

ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÓMICO
PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. SASS 001 DE 2020
OBJETO: GARANTIZAR A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CON OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD, CALIDAD, IDONEIDAD Y SATISFACCIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR EL FONDO Y CUMPLIENDO CON EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – PBS, EL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL – PAC Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A QUE TIENEN DERECHO.
INTRODUCCION El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia –en adelante ‘el Fondo’ – es un establecimiento público del orden nacional, creado mediante el Decreto Ley 1591 de 1989, que funciona como Entidad Adaptada en Salud, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 489 de 1996, el artículo 236 de la Ley 100 de 1993 y de acuerdo con lo reglamentado por el Decreto 1890 de 1995, Ley 1751 de 2015 “Ley Estatutaria en Salud” y su Decreto 780 de 2016 “<i>Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social</i>”. La creación del Fondo tuvo como objeto, entre otros, garantizar la organización y administración de las prestaciones asistenciales a que tengan derecho los pensionados y sus beneficiarios de las extintas empresas Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Puertos de Colombia. Dentro de tales prestaciones asistenciales se encuentran los servicios de salud en sus diferentes niveles de complejidad, tanto lo referente al Plan de Beneficios en Salud, como el Plan de Atención Convencional – PAC y lo que corresponde a los Programas de Promoción y Prevención. El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, en observancia del artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015 y concordantes, desarrolla el presente análisis económico del sector con el fin de obtener un marco de referencia uniforme que propugne por el cumplimiento de los objetivos de eficiencia, eficacia y economía del Sistema de Contratación Pública en Colombia. Por lo anterior, durante la etapa de planeación las Entidades Estatales deben hacer el análisis necesario para conocer el sector relativo al objeto a contratar a través del proceso de contratación desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica y de análisis de riesgo, para lo cual la Entidad debe dejar constancia de esto en los documentos del proceso. El presente análisis se desarrollará en relación con el sector salud, por lo tanto, el estudio materializado en este documento estará dirigido a esta fracción del mercado. La estructura del presente análisis económico del sector sigue las directrices que sobre el referente establece la Agencia Nacional para la Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente. • ASPECTOS GENERALES De conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991, el derecho a la salud se enmarca como un derecho fundamental, elevado a este rango legal y constitucional por medio de la ley 1751 de 2015; el cual debe ser garantizado a todas las personas que residan en el territorio nacional, brindándoles acceso integral y oportuno a los servicios de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la salud y su paliación. La Ley 100 de 1993 introdujo a nuestro ordenamiento jurídico las bases de un sistema de seguridad social integral que en su módulo de salud reconoció la existencia de dos (2) tipos de afiliados al sistema: a. Afiliados al Régimen Contributivo: que cobija a las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, <u>los pensionados y jubilados</u>, y los trabajadores independientes con capacidad de pago. (Subraya fuera de texto) b. Afiliados al Régimen subsidiado: circunscrito a las personas vulnerables sin capacidad de pago. Así mismo, para la gestión del riesgo en salud de la población perteneciente a uno u otro régimen, la Ley 100 de 1993 creó empresas promotoras de salud – EPS encargadas de administrar los respectivos planes de beneficios a que tienen derecho los afiliados. El artículo 236 de la citada Ley, otorgó un plazo de dos (2) años para que las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público y empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la Ley prestaran servicios de salud

o ampararan a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, se transformaran en empresas promotoras de salud, se adaptaran al nuevo sistema o efectuaran su liquidación, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expidiera el Gobierno Nacional. Optando por la alternativa de adaptarse al sistema, mediante el Decreto 1591 de 1989 se creó el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y se dictaron normas para su organización y funcionamiento.

El Fondo para la satisfacción de la necesidad descrita en los Estudios Previos del presente proceso debe contratar a una persona jurídica con la idoneidad y experticia definidas en los documentos que forman parte integral del proceso de selección, garantizando la libre concurrencia de oferentes que cuenten con capacidad resolutive amparada en los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos que acredite y una clara orientación hacia la gestión del riesgo de la población que el Fondo requiere para su atención y cubrimiento en el área de la Salud, garantizando la suficiencia de una red de prestadores de servicios de salud en sus componentes primario y complementarios. Conforme a las condiciones del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y atendiendo los principios de calidad, oportunidad y accesibilidad.

Por consiguiente, el Fondo necesita adelantar un proceso de contratación en armonía con la reglamentación que gobierna las diferentes modalidades de selección, previstas en la Ley 80 de 1992, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015, la Ley 1882 de 2018 y demás normas concordantes.

El contrato que se celebre, comprenderá la obligación del contratista de garantizar la prestación del Servicio Integral de Salud a los pensionados y demás beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Utilizando su experiencia, recursos tecnológicos, financieros, técnicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance y necesarios para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia ha definido unas Regionales para la prestación de los Servicios Integrales de Salud con destino a sus usuarios y beneficiarios, así:

REGIONAL	AFILIADOS
MAGDALENA: Magdalena, Atlántico, Bolívar y Cesar.	15.274
PACÍFICO: Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Caldas, Cauca, Nariño	10.003
CENTRAL: Cundinamarca, Boyacá, Tolima, Huila, Caldas y Bogotá D.C.	7.821
ANTIOQUIA: Antioquia, Santander y sur del Cesar	4.542
Total general	37.640

Fuente: Base de Datos afiliación FPSFNC.

Los servicios de salud están sujetos al contenido de los planes de beneficios que gestiona el Fondo a saber: **Plan de Beneficios en Salud (PBS), Plan de Atención Convencional (PAC) y Acciones de Protección Específica y Detección Temprana – PEDT, aplicando la ruta de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo a los grupos de riesgo.**

A principios de la década de los 90, cuando entró en vigencia el sistema general de seguridad social en salud, la carga de enfermedad en nuestro país se caracterizaba por eventos agudos, enfermedades transmisibles y una alta incidencia de morbi - mortalidad asociada a la violencia. Hoy la perspectiva es distinta y tanto en Colombia como a nivel internacional, existe la necesidad de atender una población más envejecida con enfermedades crónicas como hipertensión, obesidad, diabetes, cáncer, enfermedades mentales, entre otras; que obligan a un uso más intensivo de tecnologías en salud. Por lo cual, la gestión del riesgo, debe efectuarse acorde con las particularidades territoriales y las características de la población objeto de atención, las rutas de abordaje que se implementen deben guardar armonía con el modelo de atención del Fondo, proscribiendo aplicar mecanismos de selección adversa o imposición de barreras de acceso a los servicios por las condiciones de salud de los usuarios.

1.1. Aspecto Económico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Las actividades que desarrollan las empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud van encaminadas a prevenir y/o controlar la aparición o progresión de las distintas patologías. El sector de la salud requiere una variedad de productos para satisfacer tanto las necesidades de dotación del personal y las instituciones que hacen parte del mismo, como para generar una respuesta terapéutica y unos

índices de satisfacción adecuados en los pacientes que demandan los servicios. Dichas empresas que ofrezcan los servicios podrán ser clasificadas como:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud
- Empresas sociales del estado
- Farmacia o Droguerías.
- Outsorsing para el sector salud.
- Servicio de traslado de pacientes.
- Entre otras.

Estos servicios deben ser adquiridos y utilizados por el personal y empresas dedicadas al sector salud. Sin embargo, el abanico de actores no sólo se limita a la provisión de servicios asistenciales propiamente dicho, sino que incluye, entes gubernamentales y privados con un rol definido y unas contribuciones específicas para el funcionamiento y crecimiento del sector, y son los siguientes:

ACTOR	ROL O FUNCIÓN	EJEMPLO
Ministerio de Salud y protección Social	Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.	N/A
Entidades de vigilancia y control del sector de la salud.	Son organismos que tienen asignadas competencias de vigilancia, inspección y/o control delos actores que operan en el Sector.	Superintendencia Nacional de Salud, INVIMA - Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INS Instituto Nacional de Salud, Tribunales de ética médica y Tribunales de ética de las distintas profesiones en Salud, Secretarías Territoriales de salud.
Entidades certificadoras	Creación de normas técnicas y la certificación de normas de calidad para empresas y actividades profesionales frente a estándares nacionales o internacionales.	Icontec
Proveedoras de insumos (Medicamentos, equipos, consumibles, tejidos, reactivos, mobiliario, etc.)	Empresas dedicadas a la fabricación, venta, comercialización y distribución de insumos, suministros médicos y hospitalarios, equipos y dispositivos médicos.	Empresas que operan en las diversas ramas de la salud.
Proveedoras de servicios (Mantenimiento, Tics, aseguradores, brokers, sociedades médicas/congresos y promotores inmobiliarios)	Empresas e individuos dedicados a la provisión de los servicios mencionados, apoyando la gestión de los actores del sistema.	Las que figuran en los catálogos de proveedores.
Prestadores de servicios de salud.	Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Incluye además, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.	Fundación Santafé de Bogotá, ESE Subred Norte, Consultorios médicos y odontológicos.
Los aseguradores en salud.	Aseguran y gestionan el riesgo en salud de su población afiliada y realizan los pagos a la red que le presta los servicios asistenciales.	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia/Empresas Promotoras de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Conforme a la información que reposa en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, los principales gremios que participan en el sector salud en Colombia son:

Gremio	Página de Contacto
Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.	http://acesi.com.co/
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral	http://www.acemi.org.co/
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas	http://www.achc.org.co/
Gestar salud	http://www.gestarsalud.com/cms/
Asociación Colombiana de Médicos	http://www.medicosgeneralescolombianos.com/
Federación de Loterías de Colombia	http://www.fedelco.com.co/

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS, en su informe de indicadores básicos - Situación de la salud en las Américas 2019 (PAHO, 2019), se establecen como situaciones prioritarias y estratégicas para impacto en la salud de la región, de acuerdo con seis metas de indicadores de calidad, las siguientes: i) esperanza de vida saludable al nacer, ii) tasa de mortalidad infantil, iii) razón de mortalidad materna, iv) tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud, v) tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y vi) tasa de mortalidad por VIH/sida.

Según el informe de la superintendencia nacional de salud - SUPERSALUD, durante el año 2019, los ingresos totales de las entidades aseguradoras del sector salud ascendieron a \$68,6 billones; de los cuales 80% corresponden a las aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Las 14 empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo, activas en 2019, reportaron ingresos por cerca de \$30 billones y las 30 entidades del régimen subsidiado por \$22 billones. Por su parte, las entidades adaptadas, especiales y de excepción tuvieron ingresos por \$2,9 billones de pesos. Los ingresos de las entidades que proveen planes adicionales de salud alcanzaron \$7,1 billones. Las empresas de medicina prepagada (EMP) participan con 56%, seguidas por las aseguradoras que ofrecen pólizas de salud con 28%. Además, las entidades que ofrecen los seguros de accidentes de tránsito, SOAT, registraron primas por \$2,3 billones y las aseguradoras de riesgos laborales, ARL, por \$4,1 billones.

Por su parte, en 2019, los ingresos totales de los 6.239 prestadores de salud, que reportaron información, están alrededor de \$66,3 billones. El 14.8% del total de entidades son hospitales públicos, cuyos ingresos ascendieron a \$15,6 billones, que corresponden al 23.5% del total de los ingresos de los prestadores. Por su parte, los ingresos de las IPS y TEP privadas ascendieron a \$50,7 billones en 2018. Los ingresos operacionales del total de prestadores, según lo reportado por estos, ascienden a \$61 billones; para los prestadores públicos corresponden a 86% de sus ingresos totales, mientras que para las IPS y TEP privadas representan el 95,5%. El 85% de los ingresos operacionales de los prestadores, estarían explicados por los costos totales en los que incurren las aseguradoras, especialmente las del SGSSS, que explican el 74%. El 15% restante correspondería a gastos de bolsillo y exportaciones de salud.

Respecto a las utilidades del ejercicio 2019 de las entidades aseguradoras del sector salud, las aseguradoras del SGSSS en el neto tuvieron pérdidas por más de \$1.9 billones, contrario a las entidades que ofrecen planes adicionales en salud que reportaron utilidades por cerca de \$616 mil millones. De las empresas promotoras de salud del régimen contributivo, 31% de las entidades reportaron utilidades que ascendieron a \$230 mil millones y el 66% generaron pérdidas por \$1 billón; de las cuales el 15% es explicado por las pérdidas de entidades sobre las que se emitió una orden de liquidación en 2019.

Respecto a las utilidades de los prestadores de salud en 2019, se encuentra que en el agregado se generaron utilidades netas por \$4 billones; el 69% corresponde a IPS y TEP privadas, y el 31% restante a los hospitales públicos. Del total de IPS y TEP privadas, el 85% obtuvieron ganancias por la suma de \$3,3 billones. Por su parte, el 70% de los hospitales públicos alcanzaron utilidades por \$1.5 billones.

• **Indicador del comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS.**

De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, el indicador base para el seguimiento de la dinámica del aseguramiento en salud es la agregación del total de afiliados al sistema. La recopilación de información del número de personas pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especiales y de excepción, contenida en los registros administrativos para los años anteriores a 2020 y la consulta de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en las vigencias posteriores para los niveles municipal, departamental y nacional muestra el comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS.

Según el informe del ministerio de salud y protección social, para el mes de diciembre de 2019, según los registros administrativos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística–DANE, el

95,2%8 de la población en Colombia, es decir 47.962.950 personas, contaba con afiliación a salud; de éstas, 22.909.679 personas se ubicaban en el régimen contributivo y 22.808.930 en el subsidiado. En el régimen de excepción existían 2.244.341 personas (ver ilustración siguiente). Esto significa un incremento de 788.340 en el número total de afiliados entre 2018 y 2019; de los cuales 531.295 en el contributivo y 150.822 en el subsidiado. En general, la cifra agregada para el total nacional evidencia un continuo crecimiento en el número de afiliados al sistema de salud en Colombia para el periodo citado. A pesar que las cifras expuestas demuestran un gran avance en términos de equidad para la población colombiana por las coberturas en aseguramiento y los resultados operacionales sitúan algunas EPS entre las empresas más grandes del país, se ha convertido en una constante dentro del Sistema de Seguridad Social las dificultades en el flujo de los recursos, la acumulación de cartera y la creciente insatisfacción por parte de los usuarios que acuden a los servicios de salud.

• **Actualización del mecanismo de protección colectiva y la Unidad de Pago por Capitación (UPC)**

Según el informe de rendición de cuentas del año 2019 que realizo y socializo el ministerio de salud y protección social en materia de la protección colectiva, años atrás se avanzó en la unificación de los planes de beneficios del sistema. Sin distinción de clases, todos pueden acceder a un mismo plan de beneficios en salud que se mantiene al día con los avances científicos a nivel mundial. Durante el 2019 se mantuvieron los esfuerzos para garantizar los recursos necesarios que dan continuidad y sostenibilidad a la igualación del plan de beneficios así como a la actualización y ampliación del mismo.

Por mandato de la Ley 1438 de 2011, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –o PBSUPC– correspondiente para la vigencia 2019 se había actualizado integralmente el año inmediatamente anterior (Res. 5857 de 2018), ampliándose mediante la inclusión de 60 principios activos para la atención de 19 condiciones de salud y realizándose aclaraciones para 34 procedimientos.

Por su parte, la UPC se **fundamenta en el estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste para su cálculo**. Es el instrumento técnico esencial para verificar el equilibrio en la asignación de los recursos disponibles al aseguramiento en salud y cubrir adecuadamente la prestación de los servicios y tecnologías que conforman el Plan de Beneficios. El estudio aporta a dos de las grandes metas del sistema: el mejoramiento del estado de salud de la población y los desenlaces clínicos individuales y la sostenibilidad.

Lo hace en virtud de los análisis de cada uno de los regímenes de afiliación de manera independiente, en términos de fuentes de financiación, costos, según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos. El MSPS, con **base en la información recolectada por los diferentes actores en salud, calcula más de 150 primas de aseguramiento colectivo**, con valores diferenciales por zona geográfica, grupos de edad, sexo y teniendo distinciones preferenciales para los niños menores de un año, adultos mayores de 70 y mujeres entre los 19 y 44 años, en virtud de un mayor riesgo para estas poblaciones.

A la par del Plan de Beneficios actualizado para 2019, la UPC para esa vigencia contó con un **incremento de 5,31 por ciento** para el régimen contributivo **y 9,40% para el régimen subsidiado** en comparación con el año inmediatamente anterior. Como resultado del incremento, la UPC del régimen contributivo pasó de \$804.463,20 en 2018 a \$847.180,80 en 2019. Además, se reconoció una prima adicional de 10 por ciento a 363 municipios catalogados en zonas dispersas y una de 9,86% adicional para 32 ciudades. En el caso del régimen subsidiado, la UPC pasó de \$719.690,40 en 2018 a \$787.327,20 en 2019 y se reconoció una prima adicional de 11,47% para los 363 municipios catalogados como zonas dispersas y una del 15% para 32 ciudades. A San Andrés, Providencia y Santa Catalina se le asignó una prima adicional del 37,9 por ciento.

Con la Resolución 3512 de 2019 se actualizaron nuevamente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC como mecanismo de protección colectiva y se establecieron los servicios y tecnologías de salud que deberán ser garantizados en el año 2020 por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por tal normatividad. A su vez, la Resolución 3513 de 2019 **definió un incremento de la prima del 5,36%** a partir del año 2020, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. Para el caso del contributivo, la UPC pasa de \$847.180,80 a \$892.591,20. Por primera vez hay un porcentaje de esta UPC destinado exclusivamente a cumplir progresivamente con las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en el marco de la Resolución 3280 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud–RIAS.

En materia de telemedicina, se financia con recursos de la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en la Resolución 3512, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutiva en la prestación de dichos servicios, cuya provisión deberá dar cumplimiento a los parámetros para la práctica de la telemedicina establecidos en la Resolución 2654 de 2019.

1.1.1. Presupuesto oficial y forma de pago del proceso.

El presupuesto oficial definido para el presente proceso de contratación es hasta la suma de **TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS (351.767.233.314) M/CTE**

VALOR PRESUPUESTO OFICIAL TOTAL (POS, PAC, PYP)					
REGIONAL	OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020	AÑO 2021	ENERO - JULIO 2022	VARIABLE	TOTAL CONTRATO
MAGDALENA	16.667.585.148	69.206.779.439	41.869.371.920	10.164.757.497	137.908.494.003
PACIFICO	11.402.807.801	47.346.578.698	28.644.207.163	6.955.786.365	94.349.380.027
CENTRAL	9.122.078.581	37.877.205.518	22.915.734.002	5.565.116.559	75.480.134.661
ANTIOQUIA-SANTANDER	5.320.944.970	22.094.485.353	13.367.539.003	3.246.255.297	44.029.224.623
Total general	42.513.416.500	176.525.049.008	106.796.852.087	25.931.915.719	351.767.233.314

Con el operador (es) seleccionado (s) se empleará el siguiente mecanismo de pago:

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia pagará mediante la modalidad de Pago Global Prospectivo PGP. Por la totalidad de los niveles de atención, se realizarán pagos mensuales anticipados así:

PROYECCION PAGO MES				
REGIONAL	OCTUBRE-DICIEMBRE DE 2020	AÑO 2021	ENERO - JULIO 2022	VARIABLE MES
MAGDALENA	5.555.861.716	5.767.231.620	5.981.338.846	462.034.432
PACIFICO	3.800.935.934	3.945.548.225	4.092.029.595	316.172.108
CENTRAL	3.040.692.860	3.156.433.793	3.273.676.286	252.959.844
ANTIOQUIA- SANTANDER	1.773.648.323	1.841.207.113	1.909.648.429	147.557.059
Total general	14.171.138.833	14.710.420.751	15.256.693.155	1.178.723.442

Esta modalidad de pago genera un fuerte impacto al realizar acciones de promoción de la salud, prevención primaria y detección temprana, para reducir el riesgo primario de incidencia y de severidad, genera también un fuerte incentivo para gestionar el riesgo técnico de morbilidad evitable (mejorando la coordinación, la continuidad y la integralidad de la atención, y realizando acciones de prevención secundaria y terciaria) y el riesgo técnico de utilización (reduciendo la variabilidad en las conductas médicas).

Los pagos se someterán a una auditoría – interventoría técnica para determinar el grado de cumplimiento del contrato. Adicionalmente con el informe del auditor o interventor se procederá a realizar las glosas, descuentos, retenciones o deducciones en el mes siguiente.

En los pagos correspondientes a diciembre de 2020, diciembre de 2021 y el último pago de la vigencia 2022, se realizarán retenciones según el promedio de las glosas, descuentos o deducciones hasta que el Fondo verifique el informe de ejecución del contrato y se descontarán en el mismo mes.

Esta modalidad de pago genera un fuerte impacto al realizar acciones de promoción de la salud, prevención primaria y detección temprana, para reducir el riesgo primario de incidencia y de severidad, genera también un fuerte incentivo para gestionar el riesgo técnico de morbilidad evitable (mejorando la coordinación, la continuidad y la integralidad de la atención, y realizando acciones de prevención secundaria y terciaria) y el riesgo técnico de utilización (reduciendo la variabilidad en las conductas médicas).

Los pagos mensuales se someterán a una auditoría – interventoría técnica para determinar el grado de cumplimiento de matrices de cumplimiento de PYP, oportunidad en la atención y demás medidas de evaluación que determine el contratante en la ejecución del contrato. Con el informe del auditor o interventor se procederá a realizar las glosas, descuentos, retenciones o deducciones en el mes siguiente. Para lo anterior el contratista suministrará toda la información, datos, registros o demás requerimientos necesario para realizar dichas auditorias o

interventorías. Es deber del contratista entregar toda la información de forma oportuna.

En los pagos correspondientes a diciembre de 2020, diciembre de 2021 y el último pago de la vigencia 2022, se realizarán retenciones según el promedio de las glosas, descuentos o deducciones hasta que el Fondo verifique el informe de ejecución del contrato y se descontarán en el mismo mes. El valor promedio que se le retendrá al Contratista, será el valor de las glosas u objeciones notificadas en forma oportuna y con apego a la Ley o lo estipulado en el contrato.

El pago mensual está dado para la prestación de servicios de baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad, alto costo, acciones dentro del PAC y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todas las acciones anteriormente mencionadas se pagarán por regional según el valor mensual por vigencia que se define en la tabla anterior.

Se verificará la cantidad de usuarios del fondo y las frecuencias de uso pactadas, si varía la cantidad de usuarios esta automáticamente se ajustará en el pago mensual, esta verificación se realizará durante toda la ejecución del contrato. Se verificará cada cuatro (4) meses durante un periodo de un (1) año las frecuencias de uso y el número de eventos inicialmente dados en el anexo No “FRECUENCIAS DE USO”, si estos varían por encima del diez por ciento (10%), el Fondo entrará a revisar lo indicado por el contratista y reajustará la fórmula de pago, únicamente se dará lo anterior si se determina que la frecuencia de uso aumentó solo por la severidad de las patologías, para tal caso el contratista deberá aportar toda la información requerida por el contratante para que pueda realizar el estudio y hacer los ajustes necesarios. El ajuste por severidad en la patología nunca podrá ser superior al ocho (8%) del valor mensual. Pasado un año no se volverán a ajustar las frecuencias de uso.

Los valores establecidos en el cuadro para cada regional, corresponde al monto máximo mensual que se podrá pagar por la prestación de servicios de salud respecto de los tres conceptos, PBS, PAC y PYP, los cuales no podrán exceder en ningún evento.

El valor por región que el proponente seleccionado oferte como descuento en la propuesta económica se sumará al valor variable de la región ofertada.

1.1.2. Justificación del presupuesto oficial

El valor estimado del presente proceso se formuló de la siguiente manera:

- PBS: Este valor se determina según lo establecido en la Resolución 3513 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- PAC: Este valor corresponde a los recursos aprobados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a fin de atender los compromisos establecidos en cuanto a prestaciones sociales reconocidas en las diferentes convenciones colectivas.
- PYP: Es el valor determinado por normatividad para realizar todas las acciones de promoción y prevención de la enfermedad.

Perfil Epidemiológico: El Fondo realizó el estudio por regionales del perfil epidemiológico de la población, dicho perfil determina la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas y de alto costo para la institución y es determinante para el modelo de atención que quiere implementar, lo anterior es pieza fundamental para definir los costos en la prestación de servicios de salud.

Frecuencias de Uso: Este indicador nos marca el comportamiento de la población frente a los eventos realizados por los prestadores de servicios de salud. El Fondo revisó los datos correspondientes a la prestación de los servicios médicos en los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 entregados por los prestadores actuales, lo que permitió a la entidad verificar y establecer las frecuencias de uso. Posteriormente, se realizó el estudio del número de eventos realizados por los operadores en cada una de las regionales en los años ya mencionados y se organizaron por grandes grupos de servicios de acuerdo con la Resolución 3512 de 2019, así como la Resolución 537 de 2020 ambas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se analizaron las frecuencias de uso finales, las cuales se darán a conocer en el Anexo publicado en el SECOP.

Eventos Mensuales: Es el análisis que realiza el FONDO frente a las acciones realizadas por el prestador de servicios de salud, con esto se define la calidad de atención frente uso.

Tarifario: El Fondo para realizar los cálculos de costos por evento tomo como base el manual tarifario SOAT determinado por Decreto 2423 de 1996, por medio del cual “Se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones”. Se realizó el estudio de 1004 CUPS y se analizó la diferencia entre la severidad dada en la nota técnica del estudio de suficiencia de UPC del régimen contributivo del Ministerio de Salud y Protección Social y los valores del manual tarifario del Decreto 2423 de 1996 actualizado al salario mínimo de 2020, reglamentado en el Decreto 2360 de 2019. Al realizar el análisis se encontró que la desviación estándar es del 37,6%. Por lo anterior, el Fondo determina la tarifa del proyecto para actividades de recuperación de la salud es del SOAT-20%. Para acciones de alto costo es SOAT PLENO y las acciones de la ruta integral de atención de promoción y mantenimiento a la salud deberán ser facturadas a tarifa SOAT-10%.

#	DESCRIPCION	TARIFA
1	Servicios de Salud de baja y mediana complejidad	SOAT -20%
2	Servicios de salud de alta complejidad	SOAT PLENO
3	Servicios de salud de alto costo	SOAT PLENO
4	Servicios de salud de la ruta de promoción y mantenimiento a la salud	SOAT – 10%
5	Medicamentos	PLM – 20%
6	Insumos	Valores concertados

Se determinó y calculó el número de eventos finales y eventos mensuales por regional según las frecuencias de uso, así como el costo de cada una de acuerdo con el tarifario antes mencionado, esto nos da una tendencia de valor promedio de atención para toda la población por regional de acuerdo a las siguientes tablas:

PROYECCION PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD POR REGIONAL					
REGIONAL	OCTUBRE- DICIEMBRE DE 2020	AÑO 2021	ENERO - JULIO 2022	VARIABLE	TOTAL CONTRATO
MAGDALENA	8.163.252.944	34.000.849.849	20.637.743.024	5.024.147.665	67.825.993.482
PACIFICO	5.569.392.387	23.197.134.235	14.080.133.213	3.427.732.787	46.274.392.622
CENTRAL	4.477.191.050	18.647.995.069	11.318.909.141	2.755.527.621	37.199.622.881
ANTIOQUIA- SANTANDER	2.635.208.086	10.975.932.645	6.662.141.634	1.621.862.589	21.895.144.955
Total General	20.845.044.467	86.821.911.799	52.698.927.012	12.829.270.662	173.195.153.940

PROYECCION PLAN ATENCION CONVENCIONAL POR REGIONAL					
REGIONAL	OCTUBRE- DICIEMBRE DE 2020	AÑO 2021	ENERO - JULIO 2022	VARIABLE	TOTAL CONTRATO
MAGDALENA	8.410.711.260	34.832.436.903	21.014.474.731	5.140.609.832	69.398.232.726
PACIFICO	5.772.357.936	23.905.860.917	14.422.450.879	3.528.053.579	47.628.723.310
CENTRAL	4.596.855.645	19.037.591.381	11.485.414.706	2.809.588.939	37.929.450.672
ANTIOQUIA- SANTANDER	2.657.719.315	11.006.779.031	6.640.410.503	1.624.392.708	21.929.301.556
Total general	21.437.644.156	88.782.668.231	79.185.246.207	13.102.645.057	176.885.708.264

PROYECCION ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCION POR REGIONAL					
REGIONAL	OCTUBRE- DICIEMBRE DE 2020	AÑO 2021	ENERO - JULIO 2022	VARIABLE	TOTAL CONTRATO
MAGDALENA	93.620.944	373.492.687	217.154.164	0	684.267.795
PACIFICO	61.057.478	243.583.546	141.623.071	0	446.264.095
CENTRAL	48.031.886	191.619.067	111.410.155	0	351.061.108
ANTIOQUIA- SANTANDER	28.017.569	111.773.677	64.986.866	0	204.778.112
Total general	230.727.877	920.468.977	535.174.256	0	1.686.371.110

NOTA1 : La columna correspondiente a **VARIABLE** se determina teniendo en cuenta el aumento de la severidad de las patologías (incidencia y severidad) para lo cual, durante la ejecución del contrato, a través de los informes de auditoría/interventoría se obtendrá información que dé cuenta del aumento de las frecuencias de uso por grupo de servicio, lo que implicará realizar pagos por encima del valor fijo mensual anteriormente señalado en el cuadro PROYECCIÓN MENSUAL para cada una de las regionales y que se pagará con los recursos indicados en esta columna.

M

Nota2: La franja de amortización para lograr el valor variable determinado por el fondo es del ocho por ciento (8%), en caso que el contratista supere el ocho por ciento (8%) de la meta o en actividades, el contratista aumentara el valor mes hasta el ocho por ciento, en ningún caso será superior, de igual forma si el contratista se encuentra por debajo de la meta en el ocho por ciento (8%) o superior se le disminuirá el valor del pago mensual hasta en el ocho por ciento (8%) del presupuesto mensual por regional, lo anterior frente a frecuencias de uso o eventos realizados. Lo anterior se verificará por medio de auditorías y lo dispuesto en el decreto 4747 de 2007 y sus normas reglamentarias frene a este tipo de contratación en salud.

1.1.3. Indicadores financieros

1.1.4. Indicadores financieros

El Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia con el objetivo de garantizar a sus afiliados y beneficiarios la prestación de los servicios integrales de salud con oportunidad, accesibilidad, disponibilidad, integralidad, continuidad, calidad, idoneidad y satisfacción de acuerdo con el modelo de atención diseñado por la Entidad y cumpliendo con el plan de beneficios en salud – PBS, el plan de atención convencional – PAC y actividades de Promoción y Prevención a que tienen derecho, establece una serie de parámetros de evaluación financiera con base en el análisis de Instituciones Prestadoras de Servicio - IPS que además de ofrecer un portafolio idóneo demuestren un optimo manejo de recursos financieros que garanticen constancia y cobertura en la prestación de servicios a nuestros afiliados y su grupo de beneficiarios.

Para la definición de los indicadores y sus márgenes de aceptación para la evaluación financiera de proponentes se tomó como referencia un estudio comparativo de indicadores de Hospitales y Clínicas tanto publicas como privadas realizado por ©EMIS de los años 2017 al 2019.

Año	2019	2018	2017
Empresas en industria	874	1172	1174
	2019	2018	2017
Rentabilidad			
Utilidad Neta / Ventas	0,08	0,06	0,05
Rentabilidad de Activos	0,05	0,05	0,04
Utilidad Neta / Patrimonio	0,09	0,09	0,07
Utilidad Operacional / Ventas	0,12	0,07	0,07
Endeudamiento			
Endeudamiento	0,39	0,44	0,44
Apalancamiento	0,63	0,79	0,79
Pasivo Total / Ventas	0,55	0,59	0,59
Pasivo Corriente / Pasivo Total	0,61	0,87	0,87
Liquidez			
Ratio Corriente	1,88	1,30	1,32
Prueba Acida	1,84	1,25	1,28

Posteriormente se definieron los indicadores que permitieran identificar la capacidad financiera de las IPS para atender eventualidades sin que se presente afectación alguna a los afiliados; para ello se clasificaron en 3 grupos : Indicadores de capacidad Financiera, Indicadores de Capacidad y de Capacidad Organizacional.

CLASE INDICADOR	CONCEPTO
Indicadores Capacidad Financiera	Patrimonio Nivel Endeudamiento Liquidez
Indicadores de capacidad	Capital de Trabajo Pasivo a corto plazo / Ventas

Capacidad organizacional	Ebidta (Evaluacion Antes Intereses, Impto Dep y Amortizacion) Rentabilidad del Patriomonio Rentabilidad del Activo
--------------------------	--

Para la elección de los márgenes solicitados, se tomo como referencia 6 Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud que tuvieran cobertura en servicios de Consulta externa, Urgencias, Hospitalización , atención de enfermedades de alto y que al mismo tiempo tuvieran presencia geográfica en al menos una de las zonas en donde se encuentran los afiliados del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Para el análisis se tomo como referencia los Estados de la Situación Financiera y los Estados de Resultados mas recientes de la entidades disponibles en medio magnético.

Los periodos analizados corresponden a los años 2018-2019 así:

- Entidad 1: año 2019
- Entidad 2: año 2018
- Entidad 3: año 2018
- Entidad 4: año 2018
- Entidad 5: año 2019
- Entidad 6: año 2019

A continuación se describen cada uno de los indicadores:

• **PATRIMONIO**

El Patrimonio reportado por el oferente en su Estado de Situación Financiera, se debe encontrar por encima del sesenta por ciento (60%) del valor que registra el Capital Social, según corresponda, de acuerdo con la naturaleza jurídica del proponente.

Para proponentes individuales, la fórmula aplicable será la siguiente:

$$\text{Patrimonio Mínimo} = \text{Patrimonio} \times 100 / \text{capital Social}.$$

Para el caso de proponentes conjuntos, a fin de calcular el cumplimiento de este indicador, se sumarán las razones financieras de cada uno de los integrantes del proponente conjunto con la siguiente fórmula:

$$\text{Patrimonio Mínimo} = (\text{Patrimonio total entidad. 1} + \text{Patrimonio total entidad 2.++ Patrimonio total entidad N}) \times 100 / (\text{Capital entidad 1} + \text{Capital entidad 2+.....+ Capital entidad N .})$$

Ninguno de los miembros de un proponente conjunto puede presentar dentro de sus estados financieros un saldo de la cuenta patrimonio inferior al 50% de la Cuenta de Balance que registra el Capital Social, de conformidad las Normas Internacionales NIIF PyMES Sección 2. 22 Patrimonio, Sección 22.3, sección 22.7.

• **NIVEL DEL ENDEUDAMIENTO**

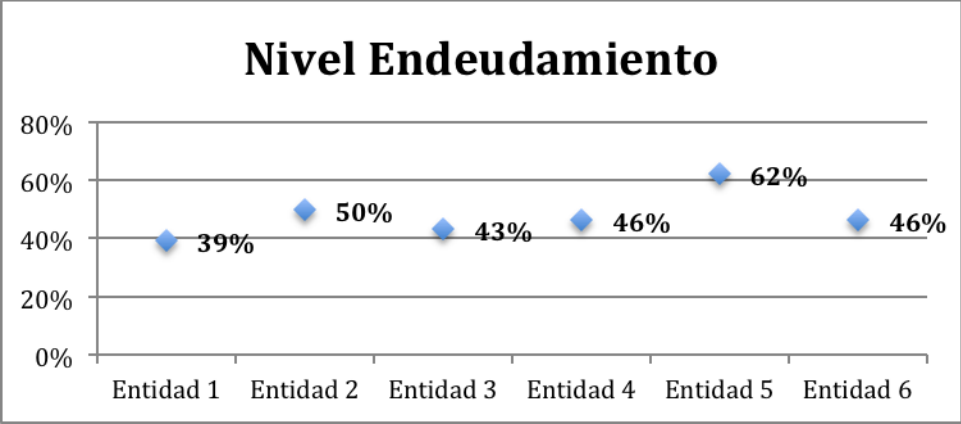
Es una razón que nos indica la propiedad que tienen los terceros sobre la empresa. El resultado deberá ser menor o igual a 70%.

En el caso de proponentes individuales, el endeudamiento se calculará mediante la siguiente fórmula:

$$(\text{Pasivo Total} / \text{Activo total}) \times 100$$

En el caso de proponentes conjuntos, para calcular el cumplimiento del indicador, será calculada con base en los índices de cada uno de los integrantes del proponente plural, ponderados por el porcentaje de participación de cada uno de ellos.

$$(((\text{Pasivo Total entidad 1} / \text{Activo Total entidad 1}) \times \% \text{ participación entidad 1}) + [(\text{Pasivo Total entidad 2} / \text{Activo Total entidad 2}) \times \% \text{ participación entidad 2}] + [(\text{Pasivo Total entidad N} / \text{Activo Total entidad N}) \times \% \text{ participación entidad N}]) \times 100$$



De la grafica anterior se observa que el nivel de endeudamiento de las entidades de la muestra se ubica en un rango mínimo del 39% y un máximo de 62% por lo que se determina aceptar un nivel máximo del 70% debido principalmente a las dificultades de la IPS en cuanto al recaudo de cartera y por ende el cumplimiento en el pago de obligaciones que permitan el saneamiento de pasivos.

• LIQUIDÉZ

Será evaluada mediante la prueba ácida. Este indicador mide la capacidad de la empresa para cancelar sus obligaciones corrientes (corto plazo) sin depender de la venta de sus inventarios.

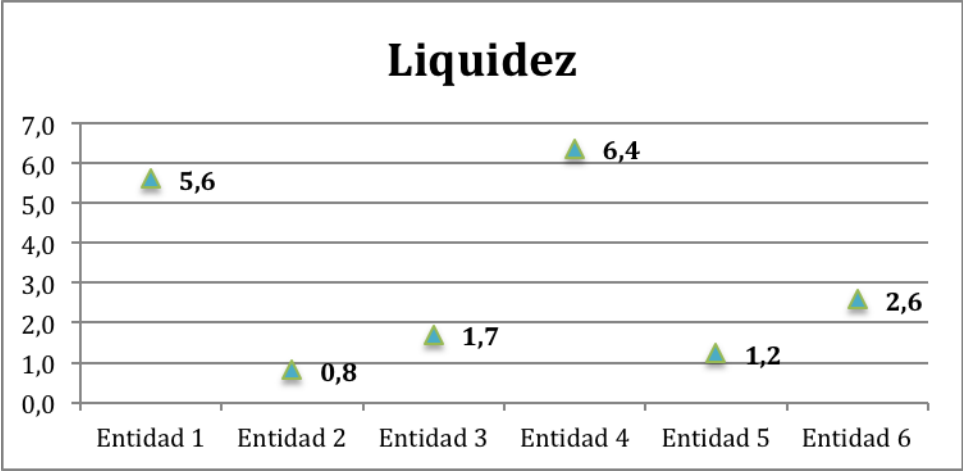
El resultado de este indicador, debe ser mayor o igual a uno punto dos (> o = 1.2) y se aplicará la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Activo Corriente} - \text{Inventarios}}{\text{Pasivo Corriente}}$$

Para el caso de proponentes conjuntos, a fin de calcular el cumplimiento del indicador, la fórmula será calculada con base en los índices de cada uno de los integrantes del proponente plural, ponderados por el porcentaje de participación de cada uno de ellos.

$$\frac{[(\text{Activo Corriente entidad 1} - \text{Inventarios entidad 1}) / \text{Pasivo Corriente entidad 1}] * \% \text{ participación entidad 1} + [(\text{Activo Corriente entidad 2} - \text{Inventarios entidad 2}) / \text{Pasivo Corriente entidad 2}] * \% \text{ participación entidad 2} + \dots + [(\text{Activo Corriente entidad N} - \text{Inventarios entidad N}) / \text{Pasivo Corriente entidad N}] * \% \text{ participación entidad N}}$$

$$\frac{[(\text{Activo Corriente entidad 1} - \text{Inventarios entidad 1}) / \text{Pasivo Corriente entidad 1}] * \% \text{ participación entidad 1} + [(\text{Activo Corriente entidad 2} - \text{Inventarios entidad 2}) / \text{Pasivo Corriente entidad 2}] * \% \text{ participación entidad 2} + \dots + [(\text{Activo Corriente entidad N} - \text{Inventarios entidad N}) / \text{Pasivo Corriente entidad N}] * \% \text{ participación entidad N}}$$



De las entidades observadas se destaca que 5 de las 6 entidades cuenta con buena liquidez para cumplir con sus obligaciones a corto plazo, por lo tanto se acepta un nivel mayor o igual al 1.2

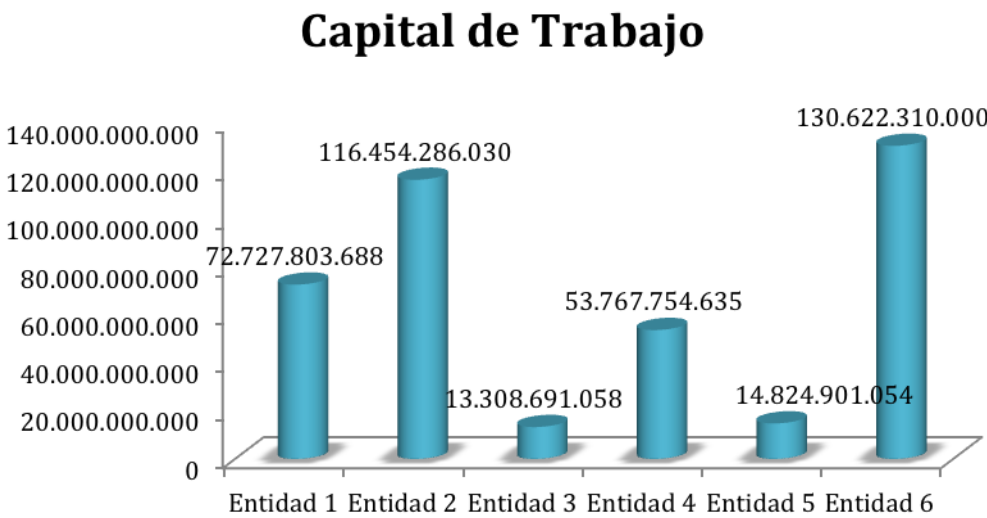
• CAPITAL DE TRABAJO

Entendido como activo corriente menos pasivo corriente, no podrá ser inferior al valor de un pago mensual correspondiente al presupuesto oficial establecido para la zona o región correspondiente. Se calcula mediante la siguiente formula:

Activo Corriente – Pasivo Corriente

Para el caso de proponentes conjuntos, se sumarán los capitales de trabajo de cada uno de los miembros que lo conforman, aplicando la siguiente formula:

(Activo Corriente entidad 1 + Activo Corriente entidad 2+.....+Activo Corriente entidad N) – (Pasivo corriente entidad 1 + pasivo corriente entidad 2+.....+Pasivo Corriente entidad N). Sumatoria de activos corrientes menos sumatoria de pasivos corrientes.



• PASIVO A CORTO PLAZO / VENTAS

Indica la proporcionalidad del pasivo a corto plazo (corriente) sobre las ventas.

Se calcula mediante la siguiente fórmula:

(Pasivo corriente / Ventas) X 100

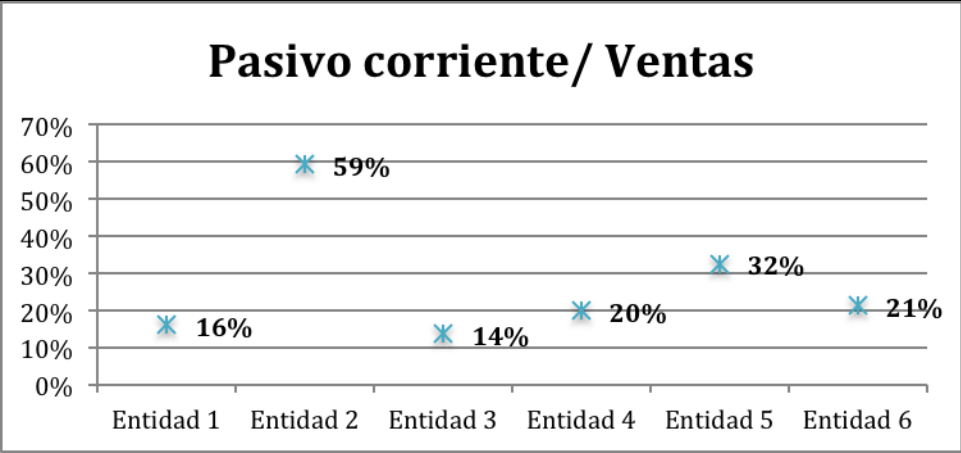
Para el caso de proponentes conjuntos, a fin de calcular el cumplimiento del indicador, la fórmula será calculada con base en los índices de cada uno de los integrantes del proponente plural, ponderados por el porcentaje de participación de cada uno de ellos.

[(Pasivo corriente entidad 1/ ventas entidad 1) * % participación entidad 1] + [(Pasivo corriente entidad 2/ ventas entidad 2) * % participación entidad 2] + ... + [(Pasivo corriente entidad N/ ventas entidad N) * % participación entidad N]

El resultado del indicador no podrá ser superior al 60%

Nota: el componente ventas hace referencia a los ingresos percibidos por la presentación de servicios de salud.

La grafica anterior pasivo corriente / de la muestra se ubica 14% y un máximo de determina aceptar un



muestra que el ratio ventas de las entidades en un rango mínimo del 59% por lo que se nivel inferior al 60%.

• EBITDA (EVALUACIÓN ANTES DE INTERESES, IMPUESTOS, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES)

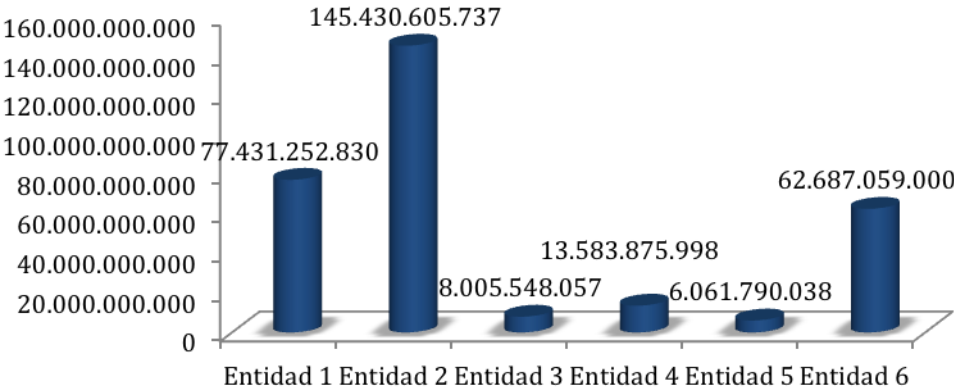
Utilidad operacional + depreciaciones + amortizaciones.

Para el caso de proponentes conjuntos, se sumarán los conceptos de cada uno de los miembros que lo conforman, aplicando la siguiente formula:

[Utilidad operacional (o pérdida) + depreciaciones + amortizaciones prop1]+ [Utilidad operacional (o pérdida) + depreciaciones + amortizaciones prop 2] + .. + [Utilidad operacional (o pérdida) + depreciaciones + amortizaciones prop N]

El EBITDA deberá ser mayor que 0. (>0).

Ebidta (Evaluacion Antes Impto Dep y Amortizacion)



El EBITDA deberá ser mayor que 0

- CAPACIDAD ORGANIZACIONAL
- RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO

Para que la propuesta sea admitida, se debe cumplir el siguiente indicador: RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO – RP

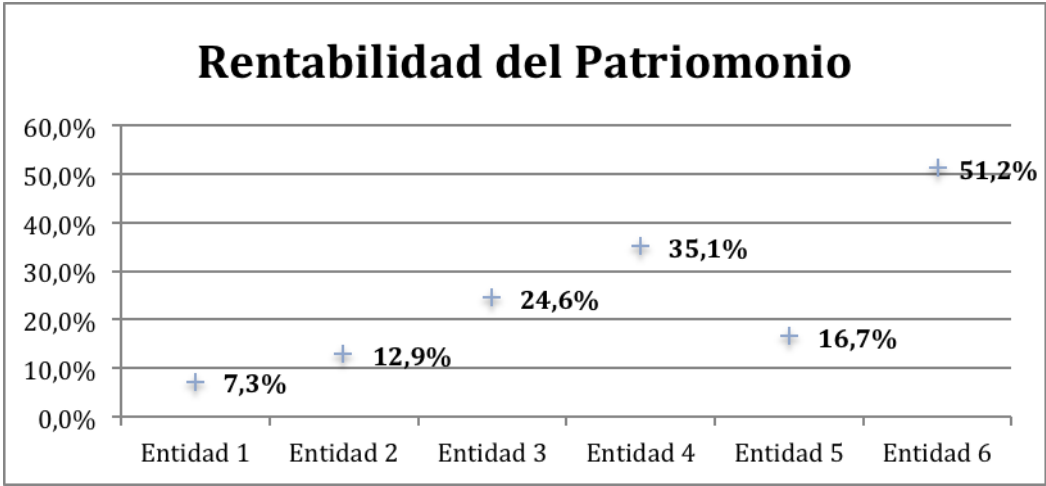
RP= Utilidad operacional / Patrimonio) X 100	Superior a 0%
--	----------------------

NOTA 1: En caso de consorcios o unión temporal, la capacidad financiera y de organización del proponente, será calculada con base en los índices de cada uno de los integrantes del proponente plural, ponderados por el porcentaje de participación de cada uno de ellos.

Para el caso de proponentes conjuntos, se aplicará la siguiente fórmula:

$$(((\text{Utilidad Operacional entidad 1} / \text{Patrimonio entidad 1}) * \% \text{ participación entidad 1}) + [(\text{Utilidad Operacional entidad 2} / \text{Patrimonio entidad 2}) * \% \text{ participación entidad 2}] + \dots + [(\text{Utilidad Operacional entidad N} / \text{Patrimonio entidad N}) * \% \text{ participación entidad N}]) \times 100$$

En todo caso, la capacidad de organización no podrá ser inferior a la mínima requerida en el presente numeral.



De las entidades analizadas la rentabilidad del patrimonio tomando como base la operación se ubica en un rango mínimo del 7,3% y un máximo de 51,2%. Se determina aceptar un margen superior al 0% con el propósito de ampliar la oferta de proponentes tanto públicos como privados, encontrando así, un equilibrio entre la salud financiera de las IPS y la oferta de un portafolio de servicios médicos óptimos que cubran las necesidades de nuestra población.

• **RENTABILIDAD DEL ACTIVO**

Para que la propuesta sea admitida, se debe cumplir el siguiente indicador: RENTABILIDAD DEL ACTIVO– RP

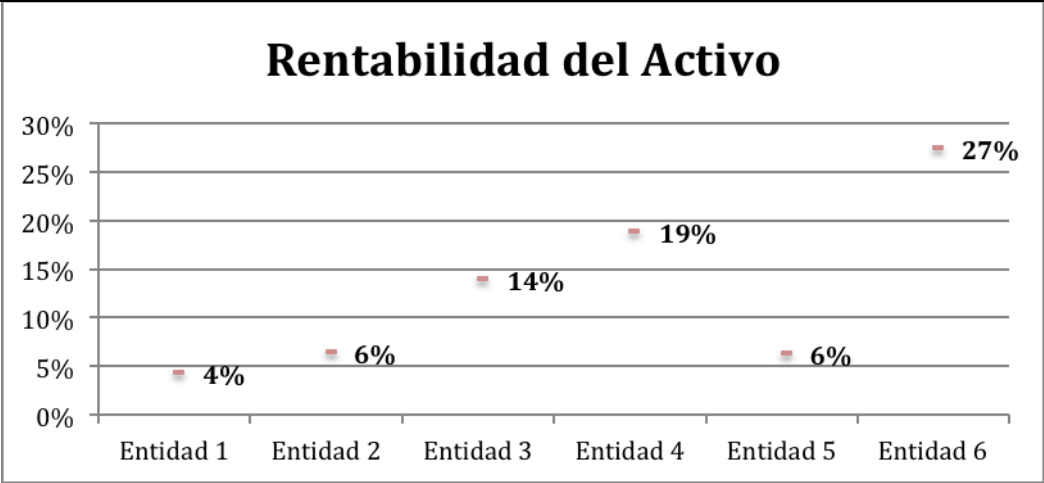
RA = (Utilidad Operacional / Activo Total) X 100	Superior a 0%
--	----------------------

NOTA 1: En caso de consorcios o unión temporal, la capacidad financiera y de organización del proponente, será calculada con base en los índices de cada uno de los integrantes del proponente plural, ponderados por el porcentaje de participación de cada uno de ellos.

Para el caso de proponentes conjuntos, se aplicará la siguiente fórmula:

$$(((\text{Utilidad Operacional entidad 1} / \text{Activo Total entidad 1}) * \% \text{ participación entidad 1}) + [(\text{Utilidad Operacional entidad 2} / \text{Activo Total entidad 2}) * \% \text{ participación entidad 2}] + \dots + [(\text{Utilidad Operacional entidad N} / \text{Activo Total entidad N}) * \% \text{ participación entidad N}]) \times 100$$

En todo caso, la capacidad de organización no podrá ser inferior a la mínima requerida en el presente numeral. .



De las entidades analizadas la rentabilidad del patrimonio tomando como base la operación se ubica en un rango mínimo del 4% y un máximo de 27% . Se determina aceptar un margen superior al 0% con el propósito de ampliar la oferta de proponentes tanto públicos como privados, encontrando así, un equilibrio entre la salud financiera de las IPS y la oferta de un portafolio de servicios médicos óptimos que cubran las necesidades de nuestra población.

1.2. Aspecto Técnico

El presente proceso de selección tiene por objeto: “GARANTIZAR A LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD CON OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD, CALIDAD, IDONEIDAD Y SATISFACCIÓN DE ACUERDO CON EL MODELO DE ATENCIÓN DEFINIDO POR EL FONDO Y CUMPLIENDO CON EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – PBS, EL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL – PAC Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A QUE TIENEN DERECHO.”

La forma en la que se desarrollará la prestación de los servicios se encuentra descrita en los estudios previos y sus respectivos anexos.

Para efectos del presente proceso de selección abreviada, se entiende y reitera que el Fondo a través de criterios objetivos y con sujeción a los requisitos previstos para la modalidad de selección, adjudica el contrato a un(os) operador(es) de servicios, quien(es) está(n) en la obligación de garantizar una red de prestadores de servicios de salud para los diferentes niveles de complejidad que demanden los afiliados y beneficiarios del Fondo. Dicho operador, con los recursos entregados determinará conforme a su estructura de costos, el nivel de complejidad de los servicios y las particularidades de cada territorio, que modalidad de contratación emplea con los respectivos prestadores.

1.2.1. Prestadores de servicios de salud.

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentren habilitados para la prestación del servicio ofertado.

Para ofertar sus servicios en Colombia una IPS debe cumplir con los requisitos del Sistema Único de Habilitación, definido en el artículo 2.5.1.3.1.1 Decreto 780 de 2016 y lo definido en la resolución 3100 de 2019. Todos los prestadores de servicios de salud deben estar habilitados en cada uno de los entes territoriales departamentales donde presten dichos servicios.

Los prestadores deben estar en el REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (REPS), al cual es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Una de las herramientas para realizar la verificación de la RED es del REPS, entendida como el número de camas disponibles, número de quirófanos, servicios que oferta, etc., a través de esta no solo se mide la productividad de cada área, sino que permite a la EAPB estimar el paquete de servicios que puede contratar.

Otras instituciones prestadoras en el país, además de cumplir con los requisitos mínimos previstos para permanecer en el mercado, se han sometido a un proceso de evaluación voluntaria denominada Acreditación, definida como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.

Los estándares empleados son superiores a los del sistema único de habilitación, y su importancia radica en el reconocimiento que obtiene en el sector una entidad acreditada, al enviar un mensaje al mercado del logro de niveles superiores de calidad en la atención en salud, así el usuario podrá ejercer de manera informada su derecho a la libre elección de IPS.

De acuerdo a su naturaleza jurídica se clasifican en públicas, privadas y mixtas y se determinó, tomando como fuente el REPS a agosto de 2020, que en el país existen 10750 IPS, con la normatividad de RISS se cambió los concepto a IPS primarias e IPS Complementarias, el REPS.

IPS de Baja Complejidad: Primer contacto con el paciente, de mayor facilidad de acceso. Debe tener recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas, que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención de salud. Es la entrada al sistema de salud de los pacientes, debe tener las características suficientes, como lo son médicos generales, consulta de odontología, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de saneamiento y promotor de salud no se hacen procedimientos quirúrgicos por ser establecimientos de baja complejidad ya que en ella se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

IPS de mediana complejidad: Se ubican los hospitales y clínicas donde se prestan servicios relacionados a especialistas básicos como lo son medicina interna, pediatría, gineceo-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima mediante el ministerio de salud que entre los nivel I y II se resuelven el 95% de problemas de salud de la población Colombiana.

IPS de alta complejidad: Se reserva para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y sub especializados como: cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología y otros de acuerdo a la disponibilidad de los recursos y que sean de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad en el país, en este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud.

Según el INCONTEC a MAYO de 2020 solo existen 51 IPS acreditadas en el país, de las cuales el 25,5% son de carácter público y el 74,5% de carácter privado.

En virtud a los resultados del estudio “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia” del Banco de la República en el año 2014, de 1.124 municipios en Colombia, el 45% solo cuentan con IPS públicas de baja y mediana complejidad y ofrecen en promedio 18 de los 234 servicios de salud disponibles. De hecho, el 76% de las entidades territoriales ofrece entre 11 y 40 servicios.

Al observar el ranking de las mejores IPS de Latinoamérica se observó que de las 58 IPS, 24 son colombianas, demostrando el nivel de calidad que se tiene en Colombia para realizar un proceso de selección.

- **Redes Integrales De Prestación De Servicios De Salud**
- **Conformación Y Organización De Redes Integrales De Prestadores de Servicios De Salud**

La conformación y organización de la red integral de prestadores de servicios de salud se refiere a la organización funcional de los servicios para la atención de las diferentes necesidades de la población usuaria del Fondo, incluyendo todos los puntos de atención definidos para cada regional. Por lo anterior, el Fondo establece los criterios para la conformación y organización establece los criterios y los principios que soportan la metodología de medición demanda requerida por cada tipo de servicio, con la cual se establece la disponibilidad, suficiencia y articulación de la red integral de prestadores de servicios de salud para cada punto de atención y regional, la cual deberá ser presentada con la oferta para la respectiva regional y garantizada durante toda la ejecución del contrato.

Por lo anterior se debe incluir:

- Análisis y planificación de los requerimientos de la demanda: se refiere a la especificación de las necesidades de la población a cargo,

para lo cual el Fondo incluye el Anexo No. 01 (Comportamiento Poblacional), Anexo No. 02, (Comportamiento Epidemiológico), Anexo No. 03 (Plan de Atención Convencional) y Anexo No. 07 (Demanda Efectiva – Frecuencias de Uso), del estudio previo, que se constituyen en la línea de base para realizar el análisis correspondiente, con lo anterior deberán considerarse los siguientes aspectos:

- Población afiliada: Según los datos incluidos en el Anexo No. 01 del estudio previo.
- Determinación de las capacidades de atención: Se refiere a la especificación por cada uno de los servicios de la demanda máxima a atender en términos de las actividades de protección específica y detección temprana, especificadas por los riesgos universales (sexo y edad), lo correspondiente a consulta externa, consultas de urgencias, urgencias con observación, hospitalización y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Análisis de la disponibilidad de los servicios de salud de la red existente en la regional objeto de oferta, incluyendo el análisis de los mismos a nivel geográfico de acuerdo con la ubicación de la población afiliada en la regional.
- Análisis de servicios de acceso primario para la población en el municipio: el proponente deberá determinar la disponibilidad de los siguientes servicios de salud en el territorio: urgencias o consulta prioritaria, consulta externa, consulta por medicina familiar, consulta de odontología general, enfermería, detección temprana – alteraciones en el adulto (mayores de 45 años).

De acuerdo a la Suficiencia de Red solicitada por cada punto de atención y departamento, el oferente debe definir la oferta de red, en la cual se debe organizar la Red de Prestadores en la Regional correspondiente, en todos los puntos de atención donde debe prestar los servicios de salud, incluyendo los servicios que hacen parte del Componente Primario y Complementario y demás servicios requeridos para la atención de la población afiliada, así como la disponibilidad exigida para determinados servicios

De igual manera, dentro de la ejecución del contrato, el Fondo verificará el cumplimiento de la suficiencia y disponibilidad de servicios y definirá los ajustes que deban ser realizados para garantizar la disponibilidad de la red requerida para la atención de los usuarios en cada punto de atención, informando al contratista las modificaciones de la red que deben ser realizadas por este, debidamente soportadas en los cálculos anteriormente establecidos, y definiendo el plazo para que el contratista haga los ajustes y remite el reporte correspondiente.

De forma anual el Fondo realizará la actualización del análisis de suficiencia con base en los datos de atenciones, servicios y procedimientos de la población afiliada y solicitará al contratista los ajustes de red de servicios de salud requeridos para garantizar las atenciones requeridas por los afiliados, ajustes que deben ser realizados por el contratista dentro de los plazos fijados.

1.2.2. Componente Primario y Complementario

La prestación de servicios de salud a cao del FPSFCN se encuentra ajustada al esquema de redes integrales de servicios de salud (RIPSS) según la reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y los postulados de la Ley Estatutaria de la Salud, con el fin de brindar a los usuarios atención continua e integral conforme a las necesidades de la población afiliada, definir la suficiencia y disponibilidad requerida en cada territorio, e identificar los déficits de oferta que deban ser cubiertos con estrategias extramurales de atención y lograr la articulación entre los actores que la Gestión Integral del Riesgo demanda.

De acuerdo a lo definido en las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIPSS) la red debe estar conformada de acuerdo en Componente Primario y Componente Complementario, en cada uno de los cuales se definen los servicios que deben ofertarse y prestarse en cada punto de atención establecido por el Fondo.

El Componente Primario consiste en la organización y despliegue de servicios acorde a las necesidades de la población en cada punto de atención, aportando en la intervención individual y comunitaria de los riesgos en salud, prestando los servicios de baja complejidad y los servicios de consulta externa básica especializada según el comportamiento epidemiológico de la entidad, para resolver los eventos más frecuentes.

De igual manera, dentro del Componente Primario se establecen los servicios puerta de entrada que deben ser garantizados en todos los puntos de atención y que no pueden ser remitidos a otras localidades salvo no existencia de los mismos habilitados en el punto.

Los servicios incluidos en el Componente Primario se encuentran definidos en el Anexo de Servicios Componente Primario y Complementario RIPSS, los cuales deberán:

- Los servicios puerta de entrada definidos anteriormente deben estar disponibles en cada uno de los puntos de atención en el componente primario de la red.
- Cuando los servicios no se encuentren en el punto de atención, deberá determinar el punto de atención dentro de la regional donde se prestará el servicio.
- Se deberá determinar la población potencial atendida por punto de atención y regional, incluyendo las frecuencias de uso y atenciones esperadas, por cada uno de los servicios que conforman el componente primario.

El Componente Complementario incluye los servicios necesarios para el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de complejidad y demás servicios requeridos por la población, adicionales al Componente Primario. Su objetivo es garantizar la atención de la demanda de servicios derivada de los niveles básicos en servicios de mediana y alta complejidad. Los servicios incluidos en el Componente Complementario se encuentran definidos en el Anexo No. XX Servicios Componente Primario y Complementario RIPSS

Las consideraciones para el componente complementario son las siguientes:

- Determinar los servicios a ofertar en el componente complementario de acuerdo a los requerimientos de la población de la regional.
- En los casos que no se encuentre disponibilidad de un servicio en el punto de atención determinará la disponibilidad en otro punto de atención de la regional o en el departamento donde se oferta el mismo.
- Se deberá determinar la población potencial atendida por punto de atención y regional, incluyendo las frecuencias de uso y atenciones esperadas, por cada uno de los servicios que conforman el componente complementario.

La completitud de la red corresponde al 100% de los servicios determinados por la FPS a ser ofertados en cada una de las regionales

De igual manera, para los servicios de mayor demanda de usuarios de servicios de salud se establecen horas de disponibilidad exclusiva para la atención de servicios de salud que deben ser ofertadas por el oferente y garantizadas durante toda la prestación de servicios de salud, que se establecen Anexo Disponibilidad de Red a Ofertar.

Cada proponente, considerando la ubicación geográfica en el entorno municipal, departamental y regional donde se encuentran definidos los puntos de atención de los usuarios, deberá ofertar y garantizar durante la ejecución la red integral de prestación de servicios, que cumpla con las condiciones establecidas en la normatividad vigente aplicable, en el presente documento y lo dispuesto en el Modelo de Atención del Fondo expresado en el Anexo del estudio previo. Esta red debe cumplir con los servicios exigidos en la disponibilidad y suficiencia definidos en los anexos de este documento.

El oferente deberá ofertar una red integral de prestadores de servicios de salud que garantice todos los servicios del componente primario y componente complementario para todos y cada uno de los puntos de atención exigidos para la regional objeto de oferta

1.2.3. Sistema de Gestión de Riesgo en Salud.

El oferente deberá en todos sitios donde realice la prestación de servicios de salud la implementación del modelo de gestión de riesgo en salud. Los prestadores del componente primario y complementario de la red de servicios ejecutaran la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica. Para el efecto deben desarrollar un modelo de prestación de servicios teniendo en cuenta los riesgos en salud de la población contratada, fortaleciendo a los equipos de trabajo para que involucren a los pacientes y sus familias durante la atención, realizando las intervenciones más efectivas, seguras y eficientes, acordes con la información científica disponible y que hayan demostrado capacidad para cambiar de modo favorable el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida. El FPS-FNC desarrollara estrategias para fortalecer la capacidad de gestión clínica de los prestadores de su raed.

- **Identificación del Riesgo en salud**

El proponente realizara la caracterización del riesgo en salud en la población del fondo con el instrumento de caracterización, dicho instrumento lo debe digitar en un módulo de caracterización de riesgo en salud electrónico ya sea un aplicativo individual web o cliente – servidor. Dicha caracterización la deben analizar y concertadamente con los profesionales en alud del FPS-FNC se determinaran las acciones necesarias para mejorar la calidad de vida en la población clasificada según su patología de base o su riesgo de enfermar.

- **Acciones individuales y colectivas de la gestión integral del riesgo en salud.**

Una vez identifica y clasificada la población con el instrumento de caracterización de la población, se debe implementar un plan para vigilar el comportamiento epidemiológico por medicina general o especializada según sea el cado de la patología encontrada, para tal fin el operador debe disponer de recurso humano suficiente para realizar el seguimiento individual de la población en riesgo.

De igual forma debe informar periódicamente al FPS-FNC de la evolución de dichos pacientes, esta divulgación debe realizarse por medio de sistemas de información, los cuales deben estar a disposición de los auditores y profesionales del FPS-FNC.

1.2.4. Sistema de Información

La gestión del riesgo en salud debe estar soportada por Sistemas de Información -SI, centrados en las personas, que permitan la trazabilidad de los usuarios a lo largo del ciclo de atención, incluyendo los procesos de apoyo, los administrativos, los costos y los resultados financieros, de tal forma que se facilite la gestión del riesgo en salud y la oportunidad en la toma de decisiones. Para el efecto los SI deben facilitar el proceso continuo para la clasificación y estratificación del riesgo de cada afiliado, teniendo en cuenta la historia familiar, el estilo de vida y los factores de riesgo asociados a determinantes de la salud, así como las condiciones médicas y los costos derivados del proceso de atención.

Variables como el diagnóstico principal, las complicaciones y comorbilidades, la edad, el sexo, los procedimientos realizados, los medicamentos utilizados y el prestador donde se realizan los servicios, pueden incidir en la intensidad del uso de recursos. Su conocimiento es importante para i) entender la variabilidad en los costos de atención y ii) la formulación y ajuste de diferentes alternativas de modalidades de contratación y de pago. Igualmente, el SI debe permitir realizar un seguimiento a los resultados de la atención (salud y costos) y facilita los planes de mejoramiento.

Para el funcionamiento óptimo de un SI es relevante la historia clínica unificada en los prestadores como mínimo del componente primario y la interoperabilidad de información con los prestadores del componente complementario de la red.

El proponente debe disponer de un sistema de información el cual debe estar soportado por un software o aplicación WEB o CLIENTE SERVIDOR, dichas tecnologías de la información y comunicación mejoran la oportunidad en la información y disminuyen los costos de implementación. Los sistemas de información en salud deben estar basados según el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y el sistema de gestión de riesgo en salud. Dicho sistema de información debe estar implementado en todos los prestadores de servicios de salud que tenga a cargo. El sistema de información debe tener mínimo los siguientes procesos:

- Agentamiento de citas médicas
- Historia clínica electrónica
- Gestión de medicamentos (Almacenamiento y Entrega)
- Gestión de la hospitalización
- Gestión de laboratorio clínico
- Gestión de PQRS
- Manejo de RIPS
- Gestión de datos – Informes
- Reportes de información de indicadores de calidad
- Entre Otros

● **Historia clínica Electrónica**

La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente y contiene los datos de los pacientes de acuerdo con la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica y de acuerdo con el artículo 34 “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”. Entiéndase que todos los datos de los pacientes son parte integral de la historia clínica. La historia clínica con todos los datos de salud constituye un documento privado que contiene detalles íntimos acerca de aspectos físicos, psíquicos y sociales del paciente, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, y en ella se relaciona información personal y familiar. Por regla general, dicha información no puede ser conocida por fuera del marco asistencial sin la autorización de su titular, teniendo en cuenta la información sensible que en ella se contiene.

La Resolución 1995 de 1996, en el artículo 18, en relación con los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica, establece: “Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios

físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.” La circular 02 citada, establece que podrán incorporarse tecnologías de punta en la administración de los archivos, pudiéndose utilizar cualquier soporte documental, por medio técnico, electrónico, óptico, informático, o telemático para el cumplimiento de sus funciones, siempre y cuando cumplan los requisitos de acuerdo a la normatividad.

El proponente deberá tener un aplicativo o software web o cliente / servidor que permita llevar la historia clínica electrónica, dicha historia clínica deberá tener el estándar de datos emitido por MINDALUD, el criterio de seguridad y confiabilidad del dato y el almacenito del dato según los criterio de la ley general de archivo en especial la de forma digital.

• **Entrega de Información**

El proponente deberá entregar toda la información requerida por el FPS-FNC y el grupo auditor ya sea interno o externo, dicha información deberá suministrar máximo en tres (3) días calendario. Debido a la forma de pago el cual es un PGP global prospectivo el prospectivo, el proponente deberá garantizar que los días 25 de cada mes entregara los RIPS y demás información solicitada para gestionar la revisión y el pago del mismo. EL pago estará sujeto a la entrega y verificación de la información requerida.

1.2.5. Clasificación De Los Bienes Y Servicios UNPSC

Dada la naturaleza del presente proceso de selección el cual es un proceso de selección abreviada de servicios de salud y de acuerdo al inciso 2 del artículo 6 de la ley 1150 de 2007.

1.3. Aspectos Regulatorios

La Constitución Política de 1991 estableció los fundamentos del actual sistema de salud. Los artículos 48 y 49 de la Carta, ubicados en el Capítulo II. “De los derechos sociales, económicos y culturales” establecen la Seguridad Social (y la salud por supuesto) como un servicio público esencial obligatorio, prestado por particulares o entidades públicas bajo la dirección, coordinación y control del Estado (con base en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia), cuya ampliación de cobertura debe promover el Estado con la participación de los particulares.

Para los ciudadanos, el derecho a la seguridad social (y por ende a la salud) es irrenunciable y todos ellos gozan de garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En este punto debe tenerse en cuenta que la Corte Constitucional adoptó la definición de salud de la OMS, entendida como el *“goce máximo de bienestar, que comprende tanto la acción de conservación promoción y prevención de la enfermedad, como la acción de restablecimiento para recuperar la calidad de una vida digna”*. Para la Corte, la esencialidad del servicio de salud radica en que éste contribuye directamente a la provisión de bienes que a su vez permiten satisfacer derechos y libertades fundamentales.

Este marco constitucional abrió la puerta del negocio del aseguramiento en salud a los particulares, que luego desarrolló la Ley 100 de 1993, básicamente bajo el supuesto de que la iniciativa y el capital privados eran necesarios para la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, eficiencia y equidad de los servicios de salud, eso sí, bajo la intervención estatal. Para la Asamblea Nacional Constituyente la regulación y supervisión estatal eran fundamentales para lograr que el sistema de salud generara verdadero bienestar a la población. Adicionalmente, el mercado permitiría generar condiciones de competencia, que se traducen en calidad de los servicios prestados.

Lo prioritario en aquél entonces no era la discusión sobre la naturaleza pública o privada del prestador del servicio público (es decir si la lógica de mercado y el capital y la iniciativa privada iban a favorecer intereses particulares antes que el interés general, contrario a lo que ocurriría con un modelo público – estatal) sino la finalidad de aquél: proteger o maximizar el interés general, ya que se trata de servicios inherentes a la finalidad social del Estado; alcanzar este interés implicaba el consenso del capital y la iniciativa privada.

De acuerdo a los fundamentos constitucionales expuestos, la Ley 100 de 1993 adoptó un modelo de competencia regulada en materia de seguridad social y particularmente en salud de “pluralismo estructurado”, en el cual la modulación (dirección, coordinación y control) estatal es fundamental para la alineación de los intereses particulares al interés público. En teoría, el sistema mixto (Estado – asistencialismo / mercado – aseguramiento) y de libertad regulada establecido por la Ley 100 de 1993 permitiría ampliar la cobertura del sistema de salud y bajo criterios de competencia y libertad de escogencia se abriría el camino hacia la calidad.

1.3.1. Antecedentes de la reforma al sistema de salud

Los antecedentes fundamentales de la Ley 100 de 1993 se encuentran formulados en la Constitución de 1991. En ella, la Asamblea Nacional

Constituyente formula que la prestación del servicio de salud será responsabilidad del Estado colombiano, y esta se efectuará bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (Constitución Política de Colombia, Artículo 49). De esta forma, la promulgación de la nueva Constitución Política de Colombia sentó los precedentes sobre lo que posteriormente sería el sistema de salud, pero no estableció cual sería la forma que tomaría dicho sistema.

Cabe anotar que la Constitución colombiana plantea avances en términos de garantía de derechos, pero tiene también un fuerte elemento de la corriente neoliberal en auge para aquel año (Ver Vásquez, Teófilo, ‘La Constitución de 1991, entre los derechos y el modelo de desarrollo’).

Los tres principios que guían la salud en la Constitución dan cuenta de ello, pues si bien la solidaridad es muestra del interés de transformar al Estado colombiano en un Estado Social de Derecho y hacer que los recursos sean asignados según las capacidades de las personas, la eficiencia da cuenta de un interés por delegar funciones al mercado y permitir que la regulación esté en manos de la libre competencia, inclusive en el campo de la salud (Jaramillo, 1997: 33).

Todo lo anterior tuvo sus implicaciones en los debates que se dieron para la reforma al sistema de salud, y finalmente también tuvo sus repercusiones en el resultado final, esto es, en la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

A principios de los noventa en Colombia la prestación del servicio de salud funcionaba a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se encontraba básicamente bajo el monopolio del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), entidad estatal encargada de afiliar, recibir cotizaciones, y prestar los servicios asistenciales. Se consideraba que el sistema era poco funcional puesto que a pesar de haber funcionado por más de 40 años, el ICSS había sido incapaz de asegurar universalidad en la cobertura de la población colombiana, puesto que para 1991, solo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del ICSS al 20.6% de la población, y esta institución era la que contaba con la mayor cantidad de afiliados en ese entonces (Jaramillo, 1997: 16).

Si bien se le reconocían algunas virtudes al sistema, la percepción general era que no había eficiencia en el aseguramiento y menos en la prestación del servicio. Ejemplo de lo anterior son las cifras que muestran que el ICSS no afilió a la familia del trabajador, dejando desprotegidos a una porción muy grande de la población, puesto que solo incluyó a la familia del trabajador del 18% de sus afiliados. Ante las dificultades del sistema, las personas más pudientes buscaban la prestación del servicio por vías particulares, lo cual era muestra de la alta fragmentación del sistema (Jaramillo, 1997: 32).

Teniendo en cuenta todas estas fallas, se empezó a gestar en el Congreso en 1991 la reforma al SNS. El artículo transitorio 57 de la Constitución creó la Comisión de Seguridad Social, que estaría encargada de desarrollar una propuesta respecto de la nueva normatividad de la Seguridad Social, teniendo en cuenta lo planteado en la Carta Política. Dicha Comisión debía estar integrada por representantes del gobierno, sindicatos, gremios económicos, movimiento políticos y sociales, campesinos, y trabajadores informales (Jaramillo, 1997: 40).

Es importante anotar que, según Jaramillo (1997), la reforma no contempló en el debate de forma contundente ni a los usuarios del servicio ni a los profesionales de la salud. No se incluyó a quienes conocían mejor las fallas y virtudes del sistema, esto es, a los profesionales de la salud que trabajaban directamente en él. Por otro lado, en una publicación del Ministerio de Salud a propósito de la reforma al sistema de salud, se dice que hubo participación por parte de diversos sectores, incluyendo a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Asociación de Productores de Medicamentos, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Hospitales, y la Academia Nacional de Medicina (Ministerio de Salud, 1994). Esto contradice lo que dice Jaramillo en su libro, y habría que ahondar más en una revisión de las propuestas y los debates presentados en el marco de la reforma del sistema de salud entre 1992 y 1993 para poder decir algo concluyente al respecto.

Según Jaramillo (1997), las propuestas de reforma al sistema que se presentaron entre 1992 y 1993 se pueden agrupar en dos corrientes básicas. Los primeros propugnaban por una socialización y universalización de la prestación del servicio de salud a través de la ampliación de la cobertura y sin considerar la competencia en el aseguramiento como una opción. Los segundos defendían que la mejor opción era dar a todos los usuarios del servicio la libre elección, argumentando que ello defendería los principios democráticos, y además la competencia estimularía en el sistema la eficiencia y la calidad. Los detractores de esta postura en su forma más radical sustentaban que esto conduciría a una chilenización del sistema, es decir, a una completa privatización que termina excluyendo a sectores de la población a los que no es rentable afiliar (Ver Jaramillo, 1997, Capítulo 1).

El resultado – la Ley 100 de 1993- es una mezcla de ambas corrientes. Por un lado, se procuró que el elemento de la solidaridad estuviera presente en todo el sistema, pero también se permitió que la lógica del mercado primara para que así hubiera un mejoramiento en la calidad y se despojara al Instituto de Seguros Sociales (anterior ICSS) de su carácter monopólico sobre la afiliación, cotización y prestación de servicios.

De ahí que el actual sistema de salud en Colombia este atravesado por una tensión entre prestarse como un derecho o como un servicio, lo cual nos remonta a hablar de ciudadanos, o de usuarios. Todo esto implica que la relación entre gobernantes y gobernados se diluya entre la intermediación de las diversas entidades involucradas en el sistema, aun cuando haya un deber constitucional de garantizar que dichos

intermediarios presten el servicio con calidad y eficiencia.

1.3.2. Ley Estatutaria en Salud

El 16 de febrero de 2015, el presidente de la República, Juan Manuel Santos, firmó la Ley Estatutaria 1751, mejor conocida como Ley Estatutaria de Salud (LES). Fue la primera vez, desde la Constitución de 199, que se reglamentaba un derecho fundamental, en este caso a la salud.

La LES recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud. Buena parte de los aspectos que regula ya estaban escritos –por ejemplo, el control de precios de medicamentos– aunque se encontraban dispersos en leyes, decretos, resoluciones o sentencias. En otras palabras, no partió desde cero, sino que consolidó y fortaleció derechos, deberes y mecanismos ya existentes para la protección de la salud de los colombianos.

Dividida en cuatro capítulos, la LES abarcan prácticamente todos los componentes del sistema de salud. Más allá de los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes (capítulos I y II), regula el ejercicio de los profesionales de la salud (capítulo III) y contiene otras disposiciones, como la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas, entre otras (capítulo IV).

La implementación ha sido una de las prioridades del Ministerio de Salud y Protección Social en los últimos años. Debido a la amplitud de los temas de que trata, ponerla en marcha ha demandado esfuerzos en distintos niveles, que van desde la introducción de herramientas novedosas hasta el seguimiento a procesos anteriores a su expedición; desde cambios de fondo hasta simples ajustes normativos.

Estos son los cinco aspectos más relevantes de la implementación de la LES:

- Eliminación CTC, Inicio Mipres

La eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) fue la respuesta que dio el Ministerio de Salud y Protección Social a varios artículos de la LES, pero especialmente a tres que son interdependientes: el 8, que ordena proveer servicios de manera completa; el 17, que garantiza la autonomía profesional, y el 15, que garantiza la prestación de servicios y tecnologías de manera integral

Los CTC –cuya eliminación progresiva comenzó en agosto de 2016 y terminó en febrero de 2017– se encargaban de evaluar la autorización de tratamientos que no estuvieran incluidos en el Plan de Beneficios, antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS). Su eliminación fortalece la autonomía médica –pues la opinión del médico tratante no debe ser sometida a otra instancia–, y mejora la oportunidad en la atención, en la medida que no se fragmenta ni dilata por cuenta de trámites administrativos.

El aplicativo Mipres permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

El mecanismo comenzó a operar el 1 de diciembre de 2016.

1.3.3. Menos barreras para la afiliación

Una estrategia para facilitar, entre otros aspectos, la accesibilidad al sistema de salud (artículo 6, numeral c) consistió en la actualización de la reglamentación relacionada con los procesos de afiliación y acreditación de derechos de los afiliados

El Decreto 2353 de 2015, además de unificar y actualizar las reglas de afiliación al sistema de salud, reduce trámites y procesos para los ciudadanos y crea el Sistema de Afiliación Transaccional, el cual permitirá actualizar, en línea y en tiempo real, la base de datos de afiliados.

Este mecanismo elimina cualquier barrera de acceso a los servicios originada en la actualización de bases de datos, y servirá como un único comprobador de derechos de los afiliados. El sistema está en implementación y busca lograr la consolidación plena de la población.

1.3.4. Sanciones por negación de servicios

El artículo 14 de la LES prohibió la negación de prestación de servicios y estableció que, cuando se trate de una atención de urgencia, no debe solicitarse ninguna autorización previa. Prácticas de esta índole y, en términos generales, las barreras de acceso han sido fuertemente

sancionadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con mayor énfasis desde la expedición de la LES. Muestra de ello es que mientras en 2014 la Supersalud impuso sanciones por 15.500 millones de pesos, en 2015, tras la entrada en vigencia de la LES, estas multas ascendieron a 71.200 millones, y en 2016, a 75.800 millones. Específicamente por fallas en la prestación de servicios, las multas fueron de 7.100 millones en 2014, de 46.700 millones en 2015 y de 49.800 millones en 2016.

1.3.5. Duración del proyecto

Este proceso de selección tiene una vigencia desde el primero (1) de octubre de 2020 hasta el 31 de julio de 2022 para un total de 22 meses de ejecución en la prestación de servicios de salud.

1.3.6. Normatividad Aplicable Al Proceso De Selección

La normativa vigente aplicable al objeto del proceso de selección es la siguiente:

- Ley 80 de 1993: Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- Ley 1150 de 2007: Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos.
- Decreto 1082 de 2015: Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional.
- Ley 1882 de 2018: Por la cual se adicionan, modifican y dictan disposiciones orientadas a fortalecer la contratación pública en Colombia, la ley de infraestructura y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1164 de 2007: Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
- Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1949 de 2019: Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 658 de 2013: Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013.
- Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 4505 de 2012: Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
- Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno-perinatal y se establecen las

directrices para su operación.

- Resolución 3374 de 2000: Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados
- Resolución 1531 de 2014: Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS y su ámbito de aplicación..

1.4. Otros Análisis Técnicos En La Prestación De Servicios De Salud

Precio: En la prestación de servicios de salud, específicamente en la relación entre prestadores y aseguradores, la variable precio se vuelve crítica dependiendo del mecanismo de pago fijado. Sin embargo, el techo máximo a cobrar por consulta o procedimiento se encuentra regulado en el manual tarifario Soat que rija para una determinada vigencia. Para la presente contratación y dado que estamos seleccionando un operador al que se le entrega un monto fijo mensual, esta variable no resulta determinante. No obstante, para estimar costos reales de incurrancia en la prestación de servicios y que ello sirva de insumo para la toma de decisiones hacia el interior del Fondo, se exigirá al operador la facturación de la totalidad de las atenciones realizadas a los pacientes con patologías de alto costo.

Gestión de riesgo en Salud: Es un concepto de anticipación de las enfermedades crónicas que podría sufrir un paciente, detectadas mediante pruebas de tamizaje para predecir en un grupo poblacional con ciertas características y determinados hábitos, los diferentes procedimientos que puede llegar a necesitar para actuar oportunamente antes de que se desencadenen enfermedades cuyo costo sea mayor en el futuro. También, resulta aplicable cuando la enfermedad ya se encuentra instaurada y se quiere evitar su progresión. Dados los grupos de riesgo identificados en la población afiliada al Fondo y su ciclo vital, una gestión integral del riesgo incide en el equilibrio financiero del contrato como en los resultados que en materia sanitaria se quieran obtener.

1.4.1. Importancia De La Tecnología E Innovación En La Salud

Precisión en el diagnóstico y en los resultados, menor intervención e invasión en el cuerpo, mayor acceso a los servicios y crecimiento de la telemedicina son algunos de los aspectos positivos de la revolución tecnológica que vive el sector salud. Mediante Resolución 5521 de 2013 se reporta el uso de estas tecnologías; con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en la resolución mencionada y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el POS incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible, permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad, en el caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta. Adicional se recuerda sobre la responsabilidad de los prestadores y aseguradores de servicios de salud que no los exime sobre la prestación personalizada de servicios de salud a los usuarios.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MPS) de Colombia ha definido las tecnologías en salud como el conjunto de medios técnicos y de procedimientos puestos a disposición por la ciencia, la investigación y los operadores del sector salud para sus elecciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En Colombia, la competencia regulada en el sector salud abrió un espacio para la adaptación tecnológica del sistema mismo y de cada uno de sus agentes. En los últimos 10 años esto se ha traducido en una aceleración en el ritmo de incorporación tecnológica y en un aumento en los costos operativos del sistema de salud (Turriago Leonardo).

Sin embargo la vorágine en materia de innovación tecnológica no puede hacernos perder el norte y el país debe desarrollar las metodologías pertinentes para *identificar, ordenar, depurar y priorizar las tecnologías en salud* en el momento en que se requiera evaluar los procesos de *inclusión o exclusión, ampliación y supresión*, de prestaciones en los planes de beneficios.

2. ANÁLISIS DE LA OFERTA

2.1. ¿Quién vende?

Por el presupuesto oficial de la contratación, el tipo de población a atender y la logística que se requiere desplegar para llegar a cada uno de los municipios que componen las regiones de operación, se precisa de un operador con experiencia en el manejo de este tipo de contratos y el musculo financiero necesario que respalde su accionar. Por tanto y para efectos de identificar potenciales oferentes en el mercado se acudió como fuente de información a procesos similares como el desarrollado por Fiduprevisora para la “CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE

DEL CONTRATO SE DERIVE Y , BAJO LA MODALIDADDE CAPITACIÓN PARA TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD” en la vigencia 2017 y por el mismo Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia en la vigencia 2014 a través de la Selección Abreviada 017 cuyo objeto lo constituyó: “LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE PAGO POR UNIDAD DE CAPITACIÓN, CON SUJECCIÓN AL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y AL PLAN DE ATENCIÓN CONVENCIONAL DEFINIDOS EN EL PLIEGO DE CONDICIONES, INCLUYENDO LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, CON DESTINO A LOS PENSIONADOS Y DEMÁS BENEFICIARIOS DE LA REGIÓN O DIVISIÓN PACÍFICO DEL FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA”.

Se identificaron los proponentes que individualmente, a título de Consorcio o Unión Temporal presentaron ofertas en uno u otro proceso y cumplieron con los requisitos habilitantes, dando como resultado el siguiente listado:

- **Unión Temporal Tol-Huila** - Constituida por Sociedad Clínica Emcosalud/ Clínica Tolima S.A
- **Unión Temporal Red Magisterio 2** - Constituida por Cedit Ltda./Fabili Ltda./ IPS de las Américas SAS
- **Cosmitet Ltda.**
- **Unión Temporal Salud Sur 2** - Constituida por Proinsalud S.A/ Famac Ltda. /. Unimap E.U
- **Unión Temporal Magisterio Región 4** - Constituida por IPS de las Américas S.A.S/ Asistencia Científica de Alta Complejidad S.A.S/ Clínica Valle del Sol S.A
- **Promesa Sociedad Futura Salud familiar R5** - Constituida por Clínica Chicamocha S.A./ Umbral Oncológicos
- **Unión Temporal del Norte R5** - Constituida por Organización Clínica del Norte S.A/. Medicina Integral S.A.
- **Consorcio Gestión Magisterio** - Constituida por Centro Médico Crecer Ltda./ Gestión Salud S.A.S
- **Organización Clínica General del Norte**
- **Promesa sociedad Futura R7** - Constituida por Clínica Chicamocha S.A./ Umbral Oncológicos.
- **Fundación Cardiovascular R7**
- **Fundación Oftalmológica de Santander Foscal**
- **Red Vital UT** - Constituida por IPS Universitaria/ Sumimedical S.A.S
- **UT Megasalud R8** - Constituida por Promedan S.A. / Ames S.A.S. / Aerosanidad/ Fundación IPSI/ Sociedad Médica Vida.
- **Fundación Médico preventiva para el bienestar social**
- **Socimédicos S.A.S**
- **Unión Temporal Servisalud San José:** constituida por Hospital San José / Servimed S.A
- **Sociedad Clínica Emcosalud.**

Aunque los consorcios y uniones temporales son esquemas de colaboración empresarial para participar en determinadas invitaciones públicas y en la ejecución del contrato derivado, muchos de los oferentes aquí señalados participan regularmente en este tipo de concursos.

3. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

3.1. ¿Cómo ha adquirido la entidad estatal en el pasado este bien, obra o servicio?

El antecedente más próximo es el proceso de Selección Abreviada 017 de 2014, el objeto “Prestación de los Servicios Integrales de Salud bajo la modalidad de pago por unidad de capitación, con sujeción al Plan Obligatorio de Salud y al Plan de Atención Convencional definidos en el Pliego de Condiciones, incluyendo los Programas de Promoción y Prevención, con destino a los pensionados y demás beneficiarios de la Región o División Pacífico del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia”.

Para efectos de la contratación se dividió geográficamente el país en 4 regionales:

Antioquia y Santander: Fundación médica preventiva para el Bienestar social
Magdalena: Clínica General del Norte
Central: Sociedad Clínica Emcosalud
Pacífico: Cosmitet Ltda.

Los acuerdos de voluntades suscritos con los adjudicatarios en cada regional previeron como mecanismo de pago la capitación, desembolsos realizados mes vencido conforme a la liquidación de afiliados del mes anterior, el plazo de ejecución fue del 01 de diciembre de 2014 al 30 de junio de 2018, con sucesivas prórrogas y su ejecución será hasta el 30 de abril de 2019.

Los contratistas se obligaron a la prestación de los servicios de salud contemplados en el POS (plan obligatorio de salud) y en el PAC (plan de

atención convencional), así como a las actividades de Protección específica y Detección temprana de la resolución 4505 de 2012 a los pensionados y beneficiarios de los programas de Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia.

El lugar de prestación de los servicios de Primer nivel de complejidad es el sitio de residencia de los usuarios, los restantes niveles de complejidad según la disponibilidad de red prestadora.

Los contratos celebrados fueron:

- Contrato 071 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud (POS-PAC) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Fundación Medico preventiva para el Bienestar social.
- Contrato 072 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Fundación Medico preventiva para el Bienestar social.
- Contrato 073 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud (POS-PAC) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Organización Clínica General del Norte.
- Contrato 074 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Organización Clínica General del Norte.
- Contrato 075 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud (POS-PAC) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM y CIA LTDA.
- Contrato 076 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM y CIA LTDA.
- Contrato 077 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud (POS-PAC) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Sociedad Clínica Emcosalud S.A.
- Contrato 078 de 2014: Contrato de prestación de los servicios integrales de salud Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) suscrito entre el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Sociedad Clínica Emcosalud

El resumen de lo expuesto se puede encontrar en la siguiente tabla:

MODALIDAD	NUMERO DE PROCESO	OBJETO	PRESUPUESTO	CONTRATISTA
SELECCIÓN ABREVIADA SERVICIOS DE SALUD	017 DE 2004	Prestación de los Servicios Integrales de Salud bajo la modalidad de pago por unidad de capitación, con sujeción al Plan Obligatorio de Salud y al Plan de Atención Convencional definidos en el Pliego de Condiciones, incluyendo los Programas de Promoción y Prevención, con destino a los pensionados y demás beneficiarios de la Región o División Pacífico del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.	\$450,619,267,942	FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL, ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE S.A., LA SOCIEDAD CLÍNICA EMCOSALUD S.A, CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM LTDA. Y CÍA. LTDA COSMITET.

3.2. Contrataciones de otras empresas relacionadas con servicios de salud

Se encontró un proceso cuyo objeto es la prestación de servicios de salud en el año 2017, utilizando la misma modalidad de contratación que empleó el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

MODALIDAD	NÚMERO DE PROCESO	OBJETO	PRESUPUESTO	CONTRATISTA
Selección abreviada servicios de salud	006 de 2017	Contratación de entidades que Garanticen la prestación de los servicios de salud del plan de Atención integral y la atención médica derivada de los riesgos Laborales para los afiliados al fondo nacional de prestaciones Sociales del magisterio en el territorio nacional, asumiendo y Gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del Contrato se derive para las regiones 4 y 7, Bajo la modalidad De Capitación para todos los niveles de complejidad.	\$1.029.989.205.204	Unión temporal red integrada fiscal club que es integrada por: fundación oftalmológica de Santander fiscal un 50% y la clínica de urgencias de Bucaramanga s.a.s 50 % Y el proponente 4 que es medisalud ut que esta conformada por Clínica medilaser s.a 51% Clínica valle del sol s.a 30% y la sociedad de servicios oculares s.a.s optisalud con el 19%

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ:
(ORIGINAL FIRMADO) OSCAR LEONARDO CLAVIJO Auditor – GIT Prestación Servicios de Salud. (ORIGINAL FIRMADO) FREDY YESID JIMENEZ Administrador Subdirección de Prestaciones Sociales. (ORIGINAL FIRMADO) DANIEL FERNANDO ACEVEDO HERNANDEZ Ingeniero Subdirección de Prestaciones Sociales	(ORIGINAL FIRMADO) LUIS GABRIEL MARÍN GARCÍA Subdirector de Prestaciones Sociales (ORIGINAL FIRMADO) LUZ HELENA GUTIERREZ SUAREZ. Coordinador GIT Prestación Servicios de Salud	(ORIGINAL FIRMADO) JHON MAURICIO MARIN BARBOSA Director General