

Medellín enero 7 de 2021

RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES PRESENTADAS POR LOS PROPONENTES EN EL MARCO DE INVITACION PÚBLICA PARA OFERTAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD A LOS AFILIADOS DE SAVIA SALUD EPS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIOS 3, 4, 5 EN NEFROPROTECCIÓN, DIÁLISIS O TRATAMIENTO MÉDICO NO DIALÍTICA. PUBLICADA EL 23 DE DICIEMBRE DE 2020, CON VIGENCIA CONTRACTUAL COMPRENDIDA ENTRE EL 1 MARZO DE 2021 A 29 DE FEBRERO DE 2024 (36 MESES).

Dando cumplimiento al cronograma establecido, se procede a brindar respuestas a las preguntas presentadas vía correo electrónico (programadialisistrasplante@saviasaludeps.com) de la siguiente manera:

1. Cuál es la ficha técnica que indique frecuencias y servicios del cálculo del valor del POOL?

R// Se adjunta la Tabla de Frecuencias.

2. Cuál fue el cálculo del incremento de la población para el año 2 y 3.

R//: La población fue calculada, teniendo como base la cohorte actual, pacientes identificados que requieren una reestadificación en el año 1 y variación de la población según Consenso de indicadores mínimos para la gestión del riesgo de un programa de Protección Renal en estadios 1 a 4 (publicado por la CAC en el 2012) con progresión esperada entre los estadios y el libro de Situación de la Enfermedad Renal en Colombia en el 2019 publicado por la CAC sobre la mortalidad, incidencia y prevalencia, según reporte normativo histórico (2015 a 2019). En la Tablas se describen las cohortes actuales y las proyectadas, por estadio y pool de riesgo.

Pool de Riesgo	Estadíos ERC	Año 1	Año 2	Año 3	% año 1- año 2	% año 2- año 3
Medellín	ERC Estadio 3	2.838	2.942	3.045	3,7%	3,5%
	ERC Estadio 4	985	1.040	1.095	5,6%	5,2%
	ERC Estadio 5	748	774	794	3,5%	2,5%

	Subtotal	4.571	4.757	4.934	4,1%	3,7%
Otros Pool	ERC Estadio 3	2.398	2.485	2.571	3,6%	3,5%
	ERC Estadio 4	886	936	986	5,6%	5,4%
	ERC Estadio 5	873	891	916	2,1%	2,8%
	Subtotal	4.157	4.312	4.473	3,7%	3,7%
	Total	8.728	9.069	9.407	3,9%	3,7%

3. El objetivo de las RIAS es mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención de pacientes con ERC. Lo más probable es que en las IPS primarias se mejore el tamizaje y diagnóstico temprano de la ERC, lo cual podría tener un incremento significativo del número de pacientes que hacen parte del POOL. ¿El valor es fijo, como se compensa el desequilibrio entre la población inicial y la real que se tenga en un momento determinado?

R//: La estimación del crecimiento de la cohorte proyectada, se basó en el histórico de prevalencia dentro del reporte a la CAC entre los años 2015 y 2019 y la prevalencia esperada de ERC estadios 3, 4 y 5 en la cohorte de precursoras (HTA y DM), por tal razón no se espera que la población estimada en la RIAS supere lo descrito en la invitación. Ver Tabla 2. *Población actual y proyectada con ERC estadios 3, 4 y 5 en Nefroprotección, Diálisis y Tratamiento Médico No Dialítico por Pool de Riesgo, Savia Salud EPS 2021 a 2023.*

4. En la invitación hablan de la obligación de cubrir alojamiento y traslado de pacientes y acompañantes. Debemos conocer cuál es la frecuencia y costos actuales que tiene SAVIA de estos servicios.

R//: El cálculo de los costos se realizó con base en históricos de consumo con lo cual se garantizan los recursos necesarios para cubrir ambos servicios. (Ver nota técnica). En la Tabla se describe el total de días de albergue estimado por municipio como referencia, evidenciando que el 94,5% de los días de albergue fueron prestados a usuarios por fuera del Valle de Aburrá.

Región	Total de días de albergue
BAJO CAUCA	82

MAGDALENA MEDIO	280
NORDESTE	154
NORTE	190
OCCIDENTE	56
ORIENTE	202
SUROESTE	350
URABÁ	244
VALLE DE ABURRÁ	91
Total general	1649

5. En las RIAS debe quedar claramente estipulados periodos de evaluación de las proyecciones estadísticas de costos, frecuencias y pacientes para ajustar los valores de este contrato. ¿Lo tienen contemplado?

R//: La estimación del crecimiento de la cohorte proyectada, se basó en el histórico de prevalencia dentro del reporte a la CAC entre los años 2015 y 2019 y la prevalencia esperada de ERC estadios 3, 4 y 5 en la cohorte de precursoras (HTA y DM), por tal razón no se espera que la población estimada en la RIAS supere lo descrito en la invitación Ver Tabla 2. *Población actual y proyectada con ERC estadios 3, 4 y 5 en Nefroprotección, Diálisis y Tratamiento Médico No Dialítico por Pool de Riesgo, Savia Salud EPS 2021 a 2023.*

6. En la tabla de indicadores, están definidos los castigos por un cumplimiento, pero no están claramente definidos los incentivos por cumplimiento o mejor desenlace.

R//: La modalidad del contrato establecido es Presupuesto Global Prospectivo (PGP) con evaluación al desempeño, por lo tanto, lo esperado es que el prestador cumpla con las metas establecidas y el pago es el resultado de la gestión medida a través de la evaluación del indicador. No están definidos incentivos por cumplimiento o mejor desenlace. Ver Tabla 9 de la invitación.

7. La meta de los últimos dos indicadores (PQR y Tutelas) es “0”, lo cual es imposible de cumplir cuando no depende del prestador.

R//: Se aclara que la meta esperada en el indicador “Porcentaje de PQRD gestionadas y resueltas antes de 48 horas es del 100%, en cambio la meta esperada del indicador

“Proporción de acciones de Tutelas Nuevas relacionadas con la oportunidad y/o acceso en los diferentes tramos de la ruta” es del 0%. Por tanto, si dependen del prestador dado que el objetivo es la gestión de las PQRD en 48 horas y garantizar la oportunidad y el acceso en los diferentes tramos de la ruta.

8. ¿Teniendo en cuenta que la distribución de sillas es para Medellín y el resto del Departamento, la asignación del contrato solo será para hasta máximo dos proponentes?

R//: Sí, el resultado adjudicará un proponente diferente para cada pool de riesgo, sólo o bajo cualquier forma de asociación, para poder cumplir con el requisito habilitante de número de sillas de diálisis.

9. Cuáles son los criterios de evaluación de las propuestas y el peso de cada uno?

R//: Los criterios de evaluación están definidos en el numeral 5.2. Criterios de evaluación de las propuestas de la invitación así:

“5.2. SAVIA SALUD EPS evaluará por FASES, sólo aquellas propuestas que hayan acreditado los requisitos técnicos, financieros y jurídicos descritos en la invitación, con los siguientes criterios:

Fase 1: Se evaluará el cumplimiento de las condiciones habilitantes, las cuales deben ser cumplidas al 100% para pasar a la fase 2. Las propuestas que no cumplan con el requisito anterior serán descartadas por lo tanto no se dará continuidad al proceso de evaluación.

Fase 2: Se dará continuidad al proceso de evaluación el cual consiste en seleccionar el menor precio ofrecido, que no supere el valor estimado en la invitación por pool de riesgo”.

10. ¿El pago mensual será realizado por giro directo (Adres)?

R//: Sí, el pago será realizado por giro directo.

11. ¿Se pueden modificar las condiciones de frecuencias y tipo de exámenes de laboratorios incluidos?

Sí, respetando en todo caso las frecuencias mínimas normativas vigentes aplicables a la cohorte, las cuales podrán variar durante la ejecución del contrato dependiendo de las necesidades de los usuarios.

12. ¿La toma de las muestras para Covid 19 estarán incluidas en la ruta?

R// En la audiencia realizada el 30 de diciembre de 2020, se informó que estaba incluida la toma de muestra para Covid - 19, tal como se describe en la obligación específica N° 31, teniendo en cuenta los Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (Covid - 19) en Colombia, donde refieren lo siguiente: EAPB, IPS fijas y de atención domiciliaria, medicina prepagada, secretarías de salud departamentales y distritales, y administradoras de regímenes especiales y de excepción -, deben garantizar la toma de muestra, dado anterior, se realiza la validación en la nota técnica evidenciando la no inclusión de los costos de esta actividad. Por tanto, se modifica y aclara que la toma de la muestra es responsabilidad de la EPS.

13. Para la Red de urgencias en el Departamento los sistemas de Referencia y Contrarreferencia la responsable es la EPS, para los casos de pacientes que ingresen por urgencias a instituciones hospitalarias que no hagan parte de la Ruta Renal, es la EPS quien debe remitir al paciente dentro de su sistema de referencia y Contrarreferencia a las IPS integrada para esta ruta, ¿pueden aclarar este aspecto en la RIA?

R//: El prestador debe garantizar la asesoría y orientación a cada uno de los usuarios sobre la red de prestación de servicios de urgencias y hospitalización, y garantizar comunicación efectiva las 24 horas del día, los siete días de la semana, de tal manera que identifique las necesidades de atención. Es importante tener en cuenta que se mantendrá una comunicación en doble vía, y los usuarios identificados por la EPS en Prestadores diferentes a los definidos por el responsable del pool de riesgo, serán notificados para que realice la gestión respectiva de referencia o contrarreferencia.

14. De acuerdo a lo estipulado por la Superintendencia de Industria y Comercio, no se pueden hacer acuerdos comerciales entre competencia directa para prestar los mismos servicios en un mismo sector, adicionalmente las normas de Compliance que rigen las compañías internacionales y el poco tiempo para evaluar mecanismos que puedan establecer una propuesta y esta sea aprobada previamente por el ente regulador que en este caso sería la Superintendencia de Industria y comercio, dificultan mucho la realización de este tipo de acuerdos. ¿Basados en lo anterior, existe la posibilidad de hacer una propuesta basada en una o varias de las divisiones expuestas para las “Regiones Fuera del Departamento” y no supeditarse a presentar propuesta para el total de la población fuera de Medellín?

R// El equilibrio de la Ruta de Renal está establecido por el volumen de usuarios en cada POOL de Riesgo, y en ese orden, al subdividir el POOL, se podría concentrar el riesgo de alguno de los tramos de la Ruta en determinadas regiones, lo que podría llevar a un desequilibrio financiero para el prestador, por lo que, presentar una propuesta dividida afectaría tanto al prestador, como a los afiliados y al asegurador, frente a la gestión del riesgo.

Ahora, en lo relativo a los acuerdos comerciales entre competencia directa, la Superintendencia de Industria y Comercio -SIC, establece dentro de su regulación la

existencia de acuerdos de colaboración entre competidores que se encuentran dentro de la misma cadena productiva, que compiten en el mercado aunando sus recursos o parte de su operación con la finalidad de alcanzar metas comerciales propuestas. Sin embargo, estos acuerdos llevan inmersos unos protocolos o compromisos cuyo propósito final, será *“generar eficiencias que les permita ser más competitivos en el mercado”*. En este orden de ideas, el planteamiento asociativo que se propone dentro de la invitación, busca generar una economía de escala que blinde los intereses de todos los actores (prestadores), pero que a su vez garantice la distribución de los recursos de manera eficiente (administración del ente asegurador) y garantice beneficios para los consumidores (afiliados), situación que se reflejaba en la eliminación de barrera en la atención, la integralidad de los servicios, la sinergia en la atención y la optimización, tanto del recurso humano, como financiero, configurándose así la viabilidad de la unión entre competidores excepcionalmente, tal como lo establece la Resolución No. 4851 de 2013 de la Superintendencia de Industria y Comercio.

15. En el punto 3.1.1 de la Invitación bajo la tabla No. 4, se aprecia la siguiente leyenda:

“Disponer de un equipo multidisciplinario (Médico experto o especialista, enfermeras y/o auxiliar de enfermería, nutricionista, psicólogo), certificado en cuidado paliativo no oncológico, para la atención integral de los usuarios que lo requieran”

Amablemente solicito aclarar si lo resaltado implica que cada oferente debe anexar las hojas de vida del personal enunciado a la oferta, junto con los respectivos soportes.

R//: No se requiere adjuntar las hojas de vida del equipo multidisciplinario para la atención en Dolor y cuidado paliativo detallados en la Tabla 4.

16. La invitación enuncia lo siguiente:

“Los servicios detallados a continuación deben estar disponibles durante la vigencia del contrato y en caso de que no se presten de forma directa, éstos deben ser acreditados mediante carta de intención o copia del contrato, adjuntando en ambos casos, además los distintivos de habilitación de la Institución que prestará los servicios ofertados. Tabla 4. Tabla de servicios que deben estar disponibles para ser prestados de forma directa o con otro prestador.

Tabla 4. Tabla de Servicios que deben estar disponibles para ser prestados de forma directa o con otro prestador. (...)

Savia Salud EPS posee población en lugares remotos en los que seguramente, no será posible contar con todos los servicios que se requieren como “disponibilidad”,

al menos no en el mismo lugar en que se presten los servicios principales sobre los que trata esta invitación. Siendo así ¿hay algún criterio respecto a la ubicación de los servicios que se enuncian como “disponibles”? ¿Los servicios deben ser prestados en el mismo lugar en que se ubica la Unidad Renal?

R//: No, los servicios detallados en la Tabla 4 pueden ser prestados en otro lugar diferente a la Unidad Renal, siempre y cuando se garantice la integralidad y acceso oportuno a los servicios en cada tramo de la ruta de acuerdo con las necesidades del usuario.

17. ¿El ofrecimiento de estos servicios “disponibles” no configuraría una tercerización ilegal?

R//: Los servicios detallados en la Tabla 4 deben estar disponibles durante la vigencia del contrato y en caso de no poder prestarse de forma directa, estos deben ser acreditados mediante carta de intención o copia del contrato, adjuntando en ambos casos, los certificados de habilitación de la Institución que prestará los servicios ofertados.

Las Circulares Externas 066 y 067 de 2010, señalan que los prestadores de servicios de salud pueden en forma individual prestar los servicios de salud que oferten o hacerlo con terceros mediante las figuras de asociación o alianzas estratégicas con otros operadores privados o públicos, siempre y cuando, éste no se cuente con la habilitación del servicio, puesto que, en dicho caso, si se configura una subcontratación, prohibida en este tipo de contratos.

18. Me permito formular la siguiente observación frente al contenido de la Invitación:

Pedimos a SAVIA SALUD EPS si considera viable que dos unidades renales que operen bajo razones sociales diferentes pueden unirse a través de la figura de unión temporal o consorcio para complementar su red de atención en las zonas en las que se ubica la población de la EPS, sin incurrir por dicho hecho en tercerización de servicios de salud.

R//: De conformidad con lo establecido en la Circular Externa No. 067 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, los prestadores de servicios de salud, podrán celebrar convenios de asociación o alianzas estratégicas bajo las figuras de consorcios o uniones temporales, “*conservando los procesos de habilitación de cada uno de ellos y manteniendo su autonomía técnica, administrativa y financiera, con el fin de garantizar a la adquisición en conjunto, a bajo costo y de alta calidad de insumos, servicios técnicos, medicamentos, la contratación de interventorías y auditorías para mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, servicios integrales de salud, que facilite a los usuarios el ingreso, accesibilidad, oportunidad y calidad de los mismos*”.

En consecuencia, tomando en consideración que la alianza estratégica busca la “**ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD A LOS AFILIADOS DE SAVIA SALUD EPS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIOS 3, 4, 5 EN NEFROPROTECCIÓN, DIÁLISIS O TRATAMIENTO MÉDICO NO DIALÍTICA**”, con la integralidad de los servicios descritos en las tablas 2 y 3, buscando mejorar la atención a

los afiliados en las zonas descritas, y en la medida en que se requiere garantizar cobertura en las condiciones establecidas en la citada Circular, no se incurre en una tercerización del servicio, siempre y cuando se dé cumplimiento a los requisitos para la constitución, la oferta y la contratación de los servicios de salud.

19. En el punto 1.1 “Caracterización Espacio Poblacional” se menciona “LA COHORTE DE USUARIOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA- ERC- EN ESTADIOS 3, 4 Y 5 REPORTADA A LA CUENTA DE ALTO COSTO CON COHORTE AL 30 DE JUNIO DE 2020 FUE DE 8.728 AFILIADOS, DE LOS CUALES 3459 AFILIADOS DEBER SER RECLASIFICADOS A PARTIR DE LA REALIZACIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS ACTUALIZADAS EN EL TRANCURSO DEL PRIMER AÑO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO”. De lo anterior, a pesar de no especificarse cuáles laboratorios se realizan para la reclasificación, es sabido que para este proceso mínimamente se requiere creatinina, microalbuminuria, glicemia en ayunas, cita médica y de enfermería con toma seriada de presión arterial para determinar enfermedades precursoras. Para esta actividad, ¿el costo de la misma está incluida dentro del paquete de atención integral o esta es facturada aparte por evento?

R//: Dentro del costeo realizado en la RIAS, la reclasificación de los pacientes identificados está incluida con la realización de ayudas diagnósticas y atención clínica requerida, se aclara que la reclasificación corresponde al estadio actual de la enfermedad renal crónica y no a las patologías precursoras.

20. En el alcance de los términos de referencia (punto 1.3) se menciona: “Continúa con la implementación para cada uno de los tramos de la ruta de atención de acuerdo con las necesidades de los usuarios: nefroprotección, diálisis o Tratamiento Médico No Dialítico, y las actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria para el manejo, rehabilitación y cuidado paliativo dependiendo del estadio y/o terapia; incluye el manejo integral de las enfermedades precursoras y todas las tecnologías en salud: medicamentos, controles, ayudas diagnósticas, procedimientos, actividades educativas individuales y grupales, entre otros, tanto PBS como NO PBS”,. De lo anterior solicitamos aclarar:

a. Hay unos exámenes en la tabla 6 anexada “Frecuencia de Servicios de Laboratorio clínico, según estadio y terapia, por usuario/año” de los cuales no se incluyen los paraclínicos de las patologías de base. ¿Los paraclínicos /ayudas diagnósticas allí no especificadas NO se incluyen en la propuesta de manejo integral? Tales exámenes como: Gammagrafía de paratiroides, Ecocardiograma, Doppler de extremidades superiores, Biopsia renal y estudio anatomopatológico con microscopia electrónica, ANAS, ENAS, ANCAS, ecografía renal, Gammagrafía renal con DTPS y DMSA, monitoreos continuos de glucosa, Holter de presión arterial, Holter electrocardiográfico

R//: Dentro de la Tabla 6 se describieron las ayudas diagnósticas recomendadas por los referentes técnicos para los usuarios con Enfermedad renal crónica y precursoras (HTA y

DM), a excepción de la ecografía renal que se incluyó y costeo en la Nota Técnica. Las otras ayudas diagnósticas citadas en la pregunta están excluidas del contrato, por lo tanto se deben surtir los trámites administrativos pertinentes entre el prestador y el asegurador para su realización.

b. Como es un manejo integral de dicha población, las hospitalizaciones de los pacientes que se encuentran en el programa de nefroprotección, favor aclarar si cuando el paciente hospitalizado por descompensación de su patología de base, se debe incluir dentro del manejo integral. Un ejemplo de estas descompensaciones es: falla cardiaca descompensada, crisis hipertensiva, crisis hiperglicémica, evento agudo coronario, complicaciones por enfermedad arterial oclusiva crónica, entre otras. Favor aclarar el alcance de las hospitalizaciones y que población incluye dentro de la ruta renal.

R// En la obligación 32 se cita textualmente que “El prestador debe incluir el ámbito hospitalario, de los eventos relacionados con las complicaciones de los accesos vasculares para la administración de la diálisis y las complicaciones derivadas de la patología renal, que pueden ser evitadas con el manejo integral y oportuno de los usuarios de la cohorte”. En la Tabla 7 se describen los códigos CIE 10 de diagnósticos de egreso hospitalarios cuyos costos deben ser asumidos por el oferente dentro del presente contrato” aclarando las respectivas excepciones en usuarios que además de la ERC sean hospitalizados por descompensación de la Insuficiencia Cardiaca Congestiva (Falla Cardiaca), EPOC o anemia crónica no secundaria a la enfermedad renal; condiciones por las cuales los costos hospitalarios serían asumidos por la EPS.

c. Como es de su conocimiento las pacientes prediálisis tienen mejor respuesta a la vacunación, las guías dicen que se debe vacunar contra Hepatitis B antes de que ingresen a diálisis para mejorar respuesta. ¿Esta vacunación también está incluida en el paquete? Del mismo modo, ¿la vacuna contra el Neumococo en prediálisis o diálisis está incluida dentro de la atención integral o será asumido por la EPS?

R// Las vacunas mencionadas están incluidas en la RIAS por ser recomendaciones de manejo definidas en la Guía de Práctica Clínica.

d. La patología renal en muchas ocasiones requiere medicación/tratamiento de alto costo para el control de su enfermedad. Un ejemplo de estos medicamentos/tratamientos son: insulinas de última generación, Resin Calcio, Sevelamer, Cinacalcet, Paricalcitol, Mircera y flebotomías entre otros. ¿Estos medicamentos y los demás de alto costo, hacen parte del tratamiento integral del cual requiere el paciente? Favor aclarar cuáles medicamentos hacen parte de la ruta renal tanto PBS como NO PBS.

R/ Los medicamentos que hacen parte de la ruta renal, son los que están relacionados en el anexo denominado Tecnologías en Salud. Cualquier medicamento o tecnología no incluido en dicho anexo y relacionado con la enfermedad renal crónica y sus precursoras

Hipertensión arterial, Diabetes y el manejo de las comorbilidades asociadas al riesgo cardiovascular (dislipidemia, obesidad), deberá ser validado previamente en la mesa técnica conformada con la participación del prestador y la EPS.

e. En los casos en los que el paciente requiera tratamiento (farmacológico, no farmacológico, quirúrgico) que no esté incluido en la atención integral de la presente ruta renal, y que por ende requiere autorización, ¿si es paciente se complica a la espera de dicha solicitud, el manejo de esta complicación también está incluida dentro de la atención integral a pesar de los esfuerzos por conseguir el tratamiento? ¿será la EPS quien responda por estos costos? Un claro ejemplo de esto, son los pacientes en espera de Paratiroidectomía que hacen eventos coronarios o alteraciones osteomusculares con limitaciones funcionales avanzadas.

R/ La EPS asumirá y garantizará el acceso oportuno a los servicios y tecnologías que no están contemplados en la ruta. Es obligación del prestador la oportuna notificación de este requerimiento.

f. Los pacientes renales en muchas ocasiones por su alto catabolismo presentan desnutrición, la cual es agravada por su situación socioeconómica, por lo cual requieren módulos proteicos, ¿estos también están incluidos dentro del manejo integral?

R/ Sí, están contemplados dentro del anexo denominado Tecnologías en salud.

g. Es claro que algunos pacientes renales debido a su condición socioeconómica y cultural muchas veces no son adherentes al tratamiento; cuando un paciente se hospitaliza por complicaciones secundarias a su inadherencia documentada en la historia clínica por el grupo de apoyo y médico, y notificado a su EPS, ¿este costo es asumido por su EPS? Un ejemplo de estas inadherencias se ve reflejado en las bacteremias por catéteres por un cuidado inadecuado de los mismos (catéteres sucios, descubiertos, húmedos), ganancias Inter dialíticas altas, inasistencia a las sesiones programadas, inadherencia a la dieta establecida, mal soporte familiar con escaso red de apoyo documentado por trabajo social, entre otros. El solo caso de una endocarditis bacteriana secundaria a un mal uso del catéter con requerimiento de UCI, se llevaría el presupuesto de alrededor de 100 pacientes. ¿Estas complicaciones derivadas de la inadherencia NO están incluidas en el paquete de atención integral? Lo anterior teniendo en cuenta que por parte del prestador se soporta en la historia clínica las diferentes capacitaciones, educación y seguimiento para evitar la inadherencia por parte del paciente.

R/ Si luego de demostrar todas las estrategias adelantadas por el prestador para garantizar la adherencia al tratamiento, se evidencia la persistencia en la inaderencia por parte del usuario, el caso debe ser llevado a la mesa técnica conformada por el prestador y la EPS.

h. Los pacientes renales crónicos requieren manejo con acceso vascular definitivo, un mal cuidado del acceso vascular puede generar infecciones requiriendo múltiples cambios. ¿Estos cambios son asumidos por la EPS o hacen parte del manejo integral dentro de la ruta renal o hay un límite de cambios que hacen parte de la atención integral? A su vez, la complicación derivada de la creación de un acceso o la colocación de un catéter (Neumotórax, hemotórax, trombosis de una fístula, hematoma de la fístula, lesiones en cuello, signos de isquemia por robo de la fístula, edemas linfáticos, cierre de la fístula, infecciones) ¿son manejos que están incluidos en el programa de atención integral o serán asumidos por la EPS?

R/ Si luego de demostrar todas las estrategias adelantadas por el prestador para garantizar el cuidado del acceso vascular, se evidencia la presentación las complicaciones asociadas al mal cuidado del catéter, el caso debe ser llevado a la mesa técnica conformada por el prestador y la EPS.

i. Los pacientes renales crónicos por su patología presentan niveles bajos de hemoglobina que hace que requiera eritropoyetina y hierro sérico para su control, pero en los casos que el paciente requiera transfusión sanguínea, ¿estas están incluidas dentro de la atención integral o serán asumidas por las EPS?

R/ Están incluidas dentro de la atención integral de la ruta.

j. Con respecto al tramo de rehabilitación y cuidado paliativo es indispensable que se especifique claramente el alcance en el acompañamiento por equipo multidisciplinario, medicamentos, intervenciones e insumos que hacen o no hacen parte de la atención integral de la ruta renal.

R/ Las estrategias que se requieran para la rehabilitación y el cuidado paliativo, deberán ser implementadas por el prestador de acuerdo a la condición de salud del afiliado relacionada con la enfermedad renal crónica con un plan integral de atención.

21. En la proyección Poblacional (punto 1.4) en la tabla 2 “población actual y proyectada con ERC estadios 3,4 y 5 en Nefroprotección, diálisis y Tratamiento Médico No dialítico por Pool de Riesgo, Savía Salud EPS 2021 a 2023.” Se evidencia que año tras año hay un crecimiento cercano entre el 2.5 al 3.5% de la población. Al realizar una Re-caracterización exhaustiva de la población puede que la incidencia y prevalencia de dicho pool de riesgo pueda tener un aumento mayor; ¿el valor girado mes a mes según el pool de riesgo es por el número exacto de pacientes reportado en la tabla? en caso de que suceda que el aumento sea mucho mayor por parte de la EPS se girará un monto adicional?

R//: La estimación del crecimiento de la cohorte proyectada, se basó en el histórico de prevalencia dentro del reporte a la CAC entre los años 2015 y 2019 y la prevalencia esperada de ERC estadios 3, 4 y 5 en la cohorte de precursoras (HTA y DM), por tal razón no se espera que la población estimada en la RIAS supere lo descrito en la invitación. Ver Tabla 2. *Población actual y proyectada con ERC estadios 3, 4 y 5 en Nefroprotección, Diálisis y Tratamiento Médico No Dialítico por Pool de Riesgo, Savia Salud EPS 2021 a 2023.*

El valor fijo para reconocer mensualmente tiene en consideración la dinámica de la población del pool de riesgo, las frecuencias de la nota técnica y los ajustes por indicadores macroeconómicos en los diferentes años.

22. En el punto 3.1.2 “Tiempo de experiencia” se menciona “demostrar experiencia mínima de un año en el manejo de la enfermedad renal crónica con o sin terapia de reemplazo renal en cada una de las siguientes modalidades: nefroprotección, diálisis peritoneal, hemodiálisis y tratamiento médico no dialítico - tmnd, para lo cual deberán adjuntar copia de contratos previos, en ejecución, terminados y/o liquidados, o certificación expedida por el contratante”. De lo anterior, cabe resaltar que en la ESE Hospital La María por medio de outsourcing con diferentes prestadores, se ha atendido en la institución programas de diálisis y terapias agudas en UCE/UCI, hospitalización y seguimiento de patología renal en Consulta externa para evitar progresión en pacientes de SAVIA SALUD EPS; experiencia que demuestra que hemos prestado estos servicios a la aseguradora, ¿cumple con el requerimiento expuesto por la invitación?

R// Se reitera que la exigencia de la experiencia es una de las condiciones habilitantes para pasar a la fase dos, evaluación económica de la propuesta, tal como están establecidas en las condiciones expuestas en la invitación en el punto 3.1.2 “Tiempo de experiencia”. Es de aclarar que la experiencia puede ser acreditada por un prestador o cualquiera de los miembros del consorcio o unión temporal, si ésta es la forma de asociación para la presentación de la propuesta.

23. En el punto 3.1.3 “Propuesta técnica” se menciona “...LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS A REALIZAR POR EL PRESTADOR SERAN EJECUTADAS EN EL AMBITO INTRA Y EXTRAINSTITUCIONAL, MEDIANTE LAS MODALIDADES DE ATENCION DOMICILIARIA, TELESALUD, TELE ORIENTACION, CONSULTA PRESENCIAL, PROVISIÓN Y ENTREGA DE TECNOLOGIAS EN SALUD, TRANSPORTE ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL Y ALOJAMIENTO PARA EL USUARIO Y SU ACOMPAÑANTE SI ASI LO REQUIEREN”. Es indispensable aclarar para dentro del proceso de atención integral de la ruta renal, a que tramo/programa (nefroprotección, hemodiálisis, - diálisis peritoneal, rehabilitación, entre otros) de la ruta hace referencia o tiene incluido el transporte asistencial y no asistencial, del mismo modo que el alojamiento y si ambas son solo para el paciente o también el familiar/acompañante. Aclarar si, el transporte es solo de ida o también incluye el regreso, que tipo de transporte, incluye tanto terrestre, ¿cómo acuático y aéreo? ¿De la población que está en el pool de riesgo, ¿se tiene ya una caracterización de

la población que requiere este tipo de transporte especial? Favor anexar la caracterización y geo-referenciación de esta población.

R/ El transporte y el suministro de alojamiento, son los establecidos en la invitación en el punto 3.1.3 Propuesta técnica. El tipo de transporte y si requiere o no acompañante, lo define el prestador de acuerdo con la condición clínica del afiliado y las condiciones de ubicación del afiliado y de la unidad renal que lo atenderá. La nota técnica precisa la ubicación del paciente y frecuencias de traslado de los usuarios. Ver nota técnica.

24. En el punto 3.1.3.8 de la Propuesta técnica se menciona “PRESENTAR EL DOCUMENTO DE MODELO DE PRESTACIÓN PARA LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO DE NEFROPROTECCIÓN, HEMODIÁLISIS, DIÁLISIS PERITONEAL Y TRATAMIENTO MÉDICO NO DIALÍTICO...” En la reunión virtual del 30 de diciembre se expresó que la aseguradora brindará la información sobre la Ruta de atención Integral en Salud para la atención de la población del pool de riesgo, información indispensable para poder proponer un modelo de atención basado en las inclusiones/exclusiones de cada tramo de la ruta, los alcances de los tratamientos, la caracterización y geo-referenciación para poder establecer los modelos de atención con los primeros niveles, entre otros. ¿En qué tiempo se brindará dicha información para estructurar el modelo y dar cumplimiento a los tiempos establecidos de la invitación?

R/ Se adjunta nota técnica y los anexos publicados en la invitación correspondientes a la ruta de atención, de tal forma que el prestador interesado, proyecte el modelo de prestación a presentar en la propuesta.

25. En la reunión sostenida el 30 de diciembre, se comprometieron en enviar la ficha técnica del programa. ¿En qué fecha será entregada esta para dar cumplimiento a los tiempos establecidos de la invitación?

R/ Se adjunta nota técnica y los anexos publicados en la invitación correspondientes a la ruta de atención, de tal forma que el prestador interesado, proyecte el modelo de prestación a presentar en la propuesta.

26. ¿De los pacientes que tienen tutelas vigentes relacionadas con patología renal en SAVIA SALUD EPS, ¿estas continuarán siendo manejadas por la aseguradora o entrarán al manejo integral con el presupuesto establecido por el programa de la ruta renal? Si entra dentro del presupuesto del programa de atención integral, favor hacer una caracterización de dichos pacientes e indicar en que va el proceso de cada uno.

R/ Sí, están incluidas y se tuvieron en consideración en los costos de la ruta. Una vez seleccionado el prestador, se le entregará la información relacionada con los fallos de tutela.

27. En la propuesta no se define un canal donde se tenga una comunicación efectiva y eficiente con la EPS. ¿Este canal está definido? Si es así, ¿cuál es?

R/ Los canales establecidos para cualquier comunicación con la EPS, están establecidos con el líder de la ruta y el supervisor del contrato, datos que se suministrarán a los prestadores seleccionados.

28. En el documento invitación 2004 en el punto: CAPÍTULO I - INFORMACIÓN GENERAL punto 1.3 “Tratamiento Médico no dialítico” estamos hablando de controles médicos o que otros servicios. Solicitamos amablemente especificar servicios integrales, procedimientos, y medicamentos NO PBS.

R// El tratamiento médico no dialítico es una modalidad de terapia de reemplazo renal que incluye la valoración mensual por un equipo multidisciplinario que incluye Nefrología, seguimiento con laboratorio clínico y administración de tecnologías en salud para el manejo de la enfermedad renal y sus complicaciones.

29. Solicitamos amablemente detallar el anexo técnico de medicamentos en el cual se limite los medicamentos a la patología renal crónica

R// Ver anexo de Tecnologías en salud que se adjunta a esta respuesta.

30. Solicitamos amablemente excluir medicamentos NO PBS de la lista de medicamentos.

R//. No se puede aceptar esta solicitud, tomando en cuenta que un porcentaje del pago del PGP se contempla para el reconocimiento de este tipo de tecnologías, además de haber sido consideradas en la construcción de la nota técnica.

31. En el punto 3.1 REQUISITOS TECNICOS. 3.1.1 HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Los interesados deberán presentar constancia de autoevaluación de acuerdo con la norma que reglamente el sistema único de habilitación vigente, donde estén registrados los servicios ofertados para la presente invitación.

Queremos aclarar que se aportaría la última constancia de autoevaluación, expedida por la Secretaría de Salud de acuerdo a lo establecido en la transición de la nueva norma de Habilitación Resolución 3100 / 19.

R// Se acepta la constancia de autoevaluación expedida por la Secretaría de Salud.

32. En la Tabla 4. Tabla de servicios con los que debe contar el oferente

Frente a la nueva norma de Habilitación aclaro que existe servicios como:

HOSPITALIZACIÓN, DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO*, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, CONSULTA PRIORITARIA, VACUNACIÓN, SERVICIO DE URGENCIA, FISIOTERAPIA, IMAGENOLOGÍA.

Queremos aclarar si estos los prestará ustedes con la red de IPS de su RED soportado en el modelo de redes integrales de salud o ustedes considera que las IPS que oferta deben subcontratar estos servicios y si esta figura se podría interpretar como intermediación tal como la circular 066 de la SNS lo establece como una práctica no aceptada.

R// Los servicios detallados en la Tabla 4 deben estar disponibles durante la vigencia del contrato y en caso de no poder prestarse de forma directa, estos deben ser acreditados mediante carta de intención o copia del contrato, adjuntando en ambos casos, los certificados de habilitación de la Institución que prestará los servicios ofertados.

Las Circulares Externas 066 y 067 de 2010, señalan que los prestadores de servicios de salud pueden en forma individual prestar los servicios de salud que oferten o hacerlo con terceros mediante las figuras de asociación o alianzas estratégicas con otros operadores privados o públicos, siempre y cuando, éste no se cuente con la habilitación del servicio, puesto que, en dicho caso, si se configura una subcontratación, prohibida en este tipo de contratos.

33. En el documento de invitación 2004 en el punto 3.1.3 PROPUESTA TÉCNICA, a la letra establece: “ Las actividades, intervenciones y procedimientos a realizar por el prestador serán ejecutadas en el ámbito intra y extrainstitucional, mediante las modalidades de atención domiciliaria” ; es importante aclarar que a la luz de la norma de Habilitación anterior y en la nueva , no se contempla dentro de los servicios habilitados la modalidad de atención domiciliaria lo que se contempla dentro del servicio de diálisis habilitado para la terapia de Diálisis Peritoneal dentro de sus actividades de este programa es la visita domiciliaria que es diferente a la atención domiciliaria .

R//: La modalidad de atención domiciliaria se propone para las actividades a que haya lugar en este tipo de atenciones, esto está soportado en la Resolución 521 de 2020 que propone modalidades de atención extramurales para soportar la emergencia sanitaria por Covid-19.

34. En el punto 3.1.3 PROPUESTA TÉCNICA, de igual contempla bajo estas modalidades la telemedicina; queremos solicitar aclarar con la nueva norma de Habilitación (Resolución 3100/19), para el servicio de Diálisis aplicable la telemedicina categoría tele experticia sincrónica, existe viabilidad en los sitios donde no hay presencia de RTS poder contar de su Red de IPS como IPS Remisora y ser RTS con su red como prestador de referencia.

R//: Es viable, siempre y cuando exista un contrato entre la IPS Remisora y el prestador de referencia.

35. Unido a la pregunta anterior que servicios ustedes contemplan en esta oferta bajo la modalidad de telemedicina de acuerdo a la luz de la norma de Habilitación.

R//: Dentro de las actividades de la telemedicina habilitadas, se puede incluir telemonitoreo, tele experticia con la salvedad de la habilitación del centro remitir y centro de referencia, la no interactiva y la interactiva como la expresión máxima de telemedicina.

36. En el punto 3.1.3 PROPUESTA TÉCNICA, que a la letra establece “El oferente debe contar con un modelo de atención multidisciplinaria, que incluya actividades de promoción y prevención enfocadas en educación a usuarios y red de apoyo en el cuidado renal y enfermedades precursoras en todos los tramos de la RIAS”. Teniendo en cuenta lo que la norma establece de los modelos integrales de Salud y los tramos de los RIAS; en donde participan las IPS primarias y las complementarias de acuerdo a los servicios habilitados; queremos interpretar adecuadamente que los servicios de alcance para RTS son los servicios habilitados y contemplados en la Tabla 3. Tabla de servicios con los que debe contar el oferente y los contemplados por interdependencia; esto quiere decir que los demás como los que están en la tabla 4 sería las IPS que se contraten como servicios complementarios que están habilitados. De igual forma no es claro la habilitación de las Redes Integrales a partir de lo establecido en la Resolución 1441 del 2016; de competencia de las EPS y las DTS; por ello queremos tener claridad sobre el cumplimiento de este punto.

R//: En primer lugar, aclaramos que los servicios indicados en la tabla No. 3 deben ser habilitados directamente por el prestador, y los que se indican en la tabla No. 4 son los servicios disponibles y habilitados por el prestador o un tercero con el cual se debe tener una carta de intención para la presentación de la propuesta. Adicional a lo anterior, aclara que la invitación es coherente con la Resolución 1441 de 2016 en cuanto responde al concepto de Rutas Integrales de Atención y Redes Integrales de Servicios de Salud de los numerales 3.6 y 3.7 de la mencionada resolución.

37. En el punto 3.1.3 PROPUESTA TÉCNICA, que a la letra establece “3.1.3.6 El proponente debe relacionar las sedes inscritas con las que cuenta para prestar la atención por Pool de riesgo ofertado, para lo cual debe anexar el certificado de habilitación, detallado por departamento y municipio”

Se aclara de acuerdo a la resolución 2003 /2014, el Certificado de habilitación es el soporte si la IPS recibió visita de la DTS y cumplió los requisitos de Habilitación, si no ha sido visitado por este Organismo de vigilancia y control se puede anexar una carta del Representante legal que soporta que no ha sido visitado, lo cual no depende de la IPS . Solicitamos nos indiquen que documentos suplirían el certificado de habilitación en el caso que no se haya recibido visita.

R//: Se aclara que se debe adjuntar la constancia de autoevaluación expedida por la Secretaría de Salud.

38. En el caso que la IPS renal cuente con infraestructura creada para atención de pacientes y en el momento no se encuentre habilitada actualizada. ¿Es factible dar un plazo de tiempo para actualizar la habilitación de este?

R//: No, debe presentarse la constancia de habilitación vigente al momento de presentar la propuesta.

39. Solicitamos amablemente analizar la factibilidad de poder temporalmente atender pacientes en horarios diferentes a los requeridos, mientras la IPS seleccionada reacondiciona su infraestructura para atención en turnos diurnos

R//: Se reitera la condición habilitante en relación con la disponibilidad de capacidad de sillas de diálisis en los turnos diurnos.

40. Según lo indicación en el ANEXO 3 CONDICIONES JURIDICAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS punto 32 que indica: El prestador debe incluir el ámbito hospitalario, de los eventos relacionados con las complicaciones de los accesos vasculares para la administración de la diálisis y las complicaciones derivadas de la patología renal, que pueden ser evitadas con el manejo integral y oportuno de los usuarios de la cohorte. Se describen a continuación los códigos CIE 10 de diagnósticos de egreso hospitalarios cuyos costos deben ser asumidos por el oferente dentro del presente contrato. Ver Tabla 7. Para lo cual, el oferente debe...

Solicitamos completar el texto de este punto ya que según la lectura parece quedó incompleto.

R/ Se trata de un error de redacción por lo que se suprime: “Para lo cual, el oferente debe”

41. Según lo indicado en el ANEXO 3 CONDICIONES JURIDICAS Tabla 7. Listado de diagnósticos de egreso con codificación CIE10 de eventos hospitalarios relacionados con patología renal y sus complicaciones, incluidos en el contrato. Solicitamos se acote el listado de códigos únicamente a los que estén relacionados con la enfermedad renal y la terapia dialítica. Ya que son muy generales y la población en terapia dialítica tienen múltiples patologías.

R//: En la Tabla 7 se describen los códigos CIE 10 de diagnósticos de egreso hospitalarios cuyos costos deben ser asumidos por el oferente dentro del presente contrato, aclarando las respectivas excepciones en usuarios que además de la ERC sean hospitalizados por descompensación de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (Falla Cardíaca), EPOC o anemia crónica no secundaria a la enfermedad renal; condiciones por las cuales los costos hospitalarios serían asumidos por la EPS.

42. Solicitamos amablemente nos allegue el listado de medicamentos incluidos en la atención de los pacientes en el programa de nefroprotección que deben estar relacionados estrictamente con la enfermedad renal crónica.

Teniendo en cuenta que si existen patologías reumatológicas cuyos medicamentos consideramos que deben ser excluidos del paquete de nefroprotección. Ya que no hacen parte del paquete clásico de nefroprotección sino de un paciente agudo con una complicación renal por una enfermedad reumatológica.

R//: Se adjunta anexo de Tecnologías en Salud. Además se aclara que en la Ruta se contemplaron los medicamentos relacionados con el control de la Enfermedad Renal Crónica, sus complicaciones y patologías precursoras (Hipertensión arterial, Diabetes y el manejo de las comorbilidades asociadas al riesgo cardiovascular (dislipidemia, obesidad). No se incluyeron los medicamentos relacionados con las enfermedades reumatológicas.

43. Según la tabla 6. Frecuencia de Servicios de Laboratorio clínico, según estadio y terapia, por usuario/año.

Solicitamos que para los pacientes en nefroprotección y diálisis los laboratorios y frecuencia de estricto cumplimiento sean los establecidos por la cuenta de alto costo, para los demás laboratorios y frecuencias solicitados en la licitación sean realizados según criterio médico.

R//: Las frecuencias de uso descritas en la Tabla 6 corresponden a las recomendaciones definidas por referentes técnicos (Guía de Práctica Clínica de MinSalud y Consenso de indicadores de la CAC y de la Asociación Colombiana de Nefrología), y se presentaron en la invitación como referencia; éstas pueden ser modificadas según criterio médico, respetando en todo caso las frecuencias mínimas normativas vigentes aplicables a la cohorte, las cuales podrán variar durante la ejecución del contrato dependiendo de las necesidades de los usuarios.

44. Solicitamos amablemente indicarnos el listado de medicamentos NO PBS contemplado para los pacientes del presente proceso. Al igual que los costos mensuales estimados y el número de pacientes con el uso de estos.

Adicionalmente solicitamos indicarnos el porcentaje de pacientes con el uso de medicamentos antidiabéticos.

R//: Se adjunta anexo de Tecnologías en Salud PBS y NO PBS que fueron consideradas en el costo de la Ruta. Adicional a lo anterior, en el anexo de la base de datos por pool de riesgo está identificada la población con diagnóstico de diabetes.

45. Según la Tabla 8. Estimación del valor por Pool de riesgo correspondientes a la RIAS de Enfermedad Renal Crónica.

Solicitamos amablemente indicarnos cual va a ser el incremento de tarifas anual. Teniendo el ingreso de pacientes e incremento de costos año a año.

R// El valor fijo calculado para la RIAS contempla un crecimiento de la población y un crecimiento del valor mensual por corrección monetaria (IPC 3% para años venideros), llevado a un valor único para los 36 meses.

46. Solicitamos amablemente indicarnos el mecanismo o instancia en el que se revisen los casos de hospitalización por complicaciones de los accesos vasculares y las complicaciones derivadas de la patología renal. Con el fin de definir la responsabilidad contractual.

R//: Las partes de común acuerdo establecerán la conformación de la mesa técnica, que analizará los casos de hospitalización.

47. Según la indicación en el ANEXO 3 CONDICIONES JURIDICAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS punto 30) Coordinar en conjunto con el prestador primario que las afiliadas en edad fértil reciban asesoría en planificación familiar y acceso al método anticonceptivo, así como asesoría preconcepcional en caso de requerirse. 31) Realizar las acciones de vigilancia epidemiológica en relación con la Pandemia Covid -19, lo que incluye definir un enlace, seguimiento a usuarios y toma de pruebas de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y reporte de la información en los aplicativos definidos por los entes de control o por la EPS.

Solicitamos aclarar si la toma de pruebas de Covid-19 será responsabilidad de la IPS Renal.

R// En la audiencia realizada el 30 de diciembre de 2020, se informó que estaba incluida la toma de muestra para Covid -19, tal como se describe en la obligación específica N° 31, teniendo en cuenta los Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (Covid-19) en Colombia, donde refieren lo siguiente: EAPB, IPS fijas y de atención domiciliaria, medicina prepagada, secretarías de salud departamentales y distritales, y administradoras de regímenes especiales y de excepción -, deben garantizar la toma de muestra, dado anterior, se realiza la validación en la nota técnica evidenciando la no inclusión de los costos de esta actividad. Por tanto, se modifica y aclara que la toma de la muestra es responsabilidad de la EPS.

48. Según el punto 3.2 REQUISITOS FINANCIEROS

Por lo que se indica en los puntos 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 y 3.2.4 solicitamos replantear los indicadores financieros, siendo concordantes con los índices manejados en las empresas del sector de servicios y con el fin de dar mayor participación a los posibles oferentes, lo anterior teniendo en cuenta que la información en general es reportada a la Superintendencia de Salud.

Ya que la situación de las Instituciones Prestadoras Servicios - IPS es distinta puesto que estas se ven afectadas en su nivel de endeudamiento por sus clientes, entre ellos, los Administradores de planes de beneficio APB y las EPS, quienes en promedio tienen un porcentaje de endeudamiento del 88,1% en el régimen contributivo y un 116,2% en el régimen subsidiado. Lo anterior indica que si ponderamos estos dos regímenes existe un 102,1% de nivel de endeudamiento, reflejando la realidad de este indicador financiero en el sector salud.

Ahora, es de anotar que si bien dentro del sector real descrito, se encuentran los mayores índices de endeudamiento en el país, la Superintendencia de Salud, han determinado que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben cumplir con estándares técnicos, financieros y organizacionales que permitan dar seguridad a quienes contratan con los mismos, mediante documentos y procedimiento que acrediten esta calidad. Sobre este asunto, el Estándar de Suficiencia Patrimonial, es uno de los elementos que se evalúan y a través del cual se da cuenta de que la Entidades del sector salud, pueden cumplir con las obligaciones laborales y mercantiles, así como los otros estándares que son analizados y que no pueden dejarse a un lado, los cuales son fundamentales y determinantes para contratar con una IPS en el sector salud, razón por la cual los invitamos a verificar lo expuesto en el Anexo Técnico 2 – Manual Único de Procedimientos de habilitación, .31 INSTRUCCIONES DE VERIFICACION DE LAS CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA

Por lo cual sugerimos que cualquier definición en materia de indicadores financieros o de optarse por fuentes documentales o de cualquier otro tipo, sean tomados como base los documentos y estudios que generan las entidades de control y vigilancia del sector salud, tales como la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección.

Dado lo anterior sugerimos respetuosamente los siguientes indicadores acordes al manejo del sector:

Solicitamos reconsiderar los porcentajes de los siguientes indicadores y que estos sean los únicos tenidos en cuenta para la evaluación financiera.

Patrimonio

Superior al 1.5 veces el valor contratado

Razón de endeudamiento

Menor o igual del 94%

Índice de liquidez

Superior o igual al 0,9

R/ De acuerdo a la solicitud presentada y tomando en consideración las razones expuestas se modifican los indicadores así:

Patrimonio: No se modifica, se debe acreditar un Patrimonio igual o superior a 1.5 veces el valor de la contratación mensual.

Endeudamiento: El proponente deberá demostrar que su endeudamiento menor o igual al 90%.

Liquidez: El proponente debe certificar una liquidez igual o superior a 0.9.

49. Según lo indicación en el ANEXO 3 CONDICIONES JURÍDICAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS: Abstenerse de cobrar a los afiliados copagos, cuotas moderadoras y de recuperación, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 260 de 2004, según el cual, “los pacientes que presenten una enfermedad catastrófica o de alto costo están exentos tanto de copagos como de la cancelación de cuotas moderadoras durante su tratamiento” y en aplicación de las Sentencias T-399 de 2017 y T-402/18 de la Corte Constitucional, que exoneran de pago de copagos y cuotas moderadoras a los pacientes por Enfermedades Huérfanas.

Solicitamos amablemente aclarar si con el Decreto 3047/2013 “Movilidad entre Regímenes”, si también aplica el no cobro de cuota moderadora para los del Régimen Contributivo.

R/ Si, aplica tanto para el régimen subsidiado, como contributivo por movilidad, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 260 de 2004, según el cual, “los pacientes que presenten una enfermedad catastrófica o de alto costo están exentos tanto de copagos como de la cancelación de cuotas moderadoras durante su tratamiento”.

50. Según lo indicación en el ANEXO 3 FORMA DE PAGO: PAGO GLOBAL PROSPECTIVO. LA CONTRATANTE pagará a LA CONTRATISTA el 96% del valor estimado mensual del paquete, equivalente a xxxxx PESOS M/L (\$xxxx), de manera anticipada, sujeto a la presentación de la respectiva factura. PARAGRAFO: EL 4% restante corresponde a un valor variable para la prestación de las tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud, el cual se ajustará trimestralmente de acuerdo con la ejecución, respetando el techo acordado

Solicitamos amablemente aclarar, si es PAGO GLOBAL PROSPECTIVO, tendiendo al ahorro de papel, si se deben radicar soportes digitalizados con desmaterialización parcial o total

R//: Se presenta una sola factura electrónica con el valor pactado en el contrato y de acuerdo con lo aquí indicado. El primer mes se presenta solo la factura electrónica, a partir del segundo mes y en adelante se debe presentar la factura electrónica junto con el

soporte de radicación de RIPS de atenciones realizadas el mes anterior en la plataforma que la EPS indique para tal fin.

51. Según lo indicación en el ANEXO 3 RADICACION: LA CONTRATISTA deberá presentar la factura electrónica de servicios, diligenciada en físico y detallada en medio magnético, con los soportes establecidos en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Salud y la Protección Social. Igualmente, remitirá los RIPS adecuadamente diligenciados y procesados, garantizando consistencia y calidad de los registros, así como de los reportes estadísticos acordados entre las partes, a través de los mecanismos de recepción estipulados por la contratante. La facturación de medicamentos deberá ajustarse al Código Único Nacional de Medicamentos – “CUM” adoptado por el Ministerio de la Protección Social, y exigido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos mediante la Circular 04 de 2006, modificada por la Circular 01 de 2007, y demás normas vigentes que las modifiquen, aclaren, adicionen o sustituyan.

Solicitamos amablemente aclarar si es factura por paciente o multiusuarios y/o multipacientes.

R/ Es una sola factura, el primer mes se debe presentar de acuerdo con el valor establecido en el contrato, el segundo mes y en adelante, deben anexar los respectivos RIPS. Se aclara igualmente que la factura no debe presentarse de manera física.

En relación con la facturación de lo NO PBS por evento se aclara que ésta debe presentarse de manera individual y por facturación electrónica, de manera que se pueda incluir en el análisis de la EPS para la presentación ante el Ministerio de los presupuestos máximos.

52. Según lo indicación en el ANEXO 3 RADICACIÓN PARÁGRAFO PRIMERO: Teniendo en cuenta que para esta modalidad de contratación, los soportes que se adjuntan corresponden a los del mes anterior, la primera factura se remitirá sin soportes y la obligación iniciará a partir del segundo mes de prestación de los servicios contratados.

Solicitamos amablemente aclarar si por la modalidad de contratación los soportes a anexar en la segunda factura corresponden a los del mes anterior al igual que los RIPS.

R//: Sí, es correcto.

53. Según lo indicado en el ANEXO 3 RADICACIÓN PARÁGRAFO TERCERO. PRESENTACIÓN. La presentación de las facturas se deberá realizar en la forma, medio, lugar y fechas límite. Las partes acuerdan que los servicios prestados en cumplimiento del presente contrato deberán ser facturados y presentada la facturación en un plazo máximo de seis (6) meses, de acuerdo con la normativa vigente sobre el tema.

¿Solicitamos amablemente aclarar hasta qué fecha se debe radicar la factura o facturas bajo la modalidad del pago global prospectivo?

¿Adicionalmente indicarnos si ya se encuentran operando en facturación electrónica?

R//: La factura del PGP se debe presentar dentro de los 10 primeros días calendario mes.

En relación con la facturación correspondiente a lo NO PBS se debe presentar máximo al 23 día calendario mes, y no debe superar los 6 meses después de haber prestado el servicio.

La EPS desde el año 2019 se encuentra habilitada en facturación electrónica.

54. Solicitamos amablemente indicarnos cómo será el proceso y tiempos de autorización de los pacientes a atender

R/ Ni en la modalidad de PGP (Presupuesto Global Prospectivo), ni en lo No PBS se requerirá autorización previa para la prestación de los servicios contenidos en la ruta.

55. Según documento de invitación 004 CAPÍTULO VI DOCUMENTACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN punto 6.1.11 Registro Único de Proponentes

Solicitamos se tenga en cuenta que la inscripción en el RUP no será necesaria cuando se trate de contratación directa; contratos para la prestación de servicios de salud; contratos cuyo valor no supere el diez por ciento (10%) de la menor cuantía de la respectiva entidad; enajenación de bienes del Estado; contratos que tengan por objeto la adquisición de productos de origen o destinación agropecuaria que se ofrezcan en bolsas de productos legalmente constituidas; los actos y contratos que tengan por objeto directo las actividades comerciales e industriales propias de las empresas industriales y comerciales del Estado y las sociedades de economía mixta y los contratos de concesión de cualquier índole (Inciso 2° del artículo 6 de la Ley 1150 de 2007.

R/ De acuerdo con la observación. Se retira el requisito de presentación del RUP, teniendo en cuenta el tipo de contrato a celebrar.

56. En el caso de un paciente hospitalizado que requiera un servicio adicional que no esté contemplado como inherente a la terapia dialítica o que no esté relacionado con complicación de la terapia y la entidad hospitalaria no tenga relación contractual con Savia salud.

¿Cómo se manejaría el proceso de autorización y pago para la realización del servicio requerido?

R/ Si un paciente en terapia de reemplazo renal se encuentra hospitalizado en una institución y presenta una complicación no inherente a la terapia o al procedimiento de diálisis y la institución en la que se encuentra no tiene contratado con SAVIA SALUD el servicio o no cuenta con él, se debe realizar el proceso de referencia y contrarreferencia de acuerdo con la Resolución 3047 de 2008 y decreto 4747 de 2007 y sus respectivos anexos. El correo dispuesto para esta gestión es notificaciones@saviaregulador.com

57. Previa socialización y educación de las IPS aliadas, solicitamos que las terapias de reemplazo renal realizadas a pacientes en hospitalización que estén fuera de las IPS hospitalarias aliadas sean excluidas de la responsabilidad de la IPS renal.

R//: En la Tabla 7 de la invitación se describen los códigos CIE 10 de diagnósticos de egreso hospitalarios cuyos costos deben ser asumidos por el oferente dentro del presente contrato, independiente de la institución donde se hospitalice el usuario, aclarando las respectivas excepciones en usuarios que además de la ERC sean hospitalizados por descompensación de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (Falla Cardíaca), EPOC o anemia crónica no secundaria a la enfermedad renal; condiciones por las cuales los costos hospitalarios serían asumidos por la EPS. Si la causal de hospitalización no está descrita en la Tabla 7, los costos de la prestación hospitalaria incluyendo la terapia de reemplazo renal, serán asumidos por la EPS y brindados en la red prestadora según los procesos definidos por el Centro Regulador.

58. Según documento de invitación 2004 en la Tabla 6. Frecuencia de Servicios de Laboratorio clínico, según estadio y terapia, por usuario/año en el listado de exámenes. Se establece el COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD LDL ENZIMÁTICO y COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD LDL INMUNOLOGICO DIRECTO

Solicitamos establecer la determinación de LDL sea establecida bajo una sola modalidad o la que el prestador considere factible.

R//: La medición del Colesterol LDL puede ser realizada por la técnica que el prestador considere factible según criterio del médico tratante.

59. Según documento de invitación 2004 en la Tabla 6. Frecuencia de Servicios de Laboratorio clínico, según estadio y terapia, por usuario/año en el listado de exámenes.

Solicitamos que la prueba de UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA se realice de acuerdo a criterio médico y no con frecuencia fija.

R//: Las frecuencias de uso descritas en la Tabla 6 corresponden a las recomendaciones definidas por referentes técnicos (Guía de Práctica Clínica de MinSalud y Consenso de indicadores de la CAC y de la Asociación Colombiana de Nefrología), y se presentaron en la invitación como referencia; éstas pueden ser modificadas según criterio médico y de acuerdo a condiciones del usuario, respetando en todo caso las frecuencias mínimas

normativas vigentes aplicables a la cohorte, las cuales podrán variar durante la ejecución del contrato dependiendo de las necesidades de los usuarios.

60. Según documento de invitación 2004 en la Tabla 6. Frecuencia de Servicios de Laboratorio clínico, según estadio y terapia, por usuario/año en el listado de exámenes.

Solicitamos que la realización TRANSFERRINA se realice bajo criterio médico.

R//: Las frecuencias de uso descritas en la Tabla 6 corresponden a las recomendaciones definidas por referentes técnicos (Guía de Práctica Clínica de MinSalud y Consenso de indicadores de la CAC y de la Asociación Colombiana de Nefrología), y se presentaron en la invitación como referencia; éstas pueden ser modificadas según criterio médico y condiciones del usuario, respetando en todo caso las frecuencias mínimas normativas vigentes aplicables a la cohorte, las cuales podrán variar durante la ejecución del contrato dependiendo de las necesidades de los usuarios.

61. Solicitamos amablemente que se contemple que la prueba COOMBS DIRECTO debería ser a criterio médico.

R//: Las frecuencias de uso descritas en la Tabla 6 corresponden a las recomendaciones definidas por referentes técnicos (Guía de Práctica Clínica de MinSalud y Consenso de indicadores de la CAC y de la Asociación Colombiana de Nefrología), y se presentaron en la invitación como referencia; éstas pueden ser modificadas según criterio médico y condiciones del usuario, respetando en todo caso las frecuencias mínimas normativas vigentes aplicables a la cohorte, las cuales podrán variar durante la ejecución del contrato dependiendo de las necesidades de los usuarios

62. Solicitamos amablemente aclarar si el indicador de pacientes con FAV superior al 90% es ajustado como lo indica los criterios de la cuenta de alto costo

R//: Si, la meta de dicho indicador está definida según los lineamientos de la Cuenta de Alto Costo.

63. En el numeral 3.1.3 PROPUESTA TÉCNICA, se indica que los servicios a prestarse por el oferente incluyen el transporte asistencial y no asistencial y alojamiento para el usuario y su acompañante si así lo requieren. Solicitamos de la manera más respetuosa eliminar este requisito dentro de las condiciones exigidas al proponente, por las siguientes razones:

(i) Los oferentes son IPS renales, no son entidades prestadoras del servicio de transporte, razón por la cual no se encuentran habilitadas por la Secretaría de Salud correspondiente para prestar servicio de transporte en ambulancia, ni mucho menos por Ministerio de Transporte para prestar los servicios del transporte especial de pasajeros en la modalidad de pacientes. En este sentido, al no contar

un oferente para la contratación de este servicio, no habría fundamento legal que soporte el ofrecimiento ni mucho menos la prestación de este tipo de servicios.

R// El objeto de esta invitación es “Prestar servicios integrales de salud a la población de SAVIA SALUD EPS con enfermedad renal crónica estadios 3, 4, 5 en nefroprotección, diálisis o Tratamiento Médico No Dialítico, ubicados en el departamento de Antioquia y por fuera de éste en condición de portabilidad, por medio de una Ruta Integral de Atención en Salud.”

El transporte diferente a ambulancia es un servicio complementario de salud, incluido en la financiación con recursos de salud, tanto PBS para municipios con prima de dispersión (Resolución 2503 de 2020), como No PBS que puede ser prescrito por plataforma Mipres, a criterio del profesional tratante; por tanto, el costo de ese servicio que actualmente se presta en la EPS, se incluye en el valor a pagar al prestador en el contrato de PGP. Si bien este no es un servicio habilitable, si puede ser contratado como un servicio complementario a la prestación de los servicios de salud que puede ser tercerizado.

Adicionalmente el transporte asistencial es un servicio habilitable, incluido en el PBS que debe de estar disponible directamente o por otro prestador.

64. (ii) En segundo lugar, el transporte a los pacientes para acudir a sus terapias o tratamientos médicos debe darse únicamente en casos excepcionales y en ningún caso debe ser una obligación que asuma la IPS tratante, pues esto iría en contra de la jurisprudencia constitucional cuya línea es pacífica sobre este asunto:

Lo solicitado es no está acorde con lo indicado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en virtud de la cual, la obligación trasladada está a cargo del paciente, de su familia, o en su defecto de la EPS o entidad responsable del aseguramiento, pero nunca a cargo de la IPS, por cuanto la misma no constituye una prestación médica, sino un prestación económica a cargo de la entidad responsable del aseguramiento y acceso al servicio de salud, en los términos indicados en las Sentencia 149 de 2011, Sentencia 212 de 2011 y Sentencia 769 de 2009, como se indica a continuación:

Sentencia 212 de 2011: “Si bien el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no son servicios médicos, hay ciertos casos en los que el acceso efectivo al servicio de salud depende de que el paciente pueda desplazarse hacia los lugares donde le será prestada la atención médica que requiere, desplazamiento que, en ocasiones, debe ser financiado porque el paciente no cuenta con los recursos económicos para acceder a él. De hecho, la jurisprudencia constitucional, basándose en la regulación existente al respecto, ha señalado que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía. De este modo, se ha establecido que la obligación de asumir el transporte de una persona se trasladará a las EPS únicamente en los eventos donde se acredite que “(i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la

integridad física o el estado de salud del usuario”. Adicionalmente, no sólo se ha garantizado el derecho al transporte y a otros costos que supone el desplazamiento a otro lugar distinto a aquel de residencia, para acceder a un servicio de salud requerido. También se ha garantizado la posibilidad de que se brinden los medios de transporte y traslado a un acompañante cuando este es necesario. La regla jurisprudencial aplicable para la procedencia del amparo constitucional respecto a la financiación del traslado del acompañante ha sido definida en los siguientes términos, “(i) el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, (ii) requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y (iii) ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado.” Así pues, toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder a los servicios de salud que requiere con necesidad, cuando éstas implican el desplazamiento a un lugar distinto al de su residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado. Tiene derecho, además, a que se costee el traslado de un acompañante, si su presencia y soporte se requiere para poder acceder al servicio de salud. Para que el paciente tenga derecho a que la EPS cubra los gastos de transporte y estadía que sean necesarios para que pueda recibir los servicios médicos que necesita, se requiere que el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas y también que ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado”

Sumado a ello, a través de Concepto No. 80847 del 23 de fecha abril de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, se establecen las responsabilidades de los prestadores de servicios de salud, de la siguiente forma:

“(…) la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud estará determinada por los servicios de salud que efectivamente haya declarado y habilitado de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 del mismo año y sus anexos técnicos y en este sentido un prestador de servicios de salud no será responsable administrativa o legalmente de asumir la prestación de servicios diferentes o que excedan a los declarados.”

(iii) En razón de todo lo mencionado, los pliegos deben circunscribirse a solicitar a los oferentes la presentación de propuestas que estén directamente relacionadas con su capacidad declarada, ya que de lo contrario, el hecho de incluir un servicio que no es parte del objeto contractual de los posibles oferentes, constituye a la luz de lo establecido en el artículo 50 del Decreto 2153 de 1992, un acto contrario a la libre competencia, como reza “ “Los que tengan por objeto o tengan como efecto subordinar el suministro de un producto a la aceptación de obligaciones adicionales, que por su naturaleza no constituirían el objeto del negocio, sin perjuicio de lo establecido por otras disposiciones”.

En este sentido, de la manera más respetuosa solicitamos que se elimine el requisito de prestar el servicio de transporte a los pacientes que serán atendidos en el marco del contrato a adjudicarse.

R// El transporte diferente a ambulancia, es un servicio complementario de salud, incluido en la financiación con recursos de salud, tanto PBS para municipios con prima de dispersión (Resolución 2503 de 2020), como No PBS que puede ser prescrito por plataforma Mipres, a criterio del profesional tratante; por tanto, el costo de ese servicio que actualmente se presta en la EPS, se incluye en el valor a pagar al prestador en el contrato de PGP. Si bien este no es un servicio habilitable, si puede ser contratado como un servicio complementario a la prestación de los servicios de salud que puede ser tercerizado.

Adicionalmente el transporte asistencial es un servicio habilitable, incluido en el PBS que, sí debe de estar disponible directamente o por otro prestador.

65. En el numeral 3.1.3.6 se indica que el oferente debe tener disponibilidad de 94 sillas en Medellín y 84 en el resto de Antioquia. Solicitamos modificar este punto, toda vez que más allá de la capacidad instalada lo relevante es la capacidad disponible del prestador para atender a los pacientes de Savía Salud EPS; es decir el requerimiento debe enfocarse en la posibilidad de atender a los pacientes prevalentes afiliados a la EPS y tener una disponibilidad adicional disponible, determinada con criterios objetivos, para atender la incidencia durante la ejecución del contrato.

R/ El número de sillas estimadas por POOL de Riesgo, corresponde a las requeridas para garantizar la atención de los usuarios que actualmente se encuentran en hemodiálisis, en los turnos diurnos, lo cual garantiza la dosis adecuada y calidad de la diálisis y el acompañamiento médico especializado durante la administración de la terapia.

66. Solicitamos respetuosamente que exista la posibilidad de realizar adjudicaciones parciales de los pacientes a ser atendidos bajo el contrato que se encuentra en proceso de selección, toda vez que por la cantidad de pacientes en cada uno de los 2 pool de riesgo, no existiría pluralidad de oferentes que cuenten con la capacidad disponible suficiente para la atención de la totalidad de los pacientes, limitando la pluralidad de ofertas y por tanto menoscabando la posibilidad de una selección objetiva. De igual forma, la posibilidad de que diferentes IPS renales creen alianzas para la atención conjunta de los contratos, estaría promoviendo prácticas o acuerdos restrictivos de la competencias entre prestadores, poniendo en riesgos legales y de investigación por parte de la SIC a la EPS y a los prestadores oferentes, pues tendría que compartir su estructura de costos, gastos, tarifas, modelos de operación proveedores e información que hace parte de sus secretos empresariales con sus competidores. Asimismo atendiendo las normas que regulan el sistema de salud, esta forma de contratación, teniendo en cuenta las condiciones de capacidad disponible en la región, iría en contra de las prácticas inseguras en salud, la intermediación y subcontratación que prohíben

el artículo 41 del Decreto 050 de 2003 en concordancia con el artículo 6 del Decreto 1020 y el Decreto 515 de 2004, así como las Circulares 066 y 067 de 2010 proferidas por la Supersalud; incluso iría en contravía de lo previsto en las obligaciones del Contratista previstas en el Anexo 3 – Condiciones Jurídicas de la Invitación, numeral I.1. De manera subsidiaria, en el caso de que no se permita la adjudicación parcial, podría evaluarse dividir los pool de riesgo a unas subclasificaciones que permitan ofertas parciales sobre los actualmente constituidos.

R//No es posible, toda vez que el equilibrio de la Ruta de Renal está establecido por el volumen de usuarios en cada POOL de Riesgo, al subdividir el POOL, se podría concentrar el riesgo de alguno de los tramos de la Ruta en determinadas regiones, lo que podría llevar a un desequilibrio financiero para el prestador.

67. Frente al Numeral 4.2 solicitamos respetuosamente que se incluyan incentivos por el cumplimiento o por exceder los indicadores clínicos en los pacientes a favor del contratista, toda vez que los modelos PGP buscan que los indicadores sean excedidos en beneficio de los pacientes que redundan y tiene una relación directa con los costos que genera la atención integral en diferentes especialidades de los pacientes con ERC.

R//: La modalidad del contrato establecido es Presupuesto Global Prospectivo (PGP) con evaluación al desempeño, por lo tanto, lo esperado es que el prestador cumpla con las metas establecidas. Es importante tener en cuenta que con el cumplimiento de las metas se logran mejores resultados en salud, se reducen costos al prestador y al sistema de salud y se mejora la experiencia del servicio por parte del usuario.

68. En el documento “Invitación_2004 En la tabla 9 está el indicador de nombre: “Porcentaje de usuarios con ERC estadio 3,4 y 5 reclasificados con ayudas diagnósticas actualizadas dentro del tramo de Nefroprotección claridad en dicho indicador para saber a qué se refiere y cómo medirlo?”

R//: El indicador “Porcentaje de usuarios con ERC estadios 3, 4 y 5 reclasificados con ayudas diagnósticas actualizadas dentro del tramo de Nefroprotección”, pretende que al terminar el primer año de ejecución del contrato estén reclasificados la totalidad de los pacientes entregados en la línea de base por Pool de riesgo. Por tal razón la meta establecida por trimestre es reclasificar un porcentaje de usuarios $\geq 25\%$ definidos en cada Pool de Riesgo.

69. Solicitamos aclarar en la Forma de Pago del Anexo 3 – Condiciones Jurídicas (Página 12), la manera de realizar el pago, es decir, ¿se realiza de manera anticipada dentro de los cuantos días de iniciado cada periodo mensual?

R//: El pago es anticipado por giro directo, dentro de los primeros 10 días calendario del mes.

70. Solicitamos aclarar en la Forma de Pago del Anexo 3 – Condiciones Jurídicas (Página 12) solicitamos aclarar el plazo para el pago del 4 % restante que no sea pagado de manera anticipada.

R/ A los 60 días después de la fecha de presentación de la factura.

71. Solicitamos modificar el numeral 5) del literal D de la cláusula de terminación (páginas 18 y 19), en el sentido de indicar que para que el reporte de información inexacta sea causal de terminación, estos reportes deban ser reiterativos y/o no sean subsanados oportunamente. Esta solicitud la realizamos toda vez que es imposible que por errores humanos en ocasiones existan errores en los reportes o información suministrada sin que se realice de mala fe o con el objetivo de obtener algún provecho.

R/ Se acepta la solicitud y se modifica el numeral 5 del literal D, de la cláusula de terminación en los siguientes términos

...5) Por la inclusión reiterada de cualquier registro, documentos o informe, por parte de **LA CONTRATISTA**, de información inexacta o irreal acerca de la atención dada o la omisión de la misma y que no sean subsanados o aclarados de manera oportuna según el requerimiento que realice la EPS.

72. Solicitamos respetuosamente establecer la cláusula penal contenida en el Anexo 3 – Condiciones Jurídicas (página 24) en doble vía, es decir por el incumplimiento de cualquiera de las partes, en aras de procurar el equilibrio contractual y evitar la nulidad de la cláusula por considerarse abusiva.

R// Tomando en cuenta la solicitud presentada, la cláusula penal se modifica de la siguiente forma:

Cláusula Penal: El incumplimiento parcial o total de las obligaciones derivadas de este contrato por parte por cualquiera de las partes, genera el derecho para **LA PARTE AFECTADA**, a exigir el pago de una suma equivalente al diez (10%) del valor estimado del contrato previa declaración judicial por incumplimiento.

73. Solicitamos que en la cláusula de SERVICIOS CONTRATADOS en el Anexo de Condiciones Jurídicas (Página 25) se incluya que para incluir servicios adicionales se requiera el mutuo acuerdo entre las partes.

R// Se acepta la solicitud presentada y se modifica la cláusula de la siguiente forma:

“SERVICIOS CONTRATADOS: Los servicios contratados en el presente contrato se encuentran contenidos en los anexos; sin embargo, si durante la ejecución del mismo se requiere la adición de servicios y tecnologías en salud no pactados inicialmente, los mismos podrán ser incluidos previo acuerdo de las partes, dentro de la presente contratación, siempre y cuando sean aprobados por el Comité Asesor de Contratación de

LA CONTRATANTE, soportada en el extracto del acta de comité, misma que hará parte integral de este contrato”

74. En documento Anexo 4073 en obligaciones de la contratista. El párrafo que cita “II) EN LA GARANTÍA DE LA CALIDAD (págs. 4-5) ... 8) Realizar el reporte de indicadores... Resolución 4505 de 2012”; Es de aclarar que: dicha resolución, se entrega por parte del grupo de información de RTS de manera trimestral dentro de los primeros 20 días calendario, previo a cada trimestre. Es decir, que si por ejemplo se va a reportar la información correspondiente al trimestre Enero- marzo, se realiza el reporte los primeros 20 días calendario del mes de abril. No se realiza de manera mensual.

R// Savia Salud EPS se acoge a las recomendaciones del Minsalud descritas en el Abecé Resolución 4505 de 2012. ya que la periodicidad normativa de reporte trimestral aplica para la EAPB, no para el prestador. La EPS puede solicitar al prestador el reporte mensual para efectos de análisis y auditoría de la información previo al reporte trimestral.

“El Artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012, establece los periodos de reporte de información para las EAPB y DTS al Ministerio de Salud y Protección Social en su plataforma PISIS, mas no establece la periodicidad del reporte desde la red de prestadores a las EAPB, es de aclarar que durante las asistencias técnicas el Ministerio de Salud y Protección Social sugirió que éste reporte de las actividades realizadas por los prestadores a los Aseguradores se podría realizar de forma mensual, buscando la respectiva oportunidad que permita ejecutar los procesos de auditoría de datos y soporte clínico que garantice la veracidad de la información, partiendo de que son las EAPB quienes deberán certificar por medio de la firma digital del representante legal ante el Ministerio; sin embargo, es importante tener en cuenta que las fechas límites de entrega de información por parte de las IPS, deberán ser definidas mediante los acuerdos contractuales. “

75. Se solicita respetuosamente cambiar la frecuencia de mensual a trimestral como lo solicita el MinSalud para las Res.4505.

RTS entrega la información antes del día 20 calendario para que el cliente pueda consolidar la información y reportarla ante el MinSalud. Se reporta la información así:

- **Primer trimestre del año: primeros días del mes de abril**
- **Segundo trimestre del año, primeros días del mes de Julio**
- **Tercer trimestre del año, primeros días del mes de octubre**
- **Cuarto trimestre del año, primeros días del mes de enero del año siguiente.**

R// Savia Salud EPS se acoge a las recomendaciones del Minsalud descritas en el Abecé Resolución 4505 de 2012, ya que la periodicidad normativa de reporte trimestral aplica para la EAPB, no para el prestador. La EPS puede solicitar al prestador el reporte mensual para efectos de análisis y auditoría de la información previo al reporte trimestral.

“El Artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012, establece los periodos de reporte de información para las EAPB y DTS al Ministerio de Salud y Protección Social en su plataforma PISIS, mas no establece la periodicidad del reporte desde la red de prestadores a las EAPB, es de aclarar que durante las asistencias técnicas el Ministerio de Salud y Protección Social sugirió que éste reporte de las actividades realizadas por los prestadores a los Aseguradores se podría realizar de forma mensual, buscando la respectiva oportunidad que permita ejecutar los procesos de auditoría de datos y soporte clínico que garantice la veracidad de la información, partiendo de que son las EAPB quienes deberán certificar por medio de la firma digital del representante legal ante el Ministerio; sin embargo, es importante tener en cuenta que las fechas límites de entrega de información por parte de las IPS, deberán ser definidas mediante los acuerdos contractuales. “

76. En documento Anexo 4073 en obligaciones de la contratista. El párrafo que cita “III) SUMINISTRO DE INFORMES CONTABLES, REGISTROS ASISTENCIALES Y ESTADÍSTICOS...” (Pág 5.).

Se solicita amablemente aclarar que el reporte que realiza RTS de manera mensual en la herramienta SISCAC, no reemplaza el reporte realizado a corte del mes de junio de cada año ante la Cuenta de Alto Costo (Res 2463 de 2014), el cual es responsabilidad de cada EAPB para cálculo de compensación. También por favor aclarar que las historias clínicas con el 100% de las atenciones realizadas se entregan para el mes siguiente (julio), con el soporte de todas las atenciones del periodo (Julio año anterior a Junio del mes del reporte). También aclarar por favor que los costos de las atenciones no se reportan dentro de la Res.2463, ya que estos se envían a través de los RIPS y además el asegurador debe sumarlo con los costos de los otros servicios prestados al paciente (no solamente los prestados por RTS)

R// Atendiendo a su observación se ajusta la cláusula “. III) SUMINISTRO DE INFORMES CONTABLES, REGISTROS ASISTENCIALES Y ESTADÍSTICOS a través de los mecanismos de transferencia definidos por LA CONTRATANTE: 1) “Entregar los reportes exigidos para la Cuenta de Alto Costo (Resolución 2463 de 2014, Resolución 247 de 2014, Resolución 273 de 2019, Resolución 123 de 2015, Resolución 1393 de 2015 y Resolución 1692 de 2017) y demás normas que las modifiquen, aclaren, adicionen o sustituyan. En ese orden, deberán incluir el reporte de los archivos en la estructura definida por la Cuenta de Alto Costo y los soportes del 100% de las atenciones realizadas, con los resultados de las ayudas diagnósticas, de forma mensual. El reporte debe realizarse en el aplicativo SISCAC dispuesto por la Cuenta de Alto Costo y el consolidado con corte anual (01 Julio año anterior a 30 Junio del mes del reporte) deberá ser enviado a la EAPB en el mes siguiente a la fecha de corte previamente mencionado u otra que defina la CAC, acompañado de la certificación de veracidad de la información reportada,

firmada por el representante legal. Dentro de dichos soportes, se incluyen los del costo de las atenciones brindadas a los afiliados y entregadas a través de los mecanismos de transferencia, definidos por la contratante. ”

77. Definir el alcance de las enfermedades que SAVIA SALUD denomina en la propuesta como “precursoras”, cuales serían estas “precursoras”, cuales sería la codificación CIE – 10 con sus CUPS asociados y cuáles las complicaciones asociadas que SAVIA SALUD considera hacen parte de esta propuesta. Requerimos más precisión.

R// Las enfermedades precursoras serían Hipertensión arterial, Diabetes y el manejo de las comorbilidades asociadas al riesgo cardiovascular (dislipidemia, obesidad) es de aclarar que la codificación CIE 10 no tiene CUPS asociados, los CUPS son para actividades en salud, no para patologías. Las complicaciones asociadas serán las inherentes a la fisiopatología renal tales como: Desnutrición por pérdida proteica y de minerales, anemia, retardo en el crecimiento en niños con ERC, alteración de electrolitos, hipoalbuminemia, infecciones urinarias o de catéter, hiperuricemia y manejo del dolor.

78. Aclarar si se incluyen las actividades No POS (No PBS), teniendo en cuenta que en las aclaraciones del pasado 30/12 informaron que se debían incluir en el PGP, pero se debían facturar por evento, para que dicha entidad realice el recobro.

R// La ruta incluye las tecnologías No PBS contenidas en los grupos y tipos de tecnología descritos en el anexo de tecnologías en salud que se adjunta. El profesional tratante es el responsable de elegir de acuerdo a las condiciones clínicas del usuario y su criterio clínico de pertinencia de la tecnología más costo-efectiva para el manejo del paciente.

79. Se solicitan las rutas donde se defina claramente las inclusiones y exclusiones, según lo acordado en la reunión del pasado 30/12.

R// Se adjunta el anexo de de Tecnologías en Salud y la nota técnica que contiene las inclusiones, lo que no esté contenido en dichos anexos se considera excluido.

80. Por lo anterior, ¿es necesario presentar plantilla FR-52, donde se defina claramente con códigos CUPS las inclusiones y exclusiones?

R// Dentro de la ejecución de este contrato, no es requerido el diligenciamiento de la plantilla FR-52.

81. ¿Se puede pasar el valor de la propuesta por un valor superior?

R//: Dentro de los criterios de evaluación de las propuestas descritos en el numeral 5.2 en la Fase 2 se especifica que la propuesta seleccionada será la que tenga el menor precio ofrecido, que no supere el valor estimado en la invitación por el pool de riesgo.

82. En la Frecuencia de servicios del equipo multidisciplinario, en los pacientes con ERC 3 y 4 en nefroprotección, no aparece la valoración por nefrólogo. ¿Esta no fue incluida dentro del seguimiento de esta población?

R//Es de aclarar que en la tabla 5 de la invitación, se cometió un error de digitación, la cual es modificada en la tabla 5 que se describe a continuación.

Cabe aclarar que en los pacientes con ERC estadios 3 y 4 la gestión del riesgo y decisiones terapéuticas deben ser definidas por el Nefrólogo en atención directa o por la modalidad de consulta asistida, en cumplimiento de la normativa de la Cuenta de Alto Costo según Resolución 2364 de 2014 para los procesos de auditoría de la información reportada. En los estadios 5, las valoraciones descritas por terapia siempre deben ser realizadas por el especialista.

Tabla 5. Frecuencia de Servicios del Equipo Multidisciplinario según estadio y terapia, por usuario/año.

Frecuencias de Uso	ERC 3 en Nefroprotección	ERC 4 en Nefroprotección	ERC 5 en Nefroprotección sin terapia de reemplazo renal	Estadio 5 en Hemodiálisis	Estadio 5 en Diálisis peritoneal	Estadio 5 en tratamiento médico no dialítico
Consulta general experto asistida por Nefrología	0	0	0	0	0	0
Enfermería Individual	2	3	4	4	4	4
Enfermería o auxiliar de enfermería Grupal	2 actividades grupales	2 actividades grupales	2 actividades grupales	2 actividades grupales	2 actividades grupales	2 actividades grupales

Trabajo Social	2	3	4	4	4	4
Nutrición	4	4	6	6	6	6
Psicología	2	2	4	4	4	4
Químico Farmacéutico	3	3	4	4	4	4
Nefrología adulta	4	6	6	12	12	12
Nefrología pediátrica	4	6	6	12	12	12
Médico especialista en paliativos	0	0	1	1 - Control según criterio médico	1 - Control según criterio médico	1 - Control según criterio médico
Medicina Física y Rehabilitación	0	1	1 - Control según criterio médico	1 - Control según criterio médico	1 - Control según criterio médico	1 - Control según criterio médico

83. Algunos exámenes no se requieren, pero dado que estamos sometidos a auditorías, ¿estos se podrán excluirse o se deben ajustar en la invitación?; ejemplo la Urea cuando se tiene Nitrógeno Ureico.

R// Todos los exámenes listados en la tabla 6 pueden ser requeridos por los usuarios, según criterio médico, estadio y terapia, lo que significa que no todos los usuarios demandarán la totalidad de dicho listado.

Con respecto a la realización de Urea o Nitrógeno Ureico (Bun), debe hacerse según criterio médico, respetando la normativa de la Cuenta de Alto Costo, donde para la estimación del Kru en los usuarios en diálisis en cualquier modalidad (hemodiálisis y diálisis peritoneal) se requiere el BUN.

Es de aclarar que, para una mejor interpretación de las ayudas diagnósticas listadas, se ajustó la tabla 6 que a continuación se describe.

Tabla 6. Frecuencia de Servicios de Laboratorio clínico, según estadio y terapia, por usuario/año

DESCRIPCIÓN	ERC 3 en Nefroprotección	ERC 4 en Nefroprotección	ERC 5 en Nefroprotección sin terapia de reemplazo renal	ERC 5 en diálisis	ERC 5 en tratamiento médico no dialítico
ÁCIDO ÚRICO	2 - Control según criterio médico	3	3	3	3
ALBÚMINA	2	4	6	12	12
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	2	2	2	2	2
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] CUALQUIER TÉCNICA	2	2	2	2	2
COLESTEROL TOTAL	2	2	2	2	2
TRIGLICÉRIDOS	2	2	2	2	2

CREATININA DEPURACIÓN	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	4	4	6	6	12
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	1	2	2	2
HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES (en usuarios con Diabetes Mellitus)	4	4	4	4	4
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO (233)	2	4	4	12	12
MICROALBUMINURIA POR EIA (RELACIÓN ALBUMINURIA/CREATINURIA)	2	2	0	0	0

NITROGENO UREICO [BUN] O UREA (SEGÚN CRITERIO MÉDICO) ¹	4	6	6	12	12
UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	2	2	2	2	2
POTASIO	2	4	6	6	6
SODIO	1	1	1	1	1
FÓSFORO	2	4	6	12	12
CALCIO SÉRICO	2	4	6	6	6
PARATOHORMONA MOLÉCULA MEDIA	2	4	6	6	6
PROTEINURIA EN 24 HORAS	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico
FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico
ACIDO FOLICO	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico	Según criterio médico

VITAMINA (CIANOCOBALAMINA)	B12	Según médico	criterio	Según médico	criterio	Según médico	criterio	Según criterio médico	Según criterio médico
SATURACIÓN TRASFERRINA	DE	0		1		2		2	2
FERRITINA		Según médico	criterio	1		2		2	2
TRANSFERRINA		0		1		2		2	2
HIERRO (FLUOROMETRÍA)	TOTAL	Según médico	criterio	1		2		2	2
COOMBS DIRECTO		Según médico	criterio	1		2		2	2
VITAMINA D 125		1		1 - Control según criterio médico		1 - Control según criterio médico		1 - Control según criterio médico	1 - Control según criterio médico
ALANINO AMINOTRANSFERASA (ALT)		0		0		0		1	0
ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST)		0		0		0		1	0
FOSFATASA ALCALINA		0		0		0		1	0

HBSAG	0	0	0	1	0
ELISA PARA VIH	0	0	0	1	0
SEROLOGÍA - VDRL	0	0	0	1	0
ANTICORE HB	0	0	0	1	0
ANTIHBAG	0	0	0	1	0
HVC	0	0	0	1	0

Fuente: elaboración propia Savia Salud EPS, basado en GPC de Minsalud Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción, 2016), Consensos CAC para los Programa de Nefroprotección y diálisis.

Nota 1: Selección de realización de Urea o NITROGENO UREICO [BUN] según criterio médico, cabe aclarar que para la estimación del Kru en el reporte a la CAC se requiere el BUN

84. La toma de las muestras para Covid 19 estarán incluidas en la ruta?

R// En la audiencia realizada el 30 de diciembre de 2020, se informó que estaba incluida la toma de muestra para Covid - 19, tal como se describe en la obligación específica N° 31, teniendo en cuenta los Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (Covid - 19) en Colombia, donde refieren lo siguiente: EAPB, IPS fijas y de atención domiciliaria, medicina prepagada, secretarías de salud departamentales y distritales, y administradoras de regímenes especiales y de excepción -, deben garantizar la toma de muestra, dado anterior, se realiza la validación en la nota técnica evidenciando la no inclusión de los costos de esta actividad. Por tanto, se modifica y aclara que la toma de la muestra es responsabilidad de la EPS.

85. ¿Cuál es periodicidad y medio de envío de la base de datos?

R//: La base de datos de la cohorte objeto del contrato fue publicada con la invitación, en el Anexo 1. Población por Pool de riesgo con datos de IPS básica y portabilidad (archivo 1. Medellín; archivo 2 del resto del departamento), durante la ejecución del contrato se

actualizará la base de datos con las novedades reportadas tanto por la EPS como por el prestador de manera permanente.

86. Se requiere él envió de: nombres, números de contactos, dirección de residencia permanente y correos electrónicos para solicitar las autorizaciones y notificar inconsistencias, como multifiliación, suspendidos, no actualización de documentos, cuando en ADRES aparece afiliado a una ERP diferente a la EPS del convenio

R// La base de datos de la cohorte objeto del contrato fue enviada en el Anexo 1. Población por Pool de riesgo con datos de IPS básica y portabilidad (archivo 1. Medellín; archivo 2 del resto del departamento) y contiene los datos del municipio de residencia y los datos de contacto requeridos para comunicarse con los pacientes se suministrarán al prestador seleccionado en cada pool. Es de aclarar que para efectos de la modalidad de contrato no aplican las autorizaciones.

Para la notificación de inconsistencias a que se hace referencia, se darán los contactos correspondientes para dichos reportes en el momento de la legalización del contrato a través del supervisor de este.

87. ¿Es necesario enviar correo para la notificación de la urgencia o solo con la verificación de derechos?

R// En cumplimiento a los lineamientos normativos definidos en la Resolución 3047 de 2008 y decreto 4747 de 2007 se debe notificar a la EPS a través del centro regulador la atención de urgencias a los usuarios afiliados objeto de la ruta.

88. ¿Cuál sería el alcance para la entrega de dispositivos médicos e insumos para Diabetes mellitus?, ¿incluiría por ejemplo la bomba de insulina entre otros?

R// Incluye todos los Dispositivos médicos e insumos necesarios para el manejo de Diabetes a criterio del profesional tratante.

89. ¿Cuál sería el alcance del suministro de los medicamentos para la ERC, enfermedades precursoras y de las complicaciones asociadas, y vacunas definidas por normatividad y guías de práctica clínica para grupos de riesgo? Se solicita en lo posible definir con códigos CUPS y CUMS.

R/ Se adjunta anexo de tecnologías en salud, con los tipos de tecnologías y grupos terapéuticos, no se incluyen los códigos CUMS.

90. Aclarar la distribución de las 94 sillas ¿Está capacidad se debe distribuir en los 3 turnos de diálisis o deben ser físicas?, ¿O pueden estar en otra entidad territorial adyacente?

R//: Se aclara que las 94 sillas son estimadas por turno, para cada uno de los turnos del día, deben ser físicas, esta capacidad se puede ofertar en una o varias sedes del prestador y no circunscritas al ámbito territorial del correspondiente pool de riesgo.

91. La propuesta habla de población prevalente, ¿Qué pasa con la población incidente que no está considerada en el valor inicial?, ¿generarían valores adicionales?

R// La estimación del crecimiento de la cohorte proyectada, se basó en el histórico de prevalencia dentro del reporte a la CAC entre los años 2015 y 2019 y la prevalencia esperada de ERC estadios 3, 4 y 5 en la cohorte de precursoras (HTA y DM), por tal razón no se espera que la población estimada en la RIAS supere lo descrito en la invitación. Ver Tabla 2. *Población actual y proyectada con ERC estadios 3, 4 y 5 en Nefroprotección, Diálisis y Tratamiento Médico No Dialítico por Pool de Riesgo, Savia Salud EPS 2021 a 2023.*

92. ¿Quién asume las complicaciones derivadas de aquellos pacientes que no son adherentes al programa?, ¿se descuentan los casos agudos?

R// la adherencia al programa es uno de los compromisos que debe asumir el prestador para lo cual se plantea desde la invitación, que debe incluir programas de educación, modalidad de atención domiciliaria y por telemedicina y apoyo con las demás tecnologías en salud complementarias como transporte y albergues en caso de ser necesario. Sin embargo, en caso de que el prestador agote todos los recursos y aun así el usuario incumpla sus deberes, el prestador deberá notificar y evidenciar el manejo a la EPS, la cual dará acompañamiento desde su competencia y analizará cada caso en particular para definir el manejo del riesgo compartido.

93. Se solicita entregar las fichas técnicas que sustentan la oferta económica

R//: Se adjunta nota técnica

94. Favor realizar una relación de los 3.459 afiliados que deben de ser reclasificados, de qué manera se encuentran clasificados o distribuidos en el cuadro donde se caracteriza la población por estadio y tipo de tratamiento.

R// En el anexo 1 “población por Pool de riesgo” se encuentran incluidos y marcados los usuarios pendientes de reclasificar, en la columna B “PENDIENTE RECLASIFICACIÓN ERC” están marcados como sí, y en la columna AZ “Estadio ERC” del último reporte de CAC.

95. En cuanto a la entrega de dispositivos e insumos para diabetes mellitus, favor ampliar en detalle cuales estarían incluidos.

R// Están incluidos todos los dispositivos médicos e insumos necesarios para el manejo de la patología a criterio del profesional tratante, el prestador podrá elegir entre las opciones disponibles, debidamente aprobadas por el INVIMA en términos de costo-efectividad.

96. Suministro de medicamentos para la ERC, enfermedades precursoras y de las complicaciones asociadas, favor explicar a que hace referencia si están incluyendo medicamentos para estas enfermedades de base.

R// Sí, se incluyeron los medicamentos para el manejo de la enfermedad renal, enfermedades precursoras y las complicaciones asociadas. Ver adjunto Anexo de tecnologías en salud

97. Según la tabla 8 la estimación del valor del pool del riesgo se encuentra con valores estimado año y mes, no se describen incrementos anuales por la vigencia de los tres años, el valor estimado año es constante para esta vigencia. Favor Aclarar si hay un aumento estimado según IPC índice de inflación o corresponde a un % de aumento que se incluya en la propuesta.

R// El valor fijo calculado para la RIAS contempla un crecimiento de la población y un crecimiento del valor anual por corrección monetaria (IPC 3% para años venideros), llevado a un valor único para los 36 meses.

98. Favor ampliar la información en relación con la suplementación nutricional en programa de prevención renal

R// Los complementos y suplementos nutricionales, necesarios para el manejo de las deficiencias propias de la ERC, están incluidos en la RIAS a criterio del profesional tratante, se incluye como tipo de tecnología y grupo, el prestador podrá elegir entre las alternativas más costo-efectivas aprobadas por el INVIMA y Minsalud.

99. Favor ampliar la información en relación con lo que estaría incluido dentro del manejo quirúrgico de la enfermedad mineral ósea.

R// La invitación no incluye manejo quirúrgico relacionado con la enfermedad mineral ósea. Ver los incluye en la Tabla 7 “Listado de diagnósticos de egreso con codificación CIE10 de eventos hospitalarios relacionados con patología renal y sus complicaciones, incluidos en el contrato.”

100. La invitación tiene en cuenta 2 Pooles de Riesgo; Medellín y el resto del Departamento, en este último se encuentra incluido la Región de Urabá:

En el Pool del Dpto. se incluyen 4.157 Pacientes, de los cuales solo 124 (3%) residen en la región de Urabá. Como es de su conocimiento, nosotros solo contamos con una IPS, y esta está ubicada en la Clínica Panamericana en el Municipio de Apartadó, por lo tanto, solo podríamos participar en la invitación ofertando atención para este número de pacientes. Adicionalmente, de estos 124 pacientes, 100 pacientes se encuentran en Tratamiento Dialítico (72 en Hemodiálisis y 28 en Diálisis Peritoneal) lo que significa un 80% de los pacientes de Urabá en diálisis y solo un 20% en Nefroprotección. Lo anterior en contraste con el resto del Pool del Departamento, en el cual en promedio el 81% de los pacientes están en

Nefroprotección y solo el 19% están en Tratamiento dialítico, lo cual se constituye en un desequilibrio para nosotros respecto a la asignación del techo presupuestal propuesto en la invitación.

R// El primer elemento es 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, además de hacer una adecuada gestión del riesgo, los prestadores interesados deberán analizar las condiciones para presentarse a esta invitación, si están interesados en ofertar para este pool.

El segundo elemento, la población se conoce y se tiene registrada en los diferentes municipios del departamento Antioquia, en los diferentes estadios y terapias, por eso se organizaron dos pool de riesgos para poder hacer una mejor distribución y buscar eficiencia, lo que explica las diferencias del valor asignados a cada uno de ellos.

101. Dispersión Geográfica de los Pacientes en la Región de Urabá: Es importante anotar que en nuestra IPS atendemos todos los pacientes de Savia residentes en Urabá, los cuales residen en todos los municipios de la Región así: Necoclí; San Pedro de Urabá; Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó; Mutatá, y algunos de ellos en veredas distantes de la cabecera municipales(Ej. Bajirá y Caucheras), sitios desde los cuales el transporte es difícil y costoso , lo cual dificulta la asistencia (adherencia) de los pacientes a sus sesiones de diálisis, teniendo en cuenta además que del total de los pacientes de Urabá,, solo 1 es del Régimen Contributivo , los otro 123 son del Régimen subsidiado, con grandes carencias económicas lo que les dificulta asumir el transporte para asistir a la terapias, con las consecuentes complicaciones en sus tratamientos. Debo aclarar que aunque en el Pool del Dpto., se habla de 124 pacientes en Urabá, actualmente a la fecha solo atendemos 74 pacientes, cuya ubicación es como sigue:

Diálisis Peritoneal: 11 usuarios todos del régimen subsidiado, los cuales se encuentran ubicados por municipios así:

Turbo corregimiento Nueva Antioquia: 2 pacientes

Turbo Vereda Puerto Cesar: 1 paciente

Turbo zona urbana: 2 pacientes

Necoclí corregimiento el Totumo: 2 pacientes

San Pedro de Urabá vereda alto rosario: 1 paciente

Apartadó zona urbana: 1 paciente

Chigorodó zona urbana: 1 paciente

Mutatá zona urbana: 1 paciente

Hemodiálisis: 63 usuarios (1 del régimen contributivo, 62 régimen subsidiado), los cuales se encuentran ubicados por municipio así:

Apartado: 13 pacientes (11 en el área urbana y 2 en el área rural)

Carepa: 2 pacientes ubicados en el área rural

Chigorodó: 11 pacientes ubicados en el área urbana

Turbo: 21 pacientes (13 en el área urbana y 8 en el área rural)

Mutatá: 2 pacientes (1 en el área urbana y 1 en el área rural)

Currulao: 3 pacientes

Bajirá: 3 pacientes

San Pedro de Urabá: 8 pacientes (4 en el área urbana y 4 en el área rural)

R// En la estructuración de los Pool de Riesgo se tuvieron en cuenta tanto las modalidades de atención como la georreferenciación de los usuarios. Para lo cual se incluyó el costo del transporte diferente a ambulancia de los usuarios tanto PBS para los municipios que aplica prima de dispersión, como los No PBS que deberán ser tramitados por plataforma MIPRES, para reconocimiento del pago por presupuestos máximos. La inclusión del servicio complementario de transporte diferente a ambulancia se realizó con el objetivo de mejorar el acceso y por ende la adherencia a las terapias, tal como se menciona en el planteamiento expuesto por el interesado.

102. Dificultades con el Recurso Humano Supra especializado: En la región de Urabá tenemos grandes dificultades para conseguir supra especialistas como los Nefrólogos, los cuales viajan cada 8 días desde Medellín y mayor Dificultad con el Cirujano Vascular, el cual solo viaja para realizar Brigadas a necesidad, con un alto costo y con la gran dificultad para nosotros cuando se presentan dificultades o complicaciones con los accesos vasculares, en cuyo caso el paciente debe ser remitido a Medellín. Igual situación ocurre cuando se requiere Biopsias Renales y Accesos vasculares guiados por Radiología. Adicionalmente solo hay un especialista en Dolor, quien por ser único, solo atiende pacientes particulares y no acepta tarifas de EPS.

R// Los diferentes servicios y tecnologías en salud deben ser prestados de acuerdo con las necesidades de los usuarios de cada pool de riesgo, según estadio y terapia para lo cual el oferente puede presentarse como consorcio, unión temporal, o cualquier otra modalidad asociativa para poder cumplir con los requisitos habilitantes descritos en las Tabla 3 y 4 de la invitación.

Adicional, se reitera que el objetivo de una Ruta Integral de Atención en Salud es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud, para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del Sistema

General de Seguridad Social y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad.

103. Para nosotros no es posible hacer Uniones Temporales para participar en la invitación, ya que como nuestro nombre lo indica Medialco Zona Franca, somos un usuario de Zona Franca, estamos ubicados dentro de la Zona Franca de Urabá, por lo cual tenemos un régimen tributario especial, diferente a todas las demás entidades que participan en la invitación.

R/ Dentro de la invitación es factible la presentación de las ofertas de manera individual o bajo las formas asociativas que correspondan, sin embargo, es indispensable considerar, que por encontrarse dentro de una Zona Franca, debe acogerse a las reglas de exclusividad y asentamiento de los negocios de los usuarios en la zona franca, dispuestas en el Decreto 2685 de 1999, Régimen Aduanero en armonía con el artículo 38-11 de la Resolución 4240 de 2000, por consiguiente su participación puede hacerse dentro de los lineamientos normativos que lo cubren.

104. En la región solo existen 2 Unidades Renales, la nuestra y una de la Multinacional RTS-BAXTER, con la cual, como Usted debe recordar, tanto Savia Salud como nosotros hemos tenido grandes dificultades, Ustedes por la demanda y embargo que les hicieron y nosotros porque cuando recibimos sus pacientes Renales, como venían recibiendo tratamiento de diálisis peritoneal con la Tecnología de Baxter, para darle continuidad al tratamiento de los pacientes, se hacía necesario comprarles los insumos peritoneales a ellos, quienes como retaliación contra Savia y nosotros, incrementaron el valor de los insumos en un 60% del valor real, lo cual nos vimos en la obligación de aceptar para no afectar el tratamiento de los pacientes, lo cual continúa ocurriendo hasta hoy.

R//: Los diferentes servicios y tecnologías en salud deben ser prestados de acuerdo con las necesidades de los usuarios de cada pool de riesgo, según estadio y terapia.

105. Como lo mencione arriba, estamos ubicados dentro de la Clínica Panamericana, que como Usted sabe cuenta con 33 UCI, y por ello Nuestra Unidad Renal es la única en la región que cuenta con el servicio de Diálisis para pacientes agudos que se encuentren UCI, de hecho, somos nosotros quienes atendemos a los pacientes de la otra unidad renal cuando requieren diálisis cuando están Hospitalizados o en UCI.

R// La ruta contempla que la diálisis hospitalaria para los casos no incluidos en la tabla 7 de la invitación, deberán ser reconocidos por la EPS en el marco de la atención integral hospitalaria que requiera el usuario.

106. Numeral 1.1: Caracterización Espacio Poblacional: En general, es necesario aclarar si de acuerdo con la tabla 1 la población a atender corresponde al número fijo de pacientes relacionados por año para cada una de las 2 subredes y si supera este número con nuevos ingresos como se reconoce la variación en el número fijo.

¿Dado que la cohorte de esta población se establece según la CAC con corte a 30 de junio de 2020 y el incremento de la población solo se calcula a partir de los años 2022 y 2023 cómo se proyecta la población a atender en el 2021? Se requiere saber la razón del número tan bajo de población asignada a Urabá.

R//: La población de la tabla 1, corresponde a la cohorte reportada a la CAC con corte a junio 30 de 2020. La proyección de la población descrita en la tabla 2, está basada en estimación de datos estadísticos nacionales de los últimos 5 años, que pueden tener variación. Para un mayor entendimiento se adjuntan las tablas 1 y 2 de la invitación ajustadas.

Tabla 1. Distribución de población por región, con ERC estadios 3,4 y 5 en Nefroprotección, Diálisis y Tratamiento Médico No Dialítico. Reporte CAC Savia Salud EPS 2020.

REGIÓN	ERC Sin dato del estadio	ERC 3 en Nefroprotección	ERC 4 en Nefroprotección	ERC 5 sin terapia de reemplazo renal	ERC 5 en Hemodiálisis	ERC 5 en Diálisis peritoneal	ERC 5 en Tratamiento Médico No Dialítico	TOTAL
ORIENTE Y MAGDALENA MEDIO	164	830	206	8	101	73	12	1394
NORTE-NORDESTE Y BAJO CAUCA-VALLE DE ABURRA NORTE	37	599	281	12	158	89	30	1206
URABÁ	0	3	6	0	83	27	0	119
SUROESTE- OCCIDENTE Y VALLE DE ABURRÁ SUR	82	781	301	17	148	86	28	1443
MEDELLÍN	141	2653	891	26	545	126	53	4433

TOTAL	424	4866	1685	63	1035	399	123	8.595
-------	-----	------	------	----	------	-----	-----	-------

Fuente: Base de datos Cohorte ERC reportada a la Cuenta de Alto Costo, junio 2020

Tabla 2. Población proyectada por pool de riesgo, por Estadios 3, 4 y 5, por año con los porcentajes de variación.

Pool de Riesgo	Estadios ERC	Año 1	Año 2	Año 3	% año 1- año 2	% año 2- año 3
Medellín	ERC Estadio 3	2.838	2.942	3.045	3,7%	3,5%
	ERC Estadio 4	985	1.040	1.095	5,6%	5,2%
	ERC Estadio 5	748	774	794	3,5%	2,5%
	Subtotal	4.571	4.757	4.934	4,1%	3,7%
Otros Pool	ERC Estadio 3	2.398	2.485	2.571	3,6%	3,5%
	ERC Estadio 4	886	936	986	5,6%	5,4%
	ERC Estadio 5	873	891	916	2,1%	2,8%
	Subtotal	4.157	4.312	4.473	3,7%	3,7%
	Total	8.728	9.069	9.407	3,9%	3,7%

Fuente: Base de datos Cohorte ERC reportada a la Cuenta de Alto Costo, junio 2020 (Datos estimados)

Se aclara que la población de Urabá no fue asignada por la EPS, corresponde a la población caracterizada en el programa en dicha región. En la Tabla se describen las cohortes actuales y las proyectadas, por estadio y pool de riesgo.

107. Numeral 1.2 OBJETO: Se solicita eliminar del objeto del contrato los pacientes de portabilidad.

R// La cobertura por portabilidad es normativa, por tanto no es posible excluir esta condición de las inclusiones de la RIAS. “La portabilidad es un mecanismo con que cuentan los afiliados a una entidad promotora de salud –EPS, para tener acceso a los servicios de salud en una institución prestadora de servicios de salud -IPS primaria, en

cualquier municipio del territorio nacional diferente a aquel donde se encuentra su sitio habitual de residencia” (definición tomada de la página del Minsalud)

108. Numeral 1.3: Alcance: Se requiere precisar si se cuenta con la ubicación por ejemplo sitio de residencia y demás datos para contactar e ingresar cada uno de los usuarios a las rutas.

R//: La base de datos de la cohorte objeto del contrato fue enviada en el Anexo 1. Población por Pool de riesgo con datos de IPS básica y portabilidad (archivo 1. Medellín; archivo 2 del resto del departamento) y contiene los datos del municipio de residencia y los datos de contacto requeridos para comunicarse con los pacientes se suministrarán al prestador seleccionado en cada pool.

109. Se requiere conocer cuál es el listado de las enfermedades precursoras a tener en cuenta en el alcance de la invitación.

R// Las enfermedades precursoras son la Hipertensión arterial, Diabetes y el manejo de las comorbilidades asociadas al riesgo cardiovascular (dislipidemia y obesidad)

110. Es necesario conocer el listado de medicamentos a incluir (portafolio) para las enfermedades precursoras, y sus frecuencias de consumo.

R//: Se adjunta Nota técnica y Anexo de Tecnologías en Salud

111. Es necesario conocer el listado de ayudas diagnósticas, imagenología y la frecuencia de uso que hacen parte de la atención del paciente de ERC.

R//: Se adjunta Nota técnica y Anexo de Tecnologías en Salud

112. Es importante conocer cómo y qué valor se reconoce para la población que supere la proyección registrada en la tabla 2.

R/ La población fue calculada, teniendo como base la cohorte actual, pacientes identificados que requieren una reestadificación en el año 1 y variación de la población según Consenso de indicadores mínimos para la gestión del riesgo de un programa de Protección Renal en estadios 1 a 4 (publicado por la CAC en el 2012) con progresión esperada entre los estadios y el libro de Situación de la Enfermedad Renal en Colombia en el 2019 publicado por la CAC sobre la mortalidad, incidencia y prevalencia, según reporte normativo histórico (2015 a 2019). Por tanto, la proyección de la población está basada en datos estadísticos nacionales de los últimos 5 años.

113. Numeral 3.1.2: Tiempo de Experiencia: Se solicita aclarar el tiempo de experiencia si debe ser cumplida por cada uno de los integrantes de la Unión Temporal y/o consorcio o puede ser cumplido por algunos de los integrantes

R// El requisito de la experiencia mínima debe ser cumplida por al menos uno de los integrantes de la unión temporal o consorcio.

114. Numeral 3.1.3 Propuesta Técnica: Se requiere incluir en la nota técnica las complicaciones que hacen parte de esta RIA, así como su frecuencia de uso.

R// Dentro de la nota técnica se tuvo en cuenta el manejo farmacológico de las siguientes complicaciones asociadas a la fisiopatología renal tales como: Desnutrición por pérdida proteica y de minerales, anemia, retardo en el crecimiento en niños con ERC, alteración de electrolitos, hipoalbuminemia, infecciones urinarias o de catéter, hiperuricemia, manejo del dolor, y el manejo hospitalario de las complicaciones relacionadas en la tabla 7. Listado de diagnósticos de egreso con codificación CIE10 de eventos hospitalarios relacionados con patología renal y sus complicaciones, incluidos en el contrato

115. Se requiere saber cómo se realizará la atención y aplicará (modelo) de la RIA ERC para las poblaciones estadio 1 y 2 en lo relacionado con la nefroprotección.

R// Savia Salud EPS, se encuentra en el diseño de la Ruta Integral de Atención Integral que incluye los usuarios con ERC estadio 1 y 2, la cual surtirá el proceso de invitación pública de acuerdo con el cronograma establecido por la EPS.

116. Se requiere aclarar el alcance de la atención por telemedicina (Tele orientación, tele experticia y tele monitoreo) relacionadas con el tipo de atenciones a realizar por esta modalidad y si el servicio puede ser atendido por contratación no directa.

R/ La atención por telemedicina es una alternativa con que puede contar el oferente para lograr mejores resultados en salud, mejorar costo eficiencia y experiencia del usuario en la atención, se puede incluir telemonitoreo o tele experticia con la salvedad de la habilitación del centro remitidor y centro de referencia, la no interactiva y la interactiva como la expresión máxima de telemedicina.

117. La nota técnica debe incluir el listado de procedimientos e intervenciones que incluye la invitación y su frecuencia de uso.

R// Si, están incluidos con sus frecuencias de uso. Se anexa nota técnica.

118. Numeral 3.1.3.2 se solicita que la experiencia del médico experto sea mayor o igual a un año.

R/ Se reitera que de acuerdo con lo indicado en el numeral 3.1.3.2 la experiencia del médico experto debe ser igual a dos años.

119. Numeral 3.1.3.6 Capacidad instalada: Se necesita saber si el proponente puede presentar un número menor de sillas a las solicitadas a la propuesta por cada una

de las regiones y si es posible en las sillas de Medellín atender poblaciones de los municipios del Área metropolitana y cercanos a ella.

R/ Se aclara que las 94 sillas son estimadas por turno, para cada uno de los turnos del día, deben ser físicas, esta capacidad se puede ofertar en una o varias sedes del prestador y no circunscritas al ámbito territorial del correspondiente pool de riesgo.

120. Numeral 3.1.3.9: cuidado paliativo no oncológico: se requiere que la nota técnica incluya las actividades de cuidado paliativo y conocer la frecuencia de uso de los pacientes en estadios 3,4,5 que atiende Savia Salud que demandan dicho servicio.

R/ Sí está contemplado. Se adjunta nota técnica.

121. Numeral 3.2.2 Liquidez: Se solicita que el indicador de liquidez solicitado sea mayor o igual a 1.

R/ De acuerdo con lo indicado en respuesta anterior, el indicador de liquidez se modifica, quedando en el 0.9

122. Numeral 3.2.4 Ebitda: se solicita que el indicador de Ebitda solicitado sea mayor o igual a 1%.

R/ No se acepta.

123. ¿En caso de Uniones Temporales los indicadores de capacidad financiera se cumplen de manera individual o de manera global por los miembros de la Unión Temporal?

R/ En el caso de Consorcios o Uniones temporales los requisitos financieros, deberán ser cumplidos al menos por uno de los integrantes.

124. Numeral 4.2. Indicadores de Desempeño: Favor indicar cual es la metodología para establecer la línea base presentadas en la tabla 9, para la evaluación del desempeño.

Favor indicar cual es la metodología o criterios tenidos en cuenta para los metas contemplados en la tabla 9 en los indicadores, toda vez que estas metas no guardan relación con la evolución natural de la enfermedad ni con los resultados esperados de un adecuado programa de nefroprotección.

R//: La línea de base de los indicadores de progresión, inicio de diálisis crónica programada y eficiencia dentro de la evaluación de desempeño del manejo de la ERC estadios 3, 4 y 5 en Nefroprotección, Diálisis y Tratamiento Médico No Dialítico fue estimada para Savia Salud EPS por la Cuenta de Alto Costo y publicada en el libro de la Situación de la Enfermedad en Colombia en el 2019. Los indicadores de reclasificación,

PQRD y Tutelas no requieren línea de base dado que su medición se estimaría trimestralmente a partir del nuevo contrato.

125. ¿Se puede recalcular dentro de los indicadores de desempeño un % de tutelas con base en los datos históricos?

R//: La meta esperada del indicador “Proporción de acciones de Tutelas Nuevas relacionadas con la oportunidad y/o acceso en los diferentes tramos de la ruta” es del 0%, no se modifica teniendo en cuenta que no se espera tener tutelas nuevas en una contratación por PGP para manejo integral de la Enfermedad Renal Crónica.

126. De qué forma se aplicarían incentivos si las metas dadas de los indicadores son superadas dentro de la ejecución contractual.

R//: La modalidad del contrato establecido es Presupuesto Global Prospectivo (PGP) con evaluación al desempeño, por lo tanto, lo esperado es que el prestador cumpla con las metas establecidas y el pago es el resultado de la gestión medida a través de la evaluación del indicador. Ver Tabla 9 de la invitación.

127. Se requiere conocer en detalle los costos actuales anuales asumidos por la EPS para los conceptos de transporte y alojamiento de los pacientes de esta cohorte y cuál es el alcance y límites considerados en la invitación.

R//: Se adjunta nota técnica donde están incluidos los conceptos de transporte y alojamiento.

128. Se requiere conocer la nota técnica elaborada por la EPS donde se reflejen: actividades, urgencias, hospitalización, frecuencias de uso, costos asignados y el mecanismo de progresión del crecimiento de la demanda y el ajuste del costo para los 36 meses de duración del contrato.

R//: Se adjunta nota técnica y los anexos publicados en la invitación correspondientes a la ruta de atención, de tal forma que el prestador interesado, proyecte el modelo de prestación a presentar en la propuesta.

En lo relacionado con el ajuste del costo para los 36 meses de duración del contrato, está ajustado anualmente con un IPC del 3%.

129. ¿Es posible presentar otras propuestas de atención integral diferentes a la convocada?

R//: La propuesta debe cumplir con las condiciones habilitantes indicadas en la invitación y sus anexos.

130. ¿Es posible dividir las regiones de manera diferente y presentar una propuesta integral?

R// No es posible dividir los Pool de riesgo definidos en la invitación de forma diferente.

131. ¿Si un paciente de la cohorte está hospitalizado por otra patología y requiere diálisis debe ser incluido dentro del alcance de la invitación?

R// La ruta contempla que la diálisis hospitalaria para los casos no incluidos en la tabla 7 de la invitación, deberán ser reconocidos por la EPS en el marco de la atención integral hospitalaria que requiera el usuario.

132. ¿Si un paciente que no es de la cohorte está hospitalizado y durante la misma necesita diálisis urgente debe ser incluido dentro del alcance de la invitación?

R//: Los costos asumidos por el prestador corresponde a los usuarios ingresados a la Ruta. En estos casos Savia Salud EPS asume la hospitalización y la diálisis urgente.

133. ¿Con base en costos y experiencia es posible presentar una oferta económica diferente a la establecida en la invitación?

R//: Los proponentes podrán presentar ofertas económicas diferentes, siempre que no supere el valor definido en la invitación para cada pool de riesgo.

134. ¿Si se supera el PGP por siniestralidad y causas no previstas, de qué forma serán reconocidos los costos en los que se incurre de manera adicional?

R//: El costo estimado se basó en el histórico del comportamiento de la cohorte y el reporte a la CAC, por tal razón no se espera variaciones significativas en los mismos. No obstante, de presentarse alguna situación excepcional, no relacionada con el normal comportamiento del pool de riesgo, se llevará a discusión a la mesa técnica para su análisis.

135. Aclarar si el documento de conformación en la forma de asociación se debe presentar con la oferta o es para la suscripción del contrato.

R/ Es indispensable contar para la presentación de la oferta, mínimamente con la carta de intención donde se detallen las personas que harán parte de la figura asociativa y el porcentaje de participación en esta. Dicho documento deberá ir acompañado de todos los documentos requeridos por cada uno de los integrantes de esta

136. ¿Si se cruzan atenciones en dos Rutas Integrales de Atención - RIAS diferentes como se resuelven estas situaciones?

R//: Las tecnologías y servicios incluidos en cada Ruta Integral de Atención están delimitados para evitar que se presente la situación expuesta, si aun así llegara a presentarse dicha situación, será objeto de revisión en la mesa técnica.

137. En consideración al alcance de la invitación se solicita ampliar la fecha de entrega de la propuesta dos semanas posteriores a la fecha indicada en la invitación.

R//: Se amplió el plazo para la presentación de ofertas hasta el 18 de enero de 2020, en el lugar y hora establecidos en el cronograma de invitación.

NOTA 1 MESA TÉCNICA: La mesa técnica de acuerdo con el tema a tratar, será conformada por profesionales de las áreas técnica, jurídica y financiera tanto de la EPS como de la IPS contratada.

NOTA 2 RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO PBS: De acuerdo con lo establecido en la Resolución 205 del 2020, en el artículo 4 De la gestión de las EPS o EOC. Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, las EPS o EOC, entre otras, deberán:

4.1. Garantizar en forma integral tanto el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC como los medicamentos, APME* (alimentos para propósitos médicos espaciales). procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, para el efecto establecerán modelos de atención y gestión, concertarán guías o protocolos de atención. Los servicios y tecnologías en salud deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua. tanto al paciente hospitalizado. como al ambulatorio. de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante, absteniéndose de limitar, restringir o afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

4.2. Administrar, organizar, gestionar y prestar directamente o contratar en forma integral con los diferentes actores del sistema de salud, y sus redes de servicios, el conjunto de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y el presupuesto máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación.

4.3. Realizar el seguimiento, monitoreo y auditoria, según lo estimen conveniente, a su red prestadora de servicios de salud y demás proveedores de servicios de salud con miras a garantizar la atención integral de sus afiliados. de conformidad con los acuerdos de voluntades que haya concertado.

Teniendo en cuenta lo anterior, se adjuntan: el anexo con los valores máximos a reconocer por transporte y alojamiento, (servicios complementarios). Con relación a los medicamentos, en los casos en que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos fije precios para alguno de los medicamentos de los grupos

relevantes, así como un valor en UMC (unidad mínima de concentración) y presentaciones no reguladas de mercados relevantes, se tomará como VR (Valor de referencia) el precio establecido por la Comisión.

Se precisa además que el acta de la Audiencia virtual celebrada el 30 de diciembre, se encuentra publicada junto con los demás anexos requeridos.

Cordialmente,



LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ

GERENTE