

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	1 de 14

Área	Gestión del Riesgo		
Asunto	Audiencia Virtual de Aclaración Ruta Renal		
Acta No	1	Fecha	30/12/2020
Lugar	Sala de Juntas Savia Salud EPS	Hora	4:00 pM

1. ASISTENTES	
NOMBRE	CARGO
DR. HÉCTOR MARIO RESTREPO MONTOYA	SUBGERENTE DE SALUD
DRA. LAURA RUEDA QUINTERO	SECRETARIA GENERAL
DRA. ESPERANZA PEÑARANDA PINEDA	COORDINADORA DE CONTRATACIÓN
DAVID MEJIA ZAPATA	DIRECTOR
JOSE NELSON CARVAJAL QUIROZ	NEFROLOGO
MILENA SILVA MANOTAS	VICEPRESIDENTE COMERCIAL Y DE OPERACIONES
JHON ANDRÉS TOVAR ARAQUE	COORDINADOR DE LICITACIONES
CARLOS ALONSO GARCÍA BERRÍO	DIRECTOR DE SALUD
ADRIANA MARÍA ACEVEDO	GERENTE OPERATIVO REGIONAL
CONNIE JANET ARBOLEDA VELASQUEZ	ESPECIALISTA DE PROGRAMA
OTALVARO OSORIO CORREA	DIRECTOR REGIONAL
ANGELA MARIA BOHORQUEZ MESA	LÍDER COMERCIAL
ADOLFO ZAPATA	GERENTE
LINA MARIA HOYOS CARDENAS	JEFE ADMINISTRATIVA HSVP
BEATRIZ VICTORIA	GERENTE COMERCIAL
ALEJANDRA RUEDA	GERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS
ÓSCAR MAURICIO ECHAVARRÍA ESTRADA	DIRECTOR EJECUTIVO UNIDAD DE NEGOCIOS PROVIDER
CARLOS EDUARDO LOZANO VARGAS	GERENTE MEDICO (E)

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	2 de 14

1. ASISTENTES	
NOMBRE	CARGO
LUIS ALBERTO DELGADO	GERENTE OPERATIVO
DANIEL ZULUAGA RAMIREZ	COORDINADOR UNIDAD RENAL
NELSON RAMÍREZ ORTIZ	GERENTE
JULIET MARCELA SANCHEZ	LÍDER DE ALTO COSTO ERC E5 Y TRASPLANTES.
EDISON FERNANDO LOAIZA ZAPATA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
LINA CLEMENCIA BETANCUR HOYOS	MD ESPECIALISTA DE APOYO TECNOLOGIAS EN SALUD
LUIS GUILLERMO TORO RENDÓN	DIRECTOR UFI TRASPLANTES Y ENFERMEDADES DIGESTIVAS
DIANA BARONA	ESPECIALISTA DE PRODUCTO
SANTIAGO ANDRES ARBOLEDA OCHOA	COORDINADOR MEDICO
EIBAR ANDRES OSORIO OROZCO	PROFESIONAL GESTOR DE CONVENIO COMERCIAL
YULIANA RENDON USUGA	TECNÓLOGA COMERCIAL
DIANA OSORIO ORDOÑEZ	GERENTE DE PROGRAMAS ESPECIALES E INFORMACIÓN
LEIDY MARÍA GUTIÉRREZ MATOMA	GERENTE DE SEDE ENVIGADO
ISABEL CRISTINA BETANCUR BETANCUR	DIRECTORA DE RIESGO EN SALUD
RAÚL HUMBERTO RAMÍREZ SANDOVAL	GERENTE SEDE RIONEGRO
AURA ISABEL COTES RUZ	SUBDIRECTORA MEDICA
SANDRA MARIA LAVERDE RESTREPO	DIRECTORA
GUSTAVO ADOLFO PÉREZ MONTOYA	ADMINISTRADOR
LUZ STELLA MOSQUERA TOVAR	GERENTE SEDE MONTERIA
JOSE LUIS PINZON PINZON	LICITACIONES
LISSETH MONSALVE VALLEJO	TECNÓLOGO DE COMERCIALIZACIÓN
PAULA ANDREA BUSTAMANTE J	ANALISTA DE CONTRATACION

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	3 de 14

2. ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de la Ruta renal
2. Sesión de preguntas y respuestas.

3. VERIFICACIÓN DE COMPROMISOS ANTERIORES

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	ESTADO DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		Cumplido	
		Parcial	
		Pendiente	

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

<p>1. Inicia el DR Héctor Mario exponiendo brevemente las rutas integrales de Atención, puntualmente se enfoca en la ruta Renal que es el tema que nos convoca.</p> <p>La población objetivo de la ruta son aproximadamente 8.600 usuarios que tenemos hasta el momento diagnosticados con estadíos 3, 4 y 5 y hemos organizado dos Pool de riesgos buscando el equilibrio de los mismos, Medellín con 4.500 usuarios y la otra población está en el resto de los municipios del departamento, es decir, toda la población objeto de la ruta de la población afiliada a Savia salud que están estadío 3, 4 y 5 tanto del régimen subsidiado como contributivo, los de movilidad y/o potabilidad. La idea es que se pueda brindar a todos ellos, todas las condiciones de Nefroprotección, tratamiento no dialítico actividades de promoción y prevención que incluya obviamente la terapia de hemodiálisis y diálisis peritoneal.</p> <p>El modo de contratación es por presupuesto global prospectivo con incentivos al desempeño, con una vigencia de 36 meses de relacionamiento donde hay un componente fijo y un componente variable que está determinado por lo NO PBS y que en un momento dado puedan demandar estos usuarios. No es simplemente un PGP mensual, es decir el 96% será correspondiente al PGP y un 4% se deja para las acciones NO PBS, presentando para esto facturas individuales por evento que los prestadores deberán cargar para poder acceder a los recursos del Ministerio.</p> <p>Adicional, son cuatro tramos que tiene la ruta: un primer tramo que tiene que ver con Nefroprotección, que debe hacerse a los 8.600 usuarios que tenemos. Un componente de hemodiálisis y diálisis peritoneal para aquellos que tienen estadío 5 en concreto, también un tramo, para que ellos con tratamiento médico no dialítico a esos que están en estadío 5 y también, brindar tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a estos pacientes que están en estadío 5.</p> <p>2. Se abre la sesión de preguntas</p> <p>1. En la invitación no hay una nota técnica para la RIA, se ven unos costos, unos valores unitarios para un nuevo modelo diferente al pago por evento, pero no se ven clara la relación de las frecuencias ni las tarifas dentro de una nota técnica. ¿Es posible tener acceso a esa nota técnica? por qué todas las IPS tenemos que modelar según los costos,</p>
--

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	4 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

la rentabilidad y las capacidades así podemos articularnos entre nosotros. para saber qué oferta le podemos hacer a Savia para poder cumplir.

R// Sí, hay una nota técnica con todas las frecuencias que se ha recogido con la historia de la atención a todos los usuarios. La idea es que en ese resultado de los techos que se proponen para los dos grupos o Pool de riesgos, se encuentran descritos cada uno de los componentes de la ruta, pero se puede organizar la información para que brinde precisión sobre las frecuencias de las diferentes actividades que demanda la ruta.

2. No se ve bien dentro de la invitación la parte final de los pacientes con enfermedad renal crónica severa (entiéndase trasplante). ¿Es posible que amplíen la información referente a este tema?

R// Si bien se hace alusión en la invitación a que el paciente entra en la etapa en la que la única solución es un trasplante renal, se revisará con el responsable de la ruta a validar y confirmar, si esa es la opción que se tiene, pero es claro que ese tramo lo sacamos y hace parte de otra ruta. En conclusión, trasplantes no quedan incluidos dentro de esta ruta.

3. En el punto 1.3 en el alcance, habla que se incluye el manejo integral de las enfermedades precursoras y todas las tecnologías en salud, medicamentos etc. para el manejo de este tipo que incluye tanto Tecnología PBS como NO PBS ¿Quisiéramos que se nos ampliará que tiene definido Savia Salud como entidades precursoras?

R// En el análisis de la ruta se concluyó que era muy difícil separar y chocaría con el concepto de atención integral, de que por un lado de la ruta este el paciente que tiene una diabetes, una insuficiencia o una hipertensión arterial y no quedara integrado dentro de la ruta. Entonces el concepto que se maneja como elemento fundamental dentro de una ruta, es el concepto de atención integral en salud, estos pacientes que muchos de ellos presentan comorbilidades y tienen enfermedades como la hipertensión y diabetes deben estar incluidos y está dentro de los costos considerados de la nota técnica y de las frecuencias.

4. ¿Requiero que me aclare dentro de ese concepto si un paciente con deshidratación en grado III, que puede llegar a una brusca caída del flujo plasmático renal haciendo una insuficiencia renal aguda, en este caso se incluiría el tratamiento de este paciente que quedó con falla renal producto de un cuadro de deshidratación severa y entraría dentro de la población a atender?

R// Hay que precisar las condiciones de tipo crónico para dar claridad a la respuesta. Con relación a los usuarios que requieren diálisis por causas agudas o eventos no relacionados con la enfermedad renal crónica ya diagnosticada no está incluido dentro de la ruta, es decir, cuando un usuario requiera diálisis por un evento como el señalado, este caso no estaría incluido en la ruta, ya sería brindar cobertura por parte de la EPS por evento. La ruta fue creada para los pacientes que ya tienen confirmado el diagnóstico de enfermedad renal crónica

5. Los números que están mostrando de pacientes con enfermedad renal estadio 3, 4 y 5 es la población prevalente que a la fecha Savia tienen en sus listados de asociados con este tipo de diagnóstico. El año pasado según el Instituto Nacional de Salud, 5.847 nuevos pacientes que entraron a estadio 3 4 y 5. Los casos incidentes de ERC que no están contemplados dentro de la propuesta, cómo entrarían al final para valorar el costo total de la asignación que tiene savia para cubrir sus pacientes?

R// Se tuvo en cuenta el crecimiento de la cohorte de ERC reportada de la cuenta de alto costo. Tuvieron en cuenta la incidencia y prevalencia identificada a nuestra población desde el 2015 hasta el 2020 y se estableció con esto la posibilidad de la incidencia y la prevalencia haciendo un proceso de estimación. Cuando se entregó el anexo de las bases de datos se identificó que había un potencial dentro de cada uno de los Pool de riesgos, un potencial dentro de las

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	5 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

cohortes de pacientes por reclasificar, parte de estos pacientes son el crecimiento esperado en el transcurso del primer año del contrato, que daría respuesta a esos nuevos casos dentro de ese margen del estadio 3 a 5, adicional se contempló en la proyección el crecimiento proyectado de la cohorte que está en la propuesta. El crecimiento para los años 2 y 3 el porcentaje de progresión de los estadios 3 a 4 y del 4 al 5 y un porcentaje de progresión desde el estadio 2. Importante es el trabajo de articulación que se haría con las IPS básicas, de hacer un acompañamiento de base a la Red primaria para garantizar un diagnóstico adecuado que permita identificar la enfermedad renal en estadio tempranos 1 y 2 y adicionalmente, capacitar al personal de esas IPS básicas, en el manejo adecuado de estos estadio para que no progresen, ayudando a mitigar la incidencia de los estadio 3, 4 y 5, no para la condición de enfermo renal, sino para los estadios avanzados o severos.

6. ¿Se tuvo en cuenta en el presupuesto que tienen asignado para la invitación los incrementos anuales de la UPC, por que pareciera que estuviera dividido entre tres el valor total de la invitación?

R/ Si, se tuvo en cuenta la proyección de crecimiento y de ajuste por inflación para cada uno de los años que se reflejan en las proyecciones financieras y en la nota técnica.

7. Qué pasa cuando se empieza generar todo el programa con las IPS primarias y se evidencia que hay muchos pacientes que no están identificados totalmente en estadios 3, 4 y 5 y que el incremento puede ser superior, incluso a lo que la estadística de la cuenta de alto costo tiene. ¿Se tiene previsto si va a haber algún ajuste en el tiempo dependiendo de la variabilidad de estas cifras?

R// Con base en lo expuesto se tiene una revisión trimestral de los indicadores, algunos de ellos apuntan a la progresión de la población prevalente y asignada dentro de la cohorte, igualmente se puede estar midiendo en esa misma periodicidad trimestral el hecho de que vaya ingresando población referida desde los niveles básicos o identificada a través del ámbito hospitalario cómo susceptible de ingreso a esta cohorte. Si efectivamente esto se evidencia como un incremento más allá de lo proyectado, y que históricamente no se ha presentado se podría hacer una revisión, pero como no se tuvo en cuenta una estimación puntual, sino un histórico, la captación de la población está adecuada de acuerdo con las estadísticas no sólo de la EPS si no estadística país para tener un margen de crecimiento relacionado a un contexto del SGSSS.

8. En la tabla cinco de frecuencias del servicio del equipo multidisciplinario en el punto de frecuencia de enfermedad renal crónica 3 y 4 aparece que no habrá consultas por nefrología del adulto. ¿Es un error o está estructurado así en la propuesta? Esto para ver la frecuencia y recursos que la IPS debería aportar para dar cumplimiento a los indicadores.

R// Una vez revisado se detecta que se trata de una omisión en la tabla, se tuvo en cuenta en el cálculo y el costeo la valoración en el estadio 3 trimestral y 4 bimensual, para el estadio 5 mensual. Se realizará la respectiva corrección en la tabla dejando claro que en el costeo se tuvo en cuenta esta frecuencia

9. En el cuadro donde está la periodicidad dice qué es la consulta con médico experto pero asistida por nefrología en estadio 3 y 4 para hacer un aporte.

R// Efectivamente cuando se habla de una consulta asistida tenemos presente que hay un médico experto apoyando al nefrólogo en el registro de la información clínica, y que el médico nefrólogo respalda todas las decisiones terapéuticas y de la gestión que se tomen dentro de esa consulta, incluso menciona que se ha hecho un acompañamiento técnico a los prestadores actuales del programa renal haciendo énfasis en que el nefrólogo acompañe o refrende esta consulta para no generar una inconsistencia o glosa dentro de los procesos de auditoría de la cuenta de alto costo.

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	6 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

10. En la tabla de frecuencias de servicios de laboratorio aparece una frecuencia de solicitud de urea y más abajo de nitrógeno ureico, con una de las dos pruebas sería suficiente para hacerle seguimiento al paciente ¿Han validado esa repetición o esa duplicidad de prueba que puede encarecer el producto final?

R// Si, se puede considerar que se puede hacer una valoración con cualquiera de los dos técnicas o pruebas y con el hecho de que una de ésta se realice con la periodicidad descrita en la tabla es suficiente, no se duplican los costos de estas porque aportan una información relacionada con las mismas mediciones o estimaciones

11. Requero una aclaración en relación con la hospitalización de los pacientes renales por qué la invitación está enfocada a la inclusión de la hospitalización de estos pacientes. El paciente renal se hospitaliza bien sea por una complicación de su tratamiento dialítico, cuando está en terapia reemplazo, por causa directa de su enfermedad renal o por otras cosas como cualquier otro paciente. ¿Entonces en el enfoque de las hospitalizaciones que debe quedar incluidas dentro de la propuesta cuál es su limitación o es de todo lo que se enfermen nuestros pacientes renales?

R// Cuando se contemplaron las hospitalizaciones costeados dentro del PGP se tuvo en cuenta aquellos que se podrían evitar con una gestión integral del riesgo dentro de la ruta. Entonces las relacionadas con los accesos vasculares en el caso de la hemodiálisis podría ser el caso de la desinfección del catéter, la relacionadas con la peritonitis siempre y cuando estén asociadas con el catéter, no cualquier tipo de peritonitis, trombosis de estos accesos vasculares y en el caso de las otras condiciones, se tuvo en cuenta cuándo las anemias sean ocasionadas directamente o secundarias a la enfermedad renal crónica (no todas las anemias) el concepto de la sobrecarga hídrica está relacionada al no tener la comorbilidad, ni enfermedad cardiaca congestiva de izquierda o derecha y a no tener EPOC, por qué en ambas condiciones, puede haber una sobrecarga que lleve un hospitalización y sería difícil diferenciar en que parte aportó una enfermedad renal y en qué parte está relacionada con su patología cardiaca o pulmonar. Se hicieron unas notas aclaratorias donde se describe que en los pacientes con esas comorbilidades estarán a cargo del asegurador y no del PGP. En la parte de los accesos vasculares se ha evidenciado por literatura que se pueden prevenir, por ejemplo, las peritonitis asociadas a sacada de catéter, cuando después de 18 meses se hace un recambio de este, evitando que aparezca esta complicación que usualmente aparece en este periodo de tiempo. Se especifico que no sólo se hace con base en los CIE 10 porque se tiene claro que hay deficiencia en los registros de la Red prestadora hospitalario, sino que el análisis para relacionar si está o no ocasionado por la patología de base en las condiciones en las que se describen sería a través de la historia clínica.

12. ¿Cuándo se solicita disponibilidad de 84 sillas es sumando los turnos de hemodiálisis o es tener 84 máquinas por turno?

R// La disponibilidad específica de las sillas de hemodiálisis es para los turnos días, es decir no es para cada turno sino contemplando que en los tres turnos establecidos como turno día, es decir de 6 am, 11 am y 4 pm, se puede contar con una disponibilidad máxima de 84; esto nos daría de la posibilidad de que el cuarto turno este no sea una alternativa para la atención ordinaria o convencional de la población, sino que permita manejar contingencias como la del Covid 19 o en condiciones especiales. Se sabe que los pacientes del cuarto turno tienen que estar muy compensados porque el acompañamiento que reciben es de un médico de sala y no por el especialista, por lo que se busca es garantizar el acompañamiento especializado en los turnos días

13. ¿Los cambios de catéter también están dentro del PGP?

R// Sí están contemplados los recambios de los catéteres con la periodicidad prescrita, es decir

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	7 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

se puede hacer cuando hay una anticipación y está estipulado dentro de la funcionalidad del catéter, es decir está contemplado dentro del costeo

14. Dentro de los servicios que incluye la invitación están los servicios de imagenología, según la práctica clínica el paciente renal por ejemplo requiere de una gammagrafía de tiroides, una ecografía renal, ¿todo eso puede quedar de pronto con su frecuencia de uso definido?

R// Las ayudas diagnósticas teniendo en cuenta que es un manejo integral del paciente existen y están dentro de los lineamientos del programa, pero los usuarios pueden requerir algunas ayudas diagnósticas adicionales por eso no se especifica una cantidad limitada para este tipo de ayudas.

15. En la invitación se indica que se debe garantizar capacidad instalada 94 sillas para el Pool Medellín ¿esto significa que el prestador debe contar con dicha capacidad en el municipio o puede suplir esa capacidad instalada en municipio circundante?

R// En principio es que en cada ámbito espacio poblacional dónde está el Pool de riesgo se oferte el servicio, sería lo ideal en términos de costo eficiencia oportunidad de la atención y eso sería la referencia fundamental, no sería prudente que un usuario que tenga un problema en un municipio no se le puede resolver en otra zona, hay que buscar la eficiencia en la disposición del recurso para evitar costos de traslados no sólo para el usuario y/o para el consorcio si llegar a darse, lo ideal es que de los de Medellín para Medellín y el resto del departamento pueden ser en otros municipios.

16. Si se tiene un paciente con ERC se tiene con hemodiálisis y tiene diabetes Y hay que amputarle una extremidad por temas de índole vascular asociadas a su endocrinopatía este procedimiento quedaría inmerso en la propuesta o quedaría por fuera?

R// Los costos relacionados a esta complicación de la diabetes específicamente de la micro vssculatura y macrovasculatura estaría por fuera de la propuesta. Lo que estamos considerando es el control de la patología desde su parte de prescripción y seguimiento con ayudas diagnósticas, pero las complicaciones de la diabetes harían parte de otra RÍA que está en proceso de construcción que tampoco sería objeto del alcance de esta invitación

17. Hay una tabla de indicadores y hay un descuento si uno no cumple ese indicador, sin embargo, hay un indicador de castigo, pero no hay un indicador de incentivo si se supera inclusive esa meta y como se mencionó al principio se trata de hacer un modelo de incentivos y de pago de incentivos bien sea positivos o negativos ¿no han contemplado la posibilidad de hacer un reconocimiento adicional por un cumplimiento por encima de la expectativa que tienen estos indicadores?

R// Con relación a los incentivos se ha considerado el cumplimiento de los indicadores propuestos se podría considerar, pero en general, lo que se pretende es garantizar unos estándares de calidad y una estandarización del costo de la operación o de la atención del usuario, en principio no estamos considerando incentivos por superar metas programadas.

18. Hay una parte que habla de realizar las acciones epidemiológicas con relación a la pandemia del COVID-19 que incluye el enlace seguimiento de usuarios y la toma de prueba con todos los lineamientos. ¿Podrían detallar que queda incluido dentro de este RÍAS frente a la toma de muestras de Covid-19?

R// En relación con las pruebas de Covid-19 es muy importante la gestión de riesgo que se le realiza a la cohorte, esta es una población susceptible por lo tanto debe hacerse toda la gestión integral y más detallando cómo está la estrategia PRASS, para que los usuarios estén con todos los servicios preventivos y podamos abordarlos a ellos y a sus complicaciones antes,

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	8 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

inclusive que se presenten, entonces se define que la toma de muestras está incluida pero la lectura estaría cargo de laboratorio referencia, todo esto mientras sigamos dentro del contexto de pandemia

19. ¿Cualquier imagen que necesita el paciente está asumida en el pago global prospectivo? Es que eso puede ser un riesgo muy alto para cualquier institución, son 5000 pacientes que se están atendiendo sólo en Medellín. ¿Se puede explicar bien qué imágenes y con qué frecuencia o hasta que tope se le puede poner al tema de imagen?

R// Cuando colocamos las ayudas diagnósticas, se tuvo en el costeo las ayudas diagnósticas que habían sido utilizadas históricamente en periodos previos relacionados con la enfermedad renal, por ejemplo, una ecografía renal que puede ayudar en el proceso de progresión o una biopsia renal que también puede apoyar en la etiología de la enfermedad renal pero que está relacionadas con la enfermedad de base, es decir, las ecocardiografías, gammagrafías y otras ayudas diagnósticas no relacionadas no estarían dentro de lo costeadado ni sería del alcance de la Ruta.

El apoyo diagnóstico tiene que estar ligado a la enfermedad de base que es la enfermedad renal, se podría incluir este detalle como una descripción para que quede claro para todos.

20. ¿Qué pasa cuando la sobrecarga hídrica está asociada a la falta de adherencia del paciente a la terapia?

R// Cuando la sobrecarga hídrica está asociada a la adherencia del paciente a la terapia hará parte de la ruta por qué una de las expectativas o atenciones que esperamos que se brinde es el tema de educación y acompañamiento que ayude y permita mejorar el tema de adherencia de los pacientes por eso la ruta incluye todos los acompañamientos desde las tecnologías propias del manejo de la patología, hasta las tecnologías de servicios complementarios que permita mejorar la adherencia de los usuarios al tratamiento y evitar precisamente este tipo de complicaciones.

21. ¿Cuándo se habla de biopsia renal se tienen en cuenta la toma de la biopsia o el estudio de la biopsia renal porque el costo de esto es muy alto?

R// Se revisará el tema y se ajustará el listado de lo que incluye y excluyen en el tema de apoyo diagnóstico.

22. Se quiere tener claridad desde el punto de vista el proceso de contratación, entiendo que puede ser mucho más funcional para la ruta que haya una unidad de diálisis para Medellín que pueda atender al Pool de Medellín, pero requiero saber si desde el punto de vista de cómo está configurada la invitación, ¿Quién no acredite esa cantidad de sillas va a haberse rechazado?

R// En ningún momento la invitación hace alusión a excluirlos por ello, perfectamente lo pueden hacer

23. El PGP incluye actividad de promoción y prevención, en la unidad siempre se está muy preocupada por la adherencia del paciente y se establecen múltiples programas para tratar de mejorar esos indicadores. ¿Pero me preocupa que, si un paciente no es completamente adherente a la terapia y tenga como consecuencia una sobrecarga hídrica, tendrá que responder por ese evento adverso? ¿hasta dónde llega la responsabilidad de la unidad renal? ¿se está hablando solamente de la atención inicial de urgencias, de hospitalización, si este paciente se complica y llega a UCI, hasta donde responde el prestador por este tipo de casos?

R// Cuando nos referimos a hacer todo el esfuerzo como equipo multidisciplinario para

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	9 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

garantizar la adherencia se está validando que haya un acompañamiento de dicho equipo multidisciplinario generar una conciencia sobre la enfermedad y las complicaciones del no manejo adicionalmente se entiende que la mayoría de las complicaciones que pueden llevar a una hospitalización también están relacionadas con el estilo de vida como la parte nutricional. Creemos que, si se demuestra que se ha hecho todo el esfuerzo de parte del equipo multidisciplinario en garantizar todas esas actividades de la adherencia, efectivamente debe haber una corresponsabilidad del paciente, familia y cuidador en asumir su parte terapéutica dentro del logro de los objetivos y si de parte de ellos no hay interés en asumir su parte terapéutica se valorará en particular el caso como asegurador para no castigar al prestador. Con la suficiente evidencia de qué se ha hecho todos los procesos de intervención y nosotros como E.P.S. también podemos hacer una intervención con personería o quien corresponda para ratificar que no usuario no acepta el tratamiento a pesar de hacer todos los esfuerzos posibles para garantizar la continuidad de su tratamiento. Es importante que comuniquen a tiempo todo estos problemas o dificultades de adherencia que tengan para apoyar los respectivos acompañamientos y si efectivamente no hay los resultados esperados y llegan a este tipo de complicaciones ya sujeto a revisión del manejo del paciente.

Esta pregunta es valiosa, pues reitera la intención que tiene el relacionamiento entre el prestador y hay aspectos humanos muy difíciles de manejar y es claro el esfuerzo que hace cada institución y eso sería la orientación por eso queremos acompañarlos como alianza estratégica entre la EPS y el prestador para lograr mejores resultados en salud

24. Es una invitación muy bonita para trabajar bajo el esquema de pago global prospectivo pero es necesario desde este primer planteamiento dejar unos puntos claros en beneficio mutuo, por ejemplo resaltar que hay un componente interesante pero preocupante de la gestión de atención que tiene que ver con los accesos vasculares esto se considera como un componente integral y se considera inmerso dentro del P GP pero de manera histórica lo que tiene que ver con los accesos vasculares en las unidades renales no están contemplados dentro de la globalidad del proceso de atención Y sobre todo que estamos asumiendo un riesgo potencial de usuarios o gestión que han tenido los usuarios en procesos previos o en etapas previas de la atención que han tenido que asumirse. No es raro que en el primer mes de atención que se recibe un paciente el paciente llega con catéter dañado con agotamiento de accesos vasculares Y que se tenga que asumir algo por acciones que no corresponden a su actividad por lo tanto me parece prudente que se consideren las hospitalizaciones sean sometidas a un comité paritario Y que se pueda llegar a un acuerdo con respecto a la verdadera pertinencia Y con el papel que cada uno tendrá que asumir por qué se pueden presentar situaciones fortuitas que se salen del alcance Y que se tendrían que asumir por no establecer mecanismos exactos de estos pagos

R// Hay que tratar de ser muy precisos en que incluye y que excluye la ruta tiende a generar conflictos y lo que pretende la ruta es generar una armonía entre los prestadores. Es de buen recibo la propuesta de incluir un comité paritario, se pone a consideración

25. En el punto 4,1 define en un valor estimado por el Pool de riesgo definen un valor estimado por mes y un valor estimado por año en consecución con esto en el numeral 5,1 definen los criterios de evaluación de la propuesta. En la fase dos, dice que se dará continuidad al proceso de evaluación el cual consiste en considerar el mejor precio ofrecido que no supere el valor estimado de la invitación por el Pool de riesgo. ¿En ese orden de ideas no se puede presentar una propuesta con un valor superior?

R// Hay que tener una certeza financiera para garantizar que se va a responder por la obligación. En principio la idea es que no se supere ese techo dando cabida a una puja y el que esté por debajo va a ganarle al que está por encima ese techo, lo que se busca es garantizar un flujo constante mes anticipado de recursos al prestador para garantizar la atención en salud de estos usuarios

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	10 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

26. La propuesta no define con respecto al portafolio cómo se debe presentarse para el tema del evento

R// Se va a realizar un proceso en detalle de los incluye y excluye considerando importante que los consorcios que se presenten especifiquen las tarifas que podrían ofertar para esos eventos, pero es algo adicional a la propuesta.

27 ¿Esto queda definido en la ruta?

R// Como ha sido reiterativo todo el tema de frecuencias y de lo que incluye y no incluye se brindará claridad para que pueda ser publicado

28. En la invitación se especifica muy claro que se separó en dos regiones Medellín y el resto del departamento informando, además, que si no se solventaban la totalidad de las sillas no era una causal de exclusión de la propuesta, sin embargo, queda la duda porque el monto de la propuesta está dividido en dos porciones, en Medellín por un monto de \$1.765 millones y el resto al departamento por \$2.088 millones. ¿Cómo sería la distribución de los aportes de acuerdo a la propuesta que se entregue?

R// La definición del Pool del riesgo tiene como sustento fundamental generar economías de escala, buscar volúmenes para que el prestador tenga eficiencias y reducir costos. En el tema de Medellín se entiende que un alto porcentaje se atienden en Medellín y hay unas variables que tiene que ver con costos de traslado que se consideraron y que hay diferencias marcadas entre Medellín y el resto del departamento, por eso la diferencia de precio siendo este el primer elemento.

El segundo elemento, la población la conocemos y la tenemos registradas en los diferentes municipios del departamento Medellín y Antioquía por eso se organizaron dos Pool de riesgos para poder hacer una mejor distribución y buscar eficiencia puede que nos momento determinado el paciente que estaba en Medellín se desplaza de un suroeste y se den acuerdo entre los ganadores para poder atender por quien corresponda en el otro Pool de riesgo pero eso ya depende de la dinámica en la medida que vayamos desarrollando la ruta.

29. Urabá tiene una condición muy especial, hay mucha dispersión geográfica y se manejan pacientes de 14 municipios qué implica un traslado de pacientes de 2 y 3 horas que conllevan unos gastos de transporte que casi siempre los asume el paciente y la mayoría de la población de SAVIA SALUD de la región de Urabá es del régimen subsidiado y es gente de muy escasos recursos, básicamente la inasistencia no es por falta de adherencia sino por falta de recursos, generando en múltiples ocasiones el tema de la sobrecarga hídrica y las hospitalizaciones por eso no es imputable la responsabilidad a la unidad y adicionalmente no es posible convencer a la gente porque hay físicas carencia de recursos para asistir.

R// Se tuvieron en cuenta varias de las particularidades que tiene Urabá, qué tiene una gran cantidad de pacientes que hoy están en diálisis, y también se tuvo en cuenta los costos de traslados que generan dichos usuarios, es decir, a las proyecciones se tuvo en cuenta esa variable, también se tienen cuenta que la cápita asignada para Savia salud reconoce un valor mayor a los municipios de la zona de Urabá, siendo esta, la razón para que el valor entre Medellín y los demás municipio sea diferente, todo enmarcada dentro de las consideraciones que se han tenido. Frente al tema de la zona franca se debe realizar, buscar la alternativa y obviar esa dificultad que se está presentando, se buscarán alternativas para encontrar lo que pretendemos que son resultados en salud con eficiencia y la experiencia que tienen por parte del usuario cuando es atendido.

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	11 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

30. No hay disponibilidad de muchos de los requisitos que está exigiendo la invitación actual, en la zona no hay cirujano vascular periférico teniendo que hacer con alguna frecuencia un viaje de un cirujano vascular desde la ciudad de Medellín, cubriendo además todos sus honorarios y gastos de traslado. Las complicaciones son altas, pensar en un injerto vascular es imposible, e implica un sobre costo enorme que termina con cargo a la IPS. Además de que hay un número muy limitado de las sillas que hoy por hoy se pueden asumir, pero lo que se ve, es que la propuesta es excluyente para el caso de Urabá, toda vez que la unidad se encuentra en una zona franca donde comercialmente es imposible hacer convenios con alguien que esté por fuera de ella.

R// En el tema vascular periférico se han tenido referenciados pacientes para que desde cirugía general se puedan hacer los cambios a los accesos vasculares de los catéteres permanentes. El vascular periférico sería concebido para la confección de la fístula arteriovenosa, ratificando la necesidad de establecer alianzas entre los prestadores de las regiones o cercanas para la confección de estos procedimientos. La fístula por indicador de cuenta de alto costo debe estar en el 90% de los pacientes que se encuentran en terapia de hemodiálisis y se hace una confección que es única, entonces establecer alianzas con instituciones cercanas para la realización de estos procedimientos y queda omitido en el 90% de las complicaciones generadas por accesos vasculares.

31. En el Pool de riesgos que se armó en Urabá no hay Nefroprotección, además de qué hay un desequilibrio en el tema de la prospección y el pago por qué la mayoría de los pacientes en la zona está en diálisis y hemodiálisis y no como los otros Pool que está enfocado a la nefroprotección. Se nota entonces un desequilibrio para pactar una tarifa por pago prospectivo

R// En cuanto a los pocos usuarios que se presentan es importante tener en cuenta que no sólo puede contar con los de Urabá, sino que hay usuarios en otros municipios que de alguna manera compensan. El hecho de tener en el Urabá consultas aisladas y no un programa de nefroprotección, hace que muchos de los pacientes progresen a una terapia de reemplazo renal que hubiera podido hacerse como una prevención secundaria de la condición en los estadio incluso desde el uno, pero los de la ruta del 3 al 5 si se hubieran hecho intervención oportuna, ratificando la necesidad de generar integralidad en los estadios previos a la terapia de reemplazo renal.

32. En las enfermedades con pertinente estudio ultraestructural el proceso de Dx por patología (microscopía electrónica inmunofluorescencia y m de luz) esta incluido?

R// Dentro de las rutas está contemplando que el 80 o el 90% de las enfermedades renales están relacionadas con las patologías precursoras de hipertensión y diabetes se entiende que hay un 20 o 10% dependiendo de la literatura que habla de otras patologías, incluyendo las glomerulares. Dentro de las especificaciones de lo que se incluye y no se incluye se hará precisión de las ayudas diagnósticas que están relacionadas con la patología de base con las etiologías que cubren el mayor porcentaje de esta enfermedad renal, porque en los otros hay una distribución pequeña tipo de evento de esas etiologías que no están contemplados dentro de esas ayudas diagnósticas

33 Se considera recobros al paciente por consultar en otra IPS, ejemplo una sobrecarga hídrica por urgencia ¿Ese valor de la atención se asume por PGP o se asume por evento?

R// En relación con el paciente que asiste a una IPS diferente de la Red que tengo bien sea la IPS o unión temporal que se conforme, lo que se espera con las rutas, es que ustedes realicen con los usuarios un buen direccionamiento, para que ellos conozcan los puntos de atención a los que pueden acudir en caso de urgencia, además también es importante tener una línea de atención las 24 horas que les brinde asesoría frente a posibles consultas y al direccionamiento.

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	12 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

en Caso de que el usuario no asista a la IPS definida por la ruta y se vaya a otra de las IPS de la Red. La patología sigue siendo objeto del presupuesto global prospectivo teniendo que hacer el recobro pertinente por qué estaría contratado dentro del PGP.

34. ¿ Van a dar un tiempo para el cumplimiento de las metas o desde el primer mes se van a ser exigibles?

R// En relación con el cumplimiento de metas siempre en las en la estabilización de la cohorte se espera que en los primeros 90 días se reciba la población y a partir del cuarto mes, se estaría realizando la medición de los indicadores trimestrales, en los indicadores anuales de compensación para medirlo será con el mismo intervalo a 12 meses y se haría efectivo a partir del mes 13.

35. Para el caso de la presentación de la capacidad instalada se pudieran anexar unidades de cama o sillas de hemodiálisis fuera de la ciudad de la propuesta por ejemplo Itagüí y sumarlo a la capacidad de Medellín o no es posible?

R// Si, es posible, dentro del Pool de Medellín puede mostrar la suficiencia con los centros de cuidado renal que tenga disponible el prestador así estoy ubicado en otro municipio por qué en el caso puntual del ejemplo es puesto en Itagüí el tiempo desplazamiento es óptimo para garantizar la prestación del servicio además de que se encuentra dentro del área metropolitana

36. La tarifa a la cual van a recobrar esa la tarifa pactada con ustedes o a una tarifa SOAT pleno por qué el valor de tarifa y descuento sería muy diferente?

R// Lo que siempre se ha realizado dentro de los programas, es que el usuario asiste a una institución, esa institución le cobra unas tarifas a savia y savia a su vez hacen los cobros pertinentes en las tarifas que fueron cobrados por la institución.

37. En qué casos se tiene contemplado el transporte para pacientes según lo que se indica en el numeral 3.1.3 de la propuesta técnica de la invitación?

R// El tema de Transporte si te tuvo contemplado para los usuarios que, de acuerdo al histórico, han requerido el servicio de transporte en la EPS, se tiene en cuenta sobre todo para los pacientes de hemodiálisis que son los que más demandan de este servicio, por la frecuencia de asistencia que requieren, que deben asistir tres veces por semana teniéndolo presente en los costos valor que estará contenido en la nota técnica

38. Una pregunta tiene que ver con el componente de la atención del paciente hospitalizado por causas diferentes a la enfermedad renal atribuible a los costos de la unidad renal, supongamos que el paciente requiere una hospitalización por neumonía y que dentro de esa hospitalización, el paciente requiere continuar con su tratamiento de diálisis, esos costos de la diálisis suponiendo que el sitio al que la unidad renal por procesos internos o por imposibilidad de acceso o porque la unidad renal no los pueda ofrecer, ¿Esos costos de la terapia están contemplados dentro de los descuentos que se dan por la atención o se asumen dentro del bloque de hospitalización que asume Savia salud?

R// Dentro de las coberturas de PGP para hospitalización, se tienen los que están detallados en la propuesta y la neumonía no haría parte de esas condiciones. La estancia hospitalaria en un paciente de diálisis requiere que se le de la continuidad de la terapia durante el tiempo de internación, pero como la motivación de la hospitalización no está relacionada con las patologías que incluyen en el listado, esa terapia de diálisis que se suministró por fuera de la cobertura sería asumida por el asegurador.

39. ¿En los casos de no cumplimiento de la meta cuál sería el castigo?

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	13 de 14

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

R// El porcentaje de descuento aplicable está descrito en la tabla nueve y está calculado sobre el valor estimado del contrato, cada indicador tiene un porcentaje de descuento así: los indicadores que tienen evaluación anual tienen un porcentaje del 0.33% de la vigencia del contrato, los que tienen periodicidad trimestral es el 0.05% del valor total del contrato.

40. Se requiere mayor claridad frente al transporte ¿sería el transporte desde el domicilio del paciente hasta la unidad renal ida y vuelta cómo se calculó el costo de este servicio?

R// El transporte sería redondo desde el domicilio hasta la unidad renal con el respectivo retorno dependiendo de la ubicación del usuario, en algunos casos habrá que hacer uso de otros recursos como subsidios o alianzas con transportadoras. La EPS tuvo en cuenta todas las modalidades de contratación de transporte de los usuarios que tenemos en el momento y con base en eso, se hizo el costeo en la nota técnica, incluye entonces diferente modalidad de transporte y alternativas de traslado. En este tema es determinante el apoyo de psicología y trabajo social para realizar una evaluación de las condiciones reales de cada usuario, logrando una asignación del recurso que conlleva una adherencia de la terapia.

41. La misma empresa puede acreditar la experiencia de los profesionales o tienen que ser de diferentes empresas de donde se acrediten las misma?

R/ Lo importante es que el personal tenga la experiencia requerida independiente de que la certifique la empresa actual o empresas anteriores. Es necesario darle claridad porque son dos requisitos habilitantes es en cuanto al tema de experiencia, uno hace referencia a la experiencia de la IPS en el manejo de la enfermedad renal crónica y otra es la experiencia que se debe acreditar que los profesionales de la salud,

42. Puede haber propuestas parciales sólo para una zona determinada del departamento o de una zona de Medellín por adscripción

R// No, el concepto del Pool de riesgo busca integrar y generar economías de escala, es más difícil llegar a un costo eficiente si se fracciona o dispersa el Pool de riesgo, la idea es que sea definido para el resto del departamento o para Medellín

43. Se debe adjuntar la hoja de vida sólo de nefrólogo o todo el equipo que trabaja en nefrología

R// Se debe adjuntar la hoja de vida de todo el personal que presta servicios de salud en formato comercial y no la del servidor público

Se cierra la sesión y se agradece su participación.

1 ACUERDOS Y COMPROMISOS		
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1.		
2.		
3.		

	FORMATO DE ACTA	Código	FO-GC-04
		Versión	03
		Fecha	11/01/2017
		Páginas	14 de 14

Acta elaborada por: Paola Andrea Bustamante Jaramillo (Analista de contratación Savia Salud EPS)

Fecha de la próxima reunión: N/A

Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA	NATURALEZA DEL CAMBIO		
01	31/10/2013	Creación del documento.		
		ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
		Jefe Gestión de Calidad	Subgerente operativo.	Gerente
02	05/08/2016	Se agrega la verificación de los compromisos anteriores y asunto. Actualizado por: Luz Janeth Bojanini		
03	11/01/2017	Se agrega semaforización en la verificación de compromisos, se eliminan proposiciones y varios, se cambia el orden de algunos componentes del acta y se agrega la fecha de la última reunión y algunas especificaciones para los asistentes. Actualizado por: Luz Janeth Bojanini por sugerencia del dr Leopoldo Giraldo.		
		ACTUALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
		Jefe de Gestión de Calidad	Subgerente Operativo	Gerente