



Medellín, 14 de mayo de 2019

Doctora

ZORAIDA ANDREA OCAMPO SALDARRIAGA

Gerente de Planeación

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA -COHAN

PBX: +574 605 4949

planeacion@cohan.org.co

REFERENCIA: Respuesta a Observaciones

Cordial saludo,

En respuesta a las observaciones planteadas por ustedes a la *“INVITACIÓN A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) Y/O EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE) A PRESENTAR PROPUESTA PARA CONFORMAR LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA, DOMICILIARIA (HOME CARE) Y HOSPITALARIA, A PACIENTES EN CONDICIÓN DE HEMOFILIA Y OTROS TRASTORNOS AFINES DE LA COAGULACIÓN, CON COBERTURA EN TODO EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y OTRAS REGIONES EN CASO DE PORTABILIDAD. GARANTIZAR LAS TECNOLOGIAS INCLUIDAS EN EL PBS SEGÚN RESOLUCIÓN 5857 de 2018 Y DEMAS NORMAS QUE LO ADICIONEN O MODIFIQUEN CON CARGO AL VALOR DE PAQUETE CONTRATADO, ADEMAS PRESTACIÓN DE LAS TECNOLOGIAS NO PBS. LO ANTERIOR EN LOS TÉRMINOS LEGALES, REGLAMENTARIOS Y CONTRACTUALES, QUE RIGEN LA PRESTACIÓN DE DICHS SERVICIOS”*, nos permitimos informar lo siguiente:

1. Numeral 1.1: Objeto: ... en todo el departamento de Antioquia y otras regiones en caso de portabilidad...”. Solicitamos circunscribir la prestación al departamento de Antioquia toda vez que la red de atención obedece a un territorio definido.

RESPUESTA: La cobertura de la población es en el departamento y por fuera de este, en caso de portabilidad.

2. Numerales 3.28 y 3.29: Se requiere precisar respecto del alcance de la dispensación de factores de la coagulación para la atención de urgencias y hospitalización, si están incluidos en el valor del paquete y en caso afirmativo, como se define el tope con cargo al paquete de atención mensual.

RESPUESTA: Si están incluidos en el valor del paquete, no hay tope. Debe ser suministrado de acuerdo a los requerimientos del paciente. Esto se relaciona directamente a la gestión que se haga del usuario.

3. Numeral 3.32: Precisar que la atención hospitalaria en los tres niveles de complejidad, es en relación con la patología de base (hemofilia y otros trastornos afines de la coagulación).

RESPUESTA: Hemofilia y otros trastornos de la coagulación y, complicaciones asociadas a enfermedad de base.

4. Numeral 3.34: Precisar que los tratamientos del alta y el seguimiento clínico a los usuarios, se refiere a las relacionadas con la atención de la patología objeto de la contratación (hemofilia y otros trastornos afines de la coagulación).

RESPUESTA: Hemofilia y otros trastornos de la coagulación y, complicaciones asociadas a enfermedad de base.

5. Numeral 5.3: Aclarar que la prestación se refiere al Departamento de Antioquia.

RESPUESTA: Según la invitación el Numeral 5.3: “Garantizar la atención de todos los usuarios afiliados a Savía Salud EPS, con la patología objeto del contrato, incluyendo usuarios existentes en el programa, usuarios en estudio, usuarios nuevos, usuarios por portabilidad, usuarios activos y usuarios en periodo de protección laboral. Lo anterior no modifica el valor del paquete contratado y debe estar soportado en una base de datos que permita evidenciar los movimientos de los usuarios en el programa”.

Desde gestión del riesgo el concepto es que debe cubrir la totalidad de la población en el territorio nacional independiente de si tiene o no portabilidad.

6. Numeral 5.5: Precisar que de llegar a presentarse atenciones en instituciones fuera de la red de prestación, tratándose del Departamento de Antioquia, deberá mediar comunicación al CONTRATISTA donde conste la no disponibilidad de la atención demandada por el paciente, de lo contrario éste no podrá asumir RECOBROS por atenciones no conocidas y autorizadas, en el marco del Decreto 4747 del 2007 y la Resolución 3047 del 2007 y modificatorias. Las tarifas de recobro serán las contratadas con la red de base y no con el prestador que atienda al usuario.

RESPUESTA: De acuerdo al artículo 12 del Decreto 4747, la IPS deberá informar a la EAPB más no a la IPS con la que se cuentan contratos los servicios por lo tanto se recobrarán las tarifas a las cuales pague la EAPB.

“Artículo 12. Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social”.

7. Numeral 5.6.1: Precisar el tiempo para la medición de adherencia y los resultados clínicos esperados de las patologías definidas, los cuales deben ser evaluados en tiempo no inferior a 12 meses de iniciada la intervención, teniendo en cuenta los riesgos presentes, la siniestralidad actual y la incorporación del modelo de atención en la población objetivo. El indicador de sangrados, excluye: los de origen traumático, postquirúrgicos o debidos a circunstancias ajenas al sangrado espontáneo, los cuales, para su intervención requieren continuidad en el tiempo para la transformación de hábitos.

Destacamos que hay factores externos a nuestro alcance como por ejemplo los niveles de educación y cultura de la población objeto, condiciones laborales y grupo de apoyo familiar, entre otros no controlables por el programa.

Teniendo como punto de referencia el Consenso de Expertos del año 2015, encontramos que la medición de indicadores es anual y como consecuencia, nos es difícil comprender cómo se realizará la medición mensual para verificar el cumplimiento o no del contrato y la aplicación de posibles sanciones. Es de anotar que en la línea de base de la cuenta de alto costo se presentan como tasas algunos indicadores que son proporciones y que el consenso de expertos calificó como promedios.

En esa medida, respetuosamente solicitamos aclarar:

7.1 ¿Cuál es la frecuencia de medición?

7.2 ¿Cómo se aplican las sanciones por incumplimiento y sobre cual o cuales indicadores?

7.3 ¿Existen incentivos por superación de metas?

7.4 Las sanciones por incumplimiento, exponen a desequilibrio financiero del contrato en contra del prestador hasta del 59%. Respetuosamente solicitamos reevaluar la tabla de referencia. Se propone una sanción fija del 1% por incumplimiento al menos de 10 de los indicadores exigidos, con medición semestral, teniendo en cuenta la nota técnica de valoración interdisciplinaria y con revisión individualizada de cada caso.

RESPUESTA: En relación a los Indicadores a corto plazo relacionados con episodios de sangrado, uso de factor de coagulación, desarrollo de inhibidores, entre otros, si bien en cierto que el consenso nacional de indicadores de hemofilia 2015 define medición anual, para la gestión del programa es indispensable realizar el seguimiento de los periodos establecidos en la invitación.

7.1 y 7.2 Según la invitación el numeral 5.6.1: *“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 medicas 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 definidos en la tabla N.4.”

7.3. No se definen incentivos por superación de metas.

7.4. No se hace modificación de las sanciones por incumplimiento.

8. Numeral 10.5: En la experiencia citada se piden 5 años, y en el Numeral 2.5 define que la experiencia mínima será 2 años. Favor precisar el tiempo, y sugerimos que se refiera a 2 años.

RESPUESTA: Desde el componente técnico la experiencia requerida es dos (2) años.

9. Numerales 10.1 literal b), y 10.5: Aclarar que en caso de Uniones Temporales o Consorcios la experiencia es un requisito sumatorio de cada uno de los unidos y no de la unión temporal.

RESPUESTA: Teniendo en cuenta que las uniones temporales o consorcios no tienen una habilitación como tal y son contratos para la ejecución de determinados objetos contractuales, la experiencia que se exige es la de cada uno de sus integrantes y no de la unión respectiva.

10. Numerales 10.2, 10.3, 10.4, 10.5 y 18 en general: Precisar que estos atributos y su evaluación en el caso de Uniones Temporales o Consorcios, es aplicable a la organización en su conjunto y no de manera individual.

RESPUESTA: La evaluación de los ítems 10.2 y 18 se hará en la forma definida en cada uno de los indicadores descritos en el numeral 18.

Los requisitos de idoneidad, estructura organizacional y experiencia se evaluarán a cada uno de los integrantes.

11. Numeral 11.4: Respecto de la forma de pago, es necesario garantizar que éste sea efectuado por la modalidad de pago anticipado por Giro Nación, teniendo como soporte el número de pacientes reportados en el programa, los últimos 5 días de cada mes. Toda vez que la definición de un valor por paquete permite la definición de un presupuesto global de base, respecto del cual se efectuará el pago de la EPS, y su valor global deberá ser ajustado en virtud de la prevalencia e incidencia que se registre.

RESPUESTA: El pago se realizará contraprestación de servicios radicados y auditados

12. Se solicita considerar que lo que se derive de éste contrato como evento, se pague de igual forma por giro directo anticipado y que no entre en la cartera corriente.

RESPUESTA: No se pagará de forma anticipada. El giro se hará directo.



13. Numeral 19.1 Literal d) Precisa que, en caso de no cumplir con los requisitos de patrimonio, liquidez y endeudamiento exigidos, la oferta será descartada y no será tenida en cuenta en el proceso de evaluación. Solicitamos modificar los indicadores así:






Numeral 19.3: Razón de Endeudamiento menor o igual a 75

RESPUESTA: Se acepta el indicador solicitado y será aplicable para todos los proponentes.

Con lo anterior esperamos dar la claridad pertinente a las inquietudes planteadas, y continuar con su participación en esta invitación.

Atentamente,

JUAN DAVID ARTEAGA FLOREZ
GERENTE
SAVIA SALUD EPS

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