

ANEXO No 01. COBERTURA Y PLAN DE BENEFICIOS

ANEXO No 01 COBERTURA Y PLAN DE BENEFICIOS

1. Plan de Beneficios del Magisterio

Se refiere a las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos necesarios para la atención integral en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud, independientemente del origen la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad y de atención y organizados en servicios que cumplan como mínimo con los estándares básicos de estructura y de procesos, y cuenten con las tecnologías disponibles en el país que no se encuentren en estado de experimentación.

El plan de salud para los afiliados y beneficiarios es integral y será prestado por el proponente a quien se le asigne el contrato desde el día de su inicio, según lo determine la fecha de vigencia del contrato. En este plan de beneficios no aplican preexistencias, períodos de carencia, copagos, cuotas moderadoras, o exclusiones distintas a las expresadas explícitamente.

Para los efectos del contrato se entenderá que todo aquello que no esté tipificado explícitamente como una exclusión se entenderá cubierto por el Plan de Beneficios del Magisterio, siempre en cumplimiento de lo dispuesto por las normas que rigen al Régimen de Excepción.

Los beneficios del Plan serán provistos en el marco del modelo de atención exigido en el documento de selección de contratistas y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.

El Plan de beneficios garantiza la atención ambulatoria y hospitalaria en los distintos nivel de complejidad de la red de servicios, la atención de urgencias en todo el territorio nacional, el traslado de los pacientes y la atención domiciliaria, que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales.

Los contratistas deberán garantizar igualmente la atención médica necesaria en las afectaciones de la salud originados en accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Los **traslados** de los pacientes están a cargo del prestador y tiene el objetivo de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios y el acceso integral en todos los niveles de atención y se dan como consecuencia de las remisiones que haga el médico tratante del prestador.

Para los casos de servicios ambulatorios, que por indicación del médico tratante perteneciente a la red ofertada por el contratista no amerite traslado en ambulancia a otro municipio, éste se hará por medio de transporte terrestre, fluvial o aéreo suministrado por el contratista, ida y vuelta.

El contratista no asumirá los costos de traslados de pacientes en el caso de requerir servicios ambulatorios en los siguientes casos, salvo que el médico señale la necesidad de transporte en ambulancia.

- Dentro del municipio de origen.
- Entre los municipios conurbados, las áreas metropolitanas y la capital; o cuando el costo del transporte sea menor o igual a un (1) salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) por trayecto.

Para los afiliados en poblaciones dispersas se reconocerá el costo del transporte terrestre, fluvial o aéreo, incluso dentro del mismo municipio, para acudir a los servicios tanto básicos como especializados, cuando este transporte regularmente cueste más de un (1) salario mínimo diario, con el fin de suprimir dicha barrera de acceso a los servicios de salud.

En los casos de menores de quince (15) años o personas en alto grado de discapacidad, que requieran de la compañía de un familiar, el medio de transporte empleado para el acompañante será el mismo que se emplee para el paciente, conforme a las condiciones de seguridad del transporte a utilizar y el costo será asumido por la entidad.

Cuando un afiliado, por distancia o disponibilidad horaria de la oficina administrativa del contratista no pueda

hacer el requerimiento del costo de transporte público colectivo con la debida anticipación tendrá derecho a solicitar posteriormente el reembolso de los gastos de transporte según el procedimiento establecido por la sociedad Fiduprevisora S.A.

1.1. Exclusiones

Se consideran exclusiones aquellos procedimientos no contemplados dentro del plan de atención de este régimen de excepción y que se describen a continuación.

- Tratamientos de infertilidad. Entiéndase como los tratamientos y exámenes cuyo fin único y esencial sea el embarazo y la procreación.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad o la grave afectación estética por trauma o cirugía mayor.
- Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país, así se realicen y suministren por fuera del territorio Nacional.
- Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico-quirúrgicos realizados en el exterior.
- Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA o el ente regulador correspondiente.
- Se excluyen tecnologías en salud sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Tratamientos de ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
- No se suministrarán artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos (excepto los relacionados con los Programas de Promoción y Prevención) líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas hidratantes, anti solares, drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos,. Los anti-solares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente.
- No se reconocerán servicios por fuera del ámbito de la salud salvo algunos servicios complementarios y necesarios para el adecuado acceso a los servicios como el caso del transporte.
- Calzado Ortopédico.
- Los pañales de niños y adultos y las toallas higiénicas.
- Todo lo que no está explícitamente excluido se considera incluido.

1.2. Cobertura

1.2.1. Afiliados al Sistema de Salud del Magisterio

Cotizantes:

- a) Los docentes, de conformidad con la información oficial de la nómina de maestros reportada por las Secretarías de Educación a Fiduprevisora S.A..
- b) Los docentes pensionados, de conformidad con la nómina de pensionados del FNPSM reportada por Fiduprevisora S.A..
- c) Los padres de un docente que desea incluir al Régimen de Excepción a través de un pago de una UPCM adicional, teniendo en cuenta que el docente tiene afiliado a su cónyuge o compañero (a) permanente y/o a los hijos de acuerdo con lo establecido por el CDFNPSM. Para acceder a estos servicios el docente debe surtir el procedimiento establecido por Fiduprevisora S.A. para la vinculación de padres cotizantes dependientes y realizar los aportes mensuales al FNPSM.

Beneficiarios:

- a) El cónyuge o compañero permanente del afiliado, sin discriminación de sexo o género.
- b) Los hijos del afiliado hasta el día que cumplan los 26 años que dependan económicamente del cotizante.
- c) Los hijos del cotizante, sin límite de edad, cuando se haya certificado su incapacidad permanente y la dependencia económica del cotizante. Esta certificación podrá tener vigencia por los 4 años del contrato, siempre y cuando se indique que la patología es irreversible.
- d) Los hijos del cónyuge o compañero permanente del cotizante, incluyendo los de parejas del mismo sexo, que cumplan lo establecido en los numerales b) y c)

- e) Los nietos del docente hasta los primeros treinta días de nacido, si la madre es hija beneficiaria del cotizante.
- f) Los padres del docente sin beneficiarios, cuando dependan económicamente de este.

1.2.2. Afiliación al Sistema de Salud del Magisterio

Fiduprevisora S.A. es la única entidad competente para incluir o excluir un afiliado en el Aseguramiento en Salud del régimen exceptuado del Magisterio y, por tanto, con competencia para decidir por que ciudadanos responde el FNPSM, de acuerdo con las normas legales y los Acuerdos del CDFNPSM sobre cobertura de beneficiarios del Régimen.

Para este efecto, la Fiduprevisora S.A. se apoyará en convenios con la Registraduría y el FOSYGA (multi-afiliación) y contará con una base de datos permanentemente actualizada, la que comunicará con periodicidad mensual a los contratistas.

Los Contratistas podrán apoyar esta función únicamente en la tarea de remitir los documentos de nuevos beneficiarios que solicitan la inclusión, de conformidad con los derechos establecidos, pero su aceptación como beneficiario e inclusión en la base de datos será competencia exclusiva de Fiduprevisora S.A. El contratista debe planear e implementar, en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para atención de los usuarios, la inscripción de los beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios sobre el proceso de afiliación y la información sobre derechos y deberes, de acuerdo con las pautas y procedimientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

1.2.3. Registro de beneficiarios en las Entidades Contratistas.

Fiduprevisora S.A. una vez celebrado los contratos remitirá a cada contratista el listado de los afiliados activos. El contratista debe planear e implementar, en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para la inscripción de nuevos beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios, para lo cual se soportará principalmente con:

- La reproducción del formulario de registro de información de usuarios diseñado por fiduprevisora S.A. estará a cargo de la entidad contratista.
- Mecanismos de divulgación ágiles y efectivos entre la población afiliada, a fin de promover la inscripción de todos los usuarios con derecho.
- Disponer de áreas administrativas específicas y de personal responsable y capacitado para ejercer estas funciones
- Mecanismos ágiles y efectivos entre la red de prestadores y la entidad contratista, con el fin de reportar las novedades ocurridas y garantizar la oportuna prestación de los servicios de salud a los usuarios.
- Mecanismos que faciliten la inclusión de beneficiarios con derechos y la exclusión de beneficiarios sin derecho, entre la red subcontratada y el contratista. Para tal fin, es necesario diseñar alertas en el procedimiento de la entidad para reconocer casos especiales como el retiro de beneficiarios mayores de 26 años.

El proceso de inscripción no generará costos, entendiéndose que este proceso es diferente al de afiliación al FNPSM, que sólo se hará efectiva con la aceptación de Fiduprevisora S.A. y la inclusión en la base de datos de afiliados.

Las certificaciones que cualquier usuario solicite sobre aspectos relacionados con la inscripción, deberán ser expedidas por el contratista sin costo alguno para el solicitante por una vez por semestre.

Una vez la entidad contratista ha efectuado la inscripción del beneficiario, deberá remitir en un plazo no mayor a cinco días calendario a Fiduprevisora S.A, en medio electrónico, los soportes respectivos a efectos de que ésta genere la Afiliación del beneficiario, de manera oficial, lo incluya en la Base de Datos Única del Magisterio y pueda reconocer la UPCM al contratista con lo cual se garantice la prestación del servicio en adelante.

Requisitos para la Inscripción de Beneficiarios

La inscripción del beneficiario al servicio de salud requiere, en todos los casos, el diligenciamiento por parte del afiliado de un formulario de inscripción. El oferente a quien le sea adjudicado el contrato, deberá realizar la inscripción de los nuevos beneficiarios de los servicios de salud y remitir a Fiduprevisora S.A. el formulario y los documentos soporte necesarios durante los cinco (5) días siguientes al diligenciamiento del formulario de inscripción.

Igualmente, el afiliado o beneficiario debe presentar la siguiente documentación que acredita las condiciones legales para su inscripción:

- ✓ **Para acreditar la calidad de cónyuge del afiliado:**
 - Registro civil del matrimonio,
 - Documento de identificación vigente,
 - Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora.
- ✓ **Para acreditar la calidad de Compañero(a) permanente del afiliado:**
 - Documento de identificación vigente,
 - Declaración juramentada de convivencia con compañero permanente.
 - Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.
- ✓ **Para acreditar la calidad de hijos menores de 19 años de edad:**
 - Registro civil en donde conste el parentesco. El hijo beneficiario se identificará con el registro civil hasta que cumpla 7 años y con la tarjeta de identidad entre los 7 y los 18 años.
- ✓ **Para acreditar la calidad de padres:**
 - Registro civil en donde conste el parentesco.
 - Cédula de ciudadanía vigente.
 - Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.
- ✓ **Para hijos entre 19 y 25 años:**
 - Registro civil en donde conste el parentesco
 - Cédula de ciudadanía vigente.
 - Los hijos entre 18 y 25 años no requerirán acreditar la calidad de estudiantes, pero deberán presentar anualmente la declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.
- ✓ **Para acreditar la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años:**
 - Certificación anual expedida en concordancia con lo establecido en el Decreto 1352 de 2014 y las normas que lo aclaren o lo modifiquen, o sentencia de interdicción judicial.

Para todos los efectos, la entrega de los documentos anteriormente relacionados es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales. Fiduprevisora S.A. reconocerá a los beneficiarios que acrediten los documentos exigidos partiendo de la buena fe. No obstante, podrá investigar la veracidad de los mismos cuando tenga bases para dudar de su veracidad. La falsedad decidida por autoridad judicial en cualquiera de los documentos aportados será suficiente para suspender la afiliación, sin perjuicio de las acciones legales correspondientes.

En todo caso se entenderá afiliado y con derecho a la prestación de servicios únicamente a partir de la afiliación reconocida y efectuada por Fiduprevisora S.A, previa la inscripción y verificación del cumplimiento de requisitos documentales referidos por la entidad contratista.

Se entiende por hijos lo que determine la Ley. Se entiende por compañero o compañera permanente lo que establezca la Ley

Cuando el cónyuge del docente haya decidido permanecer afiliado al régimen contributivo o a otro régimen exceptuado y por tanto no ingresar al régimen exceptuado del magisterio, los hijos propios de dicho cónyuge podrán ser afiliados como beneficiarios en el grupo familiar del docente.

En los casos en que los cónyuges y o compañeros permanentes sean trabajadores activos afiliados a otro régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud y decidan ejercer su derecho de afiliarse al régimen exceptuado del Magisterio, deberán cumplir con la notificación al patrono para hacer efectiva esta afiliación, cotizando al FOSYGA y suspendiendo la cotización a la EPS correspondiente, de conformidad con lo establecido en el Artículo 14 del Decreto 057 de 2015.

Se atenderán aquellas personas que por disposición del juez de tutela se le deban prestar los servicios médicos

asistenciales como beneficiarios de los docentes activos y pensionados del FNPSM.

El plan de beneficios que deberá brindar EL CONTRATISTA a las personas que por disposición del juez de tutela se le deban prestar los servicios médico asistenciales como beneficiarios de los docentes activos y pensionados del FNPSM, será el mismo definido para los beneficiarios y la cancelación por la prestación de estos servicios se realizará de acuerdo con el valor de la UPC promedio por grupo etario más el valor del plus vigente.

Para los hijos beneficiarios de docentes activos y/o pensionados se establece que:

- Tiene 18 años, hasta el día que cumple 19 años.
- Tiene 25 años hasta el día que cumple 26.

Para los hijos beneficiarios de pensión de sustitución se establece:

- Tienen cobertura hasta el día que cumplen 25 años.

1.2.4. Desafiliación y Suspensión

El contratista deberá planificar e implementar:

- Mecanismos de divulgación ágiles y efectivos entre los Usuarios inscritos a fin de dar a conocer los eventos y causas que generan la desafiliación o suspensión de todos los usuarios con derecho.
- Áreas administrativas específicas y personal responsable y capacitado para ejercer estas funciones
- Mecanismos ágiles y efectivos entre las unidades prestadoras y la entidad contratista para la entrega periódica de bases de datos y de novedades, con el fin de mantener una información actualizada de la desvinculación o suspensión de los afiliados y sus beneficiarios, así como de la reactivación por cesación de las causas que generaron la suspensión.

1.2.4.1. Desafiliación o pérdida de la calidad de Beneficiario

Es el evento en que el docente queda desvinculado en forma temporal o definitiva de la nómina de Magisterio, o en el que uno o todos los beneficiarios cubiertos dentro del plan de beneficios del régimen de excepción, pierde la calidad de beneficiario.

Cuando el docente se retira en forma temporal o definitiva de la nómina del Magisterio, por causa distinta a haber adquirido el derecho a la pensión, por perder su calidad de afiliado al FNPSM, dejará de estar afiliado y por tanto. Dejará de ser reportado a la entidad contratista una vez transcurran tres (3) meses a partir del momento en que cesa su vinculación laboral con la entidad nominadora o contratante.

Durante el primer mes de ese lapso de tiempo, se le garantizará la atención integral, en los dos meses siguientes se le garantizará la atención de urgencias y la atención integral relacionada con enfermedades crónicas y programas especiales, si está inscrito en ellos.

A los beneficiarios se les garantizará atención integral, hasta un mes después de la desvinculación del cotizante. En el caso de desvinculación de una usuaria en estado de embarazo se le garantizará, a ella y al recién nacido, la atención hasta un (1) mes después del parto, en aspectos relacionadas con su gestación, parto y puerperio.

Cuando se compruebe por la entidad contratista la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, el usuario que con conocimiento de su deber de información sobre este hecho no lo hizo oportunamente al contratista, este último solicitará a Fiduprevisora S.A. el procedimiento de desvinculación correspondiente, que se hará efectiva previa comunicación escrita al usuario, con un (1) mes de antelación.

1.2.4.2. Suspensión

Es el periodo durante el cual Fiduprevisora S.A. desactiva del sistema de salud a un usuario, previa la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

Para el Afiliado: Por comisiones no remuneradas como docente.

Vinculación de Nuevos Docentes Nombrados por la Secretaría de Educación

Cuando las Secretarías de Educación de las entidades territoriales certificadas que conforman una de las regiones vinculen a un nuevo docente afiliado al fiduprevisora S.A el pago al Contratista por el primer mes se hará a prorrata de los días en que el docente estuvo efectivamente vinculado.

Archivo

Con el fin de unificar el archivo físico de los documentos de acreditación de derechos, éste se debe llevar en carpetas por cada docente con su grupo familiar, y en sitios adecuados cumpliendo las normas de Archivo General de la Nación.

1.3. Portabilidad

Un afiliado al Sistema de Salud del Magisterio podrá recibir el servicio en cualquier parte del territorio nacional. Para garantizar la “portabilidad” del seguro de salud se deben contemplar varias situaciones.

En primer lugar, será suficiente la cédula de ciudadanía para demandar servicios, sobre la seguridad que proporciona una base de datos de afiliados en línea fácilmente consultable en todo el país.

Atención de urgencia en todo el territorio nacional, garantizada en cualquier IPS del país con base en la legislación vigente, pero complementada con la rápida identificación del afiliado del magisterio para decidir si es necesaria una remisión a una clínica de la red de prestadores del magisterio.

Desplazamiento programado a otra región del país por periodo superior a dos semanas e inferior a seis meses, por razones familiares o de otra índole que requiera garantizar la continuidad del tratamiento. En este caso, todos los contratistas deben facilitar carta remisoría al prestador del lugar de destino para que garantice la continuidad del servicio por el periodo solicitado, no mayor de seis meses, y envíe al contratista remitente la cuenta de cobro respectiva, que deberá cancelarse en el término de 30 días. En caso de no recibir el pago en el término establecido el contratista de una región que prestó el servicio solicitado a un afiliado de otra región por el plazo determinado, podrá exigir a Fiduprevisora S.A. el pago, quien lo realizará después de una verificación de su pertinencia y descontará el monto pagado al contratista que ordenó el servicio por el periodo solicitado.

Desplazamiento programado por tiempo mayor de seis meses. En este caso se solicitará a Fiduprevisora el cambio del afiliado a otra región con su correspondiente per cápita. De todas maneras, la entidad contratista de la cual se traslade el docente será responsable de garantizar la prestación del servicio de salud, hasta tanto se haga efectivo el traslado a la nueva entidad.

1.4. Traslado a Otra Entidad contratista del Fondo

En el caso que el docente pensionado o sus beneficiarios, o beneficiarios del docente activo, cambien de domicilio a otra Región en la que preste servicios otro contratista, se autorizará el cambio de inmediato.

El traslado de docentes activos únicamente se llevará a cabo por novedad de las Secretarías de Educación igualmente en los casos de desplazamientos forzados o amenazados. En todo caso la opción escogida por el docente activo o pensionado, no obliga a acudir a sus beneficiarios al mismo contratista que presta servicios al afiliado, siempre y cuando un motivo mayor lleve al beneficiario a residir por fuera de la Región origen del cotizante.

Para el traslado de beneficiarios a una región diferente a la del docente, es el contratista donde se encuentra afiliado el beneficiario quien debe hacer llegar la solicitud de traslado a Fiduprevisora S.A, previa solicitud del docente. El traslado tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente a la aprobación de la solicitud por parte de Fiduprevisora S.A., cuando el contratista que lo recibe encuentre el correspondiente ingreso o activación en la base de datos de su región.

1.5. Decisión de cambio de departamento o región afiliados de municipios y corregimientos fronterizos.

Dado que razones geográficas y de configuración de las comunicaciones y rutas de atención en salud, hacen que los afiliados de un municipio o corregimiento fronterizo les resulte más adecuado integrarse a la red de servicios de un departamento vecino, de su misma región o de otra región, los afiliados de dicho municipio o corregimiento deben presentar por una sola vez en los primeros seis (06) meses contados a partir del inicio del

proceso, solicitud formal a Fiduprevisora S.A. para ser atendidos definitivamente por la red del departamento vecino a la que pueden acceder con mayor facilidad.

Fiduprevisora S.A. comprobará que esta decisión es colectiva (75% de los cotizantes) y está técnicamente justificada, para proceder a trasladar estos afiliados de municipios o corregimientos fronterizos al departamento vecino, que puede pertenecer a la misma región o a otra región. Los contratistas no podrán objetar estos traslados entre departamentos o entre regiones, con el per-cápita correspondiente, cuando sean notificados por Fiduprevisora S.A., dado el objeto de garantizar con el mismo un mejor acceso a los servicios.

{fiduprevisora)

Por hoy, por mañana y por siempre.

ANEXO No 02. ADMINISTRACIÓN Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1. ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para garantizar el cuidado de la salud de los afiliados en cada departamento, el Contratista deberá contar con una Coordinación General a nivel de cada departamento, responsable de la operación plena de las obligaciones contractuales a nivel departamental, quien debe responder en primera instancia frente a los requerimientos del Supervisor nombrado por Fiduprevisora, de la auditoría integral, de las autoridades del sector educación en el departamento, de los Comités Regionales y del Defensor del Usuario.

La aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud (Ley 1753 de 2015), requiere el desarrollo de nuevos sistemas de incentivos, de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales, de desarrollar nuevas competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de transformar los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de las instituciones.

La Coordinación debe ser responsable de las cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

La Coordinación General será responsable de consolidar mensualmente la información departamental establecida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS, según establezca Fiduprevisora S.A.; igualmente, la información sobre el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, y las demás notificaciones obligatorias que rigen para el sector salud.

1.1. Garantía de accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. Coordinador departamental de red de servicios, responsable de garantizar las Rutas Integrales de Atención en Salud

Como señala la Política de Atención Integral en Salud, la red de servicios de baja y mediana complejidad ejecuta la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica de los pacientes. Esto implica superar la intervención basada en prestaciones discontinuas y como red asumir una integralidad en la intervención a partir de los grupos de riesgo que dan origen a las RIAS.

Los prestadores primarios deben manejar la integralidad del riesgo de cada individuo y familia de su población asignada, comunican el riesgo en salud y realizan las intervenciones clínicas incluidas en las RIAS tanto de naturaleza preventiva como diagnóstica y terapéutica.

A partir de la adscripción de la persona a la IPS y al médico con enfoque familiar, se coordinan y articulan las intervenciones individuales y colectivas y la continuidad del proceso de atención. El prestador primario debe asumir la contra referencia del paciente una vez éste egresa del prestador complementario y debe asegurar la continuidad del tratamiento. Los prestadores complementarios son responsables del manejo del paciente cuando las condiciones de su enfermedad requieren de tecnología médica especializada no disponible en el prestador primario; y también de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad.

Todos los integrantes de una red de servicios deben contar con procesos de servicio, referencia e información que permitan a sus integrantes disponer de las mejores condiciones para una gestión clínica adecuada y la disponibilidad de información a Fiduprevisora S.A. para el seguimiento de grupos de riesgo.

1.2. Incorporación de tecnologías de comunicación e información para facilitar el apoyo especializado en complementación diagnóstica y formulación de recomendaciones terapéuticas.

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencias y contra-referencias por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica por interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutivez del médico de atención primaria o de los programas de prevención secundaria.

Las últimas investigaciones relacionadas con telemedicina demuestran que la calidad de imagen de los computadores modernos supera la de los equipos costosos de telemedicina y la velocidad de información y el software de comunicación permiten la comunicación presencial a distancia. Por ello, los servicios de salud requerirán cada vez acercar los exámenes especializados a los primeros niveles de atención y las interconsultas de los especialistas en línea, suprimiendo progresivamente la necesidad de referir o contra-referir a los pacientes. Un electrocardiograma puede ser tomado y referido al cardiólogo para pedir su concepto sobre el tratamiento, al igual que otros exámenes especializados.

La incorporación de tecnologías de comunicación e información. Los contratistas deben proponer la mayor incorporación posible de estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar la movilidad de la tecnología especializada y el acercamiento de esta al paciente en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología.

1.3. Exigencia de Red Alterna definida para manejo de contingencias en la oferta de servicios

Es condición indispensable en el Sistema de Salud del Magisterio que los contratistas garanticen una red alterna para todos los servicios, en todos los niveles de complejidad y en toda la red de servicios, red alterna que sea conocida por los afiliados y su condición de utilización, de modo que se garantice la disponibilidad de la oferta de servicios y la ruta integral de atención ante cualquier contingencia del servicio.

La red alterna se activará automáticamente para servicios distintos de las urgencias cuando, debido a cualquier contingencia, se cierre un servicio en la red principal de atención o se niegue o postergue reiteradamente un servicio, insumo o medicamento, en cuyo caso el afiliado tendrá derecho a acudir a la red alterna para obtener la atención ordenada por el médico tratante, según el procedimiento establecido.

Igualmente, se ordenará la apertura de un servicio de la red alterna por un determinado plazo, cuando a nivel municipal, departamental o regional se compruebe por parte del supervisor del contrato o su delegado en las reuniones de los Comités Regionales que hay un represamiento importante de los mismos y se está constituyendo en barrera de acceso. En dicho caso la apertura de la red alterna prevista se habilitará por el plazo necesario para solucionar el represamiento del servicio.

2. ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS

Acorde con su clasificación y naturaleza, las Redes se conformarán y operarán teniendo en cuenta la siguiente estructura administrativa:

Coordinación Regional de la Red: La instancia de Coordinación Regional de la Red, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por un profesional de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad. Deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.

Deberá disponer de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, que brinde soporte 24 horas los siete días de la semana y permita la generación del reportes administrativos y la creación del informe semestral al Ministerio de Salud y de la Protección Social y bajo el marco del Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 del 2008, y Resolución 4331 de 2012, es decir que se cumpla el uso y transacciones de los anexos técnicos. Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, remisiones y que conserve la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico a la información que atiende a los requerimientos de la Auditoría Medica o de Fiduprevisora S.A..

Coordinación Departamental de la Red: La instancia de Coordinación Departamental de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por un profesional de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar el Sistema de Referencia y Contrareferencia (ruta de la salud), coordinar los procesos asistenciales y administrativos de primer y segundo nivel de complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes. Deberá tener línea abierta permanente con las IPS que prestan los servicios de mediana complejidad de la red en el departamento, para garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a los afiliados la comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan los servicios de alta complejidad.. Es responsable de la operación de los programas de prevención secundaria para el control de los principales riesgos de salud, de acuerdo con los estándares establecidos en los documentos de selección de contratistas.

Deberá disponer de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, que brinde soporte 24 horas, los siete días de la semana y permita la generación de reportes administrativos y la creación del informe semestral al Ministerio de Salud y de la Protección Social y bajo el marco del Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 del 2008, y Resolución 4331 de 2012, es decir que se cumpla el uso y transacciones de los anexos técnicos. Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, remisiones y que conserve la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico en los la información a los requerimientos de la Auditoría Medica o de Fiduprevisora S.A.

En los departamentos con menos de 10.000 afiliados el Coordinador General Departamental podrá asumir también la Coordinación Departamental de la Red.

Coordinador Departamental de Promoción y Prevención: Se entiende como coordinador de promoción y prevención el profesional del área de la salud, con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública encargada de dirigir los programas de protección específica, detección temprana y enfermedades de interés en Salud Pública. Será el responsable de garantizar en cada departamento que el equipo multidisciplinario cumpla con las normas técnicas de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, las demás normas que la modifiquen o actualicen y específicamente la Resolución 4505 de 2012.

Oficinas de Atención al Usuario: El contratista se obliga a garantizar en cada una de las sedes exclusivas A y B, en la Coordinación Regional y en la Coordinación Departamental de la Red, la existencia de una Oficina de Atención al Usuario que contará con los recursos y áreas necesarias para ofrecer una atención óptima y oportuna. La sede deberá contar con una identificación visible, fácil acceso y con la señalización que permita ubicar fácilmente esta oficina.

El contratista dispondrá de recurso humano capacitado en atención al cliente, estrategias de atención al público, relaciones humanas y los procedimientos propios del área a atender, que trabajará bajo la coordinación de un funcionario de la entidad.

Se aclara, para las sedes exclusivas A Y B, e igualmente para la coordinación regional y las coordinaciones departamentales de la red.

Coordinador Regional de Calidad y Auditoría Médica: Se entiende como Coordinador Regional de Calidad y Auditoría Médica la persona idónea encargada de manejar el proceso de calidad y auditoría para el mejoramiento continuo, será el responsable de garantizar que existan y se cumplan los indicadores exigidos para tal fin, realizar la verificación de los procesos tanto en la red propia como contratada. Además será el responsable de todas las acciones de auditoría médica de estructura, proceso y resultado, que se requieran, de acuerdo con la modalidad de contratación existente.

3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Se constituyen para la contratación regiones de un tamaño intermedio, que integren poblaciones entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente, para superar la problemática generada en las grandes regiones de los contratos previos.

REGIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTA	TOTAL GENERAL
--------	--------------	-----------	--------------	-----------	-----------------------	------	---------------

4	CASANARE	19	5597	4522	5	10124	57538
	BOYACA	118	14173	15829	14	30016	
	META	27	3123	9271	4	17398	

7	NORTE DE SANTANDER	40	13605	13418	9	27032	102790
	SANTANDER	86	21158	23142	32	44332	
	CESAR	25	13685	11639	9	25333	
	ARAUCA	7	3103	2990		6093	

TOTAL PAIS	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTAL GENERAL
	1090	392845	445221	308	838374

4. GENERALIDADES DE LA CONTRATACIÓN

Se trata de un contrato para garantizar la prestación de Servicios de Salud, en donde la oferta solicitada debe garantizar el acceso, la oportunidad, la integralidad, la continuidad y la cobertura al Plan de Salud del Magisterio, que sigue los lineamientos del Acuerdo establecido por el CDFNPSM. La prestación del servicio se hará a los Afiliados al FNPSM, que incluyen cotizantes y sus beneficiarios, distribuidos por Grupos Etéreos y zonas geográficas que se indican en la distribución de regiones establecida para la contratación.

Para garantizar la prestación de servicios de salud a los afiliados al FNPSM, el contratista debe organizar una red de Instituciones Prestadoras de Servicios principal y otra alterna, para cubrir las contingencias, así como la organización de la Rutas Integrales de Atención a través de los distintos niveles de complejidad. Quiere decir que está autorizado a subcontratar tantas IPS o servicios habilitados como requiera la red para cubrir todos los municipios de la región y atender oportunamente a los afiliados en todos los niveles de atención, con servicios de distinto grado de complejidad.

El documento de selección de contratistas establecerá condiciones mínimas de la red de servicios y calificará a los proponentes con base en la suficiencia e integralidad de la red.

La cobertura del servicio es para cada uno de los municipios del país, en todos los niveles de atención, con servicios de distinto grado de complejidad, con excepción de los servicios excluidos expresamente del Plan de Beneficios del Magisterio, que se deben atender por orden judicial, en la Red de Servicios requerida, y los servicios adicionales que ofrezca el proponente en su oferta.

Los contratistas deben cumplir con todos los componentes del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud, en cuanto a instalaciones físicas, equipos, suministros, atención en salud, resultados, indicadores, auditorías, atención a los usuarios, y capacitación para garantizar la provisión de los servicios de manera integral, considerando el balance riesgo-beneficio, con un nivel profesional óptimo y de acuerdo con las reglas e indicadores que se establecen en el presente Anexo.

La administración del sistema de salud en cuanto a los sistemas de información, bases de datos, reportes de novedades, información asistencial, historias clínicas, fichas epidemiológicas, facturación, forma de contratación, reembolsos, incapacidades y los asuntos de transición contractual se harán conforme las normas legales y lo establecido por Fiduprevisora S.A.

La unidad de pago será la UPCM descrita en el documento de selección de contratistas.

La prestación de servicios de Promoción y Prevención se realizará conforme a la normatividad vigente, ya sea en sede exclusiva, IPS del municipio o prestador especializado en servicios extramurales, o la combinación de estos.

Se deberá remitir a Fiduprevisora S.A., dentro de las fechas establecidas en la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud *“Especificaciones para la transferencia de datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”*.

La prestación de servicios correspondiente al primer nivel de complejidad será de orden municipal y será garantizada ya sea en sede exclusiva o prestador externo. En caso de incumplimiento injustificado de pagos a las IPS contratadas, Fiduprevisora S.A podrá hacer uso del mecanismo de Giro Directo a los prestadores a partir de esa fecha y hasta que lo considere necesario para prevenir problemas de servicio y garantizar el flujo adecuado de recursos.

La prestación de servicios de mediana complejidad, será del orden departamental y deberá ser garantizada mediante IPS propias o contratadas que conforman la red de servicios en el departamento, garantizando el principio de contigüidad, es decir que el afiliado debe recibirlos en el mismo municipio o en la ciudad más cercana mayor de 50.000 habitantes, salvo problemas insalvables de oferta de servicios, calidad o precios demostrables. Todo municipio mayor de 50.000 habitantes -y las capitales de departamento con menos de 50.000 habitantes- deben contar con una IPS en la red del contratista que ofrezca servicios de mediana complejidad.

En caso de incumplimiento injustificado del pago a los prestadores contratados para esta prestación, Fiduprevisora S.A podrá hacer uso del mecanismo de Giro Directo a los prestadores a partir de esa fecha y hasta que lo considere necesario para prevenir problemas de servicio y garantizar el flujo adecuado de recursos.

La prestación de servicios correspondiente al tercer nivel de complejidad será de gestión regional, sin perjuicio de que se disponga de oferta departamental y será contratada con prestador propio o externo. En caso de incumplimiento injustificado, determinado por el supervisor del contrato, en cuanto al pago a los prestadores contratados para esta prestación, Fiduprevisora S.A podrá hacer uso del mecanismo de Giro Directo a los prestadores a partir de esa fecha y hasta que lo considere necesario para prevenir problemas de servicio y garantizar el flujo adecuado de recursos.

Los servicios de alta complejidad y alto costo serán monitoreados por Fiduprevisora S.A.. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo, Fiduprevisora S.A. podrá intervenir para garantizar la prestación, ordenando los servicios pertinentes y descontando los gastos respectivos al Contratista.

Todos los servicios prestados en los diferentes niveles de complejidad deberán ser reportados mediante Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS en los términos que defina la Fiduprevisora S.A. La información reportada tanto en RIPS como en FIAS correspondiente a un periodo mensual tan sólo podrá complementarse en los seis meses siguientes, después de los cuales se considerará para todos los efectos legales la información

definitiva sobre los servicios prestados a los afiliados y sus costos en el respectivo mes.

5. INCAPACIDADES

Por incapacidad se entiende el estado de inhabilidad física o mental de un docente que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio.

La incapacidad puede ser permanente parcial, permanente total y gran Invalidez con ayuda de una o más personas.

La sumatoria de la prorrogas de las incapacidades no puede ser mayor a 180 días, excepto las establecidas por la norma.

5.1. TIPOS DE INCAPACIDADES

- Por Enfermedad Común
- Por Enfermedad Profesional
- Por Accidente de Trabajo

5.2. LICENCIAS

- De maternidad
- De paternidad

5.3. COMPETENCIAS DEL CONTRATISTA

El contratista médico es competente para:

- Expedir las certificaciones de incapacidad y licencias (Maternidades, enfermedad común, enfermedad laboral y accidente de trabajo). En los casos de pacientes hospitalizados, se debe expedir la incapacidad a las 24 horas de ingreso al servicio de hospitalización de acuerdo con el plan de tratamiento del médico y se realizarán las prórrogas necesarias de acuerdo con la evolución del paciente.
- Informar diariamente, por medio electrónico y físico de acuerdo con lo pactado, a la Secretaría de Educación respectiva de las incapacidades expedidas y certificaciones de permanencia. Las incapacidades deben ser reportadas según formato establecido por Fiduprevisora S.A entregado al momento de dar inicio a la ejecución del contrato. Enviar reporte diario y consolidado mensual de las incapacidades a la Gerencia de Servicios en Salud de Fiduprevisora S.A. según formato establecido por Fiduprevisora S.A entregado al momento de dar inicio a la ejecución del contrato.
- Definir la situación médica del docente enmarcada dentro de la racionalidad tecnicocientífica.
- Llevar control de incapacidades, con el fin de definir la situación médica del docente.
- Expedir incapacidades en y por tiempos reales, conforme a los diagnósticos presentados.

5.4. COMPETENCIAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Las competencias de la Secretaría de Educación son:

- Recibir del contratista médico las incapacidades y llevar un control detallado sobre ellas, previendo las posibles pensiones de invalidez que puedan reconocerse y en calidad de ente nominador, requerir al docente y al contratista médico para definir el reintegro a las labores o en su defecto tramitar la pensión de invalidez.
- Revisar y aceptar la incapacidad como un acto médico y no como un acto administrativo.
- Informar al Rector del plantel educativo sobre la incapacidad del docente.
- Realizar el nombramiento para el reemplazo temporal del docente.
- Expedir Acto Administrativo de legalización de la licencia por incapacidad.
- Reportar de acuerdo con el cronograma que se establezca, las novedades a Fiduprevisora S.A.

5.5. COMPETENCIAS DE FIDUPREVISORA S.A.

- Validar, de manera mensual, el informe detallado de incapacidades reportadas por el Contratista

Médico correspondiente.

- Realizar control estadístico de las actividades que se han presentado en el mes e interactuar con el prestador médico para definir y efectuar seguimiento a los casos específicos.
- Seguimiento a los casos de incapacidades mayores a los 150 días o de patologías no recuperables.

6. TRANSICIÓN CONTRACTUAL, PROCESO DE EMPALME

El Contratista se obliga a realizar, desde la fecha de iniciación del contrato hasta su terminación, todas las actividades, procedimientos y servicios que se hayan definido durante la ejecución del contrato como necesarios. Igualmente, se obliga a garantizar de manera integral todos los servicios objeto de éste contrato hasta el último día de la ejecución del mismo.

El empalme para este contrato con los contratistas anteriores se realizará de acuerdo con lo estipulado en el Pliego de Condiciones de la licitación previa.

El valor del último pago o mensualidad, una vez finalizado el contrato y no existiendo prórroga del mismo ni celebrado nuevo contrato con la misma entidad, estará condicionado al hecho de que el contratista cumpla a cabalidad las obligaciones establecidas en el contrato.

Entrega de listados e historias clínicas de casos especiales y sedes exclusivas.

El Contratista se obliga a entregar al nuevo contratista, dentro de las 48 horas previas a la terminación del contrato, las historias clínicas y los listados con copia a Fiduprevisora S.A. en medio magnético, con los nombres completos, números de documentos de identidad, teléfonos y direcciones de los siguientes casos:

1. Pacientes hospitalizados. El listado debe incluir igualmente las fechas de ingreso, identificación del paciente, nombre de los centros hospitalarios y diagnósticos, refiriendo aquellos casos que a juicio del Contratista no deben ser trasladados por los riesgos que implica para la vida del usuario.

Los servicios prestados a estos pacientes, mientras no puedan trasladarse a la red del nuevo contratista, serán facturados por el contratista saliente a tarifas SOAT de aquellas atenciones que se hagan posteriores a la fecha de terminación del contrato.

2. Pacientes con procedimientos pendientes. El listado debe incluir también la fecha programada, identificación del paciente, nombre del centro hospitalario, diagnóstico, nombre del procedimiento y razones de la no realización. En caso de comprobarse que no se entregó el listado completo dentro de los 60 días siguientes de inicio de la ejecución del contrato, el contratista saliente deberá cancelar, al contratista entrante, el costo de los servicios prestados.

3. Pacientes con patologías crónicas. Sujetos de atención de programas especiales:

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Control prenatal
- Crecimiento y Desarrollo
- y otros definidos por el contratante.

El listado debe incluir además, la fecha de cita próxima programada para cada uno de éstos pacientes de acuerdo con la periodicidad con que viene siendo atendido, medicamentos que viene recibiendo y periodicidad del mismo. Esta programación deberá ser respetada desde el inicio por el contratista entrante.

4. Paciente de VIH-SIDA. Identificación del caso, tratamiento instaurado para cada caso, manteniendo las normas relacionadas con la confidencialidad.

5. Pacientes con enfermedades catastróficas. (Oncológicos – Pacientes renales) El listado debe incluir: Identificación del caso, diagnóstico, centro hospitalario y plan de manejo por cada caso.

Las historias clínicas de los pacientes de casos especiales deberán ser entregadas en su totalidad al contratista entrante, a más tardar dentro de las 24 horas previas a la finalización del contrato, a excepción de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

Fiduprevisora S.A. podrá determinar los casos en los que no es viable dado los principios de calidad del servicio, el traslado o la entrega del caso a la nueva entidad médica, situación en la cual la entidad médica se obliga a continuar brindando el servicio de manera transitoria, facturando a Fiduprevisora S.A. a las tarifas definidas. En ese evento, Fiduprevisora S.A. descontará estos valores de los pagos a efectuar a la nueva entidad médica.

Igualmente, el contratista saliente se obliga a entregar, de manera completa, oportuna y ordenada, a la nueva entidad médica contratista, lo siguiente:

- Entrega de historias clínicas. Dentro de un plazo de 8 días siguientes a la terminación del contrato, con todos los documentos relacionados con los aspectos médicos y administrativos de las personas que cubre el contrato. La entrega se iniciará desde el momento en que se comunique o se haga efectivo el cambio de contratista.

Para estos efectos, los contratistas deberán proveer todo el recurso humano y apoyo logístico que se requiera para su cabal cumplimiento y un listado en medio magnético con la misma estructura del numeral 1.

Para los efectos del empalme, el contratista saliente se obliga a designar un mes antes de la finalización del contrato, a un profesional médico exclusivo para la coordinación y cumplimiento de las atenciones, casos y eventos descritos, y para la coordinación y ejecución del plan de acción de entrega de las historias clínicas al contratista entrante.

6.1. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Manejo de patologías

La integralidad abarca, entre otras cosas, (desde el momento de iniciación del contrato), las siguientes:

La culminación de todas las atenciones previstas como necesarias para el usuario, hospitalización y cirugías, procedimientos, formulación y suministro de medicamentos y demás ayudas diagnósticas y de complementación terapéutica, que se indicaron durante la vigencia del contrato, sin interrupción de la secuencia lógica de atención, hasta la fecha de finalización del mismo, realizando todos aquellos que se indiquen dentro del marco de la racionalidad científico técnica.

No se deben programar procedimientos para fechas posteriores a la culminación del contrato, exceptuando los casos en que exista una indicación médica precisa y objetiva para tal postergación.

- Patologías crónicas

El Contratista tiene la responsabilidad, dentro del manejo de pacientes con patologías crónicas, de garantizar el suministro de medicamentos no solo hasta la fecha de culminación del contrato, sino hasta culminar los treinta días completos de tratamiento, de tal forma que el paciente logre el siguiente control, con la dosis suficiente del medicamento.

- Patologías agudas

El Contratista igualmente se obliga a que el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y suministros, a pacientes con patologías agudas, se realice no solo hasta la fecha de culminación del contrato, sino por el tiempo que los criterios de racionalidad técnico científica así lo indiquen

frente a la solución de la enfermedad

- Pacientes hospitalizados

Referente a los pacientes hospitalizados, el contratista saliente se obliga, una vez terminado el contrato, a entregar a la nueva entidad médica contratista, todos los pacientes hospitalizados localizados dentro y fuera de la región.

- Represamientos

Para los anteriores efectos se entiende como represamientos, todas aquellas actividades, procedimientos y servicios, no asumidos por el Contratista, no obstante que a la luz de la racionalidad técnico-científica y a estándares de suficiencia, oportunidad y en general de calidad, debieron ser realizados durante la ejecución del contrato.

Si por alguna razón, el usuario rehúsa a realizarse el procedimiento indicado, se deberá consignar en la historia clínica declaración expresa por parte del paciente y se comunicará oportunamente a Fiduprevisora S.A sobre tal situación.

La no realización de procedimientos, actividades o servicios pendientes, sin que mediare justificación a causa de una renuncia o renuencia del usuario, debidamente registrada en la historia clínica e informada a Fiduprevisora S.A., se considerará represamiento y sus costos serán descontados del último pago del contrato o de la liquidación del mismo, para lo cual el contratista saliente autoriza plenamente al contratante para proceder de conformidad.

El oferente a quien le sea adjudicado el contrato, a partir de fecha de entrega de historias clínicas en su totalidad, soportada con el acta respectiva, tendrá 30 días calendario para relacionar y comunicar a Fiduprevisora S.A, a través de la Gerencia de Servicios en Salud, utilizando los formatos que para tales efectos se le allegan, todas las actividades, procedimientos o servicios represados, anexando los soportes necesarios para evidenciarlos, tales como:

Ordenes de servicios, historias clínicas, documentos que soportan la declaración de cada uno de los eventos dejados de realizar o los planteamientos realizados por el paciente. Igualmente, el contratista entrante, está obligado a dar traslado al contratista saliente, dentro de los 30 días calendarios siguientes al último día en que se realice la recepción de las historias clínicas, a efectos de que éste, a través de evidencia objetiva desvirtúe o por el contrario acepte los casos definidos. Si el contratista entrante no reporta los represamientos al contratista saliente dentro del plazo establecido, deberá asumir el costo de las atenciones.

El contratista saliente tiene la obligación de realizar el cotejo de los represamientos reportados por el contratista entrante y comunicando su resultado a éste último en un plazo máximo e improrrogable de 20 días calendario, contados a partir del vencimiento de los 30 días iniciales descritos en el párrafo anterior. Si vencidos los 20 días el contratista saliente no desvirtúa los represamientos reportados por el contratista entrante, deberá asumir los costos de tales atenciones.

Si llegare a presentarse desacuerdo entre el contratista entrante y el saliente, respecto de los casos represados y su costo, las dos entidades deberán, en un plazo máximo e improrrogable de 10 días calendario, a partir del vencimiento de los 20 días descritos anteriormente, llegar a un acuerdo del cual se levantará un acta donde consten todos los hechos objeto de la referida reunión.

El contratista entrante y el saliente, autorizan y así lo acuerdan las partes, para que Fiduprevisora S.A. a través de la Gerencia de Servicios en Salud, defina bajo parámetros técnico-científicos, los casos de represamiento sobre los cuales no se logró establecer acuerdo, así como su valor, el que igualmente se descontará de la última cuota o liquidación correspondiente a favor del contratista saliente, si son de su responsabilidad. Así lo acepta y autoriza desde ya, el contratista saliente.

Para efectos de liquidar el costo de los represamientos identificados como tales, se acudirá a las tarifas SOAT. Si alguno de los servicios no se encuentran dentro del SOAT, se liquidarán a tarifas

ISS indexadas. Una vez expedido por el Ministerio de Salud y de Protección Social el manual único tarifario, las tarifas se liquidarán acorde a las establecidas en tal normatividad y a las que la adición, modifiquen o complementen.

7. INFORMACIÓN ASISTENCIAL –FIAS-

El Contratista suministrará mensualmente, o con la periodicidad que se determine, los datos estadísticos solicitados por Fiduprevisora S.A., ajustado a los formatos y especificaciones definidas por ésta. La información que fluya del contratista hacia el Comité Regional o Fiduprevisora S.A., deberá estar soportada adecuadamente en aplicación de sistemas.

El sistema de información asistencial del Contratista contemplará, para su Región, los indicadores estadísticos, de frecuencia de uso y financieros que Fiduprevisora S.A. establezca, independientes a los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), solicitados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, el Contratista deberá integrar los resultados por departamento de las variables relacionadas con la demanda de servicios, en especial el estado de salud de la población objeto en relación con las variables sociodemográficas (perfil epidemiológico); las variables de oferta con énfasis en los servicios prestados, las acciones en salud desarrolladas, los programas implementados y los resultado de los procesos, expresados a través de indicadores, obteniendo un panorama general de la región a partir del cual puede recomendarse la ejecución de acciones dirigidas a impactar positivamente en la situación de salud de la población.

Para el reporte de la morbilidad y la mortalidad se utilizará la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de las causas y los códigos de procedimientos y especialidades específicamente señalados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su normatividad.

El modelo para el reporte de la información técnica y financiera, su periodicidad así como los contenidos básicos serán definidos por la Gerencia de Servicios en Salud de Fiduprevisora S.A. y son de obligatorio cumplimiento por parte del contratista.

Los formatos de monitoreo estadístico serán entregados al contratista por Fiduprevisora S.A. La información debe ser enviada a Fiduprevisora S.A. mensualmente, trimestralmente, semestral o anualmente según periodicidad solicitada, tanto en medio impreso como en magnético y según especificaciones técnicas. Semestralmente se deben enviar los perfiles epidemiológicos de la población, e identificando los grupos de riesgo, incluyendo un análisis financiero y de las frecuencias de uso y de acciones a desarrollar acordes con la información obtenida.

Estos informes no excluyen el reporte mensual de los RIPS y demás que se establezcan los organismos de control que son de carácter obligatorio y que deben ser entregados en medio magnético, condensados, según especificaciones y normas establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud de las Entidades Territoriales.

El Contratista con los parámetros preestablecidos, realizará la condensación de la información de los RIPS producidos por sus diferentes IPS y la enviará a Fiduprevisora S.A. quién realizará el condensado Nacional para enviar al Ministerio de Salud y Protección Social. Fiduprevisora S.A. podrá solicitar discriminación o análisis particulares de los RIPS.

Plazos y periodicidad

El contratista enviará a Fiduprevisora S.A. la información solicitada en los plazos y periodicidad determinados así:

Información de la demanda de servicios de salud:

- **Análisis demográfico:** Compuesto por datos, indicadores y perfiles de la población objeto,

debidamente analizados. Envío semestral.

- **Análisis de la situación de salud de la población:** Conteniendo los componentes de morbilidad, mortalidad, indicadores, entre otros. Envío mensual con los FIAS y en condensados trimestrales y semestrales.
 - **Análisis de poblaciones especiales:** Incluirá el análisis específico de las patologías crónicas objeto de programas y de la morbilidad por alto costo; igualmente el análisis del consumo de medicamentos de alto costo, en forma mensual.
- Informe de la ejecución de actividades de Promoción y Prevención, en forma mensual.

Información de la oferta de servicios de salud

- Frecuencias de uso de los servicios de salud establecidas por Fiduprevisora S.A. deberán ser informados mensualmente y en condensados trimestrales y semestrales.
- Información de los indicadores de procesos clínicos y administrativos, según lo definido en el componente de calidad, con especial énfasis en el sistema de referencia y contra referencia, atención al usuario. Periodicidad mensual y condensados trimestrales y semestrales.
- Información financiera: aquella que solicite Fiduprevisora S.A.

Soporte de la Información: Los RIPS deben ser enviados según la normatividad existente sobre la materia, en los tiempos establecidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información debe ser coherente con la registrada en los FIAS y el contratista deberá validarla para asegurar que cada RIPS corresponda a un cotizante y sus beneficiarios.

Acorde con las necesidades, Fiduprevisora S.A. podrá solicitar información adicional.

8. CALL CENTER

El proponente al que se le adjudique el contrato, deberá implementar y habilitar, durante las 24 horas del día, y a través de una línea telefónica de uso exclusivo, un Call Center con el fin de brindar una atención óptima a los usuarios de su región, en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud.

El Call center permitirá una difusión permanente de las condiciones de acceso a los servicios de salud, ubicación de la red de servicios y calidad de estos. De igual manera facilitará la selección de los prestadores de servicios de salud por parte de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios.

Información para los usuarios

Los procedimientos para la atención del usuario buscan, además de atender todas las inquietudes, planteamientos y necesidades del usuario, traducir todas sus expectativas en estándares operativos del servicio.

Para lograr el funcionamiento adecuado del subsistema, se deberá trabajar teniendo como base los siguientes objetivos:

- Atender de manera personalizada, suficiente y oportuna las inquietudes y sugerencias de los usuarios de los servicios de salud del FNPSM, de tal forma que garanticen el adecuado y oportuno uso de estos por parte de los usuarios.
- Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar y responder oportunamente las inquietudes y sugerencias planteadas por los usuarios.
- Informar y orientar, bajo parámetros de oportunidad, las inquietudes que sobre la red de servicios, cobertura, procesos y demás procedimientos de la dinámica de prestación de servicios, se presenten.
- Retroalimentar la dinámica de prestación de servicios a partir de la sistematización de las inquietudes y sugerencias de los afiliados al FNPSM.
- Desarrollar estrategias para garantizar el ajuste de los servicios y procedimientos a partir de lo manifestado por los afiliados al FNPSM.
- El contratista deberá informar a Fiduprevisora S.A. sobre las fallas graves o controversias no

solucionadas entre las partes que se presenten dentro de la ejecución del contrato, relacionadas con sus propias redes o con las subcontratadas, a efectos de que ésta conozca en tiempo real lo acontecido, y pueda brindar apoyo o tomar una decisión, si a ello hay lugar.

Igualmente, el contratista se obliga a desarrollar dentro de éste subsistema las siguientes actividades:

- Dar respuesta por escrito no solo a las solicitudes planteadas por esta vía sino también a aquellas presentadas de manera verbal por parte de los usuarios, de acuerdo con la urgencia de la misma y ajustado a criterios establecidos por la Auditoría Medica o Fiduprevisora S.A.
Desarrollar, en coordinación con las instancias pertinentes, las estrategias de información a fin de difundir amplia y periódicamente las características y modelos de prestación de servicios.
- Realizar actividades extramurales de información (centros educativos), de tal forma que se le facilite el acceso de los afiliados al FNPSM, así como a la escogencia de los prestadores de los servicios.
- Proveer retroalimentación a los diferentes actores del sistema (usuarios, Sindicato, Comités Regionales, Entidades subcontratistas). Con estas últimas observará y realizará el seguimiento de tal forma, que la información consolidada afecte positivamente la dinámica de servicios.

Atención de quejas

La atención de quejas y sugerencias de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios, es una opción para identificar oportunamente los problemas y desde allí abordar correctivos que permitan el mejoramiento del servicio. Por lo tanto, es indispensable que los programas de salud implementen los espacios necesarios para atender solicitudes, quejas y sugerencias, toda vez que el usuario es el eje primordial y la razón de ser del sistema.

Para la atención de quejas es necesario que el módulo esté contenido dentro del organigrama de la entidad a la cual se le adjudique el contrato. Debe tener desarrollado su plan, incluyendo objetivos, estrategias, procedimientos, actividades, funciones, flujogramas e indicadores de gestión, así como también determinados los horarios de atención, los tiempos de respuesta de quejas, el recurso humano y las responsabilidades de los funcionarios.

A través de la Oficina de Atención al Usuario se garantizarán los recursos y áreas necesarias para que el usuario pueda tramitar su queja.

Atributos y derechos	Definición	Motivos generales de reclamo de los usuarios
Restricción en el acceso a los servicios de salud	Imposibilidad de obtener atención cuando se la necesita, producto de diversas barreras (económicas, geográficas, administrativas, demora o negación)	Falta de oportunidad para la atención
		Negación en la prestación de servicios, insumos o entrega de medicamentos
		Demoras en las remisiones
		Negación de las remisiones
		Restricción en el acceso por localización física o geográfica
Deficiencia en la efectividad de la atención	Grado en el que no se lograron los resultados en salud deseados	Insatisfacción por problemas de salud no resueltos
		Ineficacia en la atención
		Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad
Falta de disponibilidad de recurso humano y físico para la atención	No disponibilidad o suficiencia de recursos humanos y físicos para alcanzar los fines en salud	Recurso humano insuficiente
		Recurso físico insuficiente o en deficientes condiciones
		Limitaciones tangibles del servicio
		Limitaciones en la información
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	Insatisfacción de las expectativas del usuario respecto del trato y servicios que debería recibir	Percepción por parte del usuario de trato inequitativo
		Restricción en la libre escogencia
		No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario
No reconocimiento de las prestaciones económicas	No reconocimiento al derecho de un reembolso	Incumplimiento de prestaciones económicas - Reembolsos

ANEXO No 03. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL PLAN DE SALUD DEL MAGISTERIO

1. Atención primaria integral

Se recoge en este aparte la Política de Atención Integral en Salud, en el componente “La atención primaria como estrategia básica”, que define a la percepción el enfoque de la atención primaria y la salud familiar, que permite superar las definiciones previas del Modelo de Salud Familiar del Magisterio:

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Con la orientación de este enfoque, y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario. Estos planes integrales de cuidado de la salud incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo con las potencialidades y necesidades existentes.

La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud.

Los elementos fundamentales de este enfoque en la prestación de servicios son:

- Se centra en la situación de las personas, familias y comunidades, facilita el reconocimiento y análisis de su situación como eje para la planeación y construcción de modelos territoriales y rutas específicas de atención, así como el ejercicio pleno del derecho a la salud
- Promueve la valoración social de la salud para contribuir a la percepción social del riesgo y destaca la importancia de la participación para la comprensión de la necesidad de corregir prácticas, tanto personales como familiar y sociales en lo referente al cuidado
- Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios del personal de salud, quienes deberán responder por las acciones de salud del nivel primario en función de indicadores de proceso y resultados
- Tiene un énfasis en lo promocional y preventivo, con enfoque familiar y comunitario de los cuidados, en articulación de las acciones individuales con las intervenciones colectivas, poblacionales e intersectoriales
- Integra la comprensión de los fenómenos y sus formas de afrontarlos, a partir del reconocimiento, mapeo y análisis de las relaciones familiares y comunitarias, y de la población con los servicios de salud y los territorios
- Garantiza la continuidad, cuidado y seguimiento a los procesos y rutas integrales de la atención en salud, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada del componente complementario
- Trabaja en red tanto sanitaria como social para lograr la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud, incluyendo la activación de los programas sociales complementarios para personas y familias con necesidades de atención social enfocada
- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio

- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el componente primario y en su relación continua con el talento humano del componente complementarios y el responsable de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos
- Garantiza una gran capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el componente primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad integradas, haciendo innecesarias múltiples referencias y autorizaciones.

El objetivo del enfoque de la salud familiar y comunitaria es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. Es decir, este enfoque mejora la capacidad resolutoria y la calidad de la prestación de servicios de salud en el componente primario y permite controlar la remisión al componente complementario sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

Así mismo, la población obtiene una mayor cercanía al equipo de salud, con una comprensión que incluye, pero trasciende a la persona y liga la comprensión del riesgo y la enfermedad a los determinantes familiares, sociales y territoriales. La población adscrita a un equipo de salud mejora su confianza en los servicios de salud a partir de los resultados positivos los cuales incluyen no solo un óptimo grado de resolución, sino también la gestión sectorial e intersectorial para garantizar continuidad e integralidad, incorporando servicios de salud pública, de altos niveles de complejidad y de otros sectores.

Dada la problemática que plantea una población del magisterio muy dispersa por razón del oficio, que hace difícil la organización a nivel municipal de familias y comunidades para el desarrollo de acciones colectivas, lo que sí es posible a nivel de centros urbanos y a nivel departamental, en especial con los principales grupos de riesgo.

La Resolución No. 1383 de 2013, que adopta el Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia, aplica igualmente para el Sistema de Salud del Magisterio.

Salud Mental

Aplica al Sistema de Salud del Magisterio Ley 1616 de 2013, o Ley de Salud Mental, por lo cual el contratista, como señala el Art. 1, debe “garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema general de seguridad social en salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud”.

2. GRUPOS DE RIESGO

Además de la agrupación de las poblaciones, desde sus competencias los agentes del Sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Esta selección debe hacerse bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo).

Los grupos de riesgo corresponden a grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral.

2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Incluye las acciones, planes y programas desarrollados integralmente con el fin de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad permitiéndoles un estado saludable. Se tendrán en cuenta los programas preventivos de acuerdo con las normas técnicas de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, las demás normas que la modifiquen o actualicen.

El objetivo principal de los programas de promoción y prevención es desarrollar y adoptar en forma obligatoria actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.

Fiduprevisora S.A., realizará las actividades de vigilancia y control del cumplimiento de las actividades de Promoción y Prevención establecidas en este programa, dentro de la normatividad.

Para el seguimiento y el fortalecimiento de la gestión en salud, en relación con las acciones del Plan de promoción y prevención, se adopta la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y mediante la información reportada a través de los FIAS. (Los cuales deberán ser modificados de acuerdo con las necesidades).

De igual manera, el reporte de Indicadores Centinela solicitados por los diferentes entes de control, se remitirán a Fiduprevisora S.A., con la periodicidad y características que se soliciten.

Aplicase en la población de magisterio lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 1384 de 2010 – Ley Sandra Ceballos- en lo que tiene que ver con las acciones de promoción y prevención para el control del cáncer. Para ello se tendrá en cuenta a la hora de programar las acciones de promoción y prevención para el control del cáncer lo preceptuado en el numeral d del Artículo cuarto de la citada Ley: “d) *Nuevas tecnologías en cáncer. Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.*”. Se favorecerán las aplicaciones de nuevas tecnologías en el autocuidado para la prevención de la aparición de cáncer.

2.2. REQUERIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.

Se deberá remitir a Fiduprevisora S.A., dentro de las fechas establecidas en la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud “Especificaciones para la transferencia de datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

2.3. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA ORIENTADOS A LA GESTIÓN DE LOS PRINCIPALES RIESGOS

La acelerada urbanización de nuestro país, especialmente el enorme crecimiento de las ciudades también crea las bases para un enorme agrupamiento de pacientes con trastornos crónicos que hacen más factibles estos programas, pues millones de habitantes concentran problemas y posibilitan soluciones en términos de costos.

Estos programas deben revisar los avances en los protocolos, los modelos de atención, las adaptaciones del personal de los programas, los criterios de admisión, las estrategias de educación a la familia, las formas de control de la ansiedad del paciente y su familia, el manejo de los apoyos diagnósticos, el diseño de tiempos y movimientos, las herramientas de comunicaciones y transporte, los instrumentos y desarrollos administrativos, el control de calidad de los servicios y la auditoría de estos programas, se podrán observar los importantes y afinados desarrollos tecnológicos logrados en el país.

En relación al desarrollo de estrategias para manejo a distancia del paciente, estas rompen en el mundo desarrollado cada día más los límites tradicionales de espacio y tiempo en el tratamiento, al permitir el manejo continuo y a distancia de los pacientes en tratamiento donde quiera que se encuentran fuera de la institución desde consolas médicas con plena información de las historias clínicas, operando las 24 horas en el seguimiento del paciente, la resolución de sus dudas y la orientación de la terapia. Si los pacientes en tratamiento, cuando salen de la institución, de su hospitalización o tratamiento ambulatorio, tienen garantizado el acceso permanente para resolver sus inquietudes mediante distintas vías de comunicación, el acceso a urgencias o retorno acelerado ante la angustia del paciente y su familia deja de existir en la práctica, pues cualquier retorno será concertado y programado, salvo ciertas circunstancias de complicaciones agudas.

La atención a través de programas permite una mayor estandarización de la intervenciones, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la operación.

3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE REDES INTEGRALES DE ATENCIÓN

Una Red de Servicios de Salud es un conjunto articulado de instituciones de salud ordenado por niveles de complejidad para atender a los afiliados en forma integral, de acuerdo con sus necesidades de salud, con modelos administrativos y/o asistenciales que organizan las rutas de atención bajo los criterios que se establecen para el Sistema de Salud del Magisterio desde el FNPSM.

La Atención Primaria con enfoque en Salud Familiar coordina el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. La población obtiene una mayor cercanía al equipo de salud, con una comprensión que incluye, pero trasciende a la persona y liga la comprensión del riesgo y la enfermedad a los determinantes familiares. Hace énfasis en el Autocuidado, promoción y mantenimiento de la salud. Articula la atención del equipo multidisciplinario con los programas de promoción y prevención.

El modelo ajustado de prestación de servicios, además incluye:

- Redes integrales de prestación de servicios de salud individual
- Cobertura integral por grupos de riesgo
- Aplicación de las tecnologías de información y de las comunicaciones en los procesos de salud y su apoyo, que permita acercar al paciente a los servicios de la red y la red prestadora a la entidad responsable de pago y Fiduprevisora.
- Aplicación de incentivos por cobertura integral y gestión del riesgo en salud.
- Indicadores de Gestión del riesgo en salud a nivel departamental
- Caracterización actualizada de la población, unificada por un sistema de base de datos por perfil poblacional y morbilidad.

La red solicitada y ofertada estará conformada por prestadores de servicios de salud (sedes, IPS) que deben estar inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y estar incluidos dentro de la clasificación de prestadores de acuerdo con la Resolución 2003 de 2014.

Todos deben cumplir con los requisitos del Sistema Único de Habilitación establecidos por la Ley y por el presente documento de selección de contratistas, siendo éstas condiciones de obligatorio cumplimiento desde el momento mismo en que se inicie la ejecución del contrato.

En tal virtud, para efectuar cualquier modificación de la red ofertada, deberá demostrarse previamente que el nuevo prestador IPS cumple con todos los requisitos de habilitación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014 y que tiene habilitados los servicios de la IPS que sustituye. El proceso requerirá notificación y aceptación por parte de Fiduprevisora.

El proponente deberá disponer de una red principal y una red alterna o complementaria, formalmente contratada, que deberá garantizar y presentar en la oferta, para cubrir la eventualidad de que algún prestador no pueda cumplir con las necesidades en salud del docente y sus beneficiarios.

El Proponente debe garantizar la prestación integral de los servicios de salud mediante la articulación de todas las instituciones que componen los diferentes niveles de complejidad de la red que oferte.

La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- Suficiencia de la red y prestadores de servicios de salud
- Cumplimiento de la red de servicios de acuerdo con la oferta y la propuesta técnica por prestador
- Capacidad instalada de la red de servicios acorde con la caracterización de la demanda
- Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud
- Evaluación de los atributos del SOGC: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.
- Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

La prestación de los servicios de salud se realizará a través de las redes integradas de servicios de salud, por nivel de complejidad, de acuerdo con el perfil poblacional, con enfoque de riesgo, privilegiando el control de las patologías que afectan más gravemente la salud de los afiliados.

La prestación de los servicios médicos asistenciales a los afiliados y beneficiarios del Magisterio incluye los tres niveles de complejidad, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por Ministerio de Educación Nacional, además del transporte dentro y fuera de la región. Incluye asimismo las actividades de Promoción y Prevención. La totalidad de los servicios se contratará bajo la modalidad de capitación e implicará la obligación de garantizar, directamente, la prestación integral del Plan de Atención de Salud del Magisterio.

La prestación de los servicios de salud que se pretende contratar a través del presente Proceso de Selección deberá garantizar las características fundamentales del Sistema de Garantía de Calidad para la atención en salud del Magisterio, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y, para el caso del Magisterio, además, las establecidas en los Acuerdos del CDFNPSM, las cuales deben garantizar la accesibilidad,

oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los servicios a los afiliados.

Para ello los contratistas deberán utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto que se pretende contratar y asumir los riesgos inherentes al servicio contratado y a la forma de pago determinada. Por lo tanto, el contratista debe responder de manera integral por el manejo del riesgo y la garantía de los servicios médicos asistenciales incluidos en estos documento de selección de contratistas, y será responsable de la atención en salud de los usuarios del servicio.

La cobertura de servicios debe ser ofertada en las áreas geográficas denominadas Regiones, las cuales se encuentran definidas en el presente documento de selección de contratistas, y debe garantizarse, como mínimo, la prestación de Servicios de baja complejidad en el municipio de residencia del afiliado, los servicios de mediana complejidad en la ciudad más cercana y la alta complejidad, para atender el principio de contigüidad con la siguiente prioridad: primero en el mismo departamento, después en la misma región y por último, cuando no existen algunos servicios dentro de la Región, en la gran ciudad más cercana que los preste a través de red contratada, de acuerdo con la oferta existente en la zona.

4. ACCESO A LOS SERVICIOS

Para acceder a cualquiera de los servicios del Plan el afiliado acreditará sus derechos mediante su documento de identidad.

Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contra referencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional (prestador- contratista) que evite incomodidades y trámites al usuario o a sus familiares, acorde con lo establecido en la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4747 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 y la Política de Atención Integral en Salud.

El Prestador deberá garantizar la disponibilidad de atención en línea al afiliado, mediante aplicación de internet que automatice el acceso a los usuarios al servicio y todos sus trámites administrativos, en especial el proceso de remisión, y todos los anexos técnicos en el marco normativo del Decreto 4747 de 2007.

Cuando en el municipio de residencia del usuario se tenga la disponibilidad de servicios especializados, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren serias falencias en el servicio. Igualmente la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio o costos desmedidos en la ciudad cercana, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

Para garantizar la portabilidad del derecho de los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales etc, se informara al coordinador departamental del prestador, con copia a Fiduprevisora, quien se encargará de gestionar los trámites administrativos necesarios para garantizar la continuidad de la atención en salud a cargo de otro contratista regional por periodos no mayores de seis meses, con cargo al prestador remitente. Para periodos superiores se tramitará el traslado definitivo del afiliado, con su pago por capitación, a otro departamento o región.

La prestación de la atención básica se garantizará tan cerca como sea posible al sitio de residencia del docente y de cada uno de sus beneficiarios. Cuando el afiliado resida en el área rural y la dispersión poblacional le facilite en tiempo el acceso geográfico a una cabecera municipal diferente a la de su municipio de residencia, el afiliado podrá escoger para la atención básica una sede de atención del municipio más cercano.

En el caso de requerir cambio de sede de atención para el afiliado o sus beneficiarios, el usuario debe solicitarlo por escrito al coordinador departamental del Prestador, señalando los motivos de la solicitud y la sede de atención elegida dentro de la red ofertada por el contratista para continuar siendo atendido. Si el usuario manifiesta insatisfacción con la atención recibida en la IPS asignada podrá solicitar igualmente el cambio de sede de atención o IPS.

En los municipios de la región donde exista oferta de la consulta de ginecología, esta consulta no requerirá referencia de médico general, por lo tanto se entiende que hace parte de la puerta de entrada al sistema y se garantizará el acceso directo a éste servicio, para lo cual el contratista implementará el modelo de consulta y lo divulgará oportunamente. La atención del parto la realizará el especialista en los casos de embarazo de mediano y alto riesgo y en todos los casos en las ciudades capitales y en las que se encuentre disponibilidad de estos servicios de acuerdo con la evaluación de riesgo y de conformidad con lo estipulado en los protocolos y guías de manejo establecidas por el Ministerio de Salud y de Protección Social o con los desarrollos de la ciencia médica en materia de control prenatal, atención de parto y posparto.

En los municipios de la región donde exista oferta de la consulta de pediatría, esta consulta no requerirá referencia de médico general, y por lo tanto se entiende que hace parte de la puerta de entrada al sistema y el contratista garantizará el acceso directo a éste servicio, para lo cual implementará el modelo de consulta y lo divulgará oportunamente.

La alta complejidad y eventos de alto costo se garantizarán a través de la oferta disponible geográficamente, previa evaluación de habilitación, experiencia específica y estándares de calidad superiores (acreditación, integralidad, interdependencia de servicios, habitaciones unipersonales), enmarcada dentro de un sistema único de información en línea y compatible con sistemas de información propios de FNPSM.

Como establece el Artículo 15 del Resolución 2003 de 2014 sobre la Garantía de la prestación de servicios, *“Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud y sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en conjunto con la Institución Prestadora de Servicios y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en forma inmediata un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes”.*

5. SEDES EXCLUSIVAS

Los Proveedores del Magisterio deberán garantizar sedes de uso exclusivo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio en todas las ciudades, así:

Tipo A en ciudades con más de 300.000 habitantes y en capitales de departamento diferente a los “Nuevos Departamentos”. En caso de ciudades CAPITALES DE DEPARTAMENTO o Distritos con más de 500.000 habitantes, una por cada 15.000 afiliados, o fracción. Las sedes tipo A deberán ser de carácter exclusivo, es decir, solo se atenderán afiliados al FNPSM y sus beneficiarios.

Deberán garantizar la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia) incluida consulta de nutrición y dietética, y la atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive. El Coordinador de la sede A deberá ser un profesional de la salud con postgrado en áreas relacionadas con la administración de la salud o la salud pública, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede. Si algún municipio en este rango de población tiene menos de 5.000 afiliados, se exigirá sede tipo B, excepto capitales de departamento (donde será tipo A).

Tipo B, en ciudades entre 100.000 y 300.000 habitantes. Las sedes tipos B consistirán en áreas exclusivas dentro o anexas a una IPS con servicios de segundo o tercer nivel de complejidad de la red de servicios ofertada, o bien sedes independientes. Deberán garantizar la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia), incluida consulta de nutrición y dietética, así como la atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive. El Coordinador de la sede tipo B deberá ser un profesional de la salud con postgrado en áreas relacionadas con la administración de la salud o la salud pública, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede. Si algún municipio en este rango de población tiene menos de 2.000 afiliados, se exigirá sede tipo C.

Tipo C, en municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes, capitales de los “Nuevos Departamentos” y municipios con menos de 50.000 habitantes, con más de 1.500 afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, consistirán en áreas exclusivas dentro de una IPS con servicios de segundo nivel de complejidad, de la red ofertada, o sedes independientes. Deberán garantizar la atención básica (excepto hospitalización, atención de parto, urgencias y farmacia) y la atención prioritaria. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive. El Coordinador de la sede tipo C deberá ser un enfermero/a profesional, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede. Si algún municipio de este rango tiene menos de 1.500 afiliados, se exigirá sede tipo D, excepto capitales de departamento (donde será tipo C).

Tipo D, en municipios menores de 50.000 habitantes, que cuenten con menos de 1.500 afiliados al Sistema de Salud del Magisterio pero más de 500. Deberán garantizar la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia). Esta sede deberá contar cuando menos con un consultorio exclusivo para medicina y enfermería y otro de medio tiempo para odontología. La coordinación de la sede estará a cargo de un Auxiliar

de Enfermería, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede.

Las sedes exclusivas A, B, C y D, locativamente independientes a una IPS habilitada, pero dependientes de esta, deberán estar habilitadas por la IPS en un término de 30 días, a partir de la firma del contrato. La carta de compromiso, en el formato establecido, con el detalle del número de sedes y de los servicios ofrecidos en las sedes, en las condiciones que se exige en el documento de selección de contratistas, debe ser suscrita por el representante legal de cada IPS que se compromete a abrir y habilitar las nuevas sedes con exclusividad para los afiliados del Magisterio.

Las sedes exclusivas B, C y D que operarán como áreas exclusivas dentro de una IPS, deberán estar adecuadas en un término de 30 días, a partir de la firma del contrato, La carta de compromiso, en el formato establecido, con el detalle de los servicios ofrecidos en las sedes, en las condiciones que se exige en el documento de selección de contratistas, debe ser suscrita por el representante legal de la IPS que se compromete a adecuar las áreas de uso exclusivo al interior de su IPS.

La atención de los afiliados correspondiente a las sedes exclusivas, durante los primeros treinta días calendario de ejecución del contrato, será garantizada por la IPS que ofrecen abrir las sedes exclusivas, salvo que esta IPS no tenga sede en el municipio, en cuyo caso deberá presentar una IPS/sede del municipio que asuma los servicios correspondientes a las sedes exclusivas temporalmente, con anterioridad a la suscripción del contrato.

En las grandes ciudades, donde se van a abrir varias sedes exclusivas, estas pueden ser ofertadas una o más IPS para cumplir con los requisitos establecidos en el Numeral 5 del presente Anexo. La atención de los afiliados correspondiente a las sedes exclusivas, durante los primeros treinta días calendario de ejecución del contrato, será garantizada por las IPS que ofrecen abrir las sedes exclusivas, en primera instancia. Sin embargo, la IPS de la que dependen tres o más sedes exclusivas debe garantizar para los primeros 30 días al menos una IPS por cada dos sedes exclusivas ofertadas, con servicios de medicina general, odontología general, pediatría y ginecología de acceso directo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio.

6. ASIGNACIÓN DE CITAS

Como parte integral del proceso de atención y de apoyo asistencial, el contratista dispondrá de una estructura organizacional exclusiva e independiente para la asignación de citas y para la atención de los afiliados al FNPSM apoyada en una plataforma de información que permita la trazabilidad del proceso administrativo desde el registro de la solicitud de atención hasta la atención efectiva.

El modelo de asignación de citas será sistematizado en todas las sedes exclusivas, excepto en las de tipo D, así como en las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contra-referencia. El sistema debe estar en red en las sedes exclusivas, IPS propias del contratista y en la mayor cantidad posible de IPS y centros de apoyo diagnóstico y terapéutico contratados que forman parte de la red de servicios.

En las sedes exclusivas y las IPS propias del contratista las agendas no podrán estar cerradas por ningún motivo y siempre deberán ser asignadas en respuesta a la solicitud. El contratista no podrá permitir, en los contratos con otras IPS, agendas cerradas, que se agoten en un tiempo breve, (primeras horas del día o primeros días del mes) y restrinjan seriamente el acceso de los afiliados.

El modelo de salud del magisterio está apoyado en una UPCM que incluyó en su cálculo económico una frecuencia de consultas ambulatorias y sus servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico muy superior a la del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud, por lo que no acepta restricciones en el acceso a estos servicios.

El usuario podrá solicitar la asignación de citas en forma personal, vía telefónica, vía correo electrónico y/o vía web. Para la acreditación de los derechos será suficiente el documento de identidad, que el contratista debe verificar en la base de datos de afiliados entregada por Fiduprevisora.

La entidad tendrá diseñado un mecanismo telefónico, al igual que mecanismos vía página web y correo electrónico, para la confirmación y cancelación de citas. Al usuario se le entregará por escrito cuando la solicite, la fecha y hora de la cita, así como también el nombre y dirección del profesional que lo atenderá.

Para los casos que ameriten atención prioritaria, el contratista contará con modelos específicos que garanticen una atención oportuna de acuerdo al estado de salud del paciente o a casos específicos. Se incluyen como prioritarios, los afiliados al FNPSM que sean remitidos de otros municipios por no contar ahí, con la oferta de

servicios necesarios.

Las citas médicas y odontológicas de primera vez se asignarán de acuerdo a los estándares de oportunidad establecidos en el Documento de Selección de Contratistas. Los controles programados y ordenados por médicos u odontólogos se convertirán automáticamente en citas, sin requerimiento de nueva solicitud, y responderán igualmente a los estándares establecidos.

La consulta médica especializada se asignará, previa presentación de la orden de remisión o de interconsulta elaborada por el correspondiente médico general de la entidad.

7. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El contratista y la Red integrada de IPS debe garantizar la implementación de mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contra referencia ajustado a las directrices y parámetros de las normas legales que regulan la materia y a los que determine Fiduprevisora S.A. Estos mecanismos deben ser ágiles, oportunos, disponer de plataformas de información y comunicaciones que ordenen y faciliten los trámites a los afiliados, y deben ser ampliamente divulgados a toda la población del Sistema de Salud del Magisterio.

El contratista garantizará la existencia de una Coordinación Departamental de la Red de servicios, responsable de resolver todas las solicitudes de referencia de pacientes ordenadas por los médicos y de hacer llegar la información de los diagnósticos, tratamientos y recomendaciones dadas a los pacientes en los servicios de mediana y alta complejidad al equipo profesional responsable de la atención básica del afiliado y su familia en el primer nivel de atención, o en el primero y segundo nivel de atención, cuando estos estén integrados, como en el caso de los programas de enfermedades crónicas o la atención de pediatría directa del especialista.

Se entiende por resolver una referencia programar y conseguir la atención que el paciente requiere en el nivel de complejidad superior, agenciando debidamente las necesidades del usuario y no simplemente como el proceso administrativo de expedir una orden para una institución, dejando al afiliado la responsabilidad de conseguir la atención que requiere.

El modelo de referencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia; para lo cual los niveles de complejidad deben tener una capacidad de respuesta adecuada y suficiente. La referencia no exonera al contratista de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del paciente en la institución que lo recibe.

El proponente deberá contar con un sistema de información en línea que gestione la referencia y contra -referencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso. Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la red como para Fiduprevisora S.A.

El Sistema de Referencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red contratada por la Fiduprevisora S.A. para garantizar el plan de beneficios de su población afiliada, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizando confidencialidad de la información sensible según la ley de Hábeas Data, que brinde soporte 24 horas los siete días de la semana y permita la generación del reportes administrativos y la creación del informe semestral al ministerio de la protección social y bajo el marco del decreto 4747 de 2007, resolución 3047 del 2008, y resolución 4331 de 2012, es decir que se cumpla el uso y transacciones de los anexos técnicos. Así mismo, la plataforma brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, remisiones y que conserve la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico

8. TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES AL SERVICIO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencias y contra-referencias por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica en interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutivez del médico de atención primaria o de los programas de prevención secundaria.

Por ello los servicios de salud requerirán cada vez acercar los exámenes especializados a los primeros niveles de atención y las interconsultas de los especialistas en línea, suprimiendo progresivamente la necesidad de referir o contra-referir a los pacientes (un electrocardiograma puede ser tomado y referido al cardiólogo para pedir su concepto sobre el tratamiento, al igual que otros exámenes especializados). Ello no impide que se remita al paciente cuando se considere necesario una valoración más detallada por parte del especialista.

La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud, tanto en el área administrativa como

asistencial, es esencialmente necesaria. El modelo de atención exige el compromiso de incorporar estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar la movilidad de la tecnología especializada en salud, el acercamiento de esta al paciente en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología, también la relación y conectividad de la red prestadora con su entidad responsable del pago (ERP) en los ítems relacionados con el modelo de aseguramiento aquí expuesto. Entiéndase por ejemplo la necesaria automatización de las relaciones entre la red de prestadores y su asegurador (FNPSM), o por ejemplo la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre sus actores, o por ejemplo los beneficios de la automatización de un sistema de referencia y contra referencia con su respectiva trazabilidad.

Para el FNPSM es prioritario garantizar al magisterio para la prestación de servicios de salud, condiciones de Acceso, Oportunidad, Resolutividad y eficiencia en el uso de los recursos desde la atención primaria hacia la complementaria. Se establece el compromiso de implementar un modelo de atención médica con apoyo de telecomunicaciones modernas (con equipos de telemedicina o no) que permita el acceso integral, (procesos, equipos médicos, software y Talento Humano especializado), con especial desarrollo a partir de las sedes propias y los programas de prevención secundaria para enfermedades crónicas.

Los contratistas que sean seleccionadas deben comprometerse a implementar progresivamente este desarrollo tecnológico y desarrollar sus mecanismos de operación. Para la presentación de las propuestas, se debe adjuntar la identificación de sedes propias, centros de Referencia e IPS donde se implementaran en los primeros seis (6) meses los programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones, con sus respectivas especialidades.

9. SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL

Son las actividades, intervenciones, procedimientos e insumos necesarios para la atención integral de los problemas de salud de los afiliados del fondo en los diferentes niveles de complejidad. Las actividades, intervenciones y procedimientos son aquellos definidos en los CUPS por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estos servicios de igual forma buscan incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad permitiéndoles un estado saludable, un desarrollo humano y pleno disfrute de la prolongación de la vida en condiciones de respeto mutuo y convivencia pacífica familiar y comunitaria.

9.1. Atención Básica Familiar

De conformidad con la Política de Atención Integral en Salud, "El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Con la orientación de este enfoque, y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario.

El objetivo del enfoque de la salud familiar y comunitaria es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. Es decir, este enfoque mejora la capacidad resolutiva y la calidad de los servicios primarios de salud y permite controlar la remisión a los servicios complementarios de alta complejidad sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

Para la atención básica médica familiar se asignará a los afiliados y su familia un proveedor que ofrezca el equipo multidisciplinario con este enfoque, junto con los apoyos diagnósticos y terapéuticos correspondientes al primer nivel de complejidad. El médico que lidera el equipo multidisciplinario responderá en último caso por el adecuado estado de salud de cada uno de los usuarios asignados; realizará las actividades de consulta médica general y tratamientos médicos y será el encargado de las referencias de pacientes sin restricciones al segundo nivel de especialidades básicas y de recibir los pacientes en la contra referencia. La formulación de medicamentos estará sujeta al tipo de patología y no tendrá restricciones.

Se incluirán adicionalmente dos especialidades médicas básicas con acceso directo para todos los casos en que sea requerida la atención, Pediatría y Ginecoobstetricia, en los municipios donde exista oferta de estos servicios y, adicionalmente, se contará con especialista de medicina interna en las sedes donde estén operando

los programas de prevención secundaria para el control de patologías crónicas. Las demás especialidades y subespecialidades médicas estarán garantizadas a través de referencia de pacientes dentro de la ruta integral de atención.

El prestador primario no necesariamente comprende a un único prestador de servicios que desarrolla todas las actividades de atención primaria. Más bien comprende a un componente de una red integral, el cual, de acuerdo a las condiciones de oferta y demanda, adopta su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo con diferentes capas de prestación. Estas incluyen:

- Capa de atención comunitaria que implica acciones extra murales brindadas por diferentes conformaciones de personal, de acuerdo con el tipo de ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico. Incluye los programas de promoción y prevención.
- Capa de atención básica que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, odontología general, enfermería, consulta nutricional, urgencias de primer nivel, atención de parto, farmacia y pruebas rápidas.
- Capa de consulta especializada de nivel primario la cual es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. Estas especialidades deben contar con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente.

En el Sistema de Salud del Magisterio la atención del parto corresponde por regla general al segundo nivel de complejidad, a cargo de ginecoobstetra, salvo situación contingente o decisión contraria de la materna cuando quiere que el nacimiento tenga lugar en un municipio que no cuenta con servicios de mediana complejidad. Cuando el parto se considere de mediano o alto riesgo deberá preverse igualmente la disponibilidad de pediatra y servicio habilitado de cuidado intermedio neonatal.

9.2. Atención Domiciliaria

Es la atención ambulatoria que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales, previa recomendación médica, con la participación de su familia y con los recursos necesarios para brindar una atención con calidad. Se debe garantizar en todos los municipios la atención básica domiciliaria para aquellos usuarios cuya patología no permitan su traslado al centro de atención básico establecido. En caso que este mecanismo no se pueda implementar el contratista deberá garantizar el traslado en el medio de transporte apropiado, ida y vuelta, hasta el centro de atención, a sus costas.

La modalidad de atención domiciliaria para pacientes que requieran cuidados permanentes, incluida la hospitalización en casa, se brindará, previa recomendación médica, siempre que esté garantizado el equipo multidisciplinario asignado para estos programas, que debe incluir al médico y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con participación y educación de la familia en el cuidado, así como apoyo telefónico permanente, de acuerdo con las Guías de Atención Integral o protocolos reconocidos a nivel nacional e internacional y adoptadas por el contratista para tal fin. El proveedor deberá ofrecer y gestionar la operación de estos programas especialmente para pacientes oxígeno-dependientes y para pacientes con carcinomas en fase IV, que requieren cuidados paliativos y manejo del dolor, así como para otras patologías que ocasionen permanentes reingresos hospitalarios, sin el apoyo y la educación de la familia, en todas las ciudades de más de 250.000 habitantes, pero también en ciudades con menos habitantes, en el caso de que haya oferta de este servicio. En ningún caso se seleccionará esta modalidad de atención para pacientes inconscientes o sin capacidad de comunicación con sus familiares, quienes deberán ser atendidos en instituciones especiales.

9.3. Atención de Urgencias

Los servicios de urgencias están garantizados por la Ley en cualquier IPS del territorio nacional, sin necesidad de acreditación de derechos por parte de los afiliados y beneficiarios. Entendiendo que se refiere a las atenciones que se derivan de alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y requieren la protección inmediata en una unidad de servicios de salud, con el fin de preservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Los proveedores del magisterio y toda su red de servicios deben atender también las urgencias menores de los afiliados y beneficiarios de otras regiones que por cualquier causa se hayan desplazado de su municipio y requieran este tipo de atención, previa acreditación de sus derechos a través del documento de identidad, facturando los servicios prestados a las tarifas definidas por la normatividad vigente para este tipo de servicios al proveedor responsable de sus servicios, aunque no medie convenio o contrato con el mismo.

La atención de urgencias debe ajustarse a los siguientes aspectos:

- Para la atención de urgencias diferente a la vital, el usuario acreditará sus derechos con la presentación documento de identidad; los datos complementarios serán diligenciados por el acompañante del paciente y el usuario será directamente atendido por el médico de urgencias.
- En todos los casos la atención de urgencias será oportuna e integral, es decir, se deben realizar la totalidad de actividades, procedimientos e intervenciones y suministrar la totalidad de los medicamentos e insumos, ordenados por el médico tratante de forma inmediata
- En los casos en que el usuario quede en observación, ésta no debe ser mayor a veinticuatro (24) horas, o cuarenta y ocho (48) en fin de semana, tiempo límite para que se le defina conducta y se acuerde el traslado con el proveedor responsable del afiliado.
- Urgencias por fuera de la red: Cuando el usuario haga uso de una red de servicios distinta a la que el contratista haya establecido para el manejo de estos casos, por razones claramente documentadas y justificadas por la entidad tratante, los costos de la atención de la urgencia justificada, deben ser recobrados por la IPS que atendió la urgencia al Contratista de la Región del Usuario, máximo a las tarifas SOAT vigentes a la fecha de la prestación. Si en forma irregular la IPS cobró la atención de la urgencia vital al afiliado del Sistema de Salud del Magisterio, el Prestador deberá reembolsar dicho dinero, tras pagar la cuenta a la IPS respectiva.
- Aplica para el Sistema de Salud del Magisterio la Resolución 5596 de 2015, que establece los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", que debe ser aplicado en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

9.4. Traslado de Pacientes

Los traslados de los pacientes está a cargo del prestador y tiene el objetivo de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios y el acceso integral en todos los niveles de atención y se dan como consecuencia de las remisiones que ordene el médico tratante.

La cobertura de los traslados es la siguiente:

- Para los servicios ambulatorios, cuando en razón al enfoque terapéutico se requiera de una técnica, práctica o especialidad que bien no exista en el municipio o se presente una deficiencia sobreviniente en aquel de la red de servicios establecida por el contratista.
- Para los casos de urgencias vitales dentro del municipio, del departamento, de la región y del país. Cuando se trate de traslados dentro del municipio, se tendrá en cuenta la oferta existente de ambulancias.
- Para los casos de pacientes hospitalizados que requieran de atención complementaria dentro del municipio, del departamento y de la región o fuera de ella.
- Para los casos de pacientes que requieran servicios ambulatorios básicos que no se presten o que no se encuentren disponibles en la zona rural de residencia.
- El médico remitente determinará si el paciente requiere transporte medicalizado en cualquiera de las versiones terrestre, fluvial o área.

9.5. Servicios de Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica

Como parte de los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se programarán y ejecutarán todos los procedimientos CUPS que se requieran para complementar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

9.6. Atención Médica Especializada.

Estos servicios están conformados por las diferentes especialidades y subespecialidades médicas. El contratista debe disponer en su red de servicios de todas las especialidades y subespecialidades aprobadas o convalidadas por el **Ministerio de Educación Nacional**, que le permitan garantizar de manera óptima y oportuna la prestación de los servicios ambulatorios de segundo y tercer nivel de complejidad, objeto del contrato.

9.7. Atención Odontológica General y Especializada

La atención odontológica general y especializada debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continuada a través de citas seriadas, cuando menos una a la semana, en día y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado

a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento se considerará una barrera de acceso.

La atención odontológica especializada es la que se realiza por odontólogo especializado en Endodoncia, Odontopediatría, Periodoncia y Cirugía Oral y Maxilofacial. Los pacientes con patologías odontológicas consideradas de alta complejidad, son susceptibles de estudio en comités de pares. Los controles deben ser fijados de acuerdo con la patología y el tratamiento instaurado. Los tratamientos terminados no tendrán una duración mayor a los tres meses siguientes a su iniciación, salvo situaciones clínicas que ameriten otra conducta.

9.8. Servicios de Rehabilitación

La rehabilitación estará dirigida a evaluar, mejorar o recuperar la capacidad funcional o laboral, perdida por causa de enfermedad o accidente. En ese orden, involucra las acciones necesarias para la recuperación de la capacidad funcional perdida o disminuida por causa de enfermedad general, enfermedad profesional o accidente de trabajo. Dichas acciones se ubican en todos los campos de las terapias existentes y avaladas por sociedades científicas, así como la adaptación y el entrenamiento para el manejo de prótesis u órtesis.

La rehabilitación igualmente debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continuada a través de citas seriadas, en días y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento de rehabilitación se considerará una barrera de acceso.

Corresponde al contratista el suministro de prótesis, órtesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica. Esto obedecerá a una prescripción médica, en los casos necesarios y podrán darse en calidad de préstamo con el compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. Se garantizará el suministro de elementos tales como muletas o sillas de ruedas, en calidad de préstamo.

9.9. SERVICIOS HOSPITALARIOS

Los servicios hospitalarios serán cubiertos de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de acuerdo con la oferta en el segundo y tercer nivel de complejidad de la red de servicios ofrecida por el prestador. En el primer nivel de complejidad, atendido por médico general, se contempla únicamente la hospitalización en observación hasta que se decida si es necesaria la remisión al segundo nivel o está superado el problema de salud.

La hospitalización de pacientes requerirá de un consentimiento informado, firmado por el paciente, para ser sometido al tratamiento hospitalario o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que se requieran para preservar, mejorar o restaurar la salud del paciente. En caso de un beneficiario menor de edad o de adultos con deterioro cognitivo o imposibilidad para actuar por sí mismos, el afiliado, o en su defecto un adulto representante del paciente, firmará el respectivo consentimiento informado.

El consentimiento debe ser diligenciado en un formato que observe las especificaciones definidas en las normas que lo regulan.

La hospitalización se deberá garantizar en habitación unipersonal y se permitirá el acompañamiento de un familiar, salvo inexistencia comprobada de tal servicio en la IPS o el municipio en que se solicita dicha hospitalización, caso en el cual el prestador deberá siempre ofrecer la alternativa de hospitalización en otro municipio, para ser considerada por el afiliado al Sistema de Salud del Magisterio.

9.10. SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Los servicios quirúrgicos serán cubiertos en el segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de conformidad con la oferta, identificando los tipos de especialidades que atenderán. En los servicios quirúrgicos se incluyen todos los elementos, materiales, insumos y medicamentos que se necesiten así como los equipos necesarios para la realización de los procedimientos, para dar atención integral al paciente. En el primer nivel de complejidad sólo se autorizan procedimientos quirúrgicos menores o los necesarios para estabilizar a un paciente para su remisión a un nivel superior.

Las intervenciones quirúrgicas de pacientes requieren de consentimiento informado suscrito por el paciente, para ser sometido al procedimiento recomendado para preservar, mejorar o restaurar la salud, en el que conste que ha sido advertido del balance entre beneficios y riesgos posibles del procedimiento. En caso de un beneficiario menor de edad o de adultos con deterioro cognitivo o imposibilidad para actuar por sí mismo, el afiliado, o en su defecto un adulto representante del paciente, firmará el consentimiento. Dicho consentimiento deberá ser diligenciado en un formato que observe las especificaciones definidas en las normas que lo regulan, salvo en

los casos de urgencia vital, impotencia absoluta del paciente y ausencia de un familiar directo que pueda remitir el procedimiento.

La IPS que preste servicios quirúrgicos deberá cumplir con la necesaria interdependencia y complementariedad de servicios en las IPS o sedes de segundo y tercer nivel de complejidad, para garantizar una atención segura e integral a los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Realizar cirugías que conlleven riesgos en una IPS sin los servicios complementarios y de apoyo del correspondiente nivel de complejidad, capaces de minimizar dichos riesgos, será considerado un proceder irregular, que amerita investigación.

9.11. SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Deberán ser garantizados de manera integral conforme la definición de los mismos por la red ofertada por el proponente, teniendo en cuenta los criterios de suficiencia, capacidad instalada, caracterización de la demanda y ubicación geográfica.

Los servicios de alta complejidad podrán ser contratados por diferentes modalidades de contratación excepto por cápita. No habrá lugar a la prestación de servicios de alta complejidad con prestadores no contratados, salvo servicio extraordinario que no fue contemplado por su bajísima frecuencia.

Los servicios de alta complejidad y alto costo serán monitoreados por Fiduprevisora S.A.. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo, Fiduprevisora S.A. podrá intervenir para garantizar la prestación, ordenando los servicios pertinentes y descontando los gastos respectivos al proveedor. Igualmente, por excepción, podrá realizar pagos directos cuando se demuestre afectación del servicio por mora en el pago a los prestadores.

9.12. SERVICIO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Los servicios de dispensación de medicamentos ambulatorios contenidos en este Plan de Beneficios del Magisterio incluirán los medicamentos ordenados por el médico tratante, siempre y cuando estén debidamente registrados ante INVIMA y los medicamentos incluidos en el Decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles), cumpliendo con todos los estándares de calidad que hayan sido formulados por los médicos del servicios de promoción y prevención, médicos familiares, domiciliarios, de urgencias y por el odontólogo general, bien sea en las sedes donde reciba la atención el afiliado o en los puntos de dispensación de medicamentos ambulatorios establecidos en el presente documento de selección de contratistas.

Los medicamentos, en principio, deberán ser formulados bajo denominación común internacional y su entrega podrá ser bajo presentación genérica o comercial de acuerdo con la disponibilidad en el país. Se deberá garantizar la entrega inmediata de todos y cada uno de los medicamentos formulados a los usuarios, sin cambio de los mismos por parte de los funcionarios de farmacia, en especial aquellos que se derivan de los servicios de urgencias, programas de promoción y prevención, egresos hospitalarios y postquirúrgicos, y atención domiciliaria en los que se tiene la identificación de los pacientes y de sus necesidades terapéuticas.

Cuando se generen medicamentos pendientes, su entrega se realizará dentro de las 24 horas siguientes a la formulación del mismo, como caso excepcional. El contratista deberá desarrollar las plataformas necesarias para el control del servicio farmacéutico de conformidad con los requerimientos que determine Fiduprevisora S.A. que deberá incluir un indicador de faltantes o pendientes y hacerle seguimiento mensual, para el cumplimiento de metas.

Los puntos de dispensación se clasifican en generales, generales con 24 horas de servicio y especiales, por su capacidad de dispensar al menos el 90% de los medicamentos no POS y de alto costo.

El proponente deberá garantizar en cada municipio de la región los puntos de dispensación de la red principal, de acuerdo a los requisitos establecidos en el presente documento de selección de contratistas en función de la población del municipio y los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio. El afiliado podrá reclamar sus medicamentos en el municipio de residencia o en los municipios donde reciba servicios de mediano y alto nivel de complejidad en el departamento o la región.

El cumplimiento de los requisitos mínimos se acredita con las cartas de compromiso suscritas por IPS, farmacias, cadenas de farmacias u operador logístico que ofertan la dispensación, en las que se debe establecer la categoría de los puntos de dispensación ofrecidos de acuerdo con la clasificación establecida. En caso de puntos de dispensación que no se encuentran operando, se deberá dejar constancia en el formato único de carta de intención su apertura en un tiempo no mayor a 30 días posteriores a la firma del contrato, registrando el municipio o municipios donde serán abiertos y la categoría de los puntos de dispensación ofrecidos, así como el centro de dispensación o farmacia existente que prestará temporalmente el servicio.

El contratista resultante de la presente convocatoria deberá acreditar dentro de los sesenta (60) días siguientes

a la suscripción del contrato, la legalización de los contratos con las instituciones responsables de la operación de los puntos de dispensación de medicamentos ambulatorios en todos y cada uno de los municipios de la región.

En los municipios donde varias entidades ofrezcan la dispensación de medicamentos generales, se entiende que cada una sirve como red alterna de la otra. En los municipios donde la oferta de medicamentos generales corresponda a un solo proponente, debe incluirse como alterna otra entidad para suministrar los medicamentos pendientes o definitivamente no entregados en el tiempo previamente establecido. Al afiliado se le debe garantizar el acceso directo a la entidad alterna cuando se haya excedido el tiempo máximo establecido sin respuesta o se presente la negación del servicio en la farmacia de la red principal.

En los municipios donde la oferta de medicamentos especiales corresponda a un solo proponente, debe incluirse como alterna otra entidad que garantice alternativamente la dispensación de estos medicamentos a los afiliados del municipio en caso de falla de la primera entidad. De no existir en el municipio, el proponente debe garantizar la dispensación en el municipio más cercano, en términos de tiempo de transporte, o mediante operador logístico que garantice la entrega domiciliaria.

10. GUÍAS DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

Se adoptan todas las normas técnicas basadas en la evidencia expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como las enunciadas a continuación: Bajo peso al nacer, Alteraciones asociadas a la nutrición, Infección respiratoria aguda, Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera, Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar, Meningitis Meningocócica, Asma bronquial, Síndrome convulsivo, Fiebre reumática, Vicios Refracción de Estrabismo y Cataratas, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hipertensión arterial, Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo, Menor y Mujer Maltratados, Diabetes Juvenil y del Adulto, Lesiones pre neoplásicas de cuello uterino, Lepra, Malaria, Dengue, Leishmaniasis cutánea y visceral, Fiebre Amarilla, Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA y Enfermedad de Chagas, Cáncer menor de 18 años, Zika, Chikunguya, consumo de antibióticos, ceguera por tracoma, Cólera, ESAVI, Consumo de sustancias psicoactivas, Fiebre tifoidea, Amarilla, Hepatitis A, B , Infección Respiratoria Aguda IRA, Infecciones asociadas a dispositivos, Intento de suicidio, Intoxicaciones, Lepra, Parálisis flácida, sarampión, rabia, mortalidad perinatal o neonatal, mortalidad materna, resistencia bacteriana, oncocercosis, rotavirus, sífilis gestacional y congénita, y todos eventos actualizados por el Instituto Nacional de Salud.

Se adoptan igualmente para el Sistema de Salud del Magisterio todas las normas técnicas basadas en la evidencia para el tratamiento de diferentes patologías expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

11. AJUSTE AL MODELO DE ATENCIÓN CON ÉNFASIS EN PRIORIDADES DE MORBILIDAD - PROGRAMA OBLIGATORIO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA PARA TRASTORNOS METABÓLICOS

11.1. EL DESARROLLO DE UN MODELO

Los modelos de atención hacen énfasis en la relación entre las instituciones de salud, sus recursos humanos y los ciudadanos que demandan atención, pretendiendo muchas veces modificar tanto la oferta como la demanda de los servicios relacionados con un problema de salud determinado.

Los modelos de atención incluyen forzosamente un fuerte componente de adecuación tecnológica, dados los avances recientes en el arsenal terapéutico, pero con una reflexión sobre la tecnología apropiada para nuestro país, dado que los modelos de intervención aplicables en países desarrollados no siempre son costeados en países de bajos recursos, lo que supone un ejercicio constante de administración de salud para lograr un adecuado equilibrio entre el costo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el grado de protección para los pacientes, de tal modo que se logre el consenso y la viabilidad financiera, jurídica y cultural.

11.2. ANTECEDENTES

Ajuste propuesto por Mesa Técnica en 2013

Fijado como uno de los objetivos de la mesa técnica creada por el CDFNPSM en 2013, se propuso un ajuste al modelo de atención en salud del plan de atención en salud para las enfermedades de mayor prevalencia, que mejore la calidad en la atención de salud. Una vez analizada la morbilidad, se decidió priorizar dos grupos de patologías que afectan a los afiliados. El primer grupo se determina en función del perfil demográfico de los maestros, trabajadores y pensionados (cotizantes), con una media de edad superior a los 50 años y con una gran concentración entre los 45 y los 60 años.

La hipertensión esencial ocupó en 2013 el cuarto lugar de los motivos de consulta externa, pero el primero como diagnóstico médico real, si se excluyen las causas odontológicas, con 123.370 consultas, más de un 4% del

total. Los trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos se encuentran en el sexto lugar, pero como diagnóstico médico en el segundo, después de la hipertensión arterial, con 108.888 consultas, que también representan un 4% del total de consultas. En el puesto 15 se encuentra la diabetes mellitus con 46.742 consultas, un 2% del total. Los tres diagnósticos representan más del 10% de las consultas.

Se identificaron para 2013 176.589 afiliados en el grupo de patologías que internacionalmente se agrupan en el llamado “síndrome metabólico” y se manejan como un solo problema de salud, dado que sus causas reúnen múltiples elementos comunes, sus efectos derivan igualmente en problemas de salud comunes más graves, como las afecciones cardíacas, vasculares y renales, que se encuentran entre las primeras causas de mortalidad del país y por ello se agrupan igualmente en los llamados programas de prevención del riesgo cardiovascular y de la enfermedad renal crónica, que es la enfermedad más costosa del sistema colombiano de seguridad social en salud. Es evidente que los 176.589 afiliados que ya se encuentran en el periodo patogénico por patologías que agrupamos en el “SM”, requieren una acción decidida del servicio de salud del magisterio.

Se estimó que el manejo de la enfermedad de la Diabetes comprometió en el período mayo 2012 a abril 2013, aproximadamente el 2,6% del gasto total de la UPCM, es decir \$22.527 millones. La Hipertensión Arterial – HTA- es un rasgo frecuente en las personas. Se aprecia que en Colombia, el 23% de los adultos tiene hipertensión. De no ser manejada adecuadamente, ésta puede llevar a que se desarrollen problemas en diferentes órganos del cuerpo, como el corazón, los riñones o los ojos. (Guía de atención. Ministerio de Salud)

Aunque las cifras no garantizaban registros exactos sobre el grupo de enfermos, se encontraron 176.589 personas dentro del grupo de SM, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla. Distribución de afiliados con diagnóstico asociado a Síndrome Metabólico 2013

PATOLOGIA CON 1 DX	HTA	DISLIPIDEMI	OBESIDAD	DIABETE	ERC	TOTAL
No. DE	70.361	32.920	18.038	11.009	1.002	133.504
PORCENTAJE	53	25	14	8	0	100

Tabla. Distribución de afiliados con más de un diagnóstico asociado al síndrome metabólico 2013

No. DE DIAGNOSTICOS	CON 1 DIAGNOSTICO	CON 2 DIAGNOSTICOS	CON 3 DIAGNOSTICOS	CON 4 DIAGNOSTICOS	CON 5 DIAGNOSTICOS	TOTAL
No. DE	133.504	37.137	5.568	370	10	176.589
PORCENTAJE	76	21	3	0	0	100

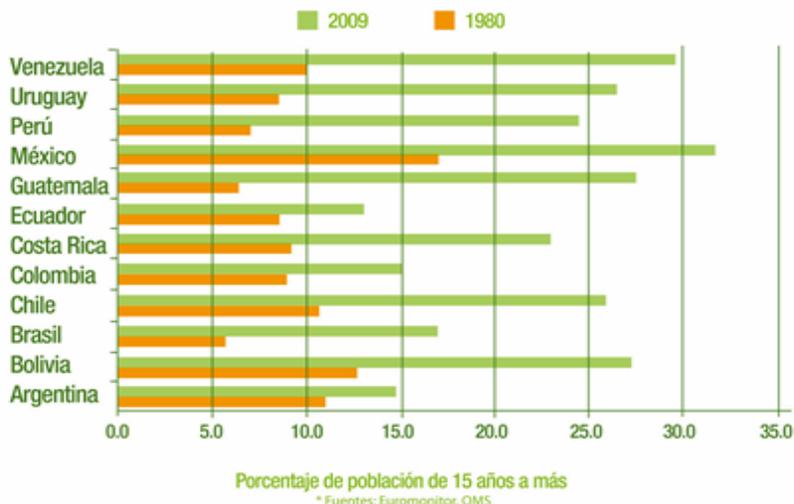
También se analizó la prevalencia por cada 100 afiliados en diez departamentos seleccionados por la mejor información, observando que para HTA la prevalencia es de 12.0 casos por cada 100; comparativamente similar al promedio de la Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades crónicas (EFRECII) de 12.0 (prevalencia mujeres 14% y hombres 10%) y por encima de las prevalencias ajustadas por grupos de edad para el año 2012 de las APB que reportaron a la cuenta de Alto Costo (prevalencia de 5.24 por 100 afiliados).

Para Diabetes Mellitus (DM) la prevalencia es de 3.6 casos por cada 100; comparativamente similar al promedio de la Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades crónicas (EFRECII) de 2.7 (prevalencia mujeres 2.1 % y hombres 3.2%) y por encima de las prevalencias ajustadas por grupos de edad para el año 2012 de las APB que reportaron a la cuenta de Alto Costo (prevalencia de 1.32 por 100 afiliados).

Para Dislipidemias la prevalencia de 6.1 casos por cada 100; comparativamente similar al de la Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades crónicas (EFRECII) de 6.1 (prevalencia de Colesterol Total entre 6.1 y 12.7 por cada 100 afiliados, de Colesterol LDL entre 6.8 y 11.4 por cada 100 y de Triglicéridos entre 12.5 y 23.1 por cada 100 afiliados).

Para Obesidad, la prevalencia encontrada fue de 2.0 casos por cada 100 afiliados, lo que implica un serio subregistro, si se considera la tasa nacional o latinoamericana.

Gráfico 1: Tasa de obesidad en Latinoamérica



La Ley 1355 de 2009 en su Artículo 1 declaró la obesidad como problema de salud pública en Colombia y declaró que la obesidad y las enfermedades no transmisibles asociadas a esta constituyen una prioridad de salud pública y adoptó medidas para su control.

El Ministro de Salud de Colombia, Alejandro Gaviria, indicó que la obesidad es el principal problema de salud pública del país y uno de los grandes aportantes de las enfermedades crónicas que padecen los colombianos. En Colombia, el 70% de la carga de obesidad está asociada a enfermedades crónicas no trasmisibles, encabezadas por las cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes.

Según las últimas cifras de la cuenta de alto costo del gasto pública, el sistema de salud colombiano ha invertido un total de 25 billones de pesos en tratamientos para enfermedades crónicas no trasmisibles, de los cuales, 4 billones de pesos han sido para tratamientos contra el cáncer, un billón en enfermedades renales crónicas y trasplante renal; 7 billones en enfermedad renal crónica estado 0 al 4; 5 billones en diabetes Mellitus y 6 billones en Hipertensión arterial.

11.3. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

La nueva política de Atención Integral lanzada por el Ministerio de Salud conduce a plantear la hegemonía del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado conforman el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social el núcleo es la garantía de las prestaciones y contingencias que impedían el acceso del individuo a los servicios. El desarrollo del SGSSS planteado por la Ley 100, el objetivo central era la protección financiera del individuo frente al gasto catastrófico en salud.

Se plantean cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial.

Plantea igualmente como centro “La Atención Primaria en Salud, que se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”

Este enfoque tiene las siguientes connotaciones:

- Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad
- Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado con la acción sectorial e intersectorial de manera continua, pertinente y oportuna, para la afectación de determinantes sociales de la salud
- Deriva su acción de los principios de intersectorialidad, colaboración y participación, sobre los dominios de lo profesional y de la recepción pasiva de servicio
- Se suministra preferentemente con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual
- Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias
- Promueve la atención integral, integrada y continua

- Fortalece la capacidad resolutoria de los servicios básicos de salud, así como la pertinencia y oportunidad con mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas.
- Fomenta la construcción intersectorial de planes y modelos territoriales de salud con orientación familiar y comunitaria, que responden a las particularidades regionales

11.4. LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud.

Los elementos fundamentales de este enfoque en la prestación de servicios son:

- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio
- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el nivel primario y en su relación continua con el talento humano de los prestadores complementarios y el responsable e las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos
- Garantiza una gran capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el nivel primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad.

11.5. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

El aseguramiento social se orienta hacia la resolución del riesgo financiero a partir de la intervención del riesgo en salud de acuerdo con procesos regulados y que buscan equidad y universalidad. En esquemas de aseguramiento social el asegurador debe hacer un esfuerzo adicional para lograr la efectiva mancomunación de poblaciones y grupos de riesgo, lo cual implica gestionar los riesgos de salud de la población asegurada.

Durante la década de los 90 se introduce la “salud gerenciada” (“managed care”) que busca reducir el riesgo a partir de la modulación de la oferta de servicios hacia la mayor eficiencia. Una nueva etapa se ha abierto en los últimos años que involucra la modulación de la demanda a través de la gestión del riesgo en salud. Un ejemplo son los programas de manejo de enfermedad (“disease management”)

11.5.1. GRUPOS DE RIESGO

Además de la agrupación de las poblaciones, desde sus competencias los agentes del Sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Esta selección debe hacerse bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo).

Los grupos de riesgo corresponden a grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral.

El primer grupo de riesgo establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social es el siguientes:

1. Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas Manifiestas. Tanto asegurador como prestador y proveedores de insumos deben alinearse alrededor de los resultados que el regulador, en su ejercicio de la rectoría, determine.

Esto implica:

- Redefinir la unidad de atención y prestación alrededor del requerimiento de integralidad planteado en el Artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) que sitúa el núcleo del derecho en la integridad del proceso de atención y no en atención individual, lo cual es ampliado en los Artículos 6º y 8º, en particular el último que redefine el concepto de prestación bajo el entendido de que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia

del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”

- Esta redefinición involucra un proceso regulado que se hace operativo a través de la RIAS, la cual comprende el continuo desde la promoción hasta la paliación de acuerdo con grupos de riesgo. Obviamente existen diferencias entre la atención en procesos agudos que involucran conjuntos acotados de intervenciones definidas alrededor de la restitución de la salud ante el evento de enfermedad y procesos crónicos donde los conjuntos están definidos en la afectación de la discapacidad evitable y la severidad de una condición o enfermedad hacia la cual no se puede esperar curación
- En ambos casos el incentivo frente al usuario debe ser la autorización integral de las actividades definidas en la ruta y sus cortes son regulados de acuerdo con hitos o resultados intermedios o finales siempre buscando involucrar el mayor número de prestaciones que de acuerdo con evidencia se encuentren interrelacionadas con el resultado esperado

11.6. ATENCIÓN EN PROGRAMAS

La acelerada urbanización de nuestro país, especialmente el enorme crecimiento de las ciudades también crea las bases para un enorme agrupamiento de pacientes crónicos que hacen más factibles estos programas, pues millones de habitantes concentran problemas y posibilitan soluciones en términos de costos.

Estos programas deben revisar los avances en los protocolos, los modelos de atención, las adaptaciones del personal de los programas, los criterios de admisión, las estrategias de educación a la familia, las formas de control de la ansiedad del paciente y su familia, el manejo de los apoyos diagnósticos, el diseño de tiempos y movimientos, las herramientas de comunicaciones y transporte, los instrumentos y desarrollos administrativos, el control de calidad de los servicios y la auditoría de estos programas, se podrán observar los importantes y afinados desarrollos tecnológicos logrados en el país.

En relación al desarrollo de estrategias para manejo a distancia del paciente, estas rompen en el mundo desarrollado cada día más los límites tradicionales de espacio y tiempo en el tratamiento, al permitir el manejo continuo y a distancia de los pacientes en tratamiento donde quiera que se encuentran fuera de la institución desde consolas médicas con plena información de las historias clínicas, operando las 24 horas en el seguimiento del paciente, la resolución de sus dudas y la orientación de la terapia. Si los pacientes en tratamiento, cuando salen de la institución, de su hospitalización o tratamiento ambulatorio, tienen garantizado el acceso permanente para resolver sus inquietudes mediante distintas vías de comunicación, el acceso a urgencias o retorno acelerado ante la angustia del paciente y su familia deja de existir en la práctica, pues cualquier retorno será concertado y programado, salvo ciertas circunstancias de complicaciones agudas.

La atención a través de programas, como se señaló, permiten una mayor estandarización de las intervenciones, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la operación.

11.6.1. PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN RIESGO CARDIOVASCULAR Y RENAL POR SÍNDROME METABÓLICO

Sin descartar las acciones necesarias en otros problemas de salud, se considera que el primer gran esfuerzo del servicio de salud del magisterio debe darse en el control de las complicaciones derivadas de este conjunto de diagnósticos que agrupamos como un problema de salud en conjunto.

El **objetivo** es cualificar programas de atención capaces de reducir los riesgos derivados del conjunto de alteraciones metabólicas descritos como SM, acompañado de obesidad, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en tres fases de prevención.

La **primera fase** involucra promoción de la salud, prevención primaria y secundaria efectiva para demorar la aparición de la diabetes tipo 2 y la hipertensión. Se centran los programas de prevención en trabajadores y familiares adultos, por lo general menores de 45 años, con obesidad, dislipidemias e intolerancia a la glucosa, sin que tengan aún diagnóstico de diabetes o hipertensión.

La **segunda fase** involucra la prevención secundaria mediante el funcionamiento de programas estrictos para las poblaciones con diagnóstico de diabetes e hipertensión, generalmente mayores de 45 años, para evitar la progresión hacia el riesgo cardiovascular y renal.

La **tercera fase** involucra la prevención terciaria, rehabilitación cardíaca y renal para las personas con complicaciones derivadas de las anteriores.

El **objetivo del programa** es diferir y evitar la aparición de complicaciones cardiovasculares y renales en diabéticos, hipertensos, dislipidémicos y pacientes con SM, por lo general mayores de 45 años.

Llegados los pacientes al diagnóstico de hipertensión, diabetes tipo 2 o importante dislipidemia, acompañados de obesidad, inicia la segunda fase de control del riesgo, que consiste fundamentalmente en prevención secundaria.

La prevención secundaria para estas patologías ha sido descrita con amplitud en la literatura internacional, en los términos señalados en adelante, sintetizados en la Guía y el modelo de atención para prevención de la Enfermedad Renal, especialmente dirigida al manejo de diabéticos e hipertensos.

La variedad y complejidad de actores e intervenciones relacionadas con la promoción y prevención y la atención de este grupo de enfermedades, hace necesario definir **esquemas de organización** de las prestaciones, integrados y coordinados, para:

- Lograr accesibilidad de la población y disponibilidad de los servicios para prestar una atención apropiada.
- Lograr una provisión de servicios segura, con adecuada competencia técnica y profesional de quienes se vinculan a ella y aprovechando las capacidades de actuación de cada regional.
- Lograr prestar servicios a todos los pacientes en riesgo, reconociendo sus características individuales y garantizando sus derechos.
- Lograr operar bajo esquemas eficientes que supongan costos racionales para el servicio de salud del magisterio.

Se propone como elemento estratégico, la atención de la población, a través de “Programas de Atención”, coordinados por los prestadores en cada departamento, para garantizar la adecuada, integral y oportuna atención de las personas en los grupos de riesgo señalados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido tanto en las Guías de práctica clínica como en el SOGC, en términos de oportunidad, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.

La atención a través de programas permiten una mayor estandarización de las intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamento o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de los avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de las competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, poder de seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones.

El Programa para la atención de las personas en riesgo cardiovascular y renal por Síndrome Metabólico deberá funcionar obligatoriamente en las sedes exclusivas y cubrir tanto a los afiliados de las ciudades donde estas sedes se encuentran como los de los municipios de su ámbito de influencia en la red de servicios.

Principios orientadores del programa

- **Garantía de derechos:** el programa se organiza y desarrolla para que la población atendida por enfermedad crónica pueda hacer un ejercicio pleno de sus derechos humanos y a la atención en salud. Es a través del programa que se coordinan todas las prestaciones requeridas, independiente de la complejidad de los procedimientos.
- **Desarrollo del proceso de manejo en sociedad con el paciente:** el paciente y los miembros del equipo terapéutico establecen una relación de sociedad para el manejo de la patología crónica y por tanto ambos ponen a disposición del proceso todos sus recursos personales e institucionales para lograr el éxito. El plan de manejo se define con la participación activa del paciente y el equipo terapéutico buscando dar respuesta a las necesidades del usuario, ofreciendo las más apropiadas alternativas de intervención y respetando sus decisiones.
- **Educación y empoderamiento:** el proceso de manejo del paciente con patologías crónicas incorpora acciones permanentes para mejorar la comprensión de la situación y el manejo autónomo de las diferentes circunstancias que se enfrentarán en el futuro, buscado con ello minimizar la dependencia y los procesos de aislamiento social consecuentes. Las labores educativas deben centrarse en lograr el empoderamiento de los pacientes.
- **Seguimiento activo de los planes de manejo:** el programa incluye como acciones centrales el monitoreo del proceso terapéutico del usuario y la búsqueda activa del mismo cuando se presenten incumplimientos o no respuestas por su parte.

Cada una de estas metas requiere educación de los pacientes y de los cuidadores, así como la comunicación entre ellos, y la articulación entre los diferentes profesionales de la salud que tienen que ver con su manejo,

incluyendo a los trabajadores de salud no médicos. Es entonces esencial, que el Sistema de Salud del Magisterio garantice la eficiente interacción de todos los agentes en salud relacionados con la atención, independiente de la complejidad de los procedimientos que realicen, favoreciendo la comunicación, y logrando un acercamiento oportuno al paciente para asegurar el éxito del manejo.

Componentes operacionales centrales

Registro y sistema de información

- A. El programa supone la inscripción de todos los pacientes en riesgo (hipertensos, diabéticos, dislipidémicos y con diagnóstico de síndrome metabólico, además de obesos, al programa respectivo, y en dicho proceso se deberá:
 - i. Capturar los datos de identificación y localización de la persona.
 - ii. Ofrecer la información completa sobre el programa, los principios que lo orientan, los beneficios que contempla y la forma de operación.
 - iii. Entrega de carnet de identificación del programa
 - iv. Pactar las intervenciones iniciales de evaluación y programarlas.

- B. Se deberá disponer de un sistema de información que permita:
 - i. La administración de los datos del usuario
 - ii. La administración de los datos del plan de manejo
 - iii. Las actualizaciones que resulten del desarrollo del plan mencionado.
 - iv. La generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica del programa.
 - v. El seguimiento del proceso de atención del usuario y la generación de alertas por incumplimiento o no adherencia.

Equipo interdisciplinario

- a. El manejo del paciente en riesgo supone la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, nutrición y trabajo social. Podrán vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución.
- b. El profesional de medicina se reconocerá como Médico encargado, responsable de liderar el manejo clínico del usuario y favorecer la articulación con otras intervenciones. Se define como médico encargado en la medida que ha sido preparado y adquiere experiencia en el manejo de las patologías crónicas del programa. El programa debe contar adicionalmente con un especialista en medicina interna como Director Científico, quien da soporte inmediato a las inquietudes y dudas de los médicos encargados, aumentando la capacidad de resolución al máximo y eliminando las barreras de acceso.
- c. El profesional de enfermería dará soporte en las labores de administración y articulación de intervenciones, búsqueda activa de usuarios ante problemas de cumplimiento, coordinación de suministro de medicamentos y entrega de órdenes de laboratorio de control, administración de información y documentación requerida por el usuario, es el punto de contacto permanente entre el usuario y el programa.
- d. El profesional en nutrición, dará soporte en evaluación nutricional, recomendaciones dietéticas, y otros temas relacionados con higiene en la preparación de alimentos y ajustes en la alimentación.
- e. El profesional de trabajo social soportará todos los asuntos relativos al apoyo social y familiar, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, apoyo espiritual, información sobre asociaciones de pacientes y asesoramiento legal.
- f. El trabajo de los miembros del equipo supone la integración efectiva para potenciar los esfuerzos desarrollados en cada campo, implica la reunión conjunta con el usuario, la discusión abierta de alternativas, la comunicación permanente en el curso de las acciones, la disposición al ajuste cuando sea requerido y la toma de decisiones conjuntas. Mecanismos de relación basados sólo en la disposición de información no son suficientes.
- g. Las acciones de educación de la persona en riesgo, la familia y los cuidadores serán realizadas por todo el equipo terapéutico de acuerdo con su área de competencia y serán transversales a todo el proceso de manejo.

Red de laboratorios con garantía de calidad

- a. Capacidad de laboratorio para detección y diagnóstico
- b. Capacidad de laboratorio para identificar indicadores de progresión del daño renal.
- c. Capacidad para evaluar el nivel de calidad de los resultados de laboratorio.
- d. Estandarización de pruebas diagnósticas esenciales del programa
- e. Información fluida entre laboratorios y equipos terapéuticos.

- f. Relación fluida entre laboratorios de diferentes niveles de complejidad.
- g. Sistemas de logística para la fácil entrega de órdenes de exámenes de control.

Sistema de administración de terapia antihipertensiva, de control de la glucemia y la dislipidemia, además nefroprotectora.

- a. Sistema de apoyo para asegurar la adherencia al tratamiento con medicamentos antihipertensivos, de control de la glucemia, dislipidemia y nefroprotectores.
- b. Sistema de logística para asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos antihipertensivos, de control de la glucemia, dislipidemia y nefroprotectores.
- c. Educación médica continuada para administrar los esquemas de combinación de medicamentos adecuados.
- d. Capacidad de laboratorio para vigilar el efecto de las terapias recomendadas.
- e. Mecanismos para evaluar la adherencia al tratamiento.
- f. Manejo de disfunciones metabólicas derivadas de la terapia.

Comunicaciones entre niveles de complejidad en el programa

- a. Conocimiento de capacidad instalada en todos los niveles en cada Regional
- b. Desarrollo de capacidad de detección y acompañamiento del proceso terapéutico en primer nivel de complejidad
- c. Definición de relaciones entre prestadores de acuerdo los esquemas definidos por la Regional.
- d. Conocimiento del programa y respuestas ágiles de interconsulta en segundo y tercer nivel de complejidad.
- e. Mecanismos de consulta y asesoría rápida y oportuna entre médicos encargados y especialistas entre estos y los demás profesionales del programa para la toma de decisiones conjunta sobre el manejo del paciente.
- f. Definición de los planes de manejo de acuerdo con las facilidades de acceso de la población a segundo nivel de complejidad.
- g. Apoyo del programa para disminuir las barreras de acceso del usuario a servicios de apoyo en otras unidades funcionales.

Sistema de referencia y contra-referencia

- a. Sistemas de información y logística apropiados para la referencia y contra-referencia de usuarios a intervenciones de otros niveles de complejidad.
- b. Apoyo del programa para disminuir las barreras de acceso del usuario a servicios en otros niveles de complejidad.
- c. Control y seguimiento de las intervenciones requerida en otros niveles de complejidad.

Programa de aseguramiento de la calidad

- a. Sistemas de monitoreo y evaluación de la calidad del proceso de atención en relación con recursos humano, infraestructura física, gestión de insumos, materiales y medicamentos, documentación y manejo de información, procedimientos de atención, procedimientos administrativos, interrelación con otros servicios, referencia y contra-referencia, entre otros.
- b. Definición de planes de mejoramiento de la atención y monitoreo de las acciones de cumplimiento.
- c. Promoción de lecciones aprendidas y mejores prácticas de intervención.
- d. Evaluación de estructura, procesos y resultados del programa, evaluación de indicadores a través del sistema de información y posible componente de investigación.

Anotaciones claves

El programa así caracterizado se podría señalar, en síntesis, que se asimila a un club, a una asociación donde sus miembros tienen privilegios de acceso (horario, telefónico) y garantías correspondientes a su identificación de miembros, trato preferencial y empoderamiento.

El programa tiene la posibilidad de solicitar interconsultas directamente para otras complicaciones o manejar estas a través del mismo programa con base en interconsultas en línea para apoyo diagnóstico y recomendación terapéutica mediante la estrategia de TIC. El equipo del programa tiene el deber de remitir a los pacientes con las anotaciones adecuadas y solicitar los conceptos en la contra-referencia, así como de visitar al paciente hospitalizado para intercambiar información con los médicos tratantes en la institución y renovar la condición de paciente preferencial.

Es importante que el equipo multidisciplinario agrupe los pacientes del programa por nivel de riesgo y enfoque

su esfuerzo según esta clasificación, para obtener los efectos esperados de diferir el mayor número de años posible las complicaciones.

Es importante la definición de médico encargado, como aquel adecuadamente capacitado y entrenado para manejar el programa, es decir que puede ser un internista o bien un médico general debidamente entrenado para el manejo de los pacientes de un problema de salud, con capacidad de asesorarse del especialista cuando sea necesario, al igual que todo el equipo profesional. Ello implica un proceso de capacitación previo al inicio formal de los programas.

También en esta fase se tiene el objetivo de elevar la calidad de vida y el nivel de salud, e implica organizar acciones dirigidas a evitar el sobrepeso y la pérdida asociada de capacidades físicas. Para ello, igualmente es necesario modificar los hábitos alimenticios y aumentar la actividad física diaria, es decir, modificar la ecuación entre la ingesta calórica (el numerador) y la actividad física (el denominador), para un resultado menos positivo en calorías incorporadas frente a las consumidas en la actividad física y la consecuente acumulación de grasa corporal, pero enfocados a una población con una enfermedad establecida y usualmente mayor de 45 años.

Criterios de Ingreso al Programa

Los pacientes con diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad mórbida o dislipidemia, pueden ser remitidos al programa mediante remisión ordinaria, pero deben haber sido diagnosticados y tratados por estas patologías por médicos generales o especialistas por algunos meses, de modo que su condición de cronicidad y necesidad de control estricto de la patología hayan sido establecidas con certeza. Más importante aún se vuelve la remisión si la condición patológica no está respondiendo adecuadamente al tratamiento y el riesgo cardiovascular o renal se incrementan sensiblemente.

Para establecer la pertinencia de la remisión al CLUB DE PACIENTES CON TRASTORNOS METABOLICOS, el programa facilita el siguiente cuadro de evaluación, que permite determinar en forma práctica el nivel de riesgo del paciente por cada patología, así como el riesgo combinado, si presenta simultáneamente varias condiciones mórbidas.

Para verificar los criterios de inclusión, se revisa el riesgo de cada patología, establecido en las casillas del verde al rojo y se califica a continuación entre 0 y 3 puntos. El máximo de riesgo en la tabla, por tanto, puede llegar a 12 puntos, cuando el paciente alcanza 3 puntos en las cuatro condiciones evaluadas.

Para ser incluido en el programa, basta con que el paciente haya sido calificado con 2 puntos de riesgo en cualquiera de las patologías, o haya obtenido 3 puntos o más al sumar el riesgo combinado de las cuatro condiciones mórbidas.

Los pacientes que no alcancen estos requisitos deben ser manejados en los aspectos de prevención secundaria por sus médicos de cabecera y de acuerdo con las normas establecidas por el programa de prevención primaria.

Riesgo	Riesgo por Hipertensión	Riesgo por diabetes	Riesgo por sobrepeso	Riesgo por dislipidemia	
0	Valores de TA normales menores de 130 Sist. y 85 Diast.	Glucemia en ayunas menor de 100	Índice de Masa Corporal menor de 24.9	Valores normales LDL menores de 100 o triglicéridos menores de 150	<i>Condición normal</i>
1	Paciente sin tratamiento actual por hipertensión con valores tensionales entre 130 y 140 Sist. y entre 85 y 89 Diast.	Paciente sin tratamiento actual por diabetes, con Glucemia en ayunas entre 100 y 126	Paciente sin tratamiento actual por sobrepeso u obesidad moderada, con Índice de Masa Corporal entre 25 y 34,9	Paciente sin tratamiento actual por dislipidemia con valores de LDL entre 100 y 129 o triglicéridos entre 150 y 199	<i>Condición pre-patogénica</i>
2	Pacientes con diagnóstico de hipertensión y en tratamiento, con valores repetidos de TA entre 140 y 159 Sist. y entre 90 y 99 Diast.	Paciente con diagnóstico y en tratamiento por diabetes 2, con valores repetidos de glucemia mayores de 126, pero con Hemoglobina Glicosilada menor de 7	Paciente con diagnóstico de obesidad y en tratamiento, con Índice de Masa Corporal entre 35 y 39,9	Paciente con diagnóstico de dislipidemia y en tratamiento actual, con valores repetidos de LDL entre 130 y 159 o triglicéridos entre 200 y 499	<i>Patología instaurada y controlada en algún grado</i>
3	Pacientes con diagnóstico de hipertensión y en tratamiento con valores repetidos mayores de 160 Sist. y 100 Diast.	Paciente con diagnóstico y en tratamiento por diabetes 2, con valores repetidos de glucemia mayores de 200, paciente Insulino requiriente o paciente con Hemoglobina Glicosilada mayor de 7	Paciente con diagnóstico de obesidad y en tratamiento, con Índice de Masa Corporal mayor de 40	paciente con diagnóstico de dislipidemia y en tratamiento actual, con valores repetidos de LDL mayores de 160 o triglicéridos mayores de 500	<i>Patología instaurada y de difícil control</i>
Riesgo por patología	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	de (0 a 3)	Sumatoria riesgo agregado patologías al ingreso =

11.7. REQUISITOS HABILITANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE RED DE SERVICIOS

En los Formatos 1 y 1A se detallan los requisitos mínimos habilitantes, los cuales son los mínimos exigidos para habilitar la propuesta, correspondientes al prestador primario y a la atención básica familiar en todos los municipios de la región.

Para determinar el 90% de los servicios habilitantes se considera como numerador, el número de servicios acreditados en el formulario de servicios básicos en todos los municipios de la región y, como denominador, el 100% de los servicios básicos solicitados en el mismo formulario para todos los municipios de una región.

No se contabilizarán las repeticiones de códigos en un mismo municipio, ni para el numerador ni para el denominador.

Las sedes exclusivas hacen parte de la prestación de servicios básicos y por tanto de los servicios habilitantes requeridos. Deben presentarse en el Formato 1, de conformidad con lo establecido en el Anexo 3 Numeral 5 del Documento de Selección de Contratistas.

11.8. REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Los proponentes deben adaptar su solución de software para soportar y consolidar el Sistema de Referencia y Contra-referencia y consolidar las atenciones ofrecidas en toda la red de servicios.

El Sistema de Referencia permitirá, a través de la plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red contratada para garantizar el plan de beneficios de su población afiliada, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizando confidencialidad de la información sensible según la ley de Hábeas Data, que brinde soporte veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana y permita la generación del reportes administrativos y la creación de informes para Fiduprevisora S.A.

El Sistema debe permitir la comunicación entre las IPS de la red, las sedes propias, la Coordinación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en (todas la IPS que conforman la red) cada departamento y la Gerencia Regional del contratista.

A nivel departamental

Debe registrar, tener visible y archivar la totalidad de las referencias y contra-referencias de pacientes. Incluye la asignación de citas, los resultados de exámenes diagnósticos, órdenes médicas, fórmulas ambulatorias e incapacidades generadas. En hospitalización la historia de urgencias y la Epicrisis. Debe remitir todos los resultados a la Historia Clínica del Primer Nivel de Complejidad donde se encuentre registrado el afiliado.

Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo adherido al proceso de atención ambulatoria, la asignación de citas médicas y especializadas de los afiliados y la misma debe contener módulos de gestión de información para lo relacionado con el proceso de servicio al cliente, y debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo jurídico en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica o de Fiduprevisora S.A..

La solución de software debe incluir el manejo integral de la historia clínica de los pacientes atendidos en las sedes exclusivas y la historia clínica de los pacientes atendidos integralmente en los programas de prevención secundaria, consolidando generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica de estos programas.

La plataforma debe permitir registrar la totalidad de las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios en las sedes propias y las oficinas administrativas, así como el trámite cursado para su solución. Tanto el registro como la consolidación de información de PQR debe realizarse según la clasificación del cuadro anexo:

Atributos y derechos	Definición	Motivos generales de reclamo de los usuarios
Restricción en el acceso a los servicios de salud	Imposibilidad de obtener atención cuando se la necesita, producto de diversas barreras	Falta de oportunidad para la atención
		Negación en la prestación de servicios, insumos o entrega de medicamentos
		Demoras en las remisiones

	(económicas, geográficas, administrativas, demora o negación)	Negación de las remisiones
		Restricción en el acceso por localización física o geográfica
Deficiencia en la efectividad de la atención	Grado en el que no se lograron los resultados en salud deseados	Insatisfacción por problemas de salud no resueltos
		Ineficacia en la atención
		Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad
Falta de disponibilidad de recurso humano y físico para la atención	No disponibilidad o suficiencia de recursos humanos y físicos para alcanzar los fines en salud	Recurso humano insuficiente
		Recurso físico insuficiente o en deficientes condiciones
		Limitaciones tangibles del servicio
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	Insatisfacción de las expectativas del usuario respecto del trato y servicios que debería recibir	Limitaciones en la información
		Percepción por parte del usuario de trato inequitativo
		Restricción en la libre escogencia
		No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario
No reconocimiento de las prestaciones económicas	No reconocimiento al derecho de un reembolso	Incumplimiento de prestaciones económicas - Reembolsos

Así mismo, debe permitir recolectar y consolidar la información de RIPS de todos los servicios prestados de primer y segundo nivel de complejidad en todas las IPS de la red de servicios a nivel departamental. Igualmente recolectar y consolidar los informes de Promoción y Prevención que deben ser presentados oficialmente y las notificaciones obligatorias ante las autoridades de salud.

La plataforma debe permitir el análisis permanente de los servicios prestados a partir de los RIPS, su relación con las cifras de morbilidad por departamento, así como el análisis de las frecuencias y los costos de los servicios.

En el nivel Regional

El Sistema debe registrar con precisión y permitir consultar en todo momento las cuentas por pagar, así como las glosas y la cartera del contratista con todas las IPS de la red de servicios.

Debe permitir recolectar y consolidar la información de RIPS de todos los servicios prestados de tercer nivel de complejidad en todas las IPS de la red de servicios a nivel regional.

Debe registrar con precisión todas las cuentas “tratamiento paciente año” que serán objeto de recobro al Sistema de Redistribución de Riego, junto con las historias clínicas correspondientes.

La plataforma debe permitir el análisis permanente de los servicios prestados a partir de los RIPS y su relación con las cifras de morbilidad en la región.

La solución de software que ofrezca el contratista debe estar instalada y operando a nivel nacional en por lo menos 30 puntos.

El sistema deberá integrar en línea la dispensación de medicamentos ambulatoria, registrando todos los despachos, los pendientes y los no entregados, consagrando la trazabilidad total del proceso de dispensación de medicamentos.

11.9. OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD

Tiempos de respuesta excedidos que permiten la utilización de la red alterna ofrecida por el contratista y de la red adicional extraordinaria autorizada directamente por Fiduprevisora S.A.

Se definen, en primer lugar, los tiempos excedidos sin respuesta efectiva de servicios ambulatorios requeridos que permiten al afiliado solicitar la utilización de la red alterna.

Se definen, en segundo lugar, los tiempos excedidos sin respuesta efectiva de los servicios ambulatorios requeridos en la red alterna que permiten al afiliado solicitar la utilización de servicios en red adicional extraordinaria autorizada directamente por Fiduprevisora S.A., con cargo al contratista.

Entiéndase “respuesta efectiva”, como la atención médica prestada y no la consecución de la cita para la prestación del servicio.

{fiduprevisora)

Por hoy, por mañana y por siempre.

Se entiende que estos tiempos máximos aplican para consultas médicas solicitadas u ordenadas por primera vez por un motivo de consulta, no para controles programados. El incumplimiento de las citas de control programados activa los tiempos excedidos sin respuesta efectiva contando desde el día siguiente del incumplimiento, si la responsabilidad es atribuible directamente a las instituciones que forman parte de la red de servicios o al sistema de referencia y no por causas imputables al afiliado.

La atención odontológica general y especializada debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continua a través de citas seriadas, cuando menos una a la semana, en día y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento se considerará una barrera de acceso.

La rehabilitación igualmente debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continua a través de citas seriadas, en días y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento de rehabilitación se considerará una barrera de acceso.

Servicios ambulatorios/ calificación de oportunidad	Tiempo excedido sin respuesta en red principal para solicitar utilización de la red aleterna	Tiempo excedido sin respuesta efectiva de servicio en la red alterna para solicitar autorización de servicio directo de Fiduprevisora
Consulta de medicina general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Consulta de odontología general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de primer nivel de complejidad	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes del primer nivel de complejidad	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por médico general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Consulta de medicina especializada (especialidades básicas): Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Dermatología	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Consulta odontología especializada: periodoncia, endodoncia	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por especialidades básicas	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de segundo nivel de complejidad	tres días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de segundo nivel de complejidad	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Consulta de medicina especializada (otras especialidades)	diez días hábiles	diez días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por otros especialistas	tres días hábiles	tres días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de tercer nivel de complejidad	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de tercer nivel de complejidad	ocho días hábiles	ocho días hábiles adicionales
Cirugía programada de baja complejidad	tres días hábiles	tres días hábiles adicionales
Cirugía programada de mediana complejidad	siete días hábiles	siete días hábiles
Cirugía programada de alta complejidad	quince días hábiles	quince días hábiles
Nota: en los casos de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y otros exámenes el tiempo excedido se para la realización del examen, no para la entrega de los resultados.		
Cuando se requiera transporte aéreo para garantizar el acceso a servicios médicos especializados y o procedimientos diagnósticos o terapéuticos especializados, no disponibles en el departamento, el tiempo excedido de oportunidad se aumenta en cinco días hábiles.		
En cirugía de alta complejidad se exceptúan los trasplantes que están condicionados a lista de espera del organo		

11.10. REQUISITOS MINIMOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS AMBULATORIOS

Requisitos mínimos dispensación de medicamentos ambulatorios				
	Puntos de dispensación de medicamentos			Ajuste de puntos totales exigidos como habilitantes en función de la población afiliada al Sistema de Salud del Magisterio
	Puntos de dispensación exigidos, en total	Puntos con servicio 24 horas	Puntos que dispensan al menos 90% de medicamentos no POS y de alto costo	
Municipios menores de 20.000 habitantes	uno			
Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes	uno por cada 20.000 habitantes o fracción	uno		Si la relación resultante en el municipio es menor de 500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 30.000 habitantes o fracción
Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes	uno por cada 30.000 habitantes o fracción	uno	uno	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.000 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 45.000 habitantes o fracción
Municipios de 100.000 a 250.000 habitantes	uno por cada 50.000 habitantes o fracción	uno por cada 125.000 habitantes o fracción	uno	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 75.000 habitantes o fracción
Municipios de 250.000 a 500.000 habitantes	uno por cada 100.000 habitantes o fracción	uno por cada 175.000 habitantes o fracción	uno por cada 250.000 habitantes o fracción	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 125.000 habitantes o fracción
Municipios de más de 500.000 habitantes	uno por cada 200.000 habitantes o fracción	uno por cada 350.000 habitantes o fracción	uno por cada 500.000 habitantes o fracción	Si la relación resultante en el municipio es menor de 2.000 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 250.000 habitantes o fracción
<p>Los puntos de dispensación se clasifican en generales, generales con 24 horas de servicio y especiales, por su capacidad de dispensar al menos el 90% de los medicamentos no POS y de alto costo.</p>				
<p>Como ejemplo, en un municipio de 160.000 habitantes, el proponente deberá mostrar las cartas de compromiso o intención que incluyan un punto especial, dos puntos de dispensación con servicios 24 horas (uno por cada 125.000 habitantes o fracción) y necesitará un punto general adicional para cumplir con el requisito total de cuatro puntos de dispensación (uno por cada 50.000 habitantes o fracción) La población a considerar para el cálculo es la proyección de población DANE por municipio para 2017</p>				
<p>Las farmacias o puntos de dispensación que dispensan medicamentos no POS y de alto costo sirven tanto para cumplir el requisito de farmacias que dispensan al menos 90% de medicamentos no POS y de alto costo, como para cumplir el requisito de farmacia de 24 horas si atienden en este horario a pacientes ambulatorios, pero no suman más que un punto de dispensación para el cálculo de puntos totales requeridos por población del municipio.</p>				
<p>Las farmacias que hacen parte de los servicios de las IPS presentadas en la red, pueden contabilizarse en la correspondiente categoría, general, 24 horas o siempre y cuando ofrezcan servicios a los afiliados al Servicio de Salud del Magisterio sin importar que su atención haya sido en la respectiva IPS</p>				
<p>El cumplimiento de los requisitos mínimos se acredita con las cartas de compromiso suscritas por IPS, farmacias, cadenas de farmacias u operador logístico que ofertan la dispensación, en las que se debe establecer la categoría de los puntos de dispensación ofrecidos de acuerdo con la clasificación aquí establecida. La carta de intención corresponderá al formato único establecido en el documento de selección de contratistas.</p>				

ATENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES Y CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

1. ATENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES.

La prestación de servicios asistenciales por accidente de trabajo o enfermedad laboral se realizará tomando en cuenta las disposiciones establecidas para la prestación de servicios de salud en este Régimen Excepcional, cubriendo toda contingencia de origen laboral, sin exclusiones en su atención, con la misma red, condiciones y regionalización dispuesta para salud.

Se deberá llevar el registro de los eventos, desde la recepción del reporte del accidente entregado por parte de los colegios a donde se encuentre prestando sus servicios el docente afectado, sin limitar o suspender el servicio ante su ausencia del reporte.

De igual manera, el contratista deberá generar estadísticas e informes por la atención de los eventos laborales y sus costos detallados y en la periodicidad que se defina el supervisor del contrato.

Se deberá Organizar e implementar un servicio oportuno y eficiente de valoración y remisión a los diferentes servicios de salud de educadores activos que presenten urgencias médicas en el transcurso de su jornada laboral.

Dentro de la red de servicios de salud, además de los descritos para la atención en general de salud, se deberá garantizar especialmente contar con servicios de fonoaudiología, terapia de lenguaje, terapia física y psicología en el nivel I de atención.

PROCESOS/SUBPROCESOS	PROVEEDORES SALUD
RECEPCIÓN REPORTE ACCIDENTE	Recibe reporte o aviso del evento ocurrido
ATENCIÓN EVENTO	Atiende urgencias, orienta hacia centros médicos, medicamentos, procedimientos, etc. . Orienta o direcciona ante entidades de salud, diferentes niveles, especialidades, según pertinencia. Se Prestan diferentes niveles de atención según lo requerido del caso Realiza seguimiento de condición salud, auditoría médica; orienta servicios y especialidades. Emite recomendaciones específicas médicas, orienta actividades de rehabilitación integral. Expide incapacidades temporales requeridas
ATENCIÓN EVENTO	Facturación de servicios. Responde glosas
INVESTIGACIÓN DEL EVENTO	Aporta información de salud, previo consentimiento informado. Según se requiera en el caso investigado. Facilita información requerida (de la historia clínica con consentimiento del trabajador)
CALIFICACIÓN DE ORIGEN	Realiza la remisión al médico (s) calificador (es) cuando haya presunción de accidentes y enfermedades laborales, aunque no haya aviso del evento. Facilita información de la atención, historia clínica, etc según lo requerido y previo consentimiento del trabajador.
SEGUIMIENTO CONTROLES EN INDIVIDUO	Seguimiento control de condiciones de salud de la persona. Genera altas médicas
CALIFICACIÓN DE PCL	Aporta documentación o información que se requiera en el proceso por los calificadores. Coordina el proceso de notificación y administrativo de la calificación de origen y pcl.
REINCORPORACIÓN LABORAL	Brinda información de pronóstico, rehabilitación, certificados que sean requeridos en avances de trámites de calificación y recomendaciones médicas.

2. PRESTADORES ESPECIALIZADOS EN CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

Los contratistas deberán contar con un equipo (directo o subcontratado) con la conformación y funciones dispuestas en la reglamentación actual vigente y en todas aquellas que la modifiquen o adicionen, así:

- Un (1) médico, especialista en salud ocupacional o áreas afines, con licencia de salud ocupacional vigente, con experiencia mínima específica en medicina laboral de dos (2) años.
- Un (1) médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años.
- Un (1) profesional diferente a las áreas de la medicina, con formación en áreas afines a la seguridad y salud en el trabajo.

Se deberá anexar a su propuesta y ante cambios según el caso, las hojas de vida de cada uno de los profesionales que conforman el equipo, quienes deberán certificar los requerimientos establecidos en el Decreto 1655 de 2015 o norma que lo modifique o adicione.

Se deberá garantizar el pago y facilitar la realización, por intermedio de la red de servicios de salud, de todas aquellas pruebas necesarias para la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional, o aquellas que sean requeridas por los calificadores como fundamentos de hecho o evidencias, así como garantizar el desplazamiento de los usuarios sujetos de calificación o del médico laboral o equipo interdisciplinario, cuando sea requerido.

No se podrá cobrar a los educadores ni a los usuarios en general de y para este régimen excepcional, la calificación de origen y/o de pérdida de capacidad laboral y ocupacional ni las pruebas requeridas en estos procesos, así como tampoco se podrá cobrar la acreditación de incapacidad permanente de sus beneficiarios cuando se realice para efectos de su registro en la afiliación.

El contratista deberá presentar ante Fiduprevisora S.A. y a las entidades territoriales de educación correspondientes, informes estadísticos y de costos del comportamiento y resultados del proceso y trámites de la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral según la gestión de los prestadores especializados para estos fines, de acuerdo con la periodicidad y lineamientos que disponga la supervisión de Fiduprevisora S.A.

MODELO PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PCL. FOMAG.	
PROCESOS/SUBPROCESOS	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (Proveedores o prestadores de servicios de seguridad y salud en el trabajo, medicina laboral)
Solicitud o Inicio trámite de calificación	Inicia según los términos definidos en la reglamentación vigente la calificación de origen y pcl, que correspondan.
Solicitud o Inicio trámite Eventos de difícil recuperación o mal pronóstico.	Inicia proceso de calificación a los 90 días de incapacidad temporal por patologías o lesiones de mal pronóstico de recuperación o rehabilitación.
Eventos sin terminación de rehabilitación	Inicio del proceso de calificación transcurridos ciento diez (110) días desde el inicio de la incapacidad temporal ,sin que se haya logrado la rehabilitación del educador.
Preparación y análisis de documentación para el proceso de calificación	El médico especialista, del prestador de servicio de salud, solicita la documentación necesaria para la calificación de pcl
Valoración o citas durante proceso de calificación	El médico especialista, realiza valoración de la persona sujeto de calificación y solicita valoraciones con equipo interdisciplinario según la disciplina que se requiera. Califica con lo existente ante ausencia de la persona a la cita.

Notificación dictamen	Los prestadores de servicios de salud entregan el dictamen, con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador , a la entidad territorial y con copia a la Fiduprevisora.
Presentación de controversias	Envía caso a la JCI, Recobra gastos correspondientes.
Resolución de controversias	Recibe información del proceso. Recibe resultados dictamen de JCI
Trámite para reconocimiento y pago prestaciones	Enviará la documentación que Fiduprevisora requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar.
Estadísticas e informes consolidados	Realiza informes periódicos (según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora y Consejo Directivo Fomag)