debe anexar a la factura los soportes de búsqueda activa.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Teniendo en cuenta que el programa puede realizar toda la gestión adecuada y pertinente para adherir al usuario al programa, se puede presentar usuarios que no acepten el ingreso y adherencia al mismo. La modificación consiste en anexar que después de 2 meses de abandono por parte del paciente y que la IPS anexe toda la trazabilidad de la búsqueda activa, si el paciente tiene un evento este estará por fuera del paquete contratado.

RESPUESTA A OBSERVACION: No se acepta la modificación solicitada por parte del prestador. La IPS especializada debe garantizar la búsqueda activa de los pacientes de forma permanente, el riesgo que tienen estos usuarios no permite un tiempo de abandono de dos meses. La IPS especializada debe realizar todas las acciones requeridas con todas las instituciones de apoyo social, ligas de usuarios, ICBF, entre otros, y notificar inmediatamente el caso a la EPS, con las gestiones realizadas para agotar entre las partes otros recursos en los territorios.

5. INDICADORES DE GESTIÓN CLINICA

INDICADORES DE MEDICION DE DESEMPEÑO	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	META
<i>Porcentaje de estudio de inhibidores en Hemofilia (Aplica para</i>	<i>Semestral</i>	<i>100%</i>

<i>usuarios expuestos a factor antihemofílico)</i>		
<i>Numero de Portadoras captadas y gestionadas</i>	<i>Anual</i>	<i>100%</i>
<i>Proporción de pacientes con oportunidad en la aplicación de profilaxis</i>	<i>Mensual</i>	<i>>95%</i>
<i>Porcentaje de Cumplimiento de las metas establecidas en los Indicadores de la Cuenta de Alto Costo</i>	<i>Anual</i>	<i>> ó = 90%</i>

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar las metas de los siguientes indicadores:

INDICADORES DE MEDICION DE DESEMPEÑO	PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN	META	DESCUENTO	META SUGERIDA PARA LA INVITACION	JUSTIFICACION DE LA MODIFICACION
Porcentaje de estudio de inhibidores en Hemofilia (Aplica para usuarios expuestos a factor antihemofílico)	Semestral	100%	10% del valor paquete/usuario/mes (aplica a cada paciente en el que no se realizó estudio)	90%	Teniendo en cuenta que puede existir casos inherentes al usuario como abandono de tratamiento, no adherencia, y casos de fuerza mayor o fortuita como dificultades en el acceso geográfico por orden público. Se solicita modificar la meta al 90%

Numero de Portadoras captadas y gestionadas	Anual	100%	1% del valor paquete/usuario/mes (aplica a cada paciente denominado como caso indice al que se le debieron captar entre 2 y 4 portadoras)	Sin Meta	Se solicita modificar, ya que hasta el 30% de los Hemofílicos pueden tener mutaciones espontaneas, y por ende no hay portadoras por no es de transmisión genética. Se debe evaluar el primer grado de consanguinidad y solo en los casos que se tenga acceso a los otros grados de consanguinidad por ubicación geográfica y disponibilidad del usuario se realizara el estudio. Adicional todos los usuarios no tienen el mismo número de integrantes en su grupo familiar. Se solicita que sea un indicador de seguimiento, sin meta y sin lugar a descuento del valor del paquete.
Proporción de pacientes con oportunidad en la aplicación de profilaxis	Mensual	>95%	20% del valor paquete/usuario/mes (aplica a cada paciente en el que no se cumplió la oportunidad de aplicación)	90%	Teniendo en cuenta que puede existir casos inherentes al usuario como abando de tratamiento, no adherencia, y casos de fuerza mayor o fortuita como dificultades en el acceso geografico por orden publico. Se solicita modificar la meta al 90%
Porcentaje de Cumplimiento de las metas establecidas en los Indicadores de la Cuenta de Alto Costo	Anual	> ó = 90%	Si el cumplimiento es menor al 90%, se descontará el 1% de valor anual del paquete.	80%	Teniendo en cuenta que puede existir casos inherentes al usuario como abando de tratamiento, no adherencia, y casos de fuerza mayor o fortuita como dificultades en el acceso geografico por orden publico. Se solicita modificar la meta al 90%

RESPUESTA A OBSERVACION:

- Porcentaje de estudio de inhibidores en Hemofilia (Aplica para usuarios expuestos a factor antihemofílico): No se acepta lo solicitado por el prestador.
- Numero de Portadoras captadas y gestionadas: Se modificará lo relacionado al caso índice al que se le debieron captar entre 2 y 4 portadoras, dando claridad en que se realizará previa evaluación de cada caso índice en relación a componente genético ligado al X y lo relacionado con mutaciones espontáneas; solo en los casos de hemofilia congénita ligada al X aplicará la regla del “caso índice al que se le debieron captar entre 2 y 4 portadoras”, en caso de que la cantidad de portadoras sea menor se evaluará por parte de la EPS particularidades de caso índice y se definirá si da lugar o no a descuento establecido. Los casos índices de hemofilia debidos a mutaciones espontáneas no aplicarán para descuento por portadoras.
- Proporción de pacientes con oportunidad en la aplicación de profilaxis: No se acepta lo solicitado por el prestador.
- Porcentaje de Cumplimiento de las metas establecidas en los Indicadores de la Cuenta de Alto Costo: No se acepta lo solicitado por el prestador.

“7. COMPONENTES DE LA PROPUESTA

7.1 El valor de la propuesta debe incluir todos los costos directos e indirectos necesarios para dar cumplimiento al objeto y a las obligaciones planteadas, así como gastos e impuestos que están a cargo del proponente, incluyendo en los que se incurra en preparación de la propuesta, los cuales no son reembolsables.

7.2 El proponente debe presentar propuesta para la atención de la totalidad de la población que incluya la atención integral del paciente ambulatorio, medicina domiciliaria y hospitalario, incluyendo los medicamentos y demás servicios que se necesiten en cada ámbito de atención para cada tipo de población. El detalle debe ser presentado de acuerdo con los grupos de riesgo definidos (Usuarios con riesgo alto, con riesgo medio y con riesgo bajo)

7.3 La propuesta se debe enviar valorizada en su contenido individual, anexas lista de precios de consultas, insumos, ayudas diagnósticas, medicamentos etc.

7.4 El proponente podrá, si es de su interés, referir en su propuesta descuentos financieros y/o comerciales.

7.5 El proponente debe presentar la capacidad instalada específica para la atención de los afiliados de Savia Salud EPS objeto del contrato por servicio (Es fundamental presentar en la propuesta la red de atención hospitalaria en todos los niveles, de

acuerdo con la complejidad de la patología y especialidades requeridas para la atención).

7.6 La IPS/ESE en la propuesta debe presentar la información de manera detallada con base a las siguientes tablas e incluir los medicamentos, insumos, equipos, y demás elementos necesarios para garantizar la atención integral del paciente. La propuesta debe ser presentada teniendo en cuenta los servicios y frecuencia de pacientes atendidos mensualmente, especificados en las siguientes tablas:

- Tabla 1 Detalle Información Programa
- Tabla 2 Frecuencias de uso
- Tabla 3 Medicamentos
- Tabla 4 Indicadores y descuentos
- Tabla 5 Servicios de Salud (profesionales de Salud, Exámenes de laboratorio, imagenología)”

Observaciones: Se solicita la siguiente aclaración:

Este concepto es evaluado de acuerdo con el numeral 21.3 Criterios de evaluación de la propuesta con 30 puntos máximos posibles, si el valor mensual total del paquete integral es inferior a \$2.248.281.000, respecto de lo cual solicitamos aclarar los siguientes aspectos:

Se requiere conocer el proceso técnico con el cual se definió el valor máximo establecido. Por cuanto el valor por paquete establecido para esta nueva invitación presenta una disminución del 10%, respecto del valor del actual paquete, el cual fue establecido inicialmente para un total de 156 pacientes, y para esta nueva invitación el número total de pacientes es de 185, con un valor total paquete mes cercano a los \$3.000 millones de pesos.

RESPUESTA A OBSERVACION: El programa de Hemofilia y otras coagulopatías es gerenciado directamente desde la EPS y la definición del valor estimado corresponde a la evaluación realizada por la EPS ante el comportamiento del paquete actual con una tendencia a la disminución del costo, aún con el incremento de usuarios.

Cuál es el mecanismo propuesto por la EPS para los ingresos y egresos de pacientes de acuerdo con su diagnóstico y clasificación de severidad.

RESPUESTA A OBSERVACION:

El paquete propuesto en la invitación contiene la totalidad de los usuarios y las desviaciones se revisará de acuerdo con lo definido en la invitación.

"El manejo de las desviaciones de tolerancia esta entre el 95% y el 105%, se realizara seguimiento al desempeño del modelo de riesgo compartido de manera mensual, el ajuste en caso de requerirse se realizara con periodicidad trimestral, de acuerdo con la tendencia. Lo anterior incluye información abierta y mesas de negociación conjunta (Asegurador – Prestador- Industria) que permitan evaluar el comportamiento del modelo, así: si el comportamiento real del costo esta entre el 95% y el 105%, no da lugar a realizar ajuste por las partes. Si la ejecución real está por debajo del 95% la IPS Especializada reconocerá a la EPS el valor correspondiente al porcentaje inferior al 95% y en caso de ejecución real por encima al 105% Savia Salud EPS, reconocerá a la IPS Especializada el valor correspondiente al porcentaje superior al 105%."

Dadas las condiciones propias de las necesidades de los pacientes de acuerdo con la patología y clasificación de la severidad en términos de demanda de servicios y alcance de la cobertura, los subgrupos deberán ser clasificados según se propone en la tabla siguiente:

PROPUESTA DE RECLASIFICACIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA, NIVELES DE SEVERIDAD, ESQUEMAS DE ATENCIÓN Y DEMANDA DE MEDICAMENTOS	INVITACION 2020 GRUPOS PACIENTES
a. Hemofilia severa con profilaxis, b. Vw Tipo 3 con profilaxis c. Otros trastornos de la coagulación con profilaxis	HEMOFILIA SEVERA, ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND TIPO III Y OTRAS COAGULOPATIAS EN PROFILAXIS IV/SC
Hemofilia moderada con profilaxis	HEMOFILIA MODERADA CON PROFILAXIS (IV/SC)
Hemofilia leve con profilaxis	HEMOFILIA LEVE Y ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND TIPO I Y II EN PROFILAXIS (IV/SC)
a. Hemofilia sin profilaxis b. Vw Tipo 2 y Tipo 1 sin profilaxis	HEMOFILIA, ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND Y OTRAS COAGULOPATIAS SIN PROFILAXIS (a demanda o tratamiento oral)
Portadoras	Portadoras
Pacientes con ITI	
Otros trastornos de la coagulación	

RESPUESTA A OBSERVACIÓN

No se acepta la clasificación propuesta por el prestador. Teniendo en cuenta que la clasificación descrita en la invitación está de acuerdo con lo definido en el programa de Hemofilia y otras Coagulopatías de Savia Salud EPS.

“10. CONDICIONES DE IDONEIDAD, ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y EXPERIENCIA

“10.5. Experiencia: Se debe acreditar presentando, tres certificados de las entidades en las cuales ha prestado este tipo de servicios, en las que se pueda validar la experiencia de por lo menos 2 años en el manejo de programas de enfermedades huérfanas, específicamente para hemofilia y otros trastornos de coagulación afines.”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Teniendo en cuenta que la experiencia se puede acreditar con un solo certificado y que en prestación de servicios de salud con un año de experiencia sería suficiente para acreditar la experiencia, se solicita modificar el número de certificados solicitados y el tiempo de experiencia. La modificación consiste en acreditar con, **1 (un) certificado** de las entidades en las cuales ha prestado este tipo de servicios, en las que se pueda validar la experiencia e idoneidad de por lo menos 1 año en el manejo de programas de enfermedades huérfanas, específicamente para hemofilia y otros trastornos de coagulación afines.

RESPUESTA A OBSERVACION: Se acepta modificar el requisito, de la siguiente forma:

10.5. Experiencia: Se debe acreditar presentando, dos certificados de las entidades en las cuales ha prestado este tipo de servicios, en las que se pueda validar la experiencia de por lo menos 2 años en el manejo de programas de enfermedades huérfanas, específicamente para hemofilia y otros trastornos de coagulación afines.” Para los casos de asociaciones o uniones temporales, se considerará válida la sumatoria de la experiencia de todos los integrantes del consorcio y/o unión temporal.

“18. DOCUMENTOS DE CONTENIDO TECNICO

18.1. Certificación de Experiencia: El oferente, para efectos de la evaluación de su oferta, debe aportar mínimo, las cuales deben haber sido expedidas por las personas naturales o jurídicas, con las cuales se hayan celebrado contratos que tengan por objeto:

“LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON HEMOFILIA Y OTROS TRASTORNOS AFINES DE LA COAGULACIÓN”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Teniendo en cuenta que la experiencia se puede acreditar con un solo certificado y que en prestación de servicios de salud con un año de experiencia sería suficiente para acreditar la experiencia e idoneidad, se solicita modificar el número de certificados solicitados y el tiempo de experiencia. La modificación consiste en acreditar con, **1 (un) certificado** de las entidades en las cuales ha prestado este tipo de servicios, en las que se pueda validar la experiencia de por lo menos 1 año en el manejo de programas de enfermedades huérfanas, específicamente para hemofilia y otros trastornos de coagulación afines.

RESPUESTA A OBSERVACION: Se remite a la respuesta inmediatamente anterior.

“19. Documentos de contenido económico

19.1.2 Razón de endeudamiento:

El endeudamiento es el resultado de la división entre el pasivo total y el activo total y la multiplicación de dicho valor por 100. Este requisito se evaluará así:

El PROPONENTE deberá demostrar que su endeudamiento es menor o igual al sesenta por ciento (75%)

En el caso de Consorcios o Uniones Temporales el anterior requisito deberá ser cumplido por uno (1) de los integrantes del mismo.

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Por lo cual se solicita que el % de endeudamiento solicitado sea menor o igual al 80%.

RESPUESTA A OBSERVACIÓN: Con el fin de dar cumplimiento a nuestro estatuto de contratación y lo expreso en la ley 1150 de 2.007, los cuales buscan una mayor participación de oferentes en los procesos de contratación, se estableció de acuerdo con el comportamiento general del mercado en la evaluación de los indicadores suministrados por SIREM de la Superintendencia de sociedades, tomando los datos de las empresas que presentan sus estados y balances financieros. Tratamos estos datos con técnicas estadísticas con el fin de establecer los índices con base en la muestra total del sector salud, donde el medio establece en su desviación estándar un índice de endeudamiento menor o igual a 75%, hecho por el cual no se acepta la modificación del indicador.

“19.1.4. Ebitda

El proponente deberá acreditar un margen EBITDA superior al 2 %”

OBSERVACIÓN: Se solicita modificar. Por lo anterior se solicita que el margen EBITDA solicitado sea superior al 1%.

RESPUESTA A OBSERVACIÓN: Para la determinación de los indicadores descritos en las invitaciones a presentar ofertas, se consideran los siguientes elementos:

- (a) el Riesgo del Proceso de Contratación;
- (b) el valor del contrato objeto del Proceso de Contratación;
- (c) el análisis del sector económico respectivo;
- (d) el conocimiento de fondo de los posibles oferentes desde la perspectiva comercial.

Nuestra Entidad no se limita a la aplicación mecánica de fórmulas financieras para verificar los requisitos solicitados, y como se mencionó en la respuesta anterior, con el fin de dar cumplimiento a nuestro estatuto de contratación y a la ley 1150 de 2.007 que establece los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, los cuales buscan una mayor participación de oferentes en los procesos de contratación, este indicador se construyó de acuerdo al comportamiento general del mercado, tomando los datos de la Superintendencia de sociedades, a quien las empresas le presentan sus estados financieros anualmente. El medio establece en su desviación estándar, que margen EBITDA es superior al 2%, hecho por el cual no se acepta la modificación del indicador.

No obstante, se agregará el párrafo: "En el caso de Consorcios o Uniones Temporales el anterior requisito deberá ser cumplido por uno (1) de los integrantes del mismo"

21. EVALUACIÓN DE PROPUESTAS

21. 3. CRITERIOS DE EVALUACION DE LA PROPUESTA

“Valor Propuesta por paquete Integral que incluya: Atención ambulatoria, urgencias, hospitalización y atención domiciliaria (HOME CARE), Programa de atención a portadoras, con cobertura en todo el departamento de Antioquia. Se asignarán 30 puntos a propuestas con valor total paquete integral inferior a \$2.248.281.000.”

OBSERVACIÓN: Se solicita la siguiente aclaración:

Se requiere conocer el proceso técnico con el cual se definió el valor máximo establecido. Por cuanto el valor por paquete establecido para esta nueva invitación presenta una disminución del 10%, respecto del valor del actual paquete, el cual fue establecido inicialmente para un total de 156 pacientes, y para esta nueva invitación el número total de pacientes es de 185, con un valor total paquete mes cercano a los \$3.000 millones de pesos.

RESPUESTA A OBSERVACIÓN: El programa de Hemofilia y otras coagulopatías es gerenciado directamente desde la EPS y la definición del valor estimado corresponde a la evaluación realizada por la EPS ante el comportamiento del paquete actual con una tendencia a la disminución del costo, aún con el incremento de usuarios.

OBSERVACIÓN:

Cuál es el mecanismo propuesto por la EPS para los ingresos y egresos de pacientes de acuerdo con su diagnóstico y clasificación de severidad.

RESPUESTA A OBSERVACIÓN:

Se realizará seguimiento permanente a la Cohorte, en relación con los ingresos y las causales de egreso, además del comportamiento de la severidad de las patologías, las desviaciones se manejarán por la cohorte completa tal como se referenciaron en la invitación.

20.3 "El manejo de las desviaciones de tolerancia esta entre el 95% y el 105%, se realizará seguimiento al desempeño del modelo de riesgo compartido de manera mensual, el ajuste en caso de requerirse se realizará con periodicidad trimestral, de acuerdo con la tendencia. Lo anterior incluye información abierta y mesas de negociación conjunta (Asegurador – Prestador- Industria) que permitan evaluar el comportamiento del modelo, así: si el comportamiento real del costo esta entre el 95% y el 105%, no da lugar a realizar ajuste por las partes. Si la ejecución real está por debajo del 95% la IPS Especializada reconocerá a la EPS el valor correspondiente al porcentaje inferior al 95% y en caso de ejecución real por encima al 105% Savia Salud EPS, reconocerá a la IPS Especializada el valor correspondiente al porcentaje superior al 105%."

OBSERVACIONES: Se solicita las siguientes modificaciones, en las columnas VALORACION SOLICITADA y OBSERVACIONES, se encuentran las solicitudes y justificaciones.

RESPUESTA A OBSERVACIONES:

No se acepta la solicitud de modificaciones de puntajes para la evaluación de las propuestas.

ANEXOS

TABLA DE FRECUENCIAS

Observaciones: Se solicita las siguientes modificaciones, en la columna OBSERVACIONES Y SOLICITUD DE MODIFICACIÓN PARA LA INVITACIÓN, se encuentran las solicitudes y justificaciones.

RESPUESTA A OBSERVACIONES:

Solo se acepta lo relacionado con el Coordinador de IPS.

Con lo anterior, esperamos dar la claridad pertinente a las inquietudes planteadas, y agradecemos continuar con su participación en el presente proceso.

Cordialmente,



LUIS GONZALO MORALES SANCHEZ
Gerente

Elaboró: Isabel Cristina Betancur B.  Patricia Valentina Ballesteros	Revisó: Esperanza Peñaranda Pineda  David Mejía Zapata 	Aprobó: Carlos E. Cárdenas Rendón  Carlos Julio Jaramillo 
Directora de Riesgo en Salud	Coordinadora de Contratación Director de Acceso a Servicios de Salud	Subgerente de Salud Subgerente E Financiero