ESTUDIO PREVIO PARA LA CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE.

ENERO 2017

CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO PRETENDE SATISFACER CON EL PRESENTE PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA.

2. OBJETO A CONTRATAR CON SUS ESPECIFICACIONES.
2.1 ANÁLISIS TÉCNICO.

3. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y SU JUSTIFICACIÓN, INCLUYENDO LOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS.
3.1 NORMATIVIDAD APLICABLE.

4. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO.
4.1 FORMA DE PAGO
4.2 AJUSTE ANUAL A LA UPCM
4.3 SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE RIESGO PARA EVENTOS DE ALTO COSTO

5. CRITERIO PARA SELECCIONAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

6. ANÁLISIS DE RIESGOS CONTRACTUALES PREVISIBLES.

7. GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA.
7.1 GARANTÍAS CONTRACTUALES.
7.1.1 POLIZA DE CUMPLIMIENTO
7.1.2 POLIZA DE CALIDAD DEL SERVICIO
7.1.3 POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRA CTUAL
7.1.4 POLIZA DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES
7.1.5 POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
7.1.6 RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA

8. ANÁLISIS DEL SECTOR.
8.1 PERSPECTIVA TÉCNICA.
8.2 MODELO DE CONTRATACIÓN.
8.3 PERSPECTIVA JURÍDICA.
8.3.1 MARCO CONSTITUCIONAL.
8.3.2 MARCO LEGAL.
8.3.3 MARCO REGLAMENTARIO.
8.4 PERSPECTIVA FINANCIERA.
8.5 ESTUDIO DE LA OFERTA.
8.6 ESTUDIO DE LA DEMANDA.

9. PLAZO DE EJECUCIÓN.

1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE LA LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO PRETENDE SATISFACER CON EL PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA.

Dentro de los fines esenciales del Estado, previstos en la Constitución Política, se encuentra el establecido en el Artículo 49 de la Carta, en los siguientes términos:

"(…) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad…)".

A su vez, la Ley 1751 de 2015 "Ley Estatutaria del Derecho a la Salud" consagró el derecho autónomo fundamental a la salud, que cobija a todos los cuidadanos del país incluyendo a los afiliados al Fondo.

La Ley 91 de 1989, creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, así:

"(….), *como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional* (…)".

En tal sentido, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tiene, de conformidad con el Artículo 5 de la Ley 91 de 1989, entre otras, la función *de "Garantizar la prestación de los servicios médico - asistenciales de sus afiliados y beneficiarios, servicios que contratará con entidades públicas y privadas de acuerdo con instrucciones que en ese sentido imparta el Consejo Directivo del Fondo.".*

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, según lo establecido en el numeral 2 del Artículo 7 de la misma ley, tiene la función de *"(…) Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo.".*

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, está integrado por el Ministro de Educación Nacional o el Viceministro quien lo preside; el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; dos representantes del Magisterio designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes, y por la entidad Fiduciaria, el Presidente o su delegado, con voz, pero sin voto.

En desarrollo del Artículo 3 de la Ley 91 de 1989 la NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, en su calidad de Fideicomitente, y FIDUPREVISORA S.A.,

suscribieron el Contrato de Fiducia Mercantil contenido en la Escritura Pública No. 0083 del 21 de junio de 1990 de la Notaría 44 del Circuito de Bogotá, contrato prorrogado varias veces y hoy en día vigente, cuyo objeto es:

"(…) *Constituir una Fiducia Mercantil sobre los recursos que integran el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - EL FONDO -, con el fin de que LA FIDUCIARIA los administre, invierta y destine al cumplimiento de los objetivos previstos para EL FONDO, conforme a las instrucciones que le sean impartidas por el Consejo Directivo del mismo.*", y su finalidad la de darle una *"(…) eficaz administración de los recursos del FONDO que, a su vez y de conformidad con lo establecido en el Artículo 5 de la Ley 91 de 1989, fue creado para el cumplimiento de los objetivos que a continuación se precisan con el fin de que los mismos determinen el alcance de las prestaciones a cargo de la fiduciaria.*

(…). *Garantizar la prestación de los servicios médico - asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del FONDO;* (…)".

El contrato de fiducia mercantil adicionalmente, en relación con las funciones y obligaciones de las partes relacionadas con las prestaciones médico- asistenciales, señalo en primer término, que el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tiene la función de analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del FONDO; en segundo lugar, determinó que FIDUPREVISORA S.A. tendrá, entre otras, las siguientes obligaciones:

"(…) Contratar, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el Consejo Directivo del FONDO, en especial, las contenidas en los Acuerdos No. 04 y 13 de 2004 y aquellos que lo modifiquen o sustituyan, las entidades que garantizarán la prestación de los servicios médico - asistenciales del personal docente afiliado al FONDO y su grupo familiar. El Consejo Directivo analizará y recomendará, previo trámite legal y presentación del informe de la FIDUCIARIA, las entidades con las cuales se garantizará la atención de los servicios de salud, velando siempre por la transparencia, economía, objetividad y responsabilidad en los procesos de contratación."

"*Realizar las labores de supervisión de los contratos que celebre para garantizar la prestación de los servicios y las de auditoria de calidad de los servicios de salud (…)".*

"Contratar con cargo a los recursos del FONDO, auditorias medicas especializadas externas sobre los prestadores de servicios de salud de cada región (…)"

La Ley 100 de 1993, en su Artículo 279, estableció que se exceptúan del sistema integral de seguridad social, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989.

Mediante Acuerdo No. 03 del 22 de febrero de 2016, el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, procedió a subrogar el numeral octavo del acuerdo Número 1 del 8 de febrero de 2.012, el cual establecio que en atención al monto de los recursos y el carácter fundamental del derecho a la salud del que gozan los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus familias, se debe adelantar la selección de los contratistas que prestaran los servicios de salud mediante un procedimiento público que garantice la libre concurrencia y mediante el cual se escoja a los mejores proponentes con base en factores y criterios objetivos, por lo cual el presente proceso de invitación pública debe fundamentarse y constituir como obligación de las partes la Constitucion Nacional, los principios de la Ley 80 de 1.993 y las demás normas que rigen la contratacion pública.

Así mismo, mediante Acuerdo No 09 del 29 de Septiembre de 2.016 se define las instrucciones para la nueva contratación de servicios de salud.

2. OBJETO A CONTRATAR CON SUS ESPECIFICACIONES.

El presente proceso de invitación pública se adelanta con el fin de **CONTRATAR ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE** bajo la modalidad de capitación para todos los niveles de complejidad, e implicará la obligación de garantizar, directa e indirectamente, la prestación integral del plan de atención en salud del Magisterio; transporte dentro y fuera de la región, actividades de Promoción y Prevención y componente asistencial de los riesgos laborales, bajo la modalidad de capitación , por regiones, de acuerdo con la siguiente tabla:

REGIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTAL	TOTAL GENERAL
1	HUILA	37	12690	12713	13	25416	53049
	TOLIMA	47	12910	14707	16	27633	
2	VALLE DEL CAUCA	42	22182	29694	20	51896	51896
3	NARIÑO	64	16550	17946	2	34498	83169
	CAQUETA	16	6025	5488	0	11513	
	PUTUMAYO	12	5079	4503	2	9584	
	CAUCA	41	12232	15341	1	27574	
4	CASANARE	19	5597	4522	5	10124	57538
	BOYACA	118	14173	15829	14	30016	
	META	27	8123	9271	4	17398	
5	CORDOBA	28	23222	18613	5	41840	103607
	SUCRE	26	13117	10497	8	23622	
	BOLIVAR	45	19474	18668	3	38145	
6	MAGDALENA	28	16275	14920	8	31203	83500
	LA GUAJIRA	14	7057	6494	4	13555	
	ATLANTICO	23	20053	17718	21	37792	
	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	2	304	646	0	950	

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	0	6093	

8	ANTIOQUIA	125	42779	57246	24	100049	112625
	CHOCO	31	5301	7274	1	12576	

9	**CALDAS**	27	8053	12480	3	20536	**49541**
	QUINDIO	12	4741	6704	14	11459	
	RISARALDA	14	7666	9876	4	17546	

10	**CUNDINAMARCA**	115	14113	23285	20	37418	**140659**
	BOGOTA D.C	1	39605	55993	65	95663	
	GUAINIA	1	420	480	0	900	
	GUAVIARE	4	932	1004	1	1937	
	VAUPES	3	807	436	0	1243	
	AMAZONAS	6	1157	926	0	2083	
	VICHADA	4	657	758	0	1415	

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

La contratación por regiones de conformidad a la recomendación del grupo de expertos para constituir 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, teniendo en cuenta el criterio poblacional y las redes de servicio y rutas integrales de atención.

- **CRITERIO POBLACIONAL/ POOL DE RIESGO**

Las normas en el SGSSS han ascendido el requisito de conformación de pooles de riesgo hasta mínimos de 200.000 afiliados.

En este caso, la concentración poblacional y no competencia en el territorio así como la propuesta de reaseguro para disminuir el riesgo financiero se ha propuesto reducir este requisito a un mínimo de 47.000 afiliados

- **CRITERIO POBLACIONAL/ COMPLEJIDAD DEL MANDATO Y GASTO ADMINISTRATIVO.**

Con un número de afiliados inferior a 47.000, la capacidad de negociación de tarifas con las IPS, en especial las de mayor complejidad, así como con algunos servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, e incluso medicamentos e insumos, se reduce dramáticamente.

Adicionalmente los costos de administración e intermediación serían muy elevados.

La prestación de los servicios médicos asistenciales a los afiliados y beneficiarios del FNPSM en los **tres niveles de complejidad** completos, lo cual incluye además, transporte dentro y fuera de la región; actividades de Promoción y Prevención y componente asistencial de los riesgos laborales, bajo la modalidad de capitación e implicará la obligación de garantizar, directa e indirectamente, la prestación integral del Plan de Atención de Salud del Magisterio.

Por otra parte, las actividades derivadas de Promoción y Prevención de Enfermedad General se reconocerán dentro de la cápitacion, y se ejecutarán en los términos del Anexo No 3.

La prestación del servicio de salud que se pretende contratar a través del presente Proceso de Selección deberá garantizar las características fundamentales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la atención en salud del Magisterio y también lo establecido en los acuerdos del Consejo Directivo del Fondo , las cuales son entre otras, la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los servicios de salud al usuario que se encuentran definidos en el presente documento de selección de contratistas.

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 la administración y prestación de los servicios médicos asistenciales ofertados e incluidos en este documento de selección de contratistas, y será responsable primario 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 del Primer Nivel de Complejidad en el municipio de residencia del afiliado; los demás niveles de complejidad deberán ser garantizados, incluido el desplazamiento del paciente, el seguimiento de la condición de salud y su contrarreferencia al municipio de origen, dentro o fuera del municipio o la Región, a través de red propia o contratada, de acuerdo con la oferta existente en cada municipio.

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, realizará, de manera permanente, el seguimiento a todos los compromisos y obligaciones adquiridas por el contratista en virtud del contrato que se celebre.

2.1 ANALISIS TECNICO.

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 a nivel de cada departamento, responsable de la administración de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria.

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 departamental debe garantizar el desarrollo de los programas de promoción y prevención de la salud y la operación estandariza de los programas de prevención secundaria en las sedes propias de las ciudades capitales o ciudades mayores de 100.000 habitantes (sedes A y B) para el manejo de los principales riesgos de salud que aquejan a la población afiliada al Sistema de Salud del magisterio.

El afiliado, la familia y los cuidadores son responsables de propender al autocuidado, el cuidado de su familia y el de su comunidad. Para ello debe contar con información que debe ser suministrada por los agentes institucionales del Sistema.

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 primer y segundo nivel de 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 este 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 para el seguimiento de grupos de riesgo.

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 resolutividad 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.

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 operadores 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 c uando, 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 las Juntas Regionales que hay un represamiento importante de los mismos 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.

ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS

Acorde con su clasificación y naturaleza, las Redes se conformarán 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 tercer nivel de complejidad, quien 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 de Tercer Nivel de 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 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 en los la información 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 Contra referencia (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 de Segundo Nivel de 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 al tercer nivel de 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 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 en los la información a los requerimientos de la Auditoría Medica o de FIDUPREVISORA S.A..

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 la matriz de programación y los indicadores exigidos para tal fin, realizar la verificación de los procesos, tanto en la red propia como contratada.

Oficinas de Atención al Usuario: El contratista se obliga a garantizar en cada una de las sedes exclusivas, 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.

Coordinador Regional de Calidad y Auditoria 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.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA

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	TOTAL	TOTAL GENERAL
1	HUILA	37	12690	12713	13	25416	53049
	TOLIMA	47	12910	14707	16	27633	
2	VALLE DEL CAUCA	42	22182	29694	20	51896	51896
3	NARIÑO	64	16550	17946	2	34498	83169
	CAQUETA	16	6025	5488	0	11513	
	PUTUMAYO	12	5079	4503	2	9584	
	CAUCA	41	12232	15341	1	27574	
4	CASANARE	19	5597	4522	5	10124	57538
	BOYACA	118	14173	15829	14	30016	
	META	27	8123	9271	4	17398	
5	CORDOBA	28	23222	18613	5	41840	103607
	SUCRE	26	13117	10497	8	23622	
	BOLIVAR	45	19474	18668	3	38145	
6	MAGDALENA	28	16275	14920	8	31203	83500
	LA GUAJIRA	14	7057	6494	4	13555	
	ATLANTICO	23	20053	17718	21	37792	
	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	2	304	646	0	950	
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	0	6093	
8	ANTIOQUIA	125	42779	57246	24	100049	112625

	CHOCO	31	5301	7274	1	12576	

9	**CALDAS**	27	8053	12480	3	20536	**49541**
	QUINDIO	12	4741	6704	14	11459	
	RISARALDA	14	7666	9876	4	17546	

10	**CUNDINAMARCA**	115	14113	23285	20	37418	**140659**
	BOGOTA D.C	1	39605	55993	65	95663	
	GUAINIA	1	420	480	0	900	
	GUAVIARE	4	932	1004	1	1937	
	VAUPES	3	807	436	0	1243	
	AMAZONAS	6	1157	926	0	2083	
	VICHADA	4	657	758	0	1415	

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

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 atención en Salud del Magisterio, que sigue los lineamientos del Acuerdo establecido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. La prestación del servicio se hará a los Afiliados al FNPSM, que incluyen cotizantes y sus beneficiarios, distribuidos por Grupos Etáreos 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 Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, 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 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 complejidad, con excepción de los servicios excluidos expresamente del Plan de atención en Salud 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.

Lo 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.

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 ya sea en sede exclusiva o prestador externo.

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, Detecc ión Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública". La no entrega oportuna de los informes se traducirá en retención de la porción correspondiente de la UPCM por parte de Fiduprevisora hasta que sea considerada cumplida la obligación.

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, correspondiente al segundo nivel de complejidad será del orden departamental y deberá ser garantizada en las sede exclusiva o mediante IPS contratadas que conforman la red de servicios en el departamento, garantizando el principio de contigüidad, es decir que el afiliado debe recibirlos en la ciudad más cercana, salvo problemas insalvables de calidad o precios demostrables. 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. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo, FIDUPREVISORA 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. 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.

INCAPACIDADES

DEFINICIÓN
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

TIPOS DE INCAPACIDADES
• Por Enfermedad Común
• Por Enfermedad Profesional
• Por Accidente de Trabajo

LICENCIAS

• De maternidad
• De paternidad

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.

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 conl cronograma que se establezca, las novedades a FIDUPREVISORA S.A.

COMPETENCIAS DE FIDUPREVISORA S.A.

Las 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.

TRANSICIÓN CONTRACTUAL, PROCESO DE EMPALME
ASPECTOS GENERALES

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 diagnóstic os, 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 en inicio por el contratista entrante.

4. Paciente de VIH-SIDA. Identificación del caso, tratamiento instaurado por 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 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.

ASPECTOS ESPECÍFICOS

Manejo de patologías

La integralidad abarca, entre otras cosas, (desde el momento de inic iación 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 dicho hecho.

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 repres amiento 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 vencido 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 Ministerio de la Protección Social el manual único tarifario, las tarifas se liquidarán acorde a las establecidas en tal normatividad y a las que la adicionen, modifiquen o complementen.

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 de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud y las Secretarias 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. Envió 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 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 afiliado al FIDUPREVISORA S.A. y sus beneficiarios.

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

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 indic adores 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.

3. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y SU JUSTIFICACIÓN, INCLUYENDO LOS FUNDAMENTOS JURIDICOS.

Mediante Acuerdo No. 03 del 22 de febrero de 2016, el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, procedió a subrogar el numeral octavo del acuerdo Número 1 del 8 de febrero de 2.012, el cual establecio que en atención al monto de los recursos y el carácter fundamental del derecho a la salud del que gozan los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus familias, se debe

adelantar la selección de los contratistas que prestaran los servicios de salud mediante un procedimiento público que garantice la libre concurrencia y mediante el cual se escoja a los mejores proponentes con base en factores y criterios objetivos, por lo cual el presente proceso de invitación pública debe fundamentarse y constituir como obligación de las partes la Constitucion Nacional, los principios de la Ley 80 de 1.993 y las demás normas que rigen la contratacion pública.

Así mismo, mediante Acuerdo No 09 del 29 de Septiembre de 2.016 se define las instrucciones para la nueva contratación de servicios de salud.

3.1 NORMATIVIDAD APLICABLE

El presente proceso de selección y el contrato que de él se derive, se sujetarán a lo dispuesto en el Acuerdo 03 de 2016 expedido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

El Acuerdo citado reza que: *"Para garantizar el modelo y el régimen de salud de los maestros, establecido en la Ley 91 de 1989, la contratación se debe fundamentar y constituir como obligación para las partes, en la Constitución Política de 1991, los principios de la Ley 80 de 1993 y en las demás normas que rigen la invitación pública.".*

El marco legal del proceso de selección y del contrato que se derive de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por:

- Constitución Política de Colombia
- Ley 1751 de 2015
- Ley 91 de 1989
- Los principios de la Ley 80 de 1993
- Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- Código Civil
- Código de Comercio
- Código General del Proceso
- Decretos reglamentarios de salud aplicables al régimen exceptuado de los afiliados al FOMAG.
- Acuerdos del Consejo Directivo del FOMAG.
- Resoluciones y circulares cuyo destinatario sea el régimen exceptuado de los afiliados al Fondo.
- Manuales de Contratación y de Supervisión e interventoría del FOMAG
- Las normas actualmente vigentes que resulten pertinentes de acuerdo con la Ley colombiana, se presumen conocidas por todos los proponentes.

4. EL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

Teniendo en cuenta la UPCM definida en el Acuerdo No 9 de 2016, a continuación se presenta el presupuesto desagregado por regiones:

Región	Departamento	TOTAL USUARIOS	UPC PROMEDIO REAL 2016	FACTOR MAGISTERIO INCLUIDO RIESGOS LABORALES	TOTAL PRESUPUESTO 2017	SEGUNDO SEMESTRE 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019	TOTAL 2020	TOTAL 2021	VALOR TOTAL DEL CONTRATO ESTIMADO PARA LA REGION
1	HUILA	53049									
	TOLIMA		779330	488.406	71.287.260.930	35.643.630.465	75.564.496.585	80.098.366.380	84.904.268.363	44.999.262.233	**321.210.024.027**
				-		-	-	-	-		-
2	VALLE DEL CAUCA	51896		-		-	-	-	-		-
			779330	488.406	69.737.859.209	34.868.929.605	73.922.130.762	78.357.458.608	83.058.906.124	44.021.220.246	**314.228.645.344**
				-		-	-	-	-		-
3	NARIÑO	83169		-		-	-	-	-		-
	CAQUETA			-		-	-	-	-		-
	PUTUMAYO		779330	488.406	111.762.525.293	55.881.262.646	118.468.276.810	125.576.373.419	133.110.955.824	70.548.806.587	**503.585.675.286**
	CAUCA										
				-		-	-	-	-		-
4	CASANARE	57538		-		-	-	-	-		-
	BOYACA			-		-	-	-	-		-
	META		779330	488.406	77.319.580.376	38.659.790.188	81.958.755.199	86.876.280.510	92.088.857.341	48.807.094.391	**348.390.777.629**
				-		-	-	-	-		-
5	CORDOBA	103607		-		-	-	-	-		-
	SUCRE			-		-	-	-	-		-
	BOLIVAR		779330	488.406	139.227.115.368	69.613.557.684	147.580.742.290	156.435.586.827	165.821.722.037	87.885.512.679	**627.337.121.516**
				-		-	-	-	-		-
6	MAGDALENA	83500		-		-	-	-	-		-
	LA GUAJIRA			-		-	-	-	-		-
	ATLANTICO			-		-	-	-	-		-
	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA		779330	488.406	112.207.323.185	56.103.661.592	118.939.762.576	126.076.148.330	133.640.717.230	70.829.580.132	**505.589.869.860**
				-		-	-	-	-		-
7	NORTE DE SANTANDER	102790		-		-	-	-	-		-
	SANTANDER			-		-	-	-	-		-
	CESAR			-		-	-	-	-		-
	ARAUCA		779330	488.406	138.129.230.541	69.064.615.270	146.416.984.373	155.202.003.435	164.514.123.642	87.192.485.530	**622.390.212.251**
				-		-	-	-	-		-
8	ANTIOQUIA	112625		-		-	-	-	-		-
	CHOCO		779330	488.406	151.345.506.271	75.672.753.136	160.426.236.648	170.051.810.847	180.254.919.497	95.535.107.334	**681.940.827.461**
				-		-	-	-	-		-
9	CALDAS	49541		-		-	-	-	-		-
	QUINDIO			-		-	-	-	-		-
	RISARALDA		779330	488.406	66.573.209.556	33.286.604.778	70.567.602.129	74.801.658.257	79.289.757.752	42.023.571.609	**299.969.194.524**
				-		-	-	-	-		-
10	CUNDINAMARCA	140659		-		-	-	-	-		-
	BOGOTA D.C			-		-	-	-	-		-
	GUAINIA			-		-	-	-	-		-
	GUAVIARE			-		-	-	-	-		-
	VAUPES			-		-	-	-	-		-
	AMAZONAS			-		-	-	-	-		-
	VICHADA		779330	488.406	189.017.603.255	94.508.801.628	200.358.659.451	212.380.179.018	225.122.989.759	119.315.184.572	**851.685.814.427**
	TOTAL PAIS	838374				**563.303.606.991**	**1.194.203.646.822**	**1.265.855.865.631**	**1.341.807.217.569**	**711.157.825.312**	**5.076.328.162.325**

4.1 FORMA DE PAGO

Corresponde al valor que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio pagará a cada contratista por cada usuario, cotizante o beneficiario, de acuerdo con la región geográfica, el grupo etario y el género, con el fin de que le sean brindados la totalidad de

los servicios del Plan de Salud. Este valor denominado UPCM (Unidad de Pago por Capitación del Magisterio) resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$UPCM = UPC_{EZ} + 62{,}67\%\ UPC_{EZ}$$

La UPCM corresponde a la UPC del régimen contributivo por los grupos etarios y las zonas geográficas más un plus o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 62,67% sobre el valor de la UPC del Régimen Contributivo.
Donde:

UPCM = Unidad de Pago por Capitación del Magisterio

UPC = Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo

e = Grupo etario (Subíndice). Grupo de personas clasificados por rango de edades que comparten similares características epidemiológicas, uso de los servicios de salud y los costos respectivos, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia, la cual constituye una de las variables para ajustar el riesgo de la UPC.

Z = Zona Geográfica (Subíndice). Conjunto de municipios y Distritos que comparten características similares de oferta de servicios, de dispersión de la población, geográficas y de infraestructura vial, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual constituye una de las variables para justificar el riesgo de la UPC.

La UPCM se dividirá en 12 mensualidades de igual valor, que se pagan anticipadamente los primeros días de cada mes.

Los servicios de alta complejidad y alto costo serán monitoreados por Fiduprevisora. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo de acuerdo con la normatividad actual vigente, LA FIDUPREVISORA 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 de más de ciento ochenta (180) días en el pago a los prestadores.

4.2 AJUSTE ANUAL A LA UPCM

En la actualización de la UPCM el incremento anual determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social sólo será considerado en el porcentaje que corresponda a la actualiz ación de la UPC del régimen contributivo por efectos de la inflación y otros factores, pero no el porcentaje que corresponda a inclusión de nuevas tecnologías en el POS.

4.3 SISTEMADE DISTRIBUCIÓN DE RIESGO PARA EVENTOS DE ALTO COSTO.

Del valor total de la UPCM a reconocer a cada contratista se le podrá descontar un porcentaje con el fin de crear un Fondo para Distribución de Riesgo entre los contratistas, que reconocerá todos aquellos eventos (patología-paciente-año) que supere los CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE ($100.000.000,00).

En todo caso el descuento inicial que realizará Fiduprevisora para constituir el Fondo será del 5% de la UPCM calculada mes a mes y este valor se ajustará semestralmente en función a la sinisestralidad registrada de estos casos. El Sistema de Distribución de Riesgos pagará el exceso de costo de cualquier “tratamiento paciente año por una patología determinada”, sobre

los CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE ($100.000.000,00) y el contratista solo cubrirá hasta dicho valor.

Para efectos de determinar los valores a reconocer en exceso de los CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE ($100.000.000,00), se determinará un tarifario máximo aplicable y los precios máximos de medicamentos de alto costo que haya reglamentado el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando el gasto de un paciente por el tratamiento de una patología haya superado los DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($200.000.000,00) en un semestre, el contratista podrá hacer un primer recobro y realizará el segundo al completar el año des de el inicio del tratamiento.

El contratista dispondrá de un termino de 90 días, a partir de finalizada la ejecución del contrato para presentar recobros por este concepto, con el objeto de permitir la liquidación del Fondo de Reaseguro. Cualquier déficit será descontado del último pago de la UPCM y cualquier remanente en exceso será devuelto a los contratistas en función de su numero de afiliados, para que la ejecución final del Fondo iguale los ingresos y los gastos.

5. CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

De acuerdo a la presente modalidad de selección, se determina la oferta mas favorable será "la ponderación de los elementos de calidad y precio soportados en puntajes o formulas", discriminado de la siguiente manera:

CONCEPTO	VERIFICACIÓN
ASPECTOS JURÍDICOS	HABILITADO / NO HABILITADO
EXPERIENCIA	HABILITADO / NO HABILITADO
ASPECTOS TÉCNICOS	HABILITADO / NO HABILITADO
ASPECTOS FINANCIEROS	HABILITADO / NO HABILITADO

Los proponentes habilitados en todos los aspectos tendrán derecho a que sus Propuestas sean calificadas, lo cual se hará con base en aspectos de calidad del servicio de conformidad con la siguiente distribución para cada departamento y la calificación final tomara en cuenta el promedio ponderado por población afiliada:

FACTORES DE ESCOGENCIA		PUNTAJE MAXIMO
IPS ACREDITADAS	El proponente con más de 100 puntos de calificacion en la red de servicios en III nivel de complejidad o 50 en II nivel, que presente dentro de su red de servicios de salud en la región a ofertar, y presente el mayor número de IPS acreditadas, obtendrá 200 puntos y los demás se establecerán mediante regla de tres.	200
RED DE SERVICIOS PRINCIPAL	La red de servicios se calificará por departamento, con la sumatoria de la red de segundo y tercer nivel de complejidad ofrecida. La calificación se hará por cada sede de IPS presentada como parte de la red. La sede de la IPS debe haber comprometido en documento escrito con el proponente la totalidad de los servicios habilitados en la sede o tan sólo algunos servicios de las IPS para conformar la red. Los servicios comprometidos en el documento serán los únicos puntuables.	400

	Los servicios comprometidos serán puntuables sólo si están debidamente inscritos en el REPS. Se puntuara de la siguiente manera: Tres puntos por cada cama hospitalaria ofrecida en cuidados intensivos, adultos o niños, unidad de quemados adultos o niños. Dos puntos por cada cama hospitalaria ofrecida en todos los demás servicios. Tres puntos por cada servicio quirúrgico habilitado en tercer nivel de complejidad Dos puntos por cada servicio quirúrgico habilitado en segundo nivel de complejidad Tres puntos por cada servicio especializado en consulta externa de tercer nivel de complejidad Dos puntos por cada servicio especializado en consulta externa de segundo nivel de complejidad. Tres puntos por cada servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de tercer nivel de complejidad Dos puntos por cada servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de tercer nivel de complejidad. La puntuación obtenida por la totalidad de las sedes de IPS ofrecidas en el departamento de segundo y tercer nivel de complejidad será sumada para obtener un puntaje total en el departamento. Los puntajes de cada proponente en el departamento (parte de la propuesta de red de la regional por la que se concursa) serán comparados. El proponente que obtenga el mayor puntaje obtendrá 400 puntos y los demás obtendrán el puntaje proporcional según regla de tres. Finalmente la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem Red Principal.	
RED DE SERVICIOS ALTERNA	Para la red alterna se utilizará el mismo método de calificación, previa comprobación de su no repetición con la red principal. Los puntajes de cada proponente en el departamento (parte de la propuesta de red de la regional por la que se concursa) serán comparados. El proponente que obtenga el mayor puntaje obtendrá 200 puntos y los demás obtendrán el puntaje proporcional según regla de	200

	tres. Finalmente la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem Red Alterna.	
PUNTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CADA DEPARTAMENTO	Se calificará de la siguiente manera. La red de farmacias ambulatorias ofrecida se calificará por la sumatoria de los puntos de dispensación ofrecidos en cada departamento. Los puntos de dispensación ambulatorios regulares, que entreguen medicamentos para la mayoría de los tratamientos se calificarán con un punto. Los puntos de dispensación que entreguen al menos el 90% de los medicamentos considerados de alto costo, medicamentos no POS y medicamentos especiales para enfermedades huérfanas, se calificarán con tres puntos. Finalmente la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem puntos de dispensación. Si se ofrece servicio de dispensación domiciliaria en el departamento se especificará por cada municipio ofrecido y puntuará cinco puntos en ciudades de más de 100.000 habitantes, tres puntos en ciudades entre 20.000 y 100.000 habitantes y un punto en los municipios menores de 20.000 habitantes. Los puntajes de cada proponente obtenidos en el departamento (parte de la propuesta de red de la regional por la que se concursa) serán comparados. El proponente que obtenga el mayor puntaje obtendrá 200 puntos y los demás obtendrán el puntaje proporcional según regla de tres. Finalmente la calificación obtenida por el proponente en cada departamento será ponderada por población afiliada para obtener el puntaje final del proponente para la región en el ítem Servicios Farmacéuticos.	200
TOTAL		**1.000**

6. ANALISIS DE RIESGOS CONTRACTUALES PREVISIBLES

El documento contentivo de análisis de riesgos contractuales previsibles se publicará como anexo en excel concomitante con el presente documento de selección de contratistas.

7.GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA

La cual deberá constituirse por el 5% del valor total de la propuesta, su vigencia se extenderá desde el momento de la presentación de la oferta hasta la aprobación de la garant ía de cumplimiento del contrato.

La garantía de seriedad de la oferta cubrirá la sanción derivada del incumplimiento del ofrecimiento, en los siguientes eventos, así:

1. La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta cuando el plazo para la adjudicación o para suscribir el contrato es prorrogado, siempre que tal prórroga sea inferior a cuatro (4) meses.

2. El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.

3. La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.

4. La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.

Para que ampare la seriedad del ofrecimiento, a favor de La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (NIT. 860.525.148-5), con una vigencia que se extenderá desde el momento de la fecha de cierre de la contratación, o de su prorroga si la hay, hasta la aprobación de la garantía que ampara los riesgos propios de la etapa contractual.

Cuando la propuesta se presente en Consorcio o Unión Temporal, la póliza deberá tomarse a nombre del consorcio o de la unión temporal, según el caso, con la indicación de cada uno de sus integrantes (no a nombre de sus representantes legales), y deberá expresar claramente que será exigible por su valor total ante el incumplimiento en que incurran cualquiera de los integrantes del grupo proponente, en todo o en parte. De igual manera deberá establecer el porcentaje de participación de cada uno de sus integrantes conforme al acta de constitución.

El proponente acepta que La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio le solicite ampliar el término de vigencia de la garantía de seriedad de la oferta.

El pago de la garantía de seriedad de la oferta, cuando ésta se haga exigible, tiene el carácter de indemnización, excepto cuando haya renuencia para la firma del contrato sin justa causa por parte del proponente seleccionado, evento en el cual la póliza s e hará exigible, y se entiende sin perjuicio del derecho que le asiste a La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, de exigir por los medios reconocidos en Colombia la indemnización de los perjuicios que con dicho incumplimiento se le hayan causado o se le llegaren a causar.

7.1 GARANTÍAS CONTRACTUALES

EL CONTRATISTA garantizará el cumplimiento de las obligaciones que adquiere con el contrato, mediante la constitución de póliza(s) con una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, con matriz aprobada por la Superintendencia Financiera, y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes la fecha de perfeccionamiento del contrato, de una garantía única, que ampare los riesgos que a continuación se mencionan:

7.1.1 PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO

EL CONTRATISTA deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 10% del valor total del contrato de acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.

7.1.2 PÓLIZA DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL CONTRATISTA deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 10% del valor total del contrato de acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.

7.1.3 PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

EL CONTRATISTA deberá constituir esta póliza con el amparo a terceros derivada de la ejecución directa del contrato o a través de sus subcontratistas, equivalente al 5% del valor del contrato y el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) SMMLV y la vigencia

7.1.4 PÓLIZA DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES:

El CONTRATISTA deberá constituir dicha póliza por el 5% del valor total del contrato, vigente por el término de ejecución del contrato y tres (3) años más.

7.1.5 PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA:

El CONTRATISTA deberá constituir dicha póliza por el 10% del valor total del contrato por un término igual al mismo y tres (3) años más.

Las vigencias de todos los amparos deberán ajustarse a las fechas de suscripción del contrato, y de la terminación del plazo de ejecución del mismo, según sea el caso. El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al CONTRATISTA de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

El CONTRATISTA deberá mantener vigente las garantías, amparos y pólizas a que se refiere esta cláusula y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se impongan.

Si el CONTRATISTA no modifica las garantías, éstas podrán variarse por la aseguradora o banco a petición de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y a cuenta del CONTRATISTA quien por la firma del contrato que se le adjudique autoriza expresamente a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para retener y descontar los valores respectivos de los saldos que hubiere a su favor, sin que por ello se entienda que la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio asume la responsabilidad de la ampliación de los amparos y pago de las primas, los cuales son responsabilidad del contratista.

En la Garantía debe quedar expresamente consignado que se ampara el cumplimiento del contrato.

Estos mecanismos de cobertura son requeridos por la FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM teniendo en cuenta que el objeto de las mismas, sirven para respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surgen a cargo del contratista frente a la administración y /o terceros, por razón de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

7.1.6 RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA

Cuando el contratista incumpla su obligación de obtenerla, ampliarla o adicionarla deberá restablecerla a más tardar dentro de los cinco días siguientes al requerimiento efectuado por el Ordenador del Gasto o Competente Contractual.

El contratista deberá mantener indemne a la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones propias de éste, y que se originen como consecuencia de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

8. ANALISIS DEL SECTOR

8.1 PERSPECTIVA TÉCNICA:

Los modelos de atención son descritos en la literatura científica de salud como instrumentos que buscan modificar los mecanismos de intervención tradicionales sobre un problema de salud, sobre la base de nuevos elementos conceptuales que sustentan a su vez nuevas formas de aproximación al problema de salud, las que pretenden convertir en normativas dentro de un Sistema de Salud. Por ello se citan frecuentemente en áreas donde los modelos previos están más cuestionados.

Igualmente 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 costeables 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.

También los modelos de atención implican una organización planificada del tránsito de los pacientes por los niveles de complejidad de un Sistema de Salud y los sistemas de referencia. Cuando los niveles de atención no están claramente definidos en un Sistema deben revisar las barreras de acceso para lograr la atención adecuada de acuerdo con las condiciones y necesidades específicas de los pacientes.

La perspectiva de los derechos del paciente debe estar siempre presente frente a las formulaciones del modelo, para que en conjunto sea posible construir el mismo con criterios de eficacia, eficiencia, aplicabilidad local, viabilidad financiera, jurídica y cultural, y relacionados coherentemente con los contenidos de las guías de atención en salud.

Finalmente, el modelo debe recomendar las adecuaciones normativas e institucionales necesarias para modificar los mecanismos de intervención tradicionales sobre el problema de salud, definir la información obligatoria que deben reportar los actores del Sistema para evaluar su implementación y para medir los resultados en términos de las prioridades, líneas de acción y estrategias definidas.

El Modelo Vigente - Que se entiende por el Modelo de Salud del Magisterio?

Cuando se habla del Modelo de Salud del Magisterio se habla de una totalidad que incluye muchos elementos que lo componen, como Cobertura y Plan de Beneficios, Modelo de aseguramiento, Modelo de financiación y pago, Modelo de contratación de servicios, Modelo de

prestación de servicios. Esta revisión, análisis y propuesta de mejoramiento incluye por tanto todos estos componentes interrelacionados, que en conjunto, determinan la calidad de los servicios de salud del Magisterio.

Los anteriores elementos se encuentran definidos por Leyes, Decretos, Acuerdos del Consejo Directivo del FOMAG, documentos e informes de asesores y una tradición incluso en los documentos relacionados con anteriores contratos y documentos de selección de contratistas y la experiencia positiva y negativa derivada de ellos.

Los ajustes y debates más importantes en la trayectoria histórica han tenido que ver con la cobertura del Plan de Beneficios, la fórmula de pago establecida y su suficiencia, los operadores-prestadores del servicio de salud y sus competencias, la definición de regiones de operación, el traslado del riego a los operadores-prestadores los mecanismos de gestión del riesgo y reaseguro para enfermedades de alto costo, la auditoria.

Los problemas repetitivos tienen que ver con la accesibilidad a los servicios, la suficiencia de los mismos, los demás atributos de calidad e integralidad del servicio (oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad), el flujo oportuno de recursos hacia los prestadoresoperadores y de estos hacia las IPS contratadas, la respuesta a las quejas y reclamos de los afiliados, la posición dominante de los operadores-prestadores, entre otros.

Cobertura y Derechos: Plan de beneficios

El plan de Beneficios actual, que establece los derechos de los cotizantes y beneficiarios del Sistema de Salud del Magisterio, está descrito en el APENDICE 3 A :PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL MAGISTERIO, DOCUMENTOS DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PROCESO DE SELECCIÓN No. LP - FNPSM 003 de Octubre de 2011, a su vez basado en los Acuerdos 6 de Noviembre de 2011, 2 de 2008 y 4 del 2004, del Consejo Directivo del FOMAG.

Contesta la pregunta ¿Qué cubre y a quien cubre el Sistema de Salud el Magisterio?

Se requieren los siguientes ajustes al Apéndice 3ª, en relación con el Plan de Beneficios:

Ajuste en exclusiones

Debe retirarse el Glucómetro de las exclusiones (5.3), instrumento de diagnóstico indispensable para el manejo y empoderamiento del paciente diabético, una de las patologías prioritarias de los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, máxime cuando este elemento técnico ya se entrega hace algunos años en el SGSSSS.

Garantía del derecho preferencial al régimen exceptuado de cónyuges trabajadores

Como lo ha señalado también el Asesor Jurídico, debe garantizarse el derecho al régimen exceptuado de los cónyuges de los cotizantes y pensionados. Para controlar la multiafiliación debe establecerse el procedimiento para notificar a los respectivos patronos que no pueden afiliarse a una EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado por estar afiliados al Régimen Exceptuado, pues no se considera ajustada a derecho la fórmula establecida en el Acuerdo 6 de 2011 que hace parte de los Pliegos Publicados en octubre de 2011.

El Pliego anterior con base en el Acuerdo 6 establece, en el punto 3, Cobertura, ordinal B) “El cónyuge o compañero permanente cuando no esté afiliado al SGSSS en calidad de cotizante”. Debe suprimirse esta condición y cambiarse por el requisito de notific ar a su patrón la pertenencia al régimen exceptuado y su obligación de cotizar en salud al FOSYGA. Igualmente, si realiza trabajos independientes debe cotizar en salud al FOSYGA.

Supresión del requisito de certificado de estudios de los hijos entre 18 y 25 años.

El Pliego anterior, con base en el Acuerdo 6 de 2011 también establece en el punto 3, ordinal D) el derecho de los hijos de los afiliados entre 18 y 25 años, pero señala la necesidad de demostrar que cursan estudios formales y que deben presentar como prueba recibo y pago de matrícula.

El ordinal debe modificarse suprimiendo estos requisitos, por cuanto ya han sido suprimidos en el SGSSS. Igualmente si entran a trabajar no pierden el derecho y deben cumplir el requisito de notificar a su patrón la pertenencia al régimen exceptuado y su obligación de cotizar en salud al FOSYGA. Igualmente, si realiza trabajos independientes debe cotizar en salud al FOSYGA.

Cobertura del transporte intra-municipal en el caso de poblaciones dispersas.

El Sistema de Salud del Magisterio, incluye en los actuales contratos la obligación de los contratistas de pagar el costo del transporte intermunicipal a los afiliados, y a sus acompañantes cuando es necesario, en los casos que son remitidos a distintos servicios en otro municipio, si el costo de este transporte supera un salario mínimo diario.

Sin embargo, el problema aquí expuesto, y ya planteado en algunos estudios sobre el funcionamiento del SGSSS en la Costa Pacífica o la Amazonía, se traduce en grandes dificultades de acceso a la consulta médica general, relacionados con largos trayectos y el alto costo del transporte fluvial, costo que según los actuales contratos no es cubierto a los afiliados. Tanto en la Costa Pacífica como en la Amazonía el costo del transporte fluvial a un hospital local puede superar los diez salarios mínimos diarios para un viaje de ida y regreso al servicio básico de salud para un afiliado y su acompañante.

Como se busca garantizar el acceso a los servicios y que la UPC pagada se traduzca efectivamente en servicios, se observa la necesidad de superar esta barrera de acceso, geográfica y en la práctica económica para las poblaciones dispersas.

Por lo cual se recomienda pagar el costo del transporte intramunicipal a los afiliados, y a sus acompañantes, cuando es necesario, en las poblaciones dispersas, siempre y cuando el costo del transporte supere un salario mínimo diario.

Portabilidad

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

En primer lugar se propone la eliminación del carnet y que sea suficiente la cédula de ciudadanía para demandar servicios, sobre la seguridad de 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 operadores-prestadores deben facilitar carta remisoria al operador-prestador del lugar de destino para que garantice la continuidad del servicio por el periodo solicitado, no mayor de seis meses, y pase al operador-prestador remitente la cuenta de cobro respectiva.

Desplazamiento programado por tiempo mayor de seis meses. En este caso se solicitará al asegurador el cambio del afiliado a otra región con su correspondiente per cápita.

Proceso de incorporación de normas especiale s para asegurador y proveedores.

En este punto resulta de especial importancia considerar la amplia normatividad expedida que aplica al Régimen de Salud Magisterio, aparte de las normas relativas al Sistema de Calidad en salud, sobre las cuales ya existía claridad. Como señala el concepto del Asesor Jurídico: "De la revisión de los textos reglamentarios que se han citado se puede observar como a partir de la Ley 100 de 1993 se han expedido un número importante de Decretos que involucran a los regímenes exceptuados incluido por supuesto el del FNPSM y que por tanto se observa como cada vez las disposiciones reglamentarias pretenden no dejar de lado estos regímenes que se consideran fundamentales para una regulación integral del sector en el país.

En materia de Resoluciones se puede observar un comportamiento similar y por ello se hará referencia a aquellas que se consideran claves y relevantes para definir de manera integral el marco jurídico aplicable en el caso del magisterio.

Tienen especial relevancia entre las anteriores las normas relacionadas con el Sistema de Información, las normas relacionadas con poblaciones especiales, con protección constitucional, las normas sobre medicamentos y las normas sobre Inspección, Vigilancia y Control.

Modelo de Aseguramiento en salud aplicable al FOMAG

La fuente de la presencia de un modelo de aseguramiento en salud aplicable al FOMAG, yace en la Ley 91 de 1989, cuando establece que "El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio atenderá las prestaciones sociales de los docentes nacionales y nacionalizados que se encuentren vinculados a la fecha de la promulgación de la presente Ley" , en especial en el Artículo 5 donde señala entre los objetivos del Fondo: "2. Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo."

Objetivo, de origen legal, que se encuentra altamente alineado y desarrollado en detalle en el actual contrato de fiducia mercantil (incluido en el Otro Si del 29 de diciembre de 2015), que liga al Ministerio de Educacion Nacional (fideicomitente) con Fiduprevisora (Fiducia) para la administración del FNPSM.

Como las entidades de la seguridad social clásica, un fondo o caja garantiza las prestaciones sociales en sus varios componentes (prestaciones económicas y prestaciones en salud), mediante la mutualización de los aportes, que permite garantizar la cobertura financiera de los riesgos en tres grupos, el seguro clásico de enfermedad general y maternidad, el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el seguro de invalidez vejez y muerte.

Artículo 3º.- Créase el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la Comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional".

Pero para garantizar las prestaciones sociales (y sólo nos referiremos al seguro de enfermedad general y maternidad), no basta constituir un Fondo Cuenta que reúna los recursos y pague por cada contingencia. Ello implica necesariamente las siguientes funciones, que se han tornado cada vez de más alta complejidad técnica y de consumo de recursos.

1. Manejar el riesgo en salud, de acuerdo con las coberturas establecidas delseguro

- El manejo del riesgo financiero en salud, es decir la política de control del gasto compete obviamente al responsable del Fondo y dada esta responsabilidad puede considerarse lógicamente indelegable. En ella se incluye la responsabilidad de incluir o excluir un afiliado, hecho con implicaciones legales, la determinación de las coberturas del seguro y la creación de formas de distribución del riesgo en salud de los afiliados. (Reaseguros)

2. Determinar, dirigir, controlar y supervisar el modelo de prestación de los servicios de salud.

- Garantizar las prestaciones asistenciales en salud implica cuando menos tres sub procesos complejos: el primero relacionado con el direccionamiento del modelo de atención a implementar, compatible con el modelo de manejo del riesgo que se haya determinado; el segundo, la organización de la prestación de servicios a través de redes que incluyen y coordinan a múltiples Instituciones Prestadores de Servicios de Salud para satisfacer las necesidades de atención de los afiliados y, el tercero, la prestación de los servicios propiamente dicha por parte de IPS habilitadas. El primero obviamente es indelegable, el segundo puede ser delegada o no, pero si se delega debe ser bajo el direccionamiento estricto del primero. El tercero es delegable en su totalidad.

- Para cumplir estas funciones misionales se requiere, como en todos los casos de responsabilidad de cobertura de seguros o riesgos, poderosos sistemas de información para el control en tiempo real de los servicios y del gasto.

3. La representación del afiliado

- Es indispensable cumplir y desarrollar esta otra función misional, igualmente compleja en términos técnicos, que no puede evadirse en términos legales, pues implica defender al afiliado ante los prestadores, auditar la calidad de los servicios de salud y responder ante la justicia ante las demandas de incumplimiento de los derechos de los afiliados.

En los años recientes no ha habido claridad sobre cuáles de estas funciones pueden ser delegadas o no y cuando deben ser asumidas o delegadas y que implicación tiene ello en términos de recursos. Los intentos de delegar muchas funciones misionales, sin poder delegar la responsabilidad sobre las mismas, acaban significando graves problemas en la obligación de garantizar los servicios de salud, en términos económicos, en términos de garantía de acceso a los servicios y en términos de calidad, además de implicaciones legales.

Adicionalmente, el avance en la normatividad general del sector salud y la evolución del derecho fundamental a la salud, hace más cada día más complejas estas funciones y por ende más costoso asumir plenamente estas responsabilidades.

Todo ello sin mencionar las complejidades del manejo de los otros dos seguros (riesgos laborales y pensiones).

Asumir competencia indelegable de afiliación por parte del FOMAG

En los procesos de contratación previos se encuentra algún grado de delegación de la función de afiliación en los operadores-proveedores. Como quiera que la función de afiliación implica definir quién es y quien no es un afiliado del Magisterio y, una vez definido que esta persona tienen derecho a pertenecer al régimen exceptuado, incorporarla en la base de datos de afiliados y responder financieramente por sus servicios de salud, esta función corresponde exclusivamente al asegurador y no puede ser delegada.

El FOMAG debe ser por tanto la única instancia competente para incluir o excluir un afiliado en el Aseguramiento en Salud del régimen exceptuado del Magisterio (EGM) y, por tanto, con competencia para decidir por que ciudadanos responde, de acuerdo con las normas legales y los Acuerdos del Consejo Directivo del FOMAG sobre cobertura de beneficiarios del Régimen.

De igual forma es la única competente para establecer quienes son los asegurados por el seguro correspondiente a Invalidez, Vejez o Muerte (pensiones) y por el seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral (ATEL).

Para este efecto, la FOMAG debe apoyarse en convenios con la Registraduría y el FOSYGA (multiafiliación) y debe contar con una base de datos permanentemente actualizada, la que comunicará con periodicidad mensual a los operadores-proveedores.

Los Operadores Proveedores 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 afiliado e inclusión en la base de datos debe ser competencia exclusiva de FOMAG.

Por la misma razón debe sistematizar los procedimientos e instrumentos de afiliación y desafiliación, actualmente inexistentes.

Reforzar competencia indelegable de manejo del riesgo en el FOMAG

Se hace necesario el desarrollo de un Sistema de Información poderoso para el control de la gestión del servicio de salud y control del riesgo, con información en tiempo real.

Es igualmente requerido reforzar la competencia de FOMAG para desarrollar y ac tualizar la Nota Técnica sobre manejo del aseguramiento, que incluye: cálculo de riesgo, análisis de suficiencia de la UPCM e indicadores de gestión, a nivel departamental, con todos los componentes técnicos y actuariales que requiere el equipo técnico y directivo del asegurador, de tal modo que se evidencien desviaciones de frecuencias y gastos de inmediato para tomar decisiones oportunas y no sobre análisis extemporáneos.

Para que dicho conocimiento y experticia pueda ser asumida por el asegurador, aparte de la entrega de información precisa, se requiere un proceso de capacitación y de práctica sobre el manejo de las bases de datos, el procesamiento de la información para el análisis, la construcción y seguimiento de indicadores y cálculo del riesgo por las distintas variables de análisis, que permita dejar en funcionamiento permanente el sistema de gestión del aseguramiento en la entidad.

Reforzar competencia de agenciamiento y representación del usuario en el FOMAG. Creación de Coordinaciones regionales.

Como quiera que la cabeza del Sistema de Prestaciones Sociales del Magisterio, el FOMAG, su Consejo Directivo, acabarán siempre respondiendo en última instancia por las prestaciones a que tienen derecho los maestros y sus familiares, así como por las acciones legales que entablen quienes consideren tienen un derecho que ha sido vulnerado, bien sea mediante tutelas, procesos civiles, laborales o de otra índole, es necesario reconocer la importancia de la función de agenciamiento y representación del usuario.

Reconocer la importancia de la función de agenciamiento y representación del usuario implica que se puede delegar la prestación de los servicios de salud, pero no se puede delegar la responsabilidad sobre la calidad y oportunidad de los mismos. Supone igualmente que es necesario planear, dirigir, coordinar, supervisar, vigilar y controlar la prestación de los servicios de salud contratados.

Por otra parte, implica organizar los mecanismos de atención de peticiones, quejas y reclamos de los afiliados, relacionadas con la calidad del servicio, así como las instancias a las que el afiliado debe acudir progresivamente para presentar sus reclamaciones y exigir soluciones a los problemas de servicio.

La inexistencia de una dependencia regional del FOMAG para supervisar, vigilar y controlar los servicios de salud trae como consecuencia una falta de control sobre la oportunidad y calidad

de los servicios prestados, que permita tomar correctivos sobre la marcha, y una acumulación y agravamiento de problemas que podrían haberse solucionado en cada región si existiese una instancia más cercana a los afiliados para atender sus problemas, quejas y reclamos.

Se plantea por tanto la necesidad de crear las coordinaciones regionales, que significarán una permanente supervisión sobre los servicios de salud disponibles y prestados, y una primera instancia de respuesta ante los problemas presentados, instancia necesaria para que las reclamaciones no acaben convirtiéndose automáticamente en demandas o tutelas por la vía judicial, dirigidas todas a la cabeza del Sistema Previsional (Fomag).

Debe tenerse en cuenta que las auditorias, a las cuales se les delegan funciones de vigilancia y control, no están diseñadas para resolver sobre la marcha problemas relacionados con la prestación de servicios, en conjunto con el operador-proveedor, sino, por el contrario, para dejar constancia calificada de los incumplimientos presentados, lo que supone acciones a posteriori, con efectos e implicaciones legales.

Reforzar competencia de representación del usuario en el FOMAG. Creación de Defensor del Usuario de la Salud

El Artículo 48 de la Constitución establece la protección al consumidor como un derecho colectivo. Es la base de las normas encaminadas a garantizar el derecho del consumidor, como las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, específicamente para el sector salud.

El Defensor del Usuario de Salud del Magisterio será la instancia autónoma de vocería, resolución objetiva de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios de salud, en relación con las entidades prestadoras de servicios de salud. Debe tener presencia a nivel nacional para conocer de aquellos casos en los que se estén vulnerando los derechos de los Usuarios del Sistema de Salud del Magisterio.

La defensoría lleva la vocería de los usuarios en forma autónoma, es decir no integra las instancias administrativas y no tiene costo alguno para los usuarios. Su autonomía le permite conocer las quejas, peticiones y reclamos de los usuarios, gestionar y dar traslado de dichas PQR ante las Instituciones de la red de prestación de servicios, los operadores prestadores, FOMAG e incluso el Consejo Directivo del FOMAG cuando lo considere pertinente.

Para el desarrollo de su gestión podrá requerir la información pertinente para hacer seguimiento a la conducta de los prestadores y recomendar acciones de mejoramiento, o denunciar conductas recurrentes y situaciones de incumplimiento.

Igualmente para el desarrollo de su gestión se requiere un proceso de informac ión y capacitación a los afiliados sobre la labor de la Defensoría del Usuario de la salud.

Reforzar competencia del modelo de Dirección y Administración del FOMAG. Creación de Coordinaciones regionales

Se ha señalado previamente que garantizar las prestaciones asistenciales en salud implica cuando menos tres sub procesos complejos: el primero relacionado con el direccionamiento del modelo de atención a implementar, compatible con el modelo de manejo del riesgo que se haya determinado; el segundo, la organización de la prestación de servicios a través de redes que incluyen y coordinan a múltiples Instituciones Prestadores de Servicios de Salud para satisfacer las necesidades de atención de los afiliados y, el tercero, la prestación de los servicios propiamente dicha por parte de IPS habilitadas.

Igualmente se señaló que el primer proceso de direccionamiento del modelo de servicios de salud es indelegable, el segundo, relacionado con el manejo del riesgo puede ser compartido con los operadores- proveedores, es decir parcialmente delegado o no, pero si se delega debe ser bajo el direccionamiento estricto del FOMAG. Finalmente, que sólo el tercer proceso, la

prestación de los servicios propiamente dicha que es obligatoriamente delegada a instituciones habilitadas (clínicas y hospitales).

Para cumplir estas funciones misionales se requiere, por una parte, como en todos los casos de responsabilidad de cobertura de seguros o riesgos, poderosos sistemas de información para el control en tiempo real de los servicios y del gasto, pero también es preciso señalar, de otra parte, que ninguna administración lejana o a distancia funciona con efectividad. Elementos claves de la prestación de servicios como la accesibilidad, así como la operatividad de los sistemas de referencia y contra-referencia de pacientes y la aplicación de los modelos de prestación de servicios que garanticen pertinencia, oportunidad y seguridad, deben ser monitoreados en la red de servicios de cada departamento, para exigir soluciones rápidas y ajustes a los proveedores responsables de la red.

Por lo anteriormente señalado, se considera necesaria la presencia permanente de una representación del FOMAG en cada región, con cabeza en un experto en administración de servicios de salud, la misma Coordinación propuesta para agenciamiento y representación del usuario, debidamente conectada con la Gerencia de Salud del FOMAG.

Reaseguro para tratamientos de alto costo.

El manejo del riesgo financiero en salud, es decir la política de control del gasto compete obviamente al responsable del Fondo y dada esta responsabilidad puede considerarse lógicamente indelegable. En ella se incluye la responsabilidad de incluir o excluir un afiliado, hecho con implicaciones legales, la determinación de las coberturas del seguro y la creación de formas de distribución del riesgo en salud (mecanismos de reaseguro).

La definición técnica de seguro implica que un grupo de personas decide conformar un fondo (mecanismo de solidaridad) para que cada uno de los integrantes del grupo (pool de riesgo), esté protegido financieramente en caso de ser afectado por un determinado riesgo.

La definición técnica de reaseguro implica a su vez que un grupo de aseguradores o responsables del riesgo conforman a su vez un fondo para protegerse conjuntamente (solidariamente) del riesgo financiero por exceso de costo o frecuencia del riesgo que estaban asegurando.

Sin embargo, hay al menos tres formas de trasladar el riesgo en esquemas de reaseguros:

1). Trasladar todo el riesgo.
2) Distribuir el exceso de riesgo a través de un tercero, trasladando tan solo el exceso, (todos ponemos un poco para distribuir los excesos de cada uno), y
3) Ajuste por riesgo, ex – post por parte del financiador. Es el esquema del medicare donde un financiador único reconoce el exceso de frecuencias de determinadas patologías a quienes las hayan experimentado.

En el mercado usual de reaseguros (seguros para proteger el riesgo de los aseguradores) se suele distribuir el exceso de riesgo mediante un tercero. En esta modalidad se manejan dos enfoques posibles, cuyas diferencias resultan claves. Por una parte, se comercializan reaseguros de exceso de costo, que reconocen cualquier evento o riesgo individual que cueste más de determinada cantidad, (por ejemplo de 100 millones en adelante en terremoto o transporte), con lo que el reaseguro paga al asegurador ese exceso de costo por siniestro. Por otra, se comercializan reaseguros por exceso de riesgo o frecuencia; por ejemplo si se estima el siniestro de 100 vehículos por robo en el año y se presentan 120, ese caso los 20 adicionales son recobrables al reasegurador. Este último también se comercializa como exceso tot al de costo agregado de un riesgo cubierto (incendio, terremoto; etc.)

Para el caso de las pólizas de “enfermedades de alto costo”, en Colombia, lo que se ha hecho en realidad no es ni lo uno ni lo otro. La modalidad de manejo de reaseguro que hizo carrera correspondió al primer esquema, o traslado total del riesgo a un tercero. Cada EPS contrataba

con una aseguradora distinta, por lo que no se cumplió con el elemento técnico clave en seguros de conformar un pool de riesgo y un fondo solidario, que permitirá distribuir equitativamente el riesgo entre los aseguradores y protegiera a las EPS que presentaran mayor frecuencia o costo de los siniestros.

En el tipo de póliza de alto costo con traslado del total del riesgo a un tercero se nos presentaron varios tipos de problemas en la experiencia del país. Primero que ante múltiples aseguradores (EPS; ARS; Direcciones territoriales) y múltiples reaseguradores, la negociación era bilateral exclusivamente. De esta manera no existió dispersión del riesgo. Cuando por alguna razón (mejor información en los usuarios, afiliación selectiva por los alcaldes, etc.) las frecuencias aumentaron por encima de lo previsto, algunas compañías de seguros quebraron. En la otra cara de la moneda las instituciones con dificultades administrativas y de información pagaron primas muy altas sin poder realizar los reclamos con lo que algunas aseguradoras se enriquecieron.

Finalmente se ha presentado un problema adicional referente a las colas (IBNR) y las dificultades para estimar costos anuales. El número de eventos que se retrasan en el reporte, el cobro y el pago es ciertamente significativo, especialmente en las instituciones públicas (en las que muchas veces más que facturación, se hace reconstrucción histórica) con lo que las evaluaciones son difíciles de realizar y las estimaciones presentan un nivel adicional de incertidumbre.

En síntesis, la experiencia con el sistema de reaseguro de alto costo que se diseñó para el SGSSS y que ha operado para el efecto, no ha sido buena.

• En primer lugar porque la definición incluye enfermedades, intervenciones, procedimientos y servicios, indistintamente. De esta forma pueden caber en la definición casos de bajo costo.
• En segundo lugar porque no se garantizó un sistema efectivo de redistribución de riesgo los primeros años, para las enfermedades que pueden implicar selección adversa, indispensable ante la competencia de aseguradores en un mismo territorio.
• Igualmente porque generó también una tensión sobre las glosas, la auditoria y los sistemas de autorización y de información, procedimientos administrativos complejos que hizo que para muchas instituciones la experiencia fuera financieramente desastrosa.
• Finalmente, porque obligaban a colocar mucho dinero en un reasegurador al que después resultaba muy complejo cobrarle múltiples cuentas. Por ello los deducibles aumentaron continuamente para reducir el costo de la póliza de reaseguro y el número de recobros, sólo de casos en verdad de alto costo. El criterio más frecuentemente utilizado fue el de paciente/evento/año, que probablemente es el que mejor respondía a las definiciones legales existentes.

La categoría “enfermedades de alto costo” adolece de problemas en su definición, que en ocasiones se traduce en conflictos entre IPS- EPS - Aseguradora- reaseguradora. Las definiciones legales incluyen indistintamente patologías (Cáncer) síndromes (gran 17 Quemado) procedimientos (diálisis) intervenciones (cirugía cardiovascular) servicios (Unidad de Cuidado Intensivo). También presenta el problema de confundir eventos (Neurocirugía de urgencia) con "Pacientes - año" como es el caso de los enfermos crónicos. Igualmente el hecho de existir estas definiciones de carácter legal, hace que en muchos casos se incluyan eventos o tratamientos que no son de alto costo.

En el caso del Magisterio, se adoptó la misma definición de “enfermedades de alto costo” del SGSSS:

Acorde con lo establecido en la Resolución 5261/94, se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Bajo esta perspectiva y para efectos de la presente contratación, se consideran patologías de alto costo, aquellas diagnosticadas como terminales y crónicas cuya atención requiere

tratamiento continuo, prolongado y con medicamentos y procedimientos especiales, y son las siguientes como:

• Patologías Cardíacas (tratamiento quirúrgico)
• Patologías del Sistema Nervioso Central (tratamiento quirúrgico)
• Enfermedad Renal Aguda o Crónica (Hemodiálisis, Diálisis Renal, Trasplante)
• Infección por VIH,
• Cáncer (tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia)
• Enfermedades de origen Genéticas o Congénitas (tratamiento quirúrgico)
• Gran quemado (tratamiento médico quirúrgico)
• Trauma Mayor (tratamiento médico quirúrgico)
• Reemplazos Articulares (total o parcial de cadera y rodilla)
• Trasplantes de Órganos realizados en el país, que no se encuentren en etapa experimental.
• Atención en Unidades de Cuidado Intensivo.

Los servicios de Alto Costo que se tendrán en cuenta para los reembolsos con cargo al Fondo, serán los derivados de las atenciones descritas anteriormente. Adicionalmente podrán considerarse aquellas nuevas atenciones que, acorde con su competencia, sean clasificadas como de Alto Costo por el Ministerio de la Protección Social.

Las actividades de alta complejidad, estarán incluidas dentro del plan de servicios de salud ofrecido a los usuarios, siempre que se cumplan con los atributos de calidad y racionalidad técnico científica del programa, por consiguiente su consecución, atención y costo estarán a cargo del contratista.

En el Fondo de Prestaciones del Magisterio se decidió a partir 2008, después de establecer la UPCM, se utiliza la misma definición de "enfermedades de alto costo" del SGSSS, asi se 18 optó por un ajuste ex – post por exceso de riesgo o valor total de este grupo de enfermedades, intervenciones, procedimientos y servicios, por lo cual se retenía a los prestadores una parte de la UPCM (2.5%).

Cabe precisar que los actuales prestadores del Sistema de Salud del Magisterio no son aseguradores y que, aunque se pretendió trasladarles el riesgo en salud, no lo aceptaron en los procesos de contratación de los últimos años o periodos y (los prestadores de salud) están protegidos por cláusulas contractuales del desequilibrio financiero del contrato a su favor. En alguna medida, se creó el Fondo de Alto Costo como medida de reaseguro.

En los contratos de 2008 a 2012 la fórmula de recobro fue tan compleja y poco útil que no se presentaron recobros a lo largo del contrato. La fórmula para 2012 – 2016, algo más clara, permitió a los prestadores recobrar a precio por evento, los valores de alto costo anuales que superaran el 15% de la UPCM.

> *"El Fondo Único de Alto Costo es un encargo fiduciario para todas las Regiones, que tiene por objeto constituir una cuenta especial de recursos financieros administrados por la FIDUCIARIA, a efectos de cubrir el riesgo financiero que se originan por la prestación de los servicios de atención a los usuarios que padecen patologías e intervenciones definidas como de Alto Costo.*
>
> *"En este caso, la fuente de recursos del citado encargo fiduciario, será el valor porcentual determinado por el cálculo actuarial de acuerdo con los FIAS 2008 - 2011, valor que se aplicará sobre el 17.5% de la UPCM y se debitará mensualmente del valor a cancelar por capitación a cada uno de los contratistas.*
>
> *"En caso que los recursos del encargo fiduciario se agoten el FNPSM aportará los recursos que sean necesarios para mantener la cobertura del servicio.*

Los resultados de la Auditoría muestran que los recobros aceptados superan ampliamente el 17.5% previsto. En alguna forma, como en los recobros al FOSYGA por no POS, este método

genera un incentivo perverso para el incremento de la facturación por tratamientos considerados de alto costo, pues, de una u otra manera, van a significar ingresos adicionales a los prestadores.

Tabla 1: Experiencia de auditoria de alto costo

SEGUIMIENTO A OTRO SI PARA AUDITORIA DE ALTO COSTO A CORTE 10 DE NOVIEMBRE DE 2015							
REGIONAL	No. FACTURAS AUDITADA (Fras. Recibidas de marzo 2014 a abril 2015)	VR. TOTAL FACTURADO (Millones)	% AUDITADO	VR. DESCUENTO 15% INCLUIDO EN EL PAGO REGULAR DE CÁPITA (Millones)	VR. RECOBRO VR. QUE EXCEDE DESCUENTO COLUMNA ANTERIOR (Millones)	VR. PAGADO DESPUES DE AUDITORÍA (Millones)	GLOSA ACTUAL EN CONCILIACIÓN (Millones)
REGIONAL 1	95	$ 50.302	100%	$ 17.722	$ 32.580	$ 6.450	$ 26.130
REGIONAL 2	30	$ 33.676	100%	$ 22.357	$ 11.319	$ 2.190	$ 9.130
REGIONAL 3	32	$ 60.334	100%	$ 30.871	$ 29.463	$ 23.931	$ 5.533
REGIONAL 4	28	$ 42.575	100%	$ 23.438	$ 19.137	$ 18.156	$ 981
REGIONAL 5	105	$ 36.044	100%	$ 16.400	$ 19.643	$ 18.375	$ 1.268
TOTAL	290	$ 222.930	100%	$ 110.787	$ 112.143	$ 69.101	$ 43.042

Por lo anteriormente señalado, debería replantearse tanto la definición como el método de proteger del riesgo financiero por enfermedades de alto costo a los prestadores si en el inmediato futuro se sigue adoptando la fórmula del pago por capitación de la totalidad de los servicios. En una u otra forma, si el sistema de distribución del exceso de riesgo es funcional no se requiere constituir regiones muy grandes para atenuar el riesgo.

Dentro de los métodos de distribución del exceso de riesgo que puedan presentar los prestadores, el más útil para el Sistema de Salud del Magisterio es el de exceso de costo de un evento individual. Una de las consideraciones es que al tener a cargo diferentes poblaciones y territorios no existe en el Sistema de Salud del Magisterio el riesgo de selección adversa por el Grupo 2, el de mayor costo (enfermedad renal, SIDA) que obligó a un sistema específico de distribución del riesgo (incluso de pacientes) en el SGSSS para que no se concentraran estos pacientes costosos en determinados aseguradores.

Este método, en primer lugar, reduce el número de casos a ser recobrados y disminuye enormemente la carga administrativa y de auditoría. Se recobrarán y auditarán un número mucho menor de casos (aquellos con un costo superior a 50 millones de pesos por ejemplo). Una simulación realizada sobre las cifras del 2012 establece menos de 800 casos en el año con un costo superior a 50 millones de pesos. Al concentrarse la auditoria en menos casos será más precisa en la valoración de los costos y tarifas aceptables. Adicionalmente mejora el flujo de caja y la liquidez de los prestadores, pue no requiere acumular las facturas de todo un año para presentar una cuenta, muy grande y compleja de auditar, como sucede actualmente, ni tampoco quedan grandes colas (IBNR) por auditar y estimar al cierre de los periodos anuales.

En segundo lugar se establece un deducible alto, que corre a cargo del prestador, de modo que el reaseguro pague únicamente el valor que exceda de ese deducible (50 o 100 millones de pesos por ejemplo), lo que hace que el proveedor no tenga un incentivo tan grande a incrementar la facturación por alto costo y por otra parte disminuye el valor de la póliza o dinero trasladado al asegurador para cubrir el exceso de costo.

En tercer lugar, puede darse un manejo técnico del reaseguramiento por parte de expertos en seguros, independientemente del FOMAG. La tarifa del reaseguro puede estimarse año a año en función de la siniestralidad, como en cualquier operación de seguros y nunca el exceso de riesgo quedará a cargo del FOMAG, como parece suceder actualmente. Sin embargo es posible que sea asumido inicialmente por el FOMAG, sobre la base de un estimado de la UPCM que se retendría para el reaseguro y que se reajustaría trimestralmente conforme a la experiencia de reclamación, para lograr la distribución adecuada del riesgo financiero de los Operadores-prestadores.

Una propuesta que pudiera ayudar mucho a clarificar la confusión sobre los conflictos que existen en los reclamos y en las auditorias, es establecer para el recobro la definición de alto costo como la combinación entre diagnóstico e intervención; Por ejemplo "Angioplastia por enfermedad coronaria". "Hemodiálisis por IRC". Se integran diagnóstico y procedimiento, lo que permite avanzar a costos promedio por paquete de servicios. Es un sistema en uso en algunos estados de EEUU y en discusión en Uruguay. Esta definición implica que no se pueden acumular gastos (total paciente/año) por otros servicios distintos prestados al afili ado como parte del "alto costo" y que debieron corresponder a otros motivos de atención.

8.2 MODELO DECONTRATACIÓN:

REGIONES MÁS PEQUEÑAS CON GESTIÓN MÁS CERCANA AL AFILIADO. FORTALECIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE OFERTA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN CADA DEPARTAMENTO.

Existe un consenso entre los maestros, FECODE, FOMAG y el Consejo Directivo del FOMAG, en que la agrupación de la contratación de servicios de salud en grandes regiones, establecida en la contratación 2012-2016 resultó una experiencia peor que las regiones más pequeñas, definidas para la contratación 2008-2012.

La justificación de estas grandes regiones dada por los responsables de FOMAG en 2012, tenía que ver con la mejor distribución del riesgo financiero de los proveedores en regiones más grandes, donde se mezclaran departamentos con alta demanda y costo de servicios con departamentos con baja demanda y costo de servicios, vgr. Bogotá con los departamentos de la Amazonía.

Esta contratación por grandes regiones alejó demasiado a los afiliados de la cabeza responsable de los servicios en cada región y la administración lejana o a distancia de los operadores-proveedores no funcionó con efectividad, por lo que se presentan muchos fallos en condiciones claves de la prestación de servicios como la accesibilidad, así como la operatividad de los sistemas de referencia y contra-referencia de pacientes y la aplicación de los modelos de prestación de servicios que garantizaran pertinencia, oportunidad y seguridad, condiciones que requieren ser monitoreadas en la red de servicios de cada departamento.

Ante el resultado frustrante de esta experiencia, se propone actualmente el otro extremo, una contratación independiente para cada departamento. Sin embargo existen cuando menos un par de razones para no descentralizar hasta este grado. En primer lugar el hecho de que la regionalización debe conseguir integrar una red de servicios que garantice al menos un 90 al 95 % de los servicios necesarios y, por supuesto, solo una decena de departamentos cumpliría esta condición.

En segundo lugar el hecho de que, con un número de afiliados inferior a 50.000, la capacidad de negociación de tarifas con las IPS, en especial las de mayor complejidad, así como con algunos servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, e incluso medicamentos e insumos, se reduce dramáticamente. Adicionalmente los costos de administración e intermediación serían muy elevados.

En tercer lugar, las regiones deben responder a la organización natural de los departamentos que se agrupan, en términos de comunicaciones, mercados y servicios de salud, con sus sistemas de referencia y contra-referencia y ruta de la salud, de modo que no resulta aceptable que el socio de una UT con clínica de alta tecnología organice una red de servicios que obligue a confluir la ruta de servicios por su conveniencia hacia el departamento que tiene su sede, desde departamentos que naturalmente no confluyen a este, en función de la distancia, las características regionales y las vías de comunicación.

Por ello se recomienda, concepto en el que coincide el grupo de expertos y los direct ivos de FOMAG, un tamaño intermedio de regiones, que integren poblaciones entre 47.000 y 100.000

afiliados aproximadamente. Se han propuesto preliminarmente diez regiones y una región especial constituida por departamentos de la Amazonía a los que sólo se llega por vía aérea.

Los operadores-proveedores de regiones pueden contratar losservicios de alta complejidad fuera de la región, en la metrópoli más cercana, de las cinco que en el país cuentan con la totalidad de los servicios de salud, pero solamente en los casos en que no estén disponibles en el mismo departamento o región. Es decir, deben garantizar que todos los servicios disponibles en cada departamento estén incluidos en la red de servicios, para evitar remisiones innecesarias que sólo apunten a la conveniencia del contratista, pero que rompen el principio de "contigüidad" que precisan las rutas integrales de atención en salud, para garantizar que la oferta sea accesible a los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio. Este principio sólo se puede romper si no es posible contratar algún servicio a precios razonables o el existente presenta serios problemas de calidad.

CONTRATOS QUE GARANTICEN EL CUMPLIMIENTO DE LOS SERVICIOS, RESTEN LA POSICIÓN DOMINANTE DEL PROVEEDOR Y EMPODEREN MÁS AL ASEGURADOR. RÉGIMEN EXPLÍCITO Y EXPEDITO DE MULTAS, SANCIONES PARCIALES, PÉRDIDA DE DEPARTAMENTO Y CADUCIDAD O PÉRDIDA TOTAL DEL CONTRATO O REGIÓN.

Se reiteran pronunciamientos sobre la existencia de algunos proveedores que siempre han sido "los dueños" de los contratos del Sistema de Salud del Magisterio e igualmente expresan miembros del Consejo Directivo la molestia porque, no obstante serias deficiencias en los servicios, no hay forma de sancionar efectivamente a los contratistas o rescindir los contratos.

En este sentido, el mismo grupo de asesores tuvo que recomendar al Consejo Directivo del FOMAG la prórroga de los actuales contratos por cinco meses y medio, dada la inexistencia de mecanismos previstos en la contratación realizada en 2012 para el manejo de las contingencias, así como para sancionar con efectividad problemas graves en la prestación de servicios y el pago a la red hospitalaria.

Sin embargo, se deja constancia de que, para evitar esta problemática, en la nueva contratación es necesario prever ampliamente el manejo de estas contingencias, mediante el desarrollo de las herramientas técnicas y legales necesarias, para que el Sistema no se vea abocado nuevamente a estas circunstancias, donde la posición dominante del contratista resulta evidente. Se aclara que sólo la previsión, en la preparación de los documentos de selección de contratistas, evitará a posteriori la repetición de los graves problemas de servicios y la sensación de impotencia de la dirección del Sistema.

La previsión propuesta implica el desarrollo de la capacidad técnica del FOMAG en la dirección del servicio de salud, el seguimiento permanente de la gestión de los operadoresproveedores desde un Sistema de Información en tiempo real y las Coordinaciones regionales, la exigencia de red alterna obligatoria en los documentos de selección de contratistas para garantizar la previsión de contingencias, negaciones y represamientos en la prestación de los servicios, la conformación de más regiones, condiciones en la conformación de los consorcios o uniones temporales para garantizar presencia de nuevas IPS de segundo nivel que encabecen la responsabilidad de la red de servicios en cada departamento, la separación de la cápita de primer y segundo nivel de la cápita de tercer nivel de complejidad y alto costo, junto con la separación de las competencias del nivel departamental y regional de los consorcios.

Adicionalmente se plantean sistemas de estímulos y de sanciones más explícitos, que incluyan las posibilidades de recoger desde el FOMAG servicios de alta complejidad, así como de realizar pagos directos y descontarlos de la cápita del contratista, por excepción, cuando se observen serias deficiencias por parte del Operador-proveedor. Incluso se estudia por parte del equipo de asesores la posibilidad jurídica de incluir en los mecanismos de sanción la posibilidad de quitar un departamento a un operador regional y entregárselo a otra región vecina o manejarlo directamente por parte del FOMAG, para que los contratistas tengan claro que no son dueños incondicionales del contrato y que la cabeza del Sistema tiene dientes para controlar la prestación inadecuada o deficiencia en los servicios.

COBERTURA OBLIGATORIA DE RIESGOS POR ERROR O MALA PRÁCTICA MÉDICA PARA PROTECCIÓN FINANCIERA DEL FONDO COMO ASEGURADOR

Las contrataciones anteriores no han exigido a los Operadores-proveedores de servicios de salud pólizas que garanticen la cobertura de riesgos por responsabilidad civil derivada de errores o deficiencias en la práctica médica. Se recomienda que tal aseguramiento sea exigible y obligatorio en los documentos de selección de contratistas y contratos, por ser esta cobertura propia de los Sistemas de Salud en el mundo, necesaria para proteger los derechos de los usuarios y la seguridad del paciente, e igualmente proteger financieramente al FOMAG por demandas de este tipo. Además se constituye en un desestimulo a la mala práctica y a la falta de previsión de accidentes en las instituciones de salud.

Las pólizas tradicionales de cumplimiento y calidad acostumbradas en nuestra legislación contractual no son tan relevantes en la contratación de los servicios de salud, en la cual no interesa como en las obras públicas la recuperación del dinero ante el incumplimiento, pues de darse el incumplimiento o la demostración de falta de calidad, quiere decir que ya se ocasionó un grave problema social y una daño a la imagen institucional, que son irrecuperables.

INCORPORACIÓN DE CALIFICACIÓN POR CAPACIDAD RESOLUTIVA DE INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD, PRESENTADAS EN LA PROPUESTA EN CADA DEPARTAMENTO

Se recomienda la incorporación en la calificación de la capacidad resolutiva de la IPS de segundo nivel que el Operador-proveedor presente como cabeza de la red de servicios en cada departamento. Como se señaló previamente es de trascendental importancia en la conformación de las rutas de atención garantizar el principio de contigüidad y la mayor resolutividad del servicio en el mismo departamento, mediante la exigencia de oferta en el mayor grado posible del componente complementario de prestación en el mismo departamento. De esta forma se evita que un proveedor fuerce las remisiones a muchos servicios especializados al departamento donde tiene su sede central o principal, generalmente de tercer nivel de complejidad por conveniencia, causando serias dificultades de transporte y accesibilidad a los afiliados.

EXIGENCIA DE RED ALTERNA DEFINIDA PARA MANEJO DE CONTINGENCIAS EN LA OFERTA DE SERVICIOS

Debe ser condición indispensable en el Sistema de Salud del Magisterio que los operadores 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 legislación colombiana hace innecesaria esta red para los servicios de urgencias, que pueden ser demandados en cualquier institución de salud sin requisito previo alguno.

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.

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 el Comité de Seguimiento y Evaluación de los Servicios (explicación posterior) que un represamiento importante de los mismos 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.

MODELO DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

GARANTÍA DE CUIDADO DE LA SALUD DE LOS AFILIADOS POR COORDINACIÓN DE SERVICIOS EN CADA DEPARTAMENTO, MEDIANTE DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO Y GESTIÓN DEL RIESGO EN FUNCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS PREVALENTES.

El Proveedor deberá contar con una Coordinación a nivel departamental, responsable de la administración de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria.

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 departamental debe garantizar el desarrollo de los programas de promoción y prevención de la salud y la operación estandariza de los programas de prevención secundaria en las sedes propias de las ciudades capitales o ciudades mayores de 100.000 habitantes (sedes A y B) para el manejo de los principales riesgos de salud que aquejan a la población afiliada al Sistema de Salud del magisterio.

El afiliado, la familia y los cuidadores son responsables de propender al autocuidado, el cuidado de su familia y el de su comunidad. Para ello debe contar con información que debe ser suministrada por los agentes institucionales del Sistema.

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 primer y segundo nivel de 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 bas ada 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 este 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 FOMAG para el seguimiento de grupos de riesgo.

En todos los municipios se garantizará la prestación de servicios de primer nivel de complejidad y en todas las ciudades intermedias donde haya servicios de segundo nivel se integrarán las especialidades básicas a la red de servicios para evitar desplazamientos innecesarios en la ruta de atención del paciente. En las capitales y ciudades mayores de 100.000 habitantes se dispondrá de sedes propias que integrarán servicios de primer y segundo nivel de complejidad y los programas de control de riesgos prioritarios.

Los programas materno-infantiles deben operar en las sedes propias tanto de ciudades capitales como de ciudades mayores de 100.000 habitantes. En cada departamento deberá existir un responsable del programa de salud mental, coordinando los procesos de atención de los pacientes.

Se ha planteado a los miembros de FECODE la necesidad de que informen al FOMAG sobre aquellos corregimientos y municipios que por razones de accesibilidad geográfica prefieran estar asociados a la red de otro departamento, para disponer la ubicación de estos afiliados en el departamento más conveniente a la mejor integración de su red de servicios.

Cada operador-proveedor debe presentar la red de tercer nivel de complejidad completa para atender a los afiliados, en primer lugar a partir de la red disponible en cada departamento, en segundo de la disponible en la región y presentará finalmente las IPS que completen la red de servicios para aquellas tecnologías y procesos diagnósticos y terapéuticos no disponibles en la región, en la gran ciudad más cercana.

INCORPORACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN SALUD, PARA FACILITAR EL APOYO TECNICO-ADMINISTRATIVO Y LA COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS.

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencias y contrareferencias por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica por interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutividad 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 información y la comunicación en salud, tanto en el área administrativa como asistencial, es esencialmente necesaria. Se propone que en el proceso de concurso obtengan mayor puntaje los oferentes que propongan mayor incorporación de 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 no solo al paciente en lugar de la movilidad de este para acercarlo a la tecnología, sino de la relación y conectividad de las red prestadora con su entidad responsable del pago (ERP) en los items 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 (FOMAG), o por ejemplo la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entres sus actores, o por ejemplo los beneficios de la automatización de un sistema de referencia y contrareferencia con su respectiva trazabilidad.

CREACIÓN DE COMITÉS DEPARTAMENTALES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Para garantizar un mecanismo permanente de seguimiento y evaluación de la prestación de servicios en cada Departamento, se propone la regularización de los Comités Departamentales de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud.

Bimestralmente el Coordinador Departamental de Servicios debe citar el Comité Departamental de Seguimiento y Evaluación, al que asistirán, además del Coordinador Departamental, el Secretario de Educación Departamental o su representante, delegados del Comité Regional de Fecode, el Gerente Regional del Operador-proveedor de servicios en la región y el Coordinador Regional del FOMAG, el representante del Defensor del Usuario y de la Auditoría contratada por el FOMAG.

De todas las reuniones se llevará acta en la que se consignen los problemas y avances en la organización y prestación de los servicios de salud a los afiliados del departamento en el último bimestre, así como las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados. De las actas s e remitirá copia a la Gerencia del Proveedor y al FOMAG.

El Comité tendrá la competencia de ordenar la apertura de la red alterna del proveedor por un plazo determinado cuando se compruebe un importante represamiento, inaccesibilidad o negación continuada de cualquier servicio en la red del departamento o en las referencias al tercer nivel de complejidad.

SEPARACIÓN DE LA CÁPITA CORRESPONDIENTE A LOS DOS PRIMEROS NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA CÁPITA DEL TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD Y ALTO COSTO

Los antecedentes de contratación revelan que parte de la problemática de accesibilidad a los servicios depende de la ubicación de los recursos en las Uniones Temporales que han actuado como proveedores de servicios de salud en las regiones.

En contrataciones previas se ha dado el caso de Uniones Temporales de IPS de distintos departamentos que sólo se consolidan en la práctica para cumplir requisitos y ganar el contrato. Estas Uniones Temporales no se comportan como una empresa que ejecuta un objeto social y después de ejecutarlo distribuye entre los socios las utilidades, sino que se reparten los recursos del contrato desde el inicio, de acuerdo al per cápita de los afiliados de cada departamento, funcionando independientemente Los problemas derivados de estas “uniones de papel”, son conflictos entre los socios en los casos en que se exige alguna compensación entre ellos debido al gasto diferencial o a la aplicación de descuentos por parte del FOMAG, o en los casos de problemas o sanciones derivados del cumplimiento del contrato o la calidad de los servicios.

El resultado en prestación de servicios de este reparto inicial de la totalidad del dinero de la capitación suele ser que el socio de cada departamento evita remitir los afiliados a servicios de alta tecnología que se encuentran en otro departamento, para no gastar su per cápita y obtener mayores utilidades.

Igualmente se ha dado el caso de Uniones Temporales constituidas por un socio dominante que se encarga del contrato y solo subcontrata a las IPS con las que conforma la UT. En este caso el socio principal asume prácticamente todos los recursos y los riesgos. El resultado en prestación de servicios de la concentración de los recursos en el socio principal, generalmente la IPS de alta complejidad de la región, es que este acaba limitando seriamente los recursos que ubica en los primeros niveles de atención de cada departamento, por lo que se deteriora la calidad de la atención primaria y los servicios básicos, mientras de refuerza el gasto en alta complejidad, incluso obligando a la remisión de pacientes hacia el centro especializado propio, así existan servicios en el departamento a que corresponde el afiliado

Para evitar estos dos incentivos perversos descritos, responsables en buena parte de los problemas de prestación de servicios, se requiere asegurar que los recursos correspondientes al primer y segundo nivel de complejidad se ubiquen a nivel de una coordinación departamental relacionada con la IPS líder de la red, (un 60% según FIAS en los departamentos con mayor cumplimiento de los estándares de atención ambulatoria), mientras el 40% para servicios de tercer nivel de complejidad y alto costo se ubiquen en la gerencia de la regional. Ello puede significar exigir condiciones especiales en la constitución de las UT o consorcios para la prestación de servicios, para evitar que todos los recursos se distribuyan por adelantado o todos se concentren en el socio dominante.

Si la operación departamental tiene los recursos y la responsabilidad de los dos primeros niveles de complejidad, no va a tener incentivos para no remitir pacientes al tercer nivel de complejidad. Si la gerencia regional tiene los recursos de tercer nivel de complejidad y alto costo tendrá que explicar por qué rechaza remisiones u órdenes médicas generadas en el nivel departamental.

El hecho de que la gerencia regional de la UT maneje los recursos del tercer nivel de complejidad no significa que no pueda contratar servicios de este nivel disponibles en cada departamento, incluso con sus IPS socias que manejan los recursos y la responsabilidad de la red de servicios en los dos primeros niveles de complejidad, pero que están también habilitadas para ofrecer un importante número de servicios especializados del tercer nivel de complejidad, para evitar muchos desplazamientos innecesarios.

¿Cuáles son los elementos críticos para lograr la integración y la integralidad? No puede haber hospitales desconectados del nivel ambulatorio, pues entonces vamos a tener el vía crucis de las personas que quedan en el limbo, que nadie se hace cargo de ellas. Esto se evita con una gestión que separa las responsabilidades pero integra los niveles y asegura la continuidad.

8.3 PERSPECTIVA JURÍDICA:

El desarollo del marco jurídico actual de salud y riesgos laborales para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FNPSM) y sus beneficiarios se desarolla con el fin de identificar los aspectos críticos que afectan su desempeño y formular el marco jurídico, que permita mejorar su funcionamiento junto con los lineamientos para su implementación.

En la definición del marco jurídico se hará una descripción de la normatividad aplicable al régimen sobre todo para observar las implicancias de la existencia del régimen de excepción frente a toda la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y el sistema de riesgos laborales. Esto implica adicionalmente la revisión de la jurisprudencia relevante sobre la existencia misma del régimen excepcional.

En la revisión normativa se efectuará igualmente una búsqueda sistemática en las bases de datos normativas sobre el tema de seguridad social en salud y riegos laborales con el fin de identificar cuales de las normas que en principio son normas generales de los sistemas aplican para al régimen del FNPSM ya que a pesar de ser un régimen de excepción al sistema general ello no implica que en ciertos aspectos y de acuerdo a las competencias tanto del Congreso de la República como del Gobierno Nacional no existan normas cuyo destinatario involucre los regímenes de excepción y en particular el régimen del magisterio. De manera particular se hará una descripción de esas normas aplicables y las consecuencias que se derivan de ello.

Para los criterios de búsqueda se emplearan las expresiones “Regímenes exceptuados”, “Regímenes excepcionales”, “Regímenes excepcionados” y Regímenes de excepción” dado que estas expresiones se han usado indistintamente en diferentes normas a pesar de que en esencia hacen referencia al mismo concepto.

8.2.1 MARCO CONSTITUCIONAL.

Para comprender cabalmente el marco jurídico aplicable al régimen excepcional del magisterio es preciso en primera instancia hacer referencia al contenido de la Constitución Política en materia de seguridad social y en materia de salud. Lo anterior por cuanto independientemente de si se trata del régimen general o de un régimen excepcional es claro que en ambos casos sus disposiciones y desarrollo deben estar ajustadas al marco constitucional ya que ninguna autoridad o particular puede sustraerse al contenido de la constitución y por tanto el desarrollo legislativo y reglamentario de los regímenes de excepción debe estar acorde con la normativa constitucional.

En otras palabras, la existencia de regímenes de excepción en materia de seguridad social no implica que estos regímenes no tengan que ceñirse a los postulados de la Constitución por cuanto la excepción consiste en no estar sujetos a un régimen legal específico, pero no significa sustraerse de los elementos definitorios de la salud y la seguridad social en Colombia.

9. MARCO LEGAL.

Teniendo como base los principios y las orientaciones que se desprenden de las disposiciones constitucionales también resulta claro que el legislador, tal y conforme lo ha señalado la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 entre otras, tiene una amplia facultad de configuración legislativa para definir el modelo de salud y seguridad social que se aplicará en el país.

Sin embargo, para entender el carácter exceptuado del régimen de seguridad social en salud del magisterio, es preciso hacer una breve reseña a la situación anterior a la ley 100 de 1993 y a las consecuencias y decisiones que se desprenden de esa reforma legislativa.

En efecto, en términos de (Londoño, Frenk) 1997, el sistema anterior a la ley 100 de 1993 era un modelo segmentado en el sentido de que coexistían la seguridad social en salud, la asistencia pública y un mercado privado de servicios de salud. Estas tres formas disímiles de acceder a los servicios de salud en Colombia estaban totalmente desarticuladas y cobijaban a diferentes segmentos de la población.

Lo relevante para destacar es que la seguridad social en salud no surge a partir de la ley 100 de 1993 ya que el país con anterioridad había creado instituciones de seguridad social como el Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Social aunque limitadas a un sector específico de la población colombiana que era esencialmente el de los trabajadores, siguiendo un modelo Bismarckiano.

Otros sectores de la población como las personas más pobres y vulnerables y aquellas independientes con capacidad de pago accedían a la asistencia pública y a los prestadores privados respectivamente.

En tal sentido lo que hizo la ley 100 de 1993 fue escoger una de las tres opciones existentes en el país y dentro de las posibilidades se optó por un modelo de seguridad social para toda la población colombiana.

En ese contexto tenemos que señalar que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio existía con anterioridad a la reforma del año 93 y que era sin lugar a dudas un modelo de seguridad social que cobijaba a un sector de los trabajadores bajo un lógica de aseguramiento vinculada a los aportes parafiscales.

Es preciso recordar que antes de la ley 100 de 1993 la seguridad social en salud se dividía en dos grandes ramas. Por un lado estaba la afiliación de los trabajadores del sector privado que se hacía al ISS y por otro lado los trabajadores del sector público que se afiliaban a alguna de las Cajas de Previsión Social siendo la más grande Cajanal pero con la existencia de más de 1.000 de estas Cajas en todo el país (Ministerio de Salud 1994). Las Cajas de Previsión Social estaban organizadas de acuerdo a los sectores o entidades estatales que las promovían como parte de los beneficios a la seguridad social que tenían estos servidores públicos de modo que

sí existía un cambio de empleo o de entidad empleadora seguramente implicaba para la persona el cambio de Caja de Previsión Social.

De todos modos no hay duda que para los servidores públicos del Estado el modelo de salud era un modelo de seguridad social en la medida en que se realizaban aportes sobre la nómina del trabajador y como contraprestación se recibían unos beneficios en salud que definía cada entidad. El modelo de seguridad social está presente en la medida en que se disocia el aporte económico de los beneficios, por cuanto una persona podía demandar servicios de salud superiores a su aporte sin incurrir en costos económicos adicionales así como otra persona podía recibir servicios de salud inferiores a su aporte sin que tuviera el derecho de recibir un reembolso económico por este hecho.

Dicho de otra manera, existía un recaudo de recursos en función del ingreso de los trabajadores y con este recaudo se constituía un fondo de recursos que era utilizado de acuerdo a las necesidades de cada uno de los afiliados.

Estos elementos de funcionamiento descritos son los típicos y esenciales de un sistema de seguridad social en salud, de modo que a no dudarlo en el caso del magisterio antes de la ley 100 de 1993 existía un modelo de seguridad social para que este grupo poblacional accediera a los servicios de salud. Igual consideración se predica de los beneficios otorgados en riesgos laborales.

Esta claridad es relevante porque más adelante será de utilidad en la definición de roles y funciones dentro del régimen exceptuado del magisterio y también es relevante porque en realidad la Ley 100 de 1993 no creó el régimen exceptuado del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio sino que señaló que el nuevo sistema creado no aplica para los afiliados al FNPSM. Es decir, mantuvo un sistema o un modelo que ya existía con anterioridad a la expedición de la ley 100 de 1993.

Por su parte la ley 100 de 1993 reguló todo lo concerniente al sistema integral de seguridad social, lo cual no sólo incluye el sistema de salud sino los sistemas de pensiones y riesgos laborales. De hecho el epígrafe de la ley señala que dicha norma es “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.” Es así como la ley fue dividida en cinco libros a saber: I Sistema General de Pensiones, II El sistema general de seguridad social en salud, III El sistema general de riesgos profesionales, IV Servicios sociales complementarios y V Disposiciones finales.

El legislador de la ley 100 de 1993 de manera expresa e inequívoca tuvo la voluntad de exceptuar del régimen general que se estaba creando en materia de seguridad social a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Esta excepción comprende por lo tanto los temas de pensiones, salud y riesgos laborales, aunque sólo se considerarán los temas de salud y riesgos laborales.

El texto citado no ofrece ninguna posibilidad distinta de interpretación al hecho mismo de que efectivamente los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio no se rigen por el régimen general que se creó a partir de la ley 100 de 1993.

No obstante lo anterior y como se verá más adelante, ello no implica que ninguna de las normas reglamentarias del sistema general de seguridad social aplique para el régimen exceptuado de los maestros bien sea porque la misma norma lo señala o porque en ocasiones las decisiones propias del Consejo Directivo del FNPSM hacen referencia a ellas.

De igual manera debe tenerse en cuenta que la Ley 100 de 1993 ha sufrido modificaciones legales y en dichas modificaciones se ha hecho referencia a los regímenes exceptuados.

Desde el punto de vista de la vigencia del artículo 279 de la ley 100 de 1993 es preciso anotar que esta norma fue demandada ante la Corte Constitucional para cuestionar la existencia del régimen de excepción del magisterio. De manera específica se demandó la frase que señala:

"Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional De Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989"

Ese tribunal constitucional tuvo la oportunidad de pronunciarse en sentencia de Constitucionalidad 461 de 1995, M.P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz en los siguientes términos:

"*El respeto por los derechos adquiridos reviste aún mayor fuerza en tratándose de derechos laborales, pues el trabajo y la seguridad social gozan de una especial protección por parte de la Carta. Por este motivo, es razonable excluir del régimen general de seguridad social a aquellos sectores de trabajadores y pensionados que, gracias a sus reivindicaciones laborales, han obtenido beneficios mayores a los mínimos constitucional y legalmente protegidos en el régimen general.*

Por las razones anteriores la Corte considera que el establecimiento de regímenes pensionales especiales, como aquellos señalados en el artículo 279 de la Ley 100, que garanticen en relación con el régimen pensional, un nivel de protección igual o superior, resultan conformes a la Constitución, como quiera que el tratamiento diferenciado lejos de ser discriminatorio, favorece a los trabajadores a los que cobija. Pero si se determina que al permitir la vigencia de regímenes especiales, se perpetúa un tratamiento inequitativo y menos favorable para un grupo determinado de trabajadores, frente al que se otorga a la generalidad del sector, y que el tratamiento dispar no es razonable, se configuraría un trato discriminatorio en abierta contradicción con el artículo 13 de la Carta."

(…)
"El motivo del legislador para resguardar el régimen especial, resulta razonable y justificada a la luz de la Constitución, pues el respeto de los derechos adquiridos es motivo suficiente para establecer excepciones al régimen general."

(…)

"Esta Corporación ha sido clara al determinar que este tipo de discriminación es contraria al derecho a la igualdad, consagrado en el artículo 13 de la Carta. Sobre el particular ha sostenido la Corte:

"En suma, por cuanto concierne a la particular dimensión involucrada en el problema constitucional que en este caso plantea la demanda, es oportuno recordar ***que la Corporación ha sostenido de manera reiterada que la igualdad se traduce en el derecho de los individuos a que no se consagren excepciones o privilegios arbitrarios que los excluyan de lo que se concede a otros en idénticas circunstancia****." (Negrilla fuera de texto)"*

Con base en los argumentos anteriores la Corte señaló que el citado aparte del artículo demandado era constitucional pero en su decisión fue más allá y señaló que debían aplicarse aquellas normas del régimen general que eran más favorables para los beneficiarios del régimen exceptuado.

En síntesis la Corte valida los regímenes de excepción siempre que se trate de tratamientos diferenciados que protegen los derechos de quienes son beneficiarios y no al revés. Es decir, un régimen de excepción para otorgar menos derechos que los de un régimen general resulta inadmisible pero lo contrario es perfectamente posible y especialmente en el ámbito de la seguridad social.

El pronunciamiento de la Corte Constitucional apuntala la existencia del régimen de excepción del magisterio y adicionalmente tiene el trasfondo de que su justificación está en la existencia de unos derechos que son superiores a los del régimen general y que por consecuencia no pueden eliminarse o disminuirse.

El artículo 279 de la Ley 100 de 1993 por su parte al definir la excepción del régimen de los afiliados al FNPSM hace la remisión a la Ley 91 de 1989 expedida con anterioridad a la ley 100 de 1993.

Dice el artículo 3 de dicha ley:

"ARTÍCULO 3o. Créase el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la Comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional.
El Fondo será dotado de mecanismos regionales que garanticen la prestación descentralizada de los servicios en cada entidad territorial sin afectar el principio de unidad." (Subrayado fuera de texto)

Y más adelante el artículo 4 señala:

ARTÍCULO 4o. El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, atenderá las prestaciones sociales de los docentes nacionales y nacionalizados que se encuentren vinculados a la fecha de la promulgación de la presente Ley, siempre con observancia del Artículo 2o, y de los que se vinculen con posterioridad a ella. Serán automáticamente afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, los docentes nacionales y nacionalizados que se encuentren vinculados a la fecha de la promulgación de la presente Ley, quienes quedan eximidos del requisito económico de afiliación. Los requisitos formales que se exijan a éstos, para mejor administración del Fondo, no podrán imponer renuncias a riesgos ya asumidos por las entidades antecesoras, las cuales reconocerán su respectivo valor en los convenios interadministrativos. El personal que se vincule en adelante, deberá cumplir todos los requisitos de afiliación de naturaleza formal o normativa y económica.

Respecto del artículo tercero debe resaltarse el hecho de que el Fondo no cuenta con personería jurídica y sus recursos se manejan a través de una fiducia mercantil. Esta es un característica que se encuentra estipulada en la Ley pero que cómo se observará posteriormente tiene importantes implicaciones en el funcionamiento de este régimen de excepción.

En cuanto al artículo cuarto es preciso resaltar en forma enfática la primera frase que señala la responsabilidad básica y esencial del Fondo. Dice la norma: "***El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, atenderá las prestaciones sociales de los docentes nacionales y nacionalizados que se encuentren vinculados a la fecha de la promulgación de la presente Ley"***

La frase esencial de la disposición es la que contiene la misión del Fondo cual es atender las prestaciones sociales de los docentes.

Conforme la vigesimasegunda edición del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son significados de atender entre otros: (i) Acoger favorablemente, o satisfacer un deseo, ruego o mandato, (ii) Mirar por alguien o algo, o cuidar de él o de ello.

En relación con las prestaciones sociales puede señalarse que son beneficios adicionales al salario a los que tiene derecho el trabajador como las cesantías y por supuesto la protección frente a los riesgos de Enfermedad General y Maternidad, Invalidez, Vejez o Muerte y Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales, lo cual constituye los tres seguros clásico de Pensiones, Salud y Riesgos Laborales.

Esto deriva en que el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio tiene entre otras responsabilidades la de atender los beneficios generados por Enfermedad General y Maternidad lo cual comprende la prestación de servicios de salud y el reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. En igual sentido debe atender los beneficios tanto económicos como de servicios de salud que se deriven de la protección en los riesgos laborales.

Por su parte el artículo 5 de la ley 91 de 1989 señala:

"*ARTÍCULO 5o. El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, tendrá los siguientes objetivos:*

1. Efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal afiliado.

2. Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo.

3. Llevar los registros contables y estadísticos necesarios para determinar el estado de los aportes y garantizar un estricto control del uso de los recursos y constituir una base de datos del personal afiliado, con el fin de cumplir todas las obligaciones que en materia prestacional deba atender el Fondo, que además pueda ser utilizable para consolidar la nómina y preparar el presupuesto en el Ministerio de Hacienda.

4. Velar para que la Nación cumpla en forma oportuna con los aportes que le corresponden e igualmente transfiera los descuentos de los docentes.

5. Velar para que todas las entidades deudoras del Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, cumplan oportunamente con el pago de sus obligaciones." (Negrilla fuera de texto)

Es de destacar en este artículo que señala los objetivos del Fondo, el numeral segundo que establece como responsabilidad del fondo garantizar la prestación de los servicios médico asistenciales. Adicionalmente señala que para cumplir ese objetivo el Fondo contratará con entidades de acuerdo a las instrucciones que imparta el Consejo Directivo.

Dos aspectos son importantes en esa redacción. Por un lado al Fondo se encarga la tarea de garantizar los servicios médico asistenciales de los maestros. Esto significa que el directo responsable de esa garantía es el fondo y por ende los maestros se afilian al Fondo. Esto se encuentra en concordancia con el artículo 279 de la ley 100 de 1993 que señala como excepción a los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio. En otras palabras esto significa que con independencia de la expedición de la ley 100 de 1993 se mantienen las afiliaciones al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Por otro lado en la redacción se señala que el Fondo contratará estos servicios con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo. No obstante la norma no señala con qué tipo de entidades se debe contratar por lo que no existe una restricción legal al respecto.

No cabe duda entonces que de conformidad con los textos legales el Fondo es el afiliador en materia de salud y los maestros y sus beneficiarios son los afiliados.

Este aspecto es importante por cuanto si se quiere hacer algún paralelo con el sistema de seguridad social en salud puede señalarse que mientras para la población en general la afiliación se produce a una EPS para los maestros la afiliación se efectúa al Fondo.

Tampoco existe duda en torno a que el Fondo es responsable de contratar los servicios médico asistenciales de sus afiliados y que la ley no limitó las entidades contratistas.

Lo expuesto permite concluir que el proceso de afiliación también es una de las grandes diferencias entre el régimen general y el régimen exceptuado del magisterio. En el régimen general existe libertad de afiliación y de libre escogencia de EPS mientras que en el régimen de los maestros, por virtud de la ley, la afiliación se hace a una sola entidad, que es el Fondo. Con independencia de la discusión en torno a las ventajas o desventajas de esta situación lo cierto es que esta es una de las características de ese régimen excepcional y sólo en virtud de una modificación legal esta situación podría variarse.

Los artículos 6 y 7 de la Ley 91 de 1989 hacen referencia al Consejo Directivo del FNPSM de la siguiente manera:

"ARTÍCULO 6o. En el contrato de fiducia mercantil a que se refiere el artículo 3. de la presente Ley, se preverá la existencia de un Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales, integrado por los siguientes miembros:

1. El Ministro de Educación Nacional o el Viceministro, quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. El Ministro de Trabajo y Seguridad Social o su delegado.
4. Dos representantes del magisterio, designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes.
5. El Gerente de la entidad fiduciaria con la cual se contrate, con voz pero sin voto.

ARTÍCULO 7o. El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tendrá las siguientes funciones:

1. Determinar las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo, velando siempre por su seguridad, adecuado manejo y óptimo rendimiento.
2. Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo.
3. Velar por el cumplimiento y correcto desarrollo de los objetivos del Fondo.
4. Determinar la destinación de los recursos y el orden de prioridad conforme al cual serán atendidas las prestaciones sociales frente a la disponibilidad financiera del Fondo, de tal manera que se garantice una distribución equitativa de los recursos.
5. Revisar el presupuesto anual de ingresos y gastos del Fondo y remitirlo al Gobierno Nacional para efecto de adelantar el trámite de su aprobación.
6. Las demás que determine el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO. El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, para el cumplimiento de sus funciones en las entidades territoriales, considerará preferentemente recomendar o escoger a los Fondos Prestacionales, que en algunas de aquéllas vienen atendiendo a los docentes, a fin de contratar con dichos organismos en el respectivo territorio. Ello sin perjuicio de que por razones de buen servicio se recomiende a una o varias entidades diferentes. Tanto la primera como la segunda alternativa deberán estar plenamente autorizadas en el contrato de fiducia mercantil a que alude el artículo 3. de la presente Ley."

Para destacar de esta redacción se encuentra el hecho de que en todo caso el Consejo Directivo del FNPSM tampoco representa legalmente al Fondo ya que en realidad no tiene funciones ejecutoras en si mismas como quiera que la ejecución se hace a través de la fiducia mercantil contratada con Fiduprevisora.

Si bien la existencia legal del régimen exceptuado de los afiliados al FNPSM no está en discusión conforme las normas transcritas anteriormente, no obstante es preciso hacer una distinción conceptual para comprender como otras normas legales también son aplicables a éste régimen de excepción.

Esta distinción conceptual se relaciona con los conceptos de sistema de salud y sistema general de seguridad social en salud.

Ciertamente antes de la Ley 100 de 1993 Colombia tenía un sistema nacional de salud pero en realidad este sistema no era omnicomprensivo dado que esencialmente se centraba en aspectos de salud pública y atención de la población más pobre, porque igualmente coexistía con instituciones de la seguridad social que manejaban entre otros temas el de salud y que tenían su propio régimen y reglamentación. Una clara muestra de ello es que el Insti tuto de Seguros Sociales se organizó como un establecimiento público adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y que era autónomo en su funcionamiento y la definición de los planes de beneficios y el modelo de atención entre otros aspectos. Para el momento de la reforma en salud el "paraguas" que cobijó las modificaciones introducidas fue el de la seguridad social como quiera que la ley 100 de 1993 tiene por título "por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones" a pesar de que algunas disposiciones de la ley hacen referencia a temas de salud pública que en estricto sentido no hacen parte de la seguridad social.

Esta falta de claridad conceptual ha hecho que muchas veces se piense el sistema de salud colombiano estrictamente en términos de la ley 100 de 1993 cuando muchas otras normas importantes como la ley 9° de 1979 que corresponde al código sanitario nacional o la propia ley 10 de 1990 sobre descentralización en salud se encuentren vigentes.

En consideración a ello es preciso señalar que el sistema general de seguridad social en salud en Colombia no comprende todo el sistema de salud colombiano porque existen aspectos en salud que se encuentran por fuera de la seguridad social.

En consideración a lo anterior es perfectamente posible señalar que el sistema general de seguridad social en salud no abarca todos los componentes del sector salud y que los dos sectores se complementan pero también se diferencian.

Desde el punto de vista legal esto es claro al tenor del contenido del artículo 42 de la ley 715 de 2001 que establece:

"ARTÍCULO 42. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN. Corresponde a la Nación **la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud** en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional **para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud** y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

42.2. Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.

42.3 **Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

42.4. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.

42.5. Definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.

42.6. Definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar **el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública** , con la participación de las entidades territoriales.

42.7. Reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.

42.8. Establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea para su liquidación o administración a través de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que señale el reglamento. El Gobierno Nacional en un término máximo de un año deberá expedir la reglamentación respectiva.

42.9. Establecer las reglas y procedimientos para la liquidación de instituciones que manejan recursos del sector salud, que sean intervenidas para tal fin.

42.10. Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Unico de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Unico de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

42.11. Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.

42.12. Definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la part icipación de las entidades territoriales.

42.13 Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.

42.14. Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.

42.15. Establecer, dentro del año siguiente a la vigencia de la presente ley, el régimen para la habilitación de las instituciones prestadoras de servicio de salud en lo relativo a la construcción, remodelación y la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes, de acuerdo con la red de prestación de servicios pública y privada existente en el ámbito del respectivo departamento o distrito, atendiendo criterios de eficiencia, calidad y suficiencia.

42.16. Prestar los servicios especializados a través de las instituciones adscritas: Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y los Sanatorios de Contratación y Agua de Dios, así como el reconocimiento y pago de los subsidios a la población enferma de Hansen, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

La Nación definirá los mecanismos y la organización de la red cancerológica nacional y podrá concurrir en su financiación. Los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación prestarán los servicios médicos especializados a los enfermos de Hansen.

Los departamentos de Cundinamarca y Santander podrán contratar la atención especializada para vinculados y lo no contemplado en el POS–Subsidiado con los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación.

42.17. Expedir la reglamentación para el control de la evasión y la elusión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y las demás rentas complementarias a la participación para salud que financian este servicio.

42.18. <Numeral modificado por el artículo 1 de la Ley 1446 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Reglamentar el uso de los recursos destinados por las entidades territoriales para financiar los Tribunales Seccionales de Ética Médica y Odontológica y los Tribunales Departamentales y Distritales Éticos de Enfermería.

42.19. Podrá concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

42.20. <Aparte tachado INEXEQUIBLE> Concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado mediante apropiaciones del presupuesto nacional, con un cuarto de punto (0.25) de lo aportado por los afiliados al régimen contributivo.

42.21 <Numeral derogado por el artículo 276 de la Ley 1450 de 2011>

42.21 Regular y promover el desarrollo del sistema integral de transporte aéreo medicalizado y servicios de telemedicina en concordancia con los objetivos de las Leyes 1151 de 2007 artículo 6o, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y la Ley 1122 de 2007".

42.22 <Numeral adicionado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Aprobar los Planes Bienales de Inversiones Públicas, para la prestación de los servicios de salud, de los departamentos y distritos, en los términos que determine el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud.

42.23 <Numeral adicionado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Diseñar indicadores para medir logros en salud, determinar la metodología para su aplicación, así como la distribución de recursos de conformidad con estos, cuando la ley así lo autorice. Los indicadores deberán medir los logros del Sistema General de Segundad Social en Salud, frente a todos los actores del sistema." (Subrayado y negrilla fuera de texto)

De la redacción del texto legal transcrito claramente se evidencia que la norma se refiere tanto al sector salud como al sistema general de seguridad social en salud, lo cual significa que son dos sectores o sistemas que se diferencian. No todos los temas de la salud en Colombia están comprendidos dentro del sistema general de seguridad social en salud y algunos de ellos por el contrario operan por fuera de las reglas de ese sistema. Esto se puede apreciar de manera más clara y concreta analizando los aspectos específicos del sector salud que no necesariamente están incluidos en el sistema de seguridad social aunque obviamente todos se complementan.

En materia de salud pública se reconoce que el estado debe garantizar directamente y a toda la población colombiana ciertas condiciones de salubridad pública con independencia de la pertenencia de la persona a un determinado régimen de seguridad social e incluso con independencia de que se trate de regímenes exceptuados de la ley 100 de 1993. En ese orden de ideas la propia ley 100 de 1993 (art 156) en desarrollo de los contenidos constitucionales crea un Plan de Atención Básica (PAB) (Hoy denominado Plan de Intervenciones Colectivas PIC) para toda la población colombiana con el fin adelantar intervenciones en salud directamente dirigidas a la colectividad en temas como el consumo de tabaco y alcohol, la planificación familiar, el control de vectores entre muchos otros.

Claramente estas acciones involucran a toda la población colombiana incluidos los regímenes de excepción.

En adición a lo señalado, otras leyes expedidas con posterioridad a la Ley 100 de 1993 han hecho mención específica de los regímenes exceptuados lo cual incluye el régimen de los afiliados al FNPSM.

Establece el artículo 40 de la ley 1122 de 2007:

"ARTÍCULO 40. FUNCIONES Y FACULTADES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y demás actores del sistema, incluidos los ***regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993***;" (…) (Negrilla fuera de texto)

Señalan los artículos 57 y 58 de la ley 1438 de 2011.

"ARTÍCULO 57. EVALUACIÓN Y CONTROL. El Ministerio de la Protección Social o la Superintendencia Nacional de Salud, según el caso, ejercerá la evaluación y control sobre los aspectos relativos a:

1. Número de pacientes atendidos.

2. Acciones médico-quirúrgicas.

3. Suministros e insumos hospitalarios gastados.

4. Causa de egreso y pronóstico.

5. Condición del paciente frente al ente hospitalario.

6. El efectivo pago al prestador.

7. Negación de atención oportuna por parte de prestadores o aseguradores.

8. **Las condiciones de calidad en la atención por parte de IPS, EPS o regímenes exceptuados**.

9. Los demás factores que constituyen costos del servicio, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

ARTÍCULO 58. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA. El incumplimiento de lo dispuesto en este capítulo, será para las entidades prestadoras de los servicios de salud, para las EPS **, regímenes especiales** y para los empleados responsables, causal de sanción por las autoridades competentes en desarrollo de sus funciones de inspección y vigilancia, de conformidad con lo previsto en los artículos 49 y 50 de la Ley 10 de 1990, y demás normas concordantes." (Negrilla y subrayado fuera de texto)

En concordancia con estos artículos el artículo 121 numeral 1 de la ley 1438 de 2011 señala:

"ARTÍCULO 121. SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. **Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud** y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las

competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar." (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Conforme a esta disposición es claro que las entidades pertenecientes a los regímenes de excepción en salud también son sujetos de inspección vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y en consideración a ello en el evento de detectar incumplimientos a la normatividad vigente dicha entidad podría imponer las sanciones a que haya lugar.

Otro aspecto que involucra a los regímenes de excepción establecidos en la ley 100 de 1993 es el relativo al suministro de información. Sobre este particular el Decreto Ley 1281 de 2002[1] establece en su artículo 5°.

"ARTÍCULO 5o. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD. Quienes administren recursos del sector salud, y quienes manejen información sobre la población **incluyendo los regímenes especiales o de excepción** del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del Sistema Integral de Información del Sector Salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del Ministerio de Salud.

Corresponde al Ministerio de Salud definir las características del Sistema de Información necesarias para el adecuado control y gestión de los recursos del sector salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con tales definiciones, impartir las instrucciones de carácter particular o general que resulten necesarias para el adecuado cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Cuando el incumplimiento de los deberes de información no imposibilite el giro o pago de los recursos, se debe garantizar su flujo para la financiación de la prestación efectiva de los servicios de salud. En todo caso, procederá la imposición de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las demás acciones de carácter administrativo, disciplinario o fiscal que correspondan." (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Nótese que en este caso la norma habla del sistema integral de información del sector salud y en esa medida incluye a los regímenes de excepción como responsables del manejo y envío de la información que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Pero adicionalmente y para ratificar las obligaciones de los regímenes de excepción en cuanto al suministro de información el parágrafo del artículo 32 de la ley 1438 de 2011 establece:

"PARÁGRAFO 2o. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social."

Estas disposiciones del orden legal permiten ir concluyendo que los regímenes exceptuados no pueden considerarse totalmente aislados del régimen general de la seguridad social porque claramente en muchos aspectos la intención del legislador ha sido incluirlos en aspectos que se consideran trascendentales para el correcto funcionamiento de toda la seguridad social en Colombia.

Por ejemplo en materia de cáncer existen disposiciones especiales consagradas en la ley 1384 de 2010 "Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral

[1] Debe tener en cuenta que los decretos leyes o decretos con fuerza de ley tienen el valor material de una ley, es decir jurídicamente tienen rango legal y pueden modificar o derogar las leyes preexistentes.

del cáncer en Colombia", en donde se hace mención explícita de los regímenes de excepción en los siguientes términos:

"*ARTÍCULO 6o. ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL CONTROL DEL CÁNCER. Las Entidades Promotoras de Salud,* ***los regímenes de excepción*** *y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los seis meses siguientes a la sanción de esta ley.*

PARÁGRAFO. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá dentro de los seis meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención a ser implementadas en el territorio nacional. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados anualmente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública y serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del SGSSS."

"ARTÍCULO 8o. CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES FUNCIONALES. Las Entidades Promotoras de Salud, ***los regímenes de excepción*** *y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios": (…)*

ARTÍCULO 10. CUIDADO PALIATIVO. Las Entidades Promotoras de Salud, ***los regímenes de excepción*** *y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a Programas de Cuidado Paliativo y que cumpla con los criterios antes descritos.*
PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, definirá el Modelo de Atención para el Cáncer desde la promoción hasta la Rehabilitación, con indicadores de evaluación de calidad que permitan eliminar las barreras de acceso y definir incentivos o sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, o quien haga sus veces, la Comisión de Regulación en Salud, CRES.
PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de la Protección Social, a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, accesibilidad, disponibilidad y otorgará las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor. (Subrayado fuera de texto)

En consideración a este texto legal el régimen exceptuado del magisterio también debe acatar estas disposiciones especiales sobre el tratamiento integral del cáncer en Colombia.

Otro ejemplo de la normatividad legal aplicable a los regímenes de excepción al igual que al sistema general en su conjunto es el de la ley 1335 de 2009 que dicta "disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana."

El parágrafo 1º del artículo 11 de la citada ley señala que:

"PARÁGRAFO 1o. Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, ***y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993*** *y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios del POS que le ayuden a manejar el factor de riesgo." (Negrilla fuera de texto)*

Por consiguiente a las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a la población afiliada al FNPSM le corresponde adelantar este tipo de actividades s in lugar a excusas.

También la Ley 715 2001 que otorga competencias a los departamentos en materia de seguridad social y de salud señala en su artículo 43 que a estas entidades territoriales les corresponde: "*43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* ***y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993***." (subrayado fuera de texto)

En otros aspectos como la atención de las víctimas del conflicto armado en Colombia también se han incorporado a los regímenes exceptuados para garantizar los derechos de esta población. En efecto la Ley 1448 de 2011 por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones, dispuso:

ARTÍCULO 57. EVALUACIÓN Y CONTROL. El Ministerio de la Protección Social o la Superintendencia Nacional de Salud, según el caso, ejercerá la evaluación y control sobre los aspectos relativos a:

1. *Número de pacientes atendidos.*
2. *Acciones médico-quirúrgicas.*
3. *Suministros e insumos hospitalarios gastados.*
4. *Causa de egreso y pronóstico.*
5. *Condición del paciente frente al ente hospitalario.*
6. *El efectivo pago al prestador.*
7. *Negación de atención oportuna por parte de prestadores o aseguradores.*
8. ***Las condiciones de calidad en la atención por parte de IPS, EPS o regímenes exceptuados.***
9. *Los demás factores que constituyen costos del servicio, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.*

ARTÍCULO 58. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA. El incumplimiento de lo dispuesto en este capítulo, será para las entidades prestadoras de los servicios de salud, para las EPS, ***regímenes especiales*** *y para los empleados responsables, causal de sanción por las autoridades competentes en desarrollo de sus funciones de inspección y vigilancia, de conformidad con lo previsto en los artículos 49 y 50 de la Ley 10 de 1990, y demás normas concordantes. (Subrayado fuera de texto)*

De esta manera los regímenes exceptuados incluido el del FNPSM tampoco pueden eludir responsabilidades respecto de la atención de las víctimas del conflicto armado en Colombia.

Dada la redacción del artículo 58 de la Ley 1448 de 2011 que habla de regímenes especiales y no de regímenes exceptuados, es pertinente la realización de una aclaración. Los regímenes exceptuados tradicionalmente han sido los que originalmente estableció el artículo 279 de la ley 100 de 1993 y que corresponden a Las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, los afiliados al FNPSM y los trabajadores y pensionados de Ecopetrol.

Con posterioridad a ello la Ley 647 de 2001 permitió a las Universidades Estatales tener un régimen especial de seguridad social en salud. Dado que la Ley utilizó la expresión especial y no el término excepcional o exceptuado se ha considerado que cuando las normas hacen referencia a regímenes exceptuados se refieren a los originales de la ley 100 de 1993 y cuando se hace referencia a regímenes especiales se hace referencia al de las Universidades Estatales.

Obviamente en ocasiones estos términos se usan indistintamente pero esta precisión resulta relevante desde el punto de vista jurídico porque ha tenido efectos prácticos en algunas decisiones judiciales relacionadas con las normas aplicables a las universidades públicas [2], aunque en el caso del artículo 58 de la Ley 1448 de 2011 del contexto se desprende que el legislador quería hacer referencia a los regímenes exceptuados.

En desarrollo de ésta ley 1448 de 2011 y dadas las facultades extraordinarias otorgadas al Presidente de la República en el artículo 205, se expidieron los Decretos con fuerza de ley números 4633, 4634 y 4635 de 2011 que dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a las comunidades indígenas así como las pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y aquellas pertenecientes al pueblo Rom. Este conjunto de Decretos prevé unas responsabilidades de los regímenes de excepción frente a éstas víctimas, las cuales por supuesto deben ser cumplidas en legal forma.

En cuanto al tema de los riesgos laborales es pertinente citar el contenido del artículo 21 de la Ley 1562 de 2012 "Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional".

"ARTÍCULO 21. SALUD OCUPACIONAL DEL MAGISTERIO. El Ministerio de Educación Nacional y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio establecerán el Manual de Calificación de Invalidez y tabla de enfermedades laborales para los docentes afiliados a dicho fondo, Igualmente establecerá la implementación de los programas de salud ocupacional, los comités paritarios de salud ocupacional, las actividades de promoción y prevención y los sistemas de vigilancia epidemiológica. La adopción y puesta en marcha de lo anterior no afectará en nada el régimen especial de excepción en salud que de acuerdo con el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 está vigente para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Las anteriores actividades se reglamentarán en el término de un año por el Ministerio de Educación Nacional, contado a partir de la vigencia de la presente ley."

Como se expresó con anterioridad al citar el artículo 279 de la ley 100 de 1993 debe tenerse en cuenta que los afiliados al FNPSM fueron exceptuados del sistema general de seguridad social en su conjunto y que por ende este artículo es concordante con la propia Ley 100 de 1993 en el sentido de establecer una reglamentación propia para el caso del magisterio. Por eso la redacción del artículo es cuidadosa en señalar que la reglamentación que deba desarrollarse respecto de los temas allí señalados no puede afectar el régimen de excepción en salud lo que finalmente ratifica el carácter exceptuado de dicho régimen. Posteriormente se hará referencia a la reglamentación de éste artículo.

Finalmente, no puede dejarse de lado el contenido de la recientemente expedida Ley estatutaria 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones."

Esta Ley en su artículo 3º establece:

---

[2] Consejo de Estado, Sección Segunda, Auto de 14 de agosto de 2008, Expediente No. 1782-08, Consejero Ponente Dr. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren. Suspensión provisional resolución 3577 de 2005 del Ministerio de Protección Social .

"ARTÍCULO 3o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud."

Sin lugar a equívocos los afiliados al FNPSM son titulares del derecho a la salud y en tal razón tanto el FNPSM como Fiduprevisora y los prestadores de servicios de salud del régimen exceptuado son agentes que intervienen en la garantía de ese derecho.

Por estas razones el contenido de la Ley estatutaria es aplicable al régimen exceptuado del magisterio y por ende temas tales como los elementos y principios del derecho fundamental a la salud o los derechos y deberes de los usuarios son de obligatoria observación en el régimen de excepción.

El derecho fundamental a la salud no tiene excepciones de ningún tipo dado que es un derecho de carácter universal que cobija a todos los habitantes del país de modo que cualquier estructuración o reforma que se implemente dentro del régimen del magisterio necesariamente debe tener en consideración el contenido de la ley estatutaria que reguló ese derecho fundamental.

8.2.3 MARCO REGLAMENTARIO

El marco reglamentario del régimen excepcional en salud y riesgos laborales de los afiliados al FNPSM como es apenas obvio debe estar sujeto a las respectivas disposiciones constitucionales y legales vigentes.

Dentro de ese marco reglamentario se tiene que el Gobierno Nacional ha expedido una serie de Decretos que reglamentan el contenido de la Ley 91 de 1989 tales como los Decretos 3752 de 2003 y 2831 de 2005.

Recientemente con la expedición del Decreto 1075 de 2015 "Reglamentario Unico del Sector Educación" se efectuó una compilación normativa del sector por lo que se hará referencia a esta norma incluida su reciente adición efectuada mediante el Decreto 1655 de 2015.

Del Decreto 1075 de 2015 se destacan los siguientes apartes:

*"ARTÍCULO 2.4.4.2.1.1. PERSONAL **QUE DEBE AFILIARSE AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**. Los docentes del servicio público educativo que estén vinculados a las plantas de personal de los entes territoriales **deberán ser afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio**, previo el cumplimiento de los requisitos y trámites establecidos en los artículos 2.4.4.2.1.3. Y 2.4.4.2.1.4. del presente Decreto, a más tardar el 31 de octubre de 2004.*

*PARÁGRAFO 1o. **La falta de afiliación del personal docente al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio implicará la responsabilidad de la entidad territorial nominadora por la totalidad de las prestaciones sociales que correspondan,** sin perjuicio de las sanciones administrativas, fiscales y disciplinarias a que haya lugar.*

*PARÁGRAFO 2o.Los docentes vinculados a las plantas de personal de las entidades territoriales de manera provisional **deberán ser afiliados provisionalmente al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio mientras conserve su nombramiento provisional**." (Subrayado fuera de texto)*

Toda la redacción de este artículo es enfática en establecer que el proceso de afiliación de los docentes se efectúa al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, lo cual es concordante con el contenido legal y permite ir concluyendo el papel afiliador que desempeña el FNPSM y las consecuencias que se derivan de ello.

Mas adelante el mismo Decreto establece el reglamento del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio de la siguiente manera:

"*REGLAMENTO DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.*

ARTÍCULO 2.4.4.2.3.1.1. REGLAMENTO INTERNO. El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tendrá el siguiente reglamento interno:
1. Reuniones. Se reunirá ordinariamente, previa citación de su presidente, por lo menos una vez cada dos (2) meses y extraordinariamente por solicitud de su presidente o de la mayoría de los miembros del Consejo Directivo.
Igualmente, podrá realizar reuniones no presenciales, utilizando para tal efecto los avances tecnológicos en materia de telecomunicaciones, garantizándose la adecuada información y deliberación de sus miembros.
2. Decisiones. Las decisiones por medio de las cuales se adopte alguna recomendación de conformidad con lo dispuesto en la Ley 91 de 1989, ***se modifiquen las condiciones en la prestación de los servicios a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio,*** *se apruebe o se modifique el presupuesto del Fondo, se denominarán Acuerdos y deberán llevar las firmas del Presidente y el Secretario. Las demás decisiones adoptadas por el Consejo Directivo, sin perjuicio de su obligatoriedad, constarán en las actas de las respectivas sesiones.*
Los acuerdos se numerarán sucesivamente en cada vigencia, con indicación del día, mes y año en que se expidan y estarán lo mismo que las actas bajo la custodia del Secretario.
3. Actas. De cada una de las reuniones se levantará un acta que será suscrita por el presidente y el secretario, previa aprobación del Consejo Directivo.
El acta de las reuniones no presenciales deberá estar sustentada en la certificación que consigne el secretario en su texto, respecto de las comunicaciones simultáneas o sucesivas o el escrito a través del cual los miembros del Consejo Directivo expresan el sentido de su voto.
4. Secretario. El Consejo Directivo tendrá como secretario al Secretario General del Ministerio de Educación Nacional, quien será el encargado de elaborar las actas, llevar el libro de actas y preparar los acuerdos del Consejo Directivo.
5. Quórum. El Consejo Directivo podrá deliberar válidamente con la participación de la mayoría de sus miembros y adoptar decisiones con el voto favorable de la mayoría absoluta de los miembros que participen en la respectiva reunión.

PARÁGRAFO 1o. En la primera sesión ordinaria de cada vigencia fiscal serán presentados a consideración del Consejo Directivo, para su discusión y decisión, los siguientes temas:
a) Ejecución presupuestal del año inmediatamente anterior;
b) Informe del manejo del portafolio de inversiones en la vigencia anterior y de la proyección de rendimientos;
c) Proyecto de presupuesto para la nueva vigencia fiscal y de destinación de los recursos;
d) Definición del orden de prioridad conforme al cual serán atendidas las prestaciones sociales.

PARÁGRAFO 2o. En cuanto fuere necesario y no esté regulado en esta Sección, el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio podrá complementarlo para garantizar su adecuado funcionamiento." (Subrayado fuera de texto)

Una conclusión importante que puede extraerse de la redacción del artículo transcrito y que es concordante con las disposiciones legales es la relativa a la competencia del Consejo Directivo para definir las condiciones en la prestación de los servicios a cargo del FNPSM de modo que esta es una facultad amplia del Consejo Directivo que en todo caso tiene sus límites en las leyes y la reglamentación pero que en tanto no transgreda normas de superior jerarquía el Consejo puede ejercerla plenamente.

De esta norma debe destacarse lo relativo a la conformación y funcionamiento de los comités regionales por cuanto estos tienen una importante injerencia en el proceso de la garantía de las prestaciones en salud que deben otorgarse a sus afiliados. El texto señala:

"*CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS REGIONALES.*

ARTÍCULO 2.4.4.2.3.3.1. COMITÉS REGIONALES. En cada entidad territorial certificada existirá un Comité Regional integrado por:
1. El secretario de educación de la respectiva entidad territorial certificada o su delegado, quien lo presidirá.
2. El jefe de personal de la respectiva secretaría de educación, o quien haga sus veces.
3. Un rector de una de las instituciones educativas del Estado de la respetiva entidad territorial certificada, quien deberá ser escogido por la mayoría simple de los votos de los miembros de la planta de directivos docentes de la entidad territorial que participen en el proceso de elección, quien ejercerá por un período de dos (2) años, reelegible por una sola vez.
4. Un representante de la unión sindical de educadores al servicio del Estado con el mayor número de afiliados en la entidad territorial.

PARÁGRAFO. La entidad territorial deberá organizar la selección indicada en el numeral 3 de este artículo, dentro de los dos (2) meses anteriores al vencimiento de cada período.

ARTÍCULO 2.4.4.2.3.3.2. FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS REGIONALES. Los Comités Regionales tendrán el siguiente reglamento interno:

1. Reuniones: se reunirán mensualmente o cuando lo determine su Presidente, previa citación por escrito del Secretario con indicación del lugar, fecha, hora y orden del día.
2. Quórum: los comités regionales podrán sesionar válidamente con la participación de la mayoría de sus miembros.
3. Secretario: el secretario del comité regional será el jefe de personal de la respectiva secretaría de educación o quien haga sus veces.

ARTÍCULO 2.4.4.2.3.3.3. FUNCIONES DEL COMITÉ REGIONAL. Serán funciones de los comités regionales, las siguientes:
1. Presentar al Consejo Directivo del Fondo recomendaciones para la implementación de políticas generales en materia de prestación de servicios médico-asistenciales, de salud ocupacional y riesgos profesionales, para los docentes a cargo de la respectiva entidad territorial.
2. Presentar anualmente al Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio un informe de seguimiento a la calidad y oportunidad de los servicios prestados por la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fondo y de sus contratistas médicos.
3. Recibir y analizar las quejas que presenten los docentes por deficiencias e irregularidades en la prestación de los servicios médico-asistenciales e informarlo a la sociedad fiduciaria administradora de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
4. Canalizar hacia la sociedad fiduciaria administradora de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio las quejas presentadas en relación con el trámite de reconocimiento de las prestaciones sociales del magisterio y realizar un seguimiento de las mismas."

Con base en lo anterior se evidencia que los comités regionales cumplen funciones importantes en dos dimensiones relevantes. Por un lado tienen una función de asesoría ante el Consejo Directivo con el fin de efectuar las recomendaciones para el mejoramiento de los servicios en materia de salud y de riesgos laborales, pero por otro lado son un canal estratégico para realizar seguimiento al cumplimiento de las obligaciones que desarrollen las entidades encargadas de garantizar estos servicios a los afiliados.

No obstante lo anterior los comités regionales no tienen facultades decisorias en esa materia ya que la responsabilidad de la afiliación sigue recayendo única y exclusivamente en el FNPSM, de manera que su función es más de tipo instrumental como herramienta que sirve para una mejor prestación de los servicios.

En lo que atañe al tema de Riesgos Laborales y en desarrollo del artículo 21 de la Ley 1562 de 2012 el gobierno nacional expidió el Decreto 1655 de 2015 que fue incorporado al Decreto

único reglamentario del sector educación. Este decreto asigna responsabilidades por actores y al definir los niveles de participación dispone:

"Artículo 2.4.4.3.2.1. Fiduciaria administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Es la encargada de garantizar, según los lineamientos del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, la implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, mediante el cumplimiento de las siguientes funciones:
1. Implementar el contenido organizacional y funcional del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.
2. Administrar los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo a los educadores activos, a través de los prestadores de servicios de salud.
3. Contratar y supervisar a los prestadores de servicios de salud en cuanto a la debida ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, con el apoyo del equipo multidisciplinario de profesionales de que trata el artículo 2.4.4.3.3.3 del presente decreto.
4. Pagar las prestaciones económicas causadas por accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de acuerdo con las normas aplicables a los educadores activos.
5. Verificar y diagnosticar anualmente, junto con los prestadores de servicios de salud, el nivel de desarrollo e implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, la cobertura obtenida, el impacto logrado en el ambiente laboral y las condiciones de salud de los educadores activos en cada entidad territorial certificada en educación.
6. Presentar un informe público anual de gestión, en el primer bimestre del año siguiente a la vigencia correspondiente, con los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, el cual será de carácter público, así como informes parciales anticipados que le solicite el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
7. Identificar e implementar los correctivos que se deriven de la verificación del nivel de desarrollo e implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio y los informes de gestión respectivos, teniendo en cuenta el diagnóstico particular de cada región.
8. Realizar el seguimiento y tomar las medidas necesarias para que a través de los prestadores de servicios de salud, se preste el servicio médico asistencial de forma oportuna, pertinente e integral, en caso de accidentes o enfermedades de origen laboral.
9. Supervisar que los prestadores de servicios de salud elaboren el perfil del riesgo laboral de todos los educadores activos, enfatizando en los factores de riesgo de mayor incidencia en el desempeño de la labor docente y directiva docente.
10. Supervisar que los prestadores de servicios de salud realicen acciones de prevención y atención oportuna de las enfermedades laborales de los educadores activos.
11. Las demás actividades de coordinación y supervisión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Educación Nacional revisará y ajustará, el contrato de fiducia mercantil que se encuentra en ejecución a la entrada en vigencia del presente Capítulo para que las funciones de que trata este artículo, sean atendidas en debida forma por la entidad fiduciaria a cargo de la administración de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Artículo 2.4.4.3.2.2 . Prestadores de servicios de salud. Son los encargados de implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio en las entidades territoriales certificadas, mediante el cumplimiento de las siguientes funciones:
1. Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales certificadas en educación sobre programas de prevención y promoción de riesgos laborales.
2. Informar y divulgar a los educadores activos las normas, reglamentos y procedimientos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.
3. Asegurar la gestión y el manejo adecuado del riesgo laboral en el Magisterio.
4. Realizar programas que fomenten estilos de vida saludables en los educadores activos.

5. Implementar planes de rehabilitación para la recuperación de los educadores incapacitados laboralmente.
6. Diseñar y aplicar indicadores claros y precisos para medir el impacto de la labor docente y directiva docente en la salud de los educadores activos.
7. Adoptar en coordinación con las entidades territoriales certificadas en educación, medidas para mitigar los riesgos laborales, así como el ausentismo laboral originado por enfermedad laboral o accidentes de trabajo, mejorar los tiempos de atención, reducir la severidad y siniestralidad, entre otros.
8. Elaborar el perfil de riesgo laboral de todos los educadores activos con base en evaluaciones médico laborales, enfatizando en los factores de riesgo psicosocial, de la voz y del músculo esquelético.
9. Realizar acciones de prevención y atención oportuna de la enfermedad laboral de los educadores activos con base en los niveles de riesgo identificados en las evaluaciones médico laborales.
10. Realizar campañas preventivas de salud dirigidas a los educadores activos de las entidades territoriales certificadas.
11. Ejecutar las actividades de que tratan los artículos 2.4.4.3.3.4 ., 2.4.4.3.3.5 ., 2.4.4.3.3.6 y 2.4.4.3.3.7 ., del presente decreto."

También se asignan responsabilidades a las entidades territoriales certificadas en educación y a los directivos docentes pero para efectos de las pretensiones del presente documento sólo se citan las responsabilidades de fiduprevisora y de los prestadores de servicios de salud para resaltar varios aspectos.

El primero es que éste Decreto representa un avance y un esfuerzo en la clarificación de responsabilidades entre los diferentes actores involucrados en el régimen especial. El segundo, que se desarrollará en detalle más adelante, es que definitivamente existen responsabilidades separadas y diferenciables entre la entidad que administra los recursos y los ejecutores en cabeza de los prestadores de servicios de salud. El tercero es que Fiduprevisora se está convirtiendo en un actor institucional del régimen exceptuado con responsabilidades propias de las entidades de seguridad social más allá de las responsabilidades propias de las sociedades fiduciarias y el cuarto es que se reconoce que la asignación de responsabilidades normativas implica ajustes contractuales en la relación entre el Ministerio de Educación y Fiduprevisora, dado que en principio esta última no es una entidad propia del sistema de seguridad social.

En materia específica de salud y de las prestaciones médico-asistenciales es relevante citar el contenido del Acuerdo 4 de 2004 del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que señaló:

"ACUERDO No. 4

Julio 22 de 2004
"Por medio del cual se modifica el sistema de servicios médico-asistenciales a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio"

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 5,
numeral 2° de la Ley 91 de 1989 y,

CONSIDERANDO

1. Que la Ley 91 de 1989 creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica y con independencia patrimonial, contable y estadística;
2. Que la Ley 91 de 1989 estableció como uno de los objetivos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, garantizar la prestación de los servicios médico-

asistenciales, los cuales contratará de acuerdo con las instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo;
3. Que la Ley 91 de 1989 previó la existencia de un Consejo Directivo del Fondo quien, entre otras funciones, tiene la de velar por el cumplimiento y correcto desarrollo de los objetivos del Fondo;
4. Que la Ley 100 de 1993 en su artículo 279 estableció que los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio mantendrían su régimen especial de seguridad social integral, el cual debe ser respetado;
5. Que las deficiencias en la prestación de los servicios médico-asistenciales demostrada a través de las continuas reclamaciones relacionadas con la calidad y oportunidad del servicio y reafirmadas por el estudio de satisfacción y expectativas del servicio adelantado por parte del Centro Nacional de Consultoría, determinaron la elaboración de estudios técnicos y la necesidad de estructurar un modelo mejorado de prestación de servicios médicos a los docentes;
6. Que de las alternativas puestas a consideración de este Consejo Directivo se optó por aquella que garantizará la eficiencia, oportunidad, calidad, equidad, solidaridad y cobert ura nacional en la prestación de los servicios médico-asistenciales,

Por todo lo anterior,

ACUERDA

ARTICULO 1°: Aprobar el nuevo modelo de prestación de servicios de salud para el magisterio conforme a las siguientes características fundamentales:

1. RÉGIMEN ESPECIAL.
El Consejo Directivo decidió que el modelo de prestación de servicios de salud a los docentes parte del respeto del régimen excepcional de los docentes.

2. COBERTURA.
El Consejo Directivo acordó que los beneficiarios del sistema de salud de los docentes son los existentes hoy en día en el modelo vigente, nivelando nacionalmente con las siguientes adiciones:

a. Los hijos del afiliado entre 18 y 25 años que dependan económicamente del afiliado y que estudien con dedicación de tiempo completo.
b. Los hijos del afiliado, sin límite de edad, cuando tengan una incapacidad permanente y dependan económicamente del afiliado.
c. Los nietos del docente hasta los primeros 30 días de nacido, cuando el hijo del docente sea beneficiario del afiliado.

3. PLAN DE BENEFICIOS.
El Consejo Directivo decidió mantener el plan integral de beneficios, vigente para el magisterio, excluyendo por razones legales el suministro de medicamentos no aprobados por el INVIMA. Los medicamentos no incluidos en el Vademécum tendrán un procedimiento para su aprobación previa.

4. SELECCIÓN DE CONTRATISTAS
El Consejo Directivo acordó que en cada región habrá más de un prestador de servicios, salvo que sólo se presente un proponente o los que se presenten no alcancen los requisitos mínimos. En cada región se contratará con las entidades que obtengan los mayores puntajes, previo el cumplimiento de unos requisitos y criterios que serán definidos en una próxima sesión del Consejo Directivo, con base en una evaluación técnica realizada por una entidad preferiblemente pública, distinta a la Fiduciaria. El número máximo de entidades con las que se contratará dependerá de la población; estos criterios serán definidos en una próxima sesión. La selección se realizará mediante el procedimiento de invitación pública previsto en la Ley 80 de 1993. En el proceso de selección se deberá aplicar el procedimiento establecido en la legislación vigente respecto de la recomendación de las entidades con las que se contratará por parte de los Comités Regionales y del Consejo Directivo.

5. LIBRE ELECCIÓN.
El Consejo Directivo decidió que los docentes tendrán la libertad de elegir entre las diferentes entidades seleccionadas para cada región. En sesión posterior del Consejo Directivo se decidirán las condiciones particulares de permanencia y cambio de prestador de servicios en caso de inconformidad por parte de los docentes con los servicios recibidos.

6. AMBITO REGIONAL.
El Consejo Directivo tomó la decisión que el modelo de contratación será regional, y aprobó las 8 regiones propuestas por la Fiduciaria La Previsora, sin perjuicio de ir ajustando la propuesta de conformación en un futuro. Los contratistas deben garantizar la prestación del servicio en todos los municipios de la región correspondiente, por lo menos hasta el primer nivel. En ningún caso se podrán rechazar las solicitudes de afiliación ni utilizar cualquier método de selección adversa.

7. ESTRUCTURA FINANCIERA.
El Consejo Directivo aprueba la propuesta de la Fiduciaria La Previsora y de FECODE de mantener el sistema de UPGF. En cuanto al monto, el Consejo adopta la propuesta de la Fiduciaria de que la UPGF sea equivalente a la UPC del sistema contributivo mas un 31,3 %, en el entendido de la nivelación de beneficios por lo alto, con la garantía expresada por la Fiduciaria respecto de la viabilidad financiera de la propuesta y respetando el acuerdo para las regiones especiales. Los aspectos puntuales, particulares y operativos para la implementación y desarrollo del nuevo modelo serán definidos por el Consejo Directivo en las próximas sesiones.

ARTICULO 2°. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.
Comuníquese y cúmplase
Dado en Bogotá D.C., a los 22 días del mes de julio de 2004"

Este Acuerdo es la expresión de las competencias asignadas al Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. En efecto la ley 91 de 1989 fue bastante genérica en torno a las responsabilidades del Fondo en materia de salud y simplemente señaló que obviamente al Fondo correspondía garantizar los servicios y que esa garantía se efectuaría bajo un mecanismo de contratación con entidades sin especificar cuáles y señaló que esto se haría de acuerdo a las instrucciones que impartiera el Consejo Directivo del Fondo.

Es por esta razón que el Acuerdo 4 de 2004 señala los elementos centrales estructurantes de ese modelo en cuanto a los aspectos relativos a los beneficios, la cobertura, la selección de contratistas, la libre elección, el ámbito regional y la estructura financiera.

De hecho el Acuerdo 4 de 2004 fue objeto de modificación mediante la expedición del Acuerdo 2 de 2008 que señaló:

"Artículo 1º: Ajustar y adoptar los lineamientos para la contratación de los servicios de salud para el magisterio, teniendo en cuenta los criterios discutidos, evaluados y acordados en las sesiones del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, efectuadas los días 12 y 27 de diciembre de 2007, 29 de febrero, 2 de abril, 27 de mayo y 4 de junio de 2008.

1. MODELO DE ATENCIÓN
En el marco del régimen especial de los maestros, adoptar un modelo de atención integral a la familia con un médico familiar que tenga el conocimiento integral del estado de salud de la familia desde el punto de vista físico, mental y social, y que estimule la prevención.
2. FORMA Y PAGO DE ATENCION
Cancelar por capitación la atención y prestación de los servicios en los niveles I, II, III y IV y asistencial de Salud Ocupacional. El pago correspondiente a la promoción y prevención de la prestación de los servicios en salud y, promoción y prevención de la salud ocupacional se cancelarán por evento.

Constituir una cuenta especial administrada por la Fiduciaria, a efectos de cubrir los riesgos que se originen por la prestación de los servicios correspondientes al IV Nivel o Alto Costo. Los recursos de la cuenta especial que administrará la Fiduciaria para cubrir aquellas patologías que representan mayor riesgo, serán aportados por los contratistas prestadores de salud, de acuerdo con un cálculo actuarial y mediante descuento directo de la facturación mensual del IV Nivel.

3. ÁMBITO REGIONAL

Mantener la regionalización para la prestación de los servicios médico asistenciales.

4. SELECCIÓN DE CONTRATISTAS

Someter al proceso de libre elección todos aquellos oferentes que superen el 75% del puntaje total de la evaluación contenida en los pliegos de condiciones del proceso de invitación pública. El proceso de selección y los contratos, se regirán por las disposiciones contenidas en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios, previo informe de evaluación que deberán presentar los consultores y asesores externos contratados por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y atendiendo la recomendación del Consejo Directivo.

5. LIBRE ELECCIÓN

Adelantar el proceso de libre elección sin umbral.

6. MOVILIDAD

Permitir que los docentes, puedan solicitar el cambio de prestador después del primer año de ejecución de los contratos, cuando no se encuentren satisfechos con la atención recibida.

7. ESTRUCTURA FINANCIERA

El Consejo Directivo aprueba la siguiente Unidad de Pago por Capitación del Magisterio:

UPCM = UPCez + 48,32% UPC promedio del Magisterio

Corresponde a la UPC del régimen contributivo por los grupos etarios y las zonas geográficas mas un plus porcentual fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 48,32% del valor de la UPC promedio del Magisterio.

Donde: UPC= Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo

e= grupo etario

z= zona geográfica

8. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Garantizar que los prestadores de los servicios de salud implementen y presten de manera unificada las siguientes actividades: (i) sistema de información; (ii) call center; (iii) carnet único nacional y, (iv) manual de usuarios. Los costos para la implementación de las actividades descritas, se encuentran proyectados e incluidos en el porcentaje adicional de la UPCM.

Artículo 2°: VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha y modifica el Acuerdo 4 de 2004 en lo pertinente y deroga las disposiciones que le sean contrarias."

Posteriormente también se introdujeron ajustes al modelo mediante Acuerdo 006 de noviembre 1 de 2011, que establece estos lineamientos:

1. MODELO DE ATENCION: En el marco del Régimen de Excepción del Magisterio, adoptar un modelo de Atención Integral a los usuarios del régimen, con un médico familiar que tenga el conocimiento integral del estado de salud de la familia desde el punto de vista físico, mental y social, y que estimule la prevención.

2. PLAN DE BENEFICIOS: El Consejo Directivo ha decidido mantener el Plan Integral de Beneficios vigente para el Magisterio, excluyendo por razones legales el suministro de medicamentos no aprobados por el INVIMA.

3. COBERTURA: Los beneficiarios del Sistema de Salud del Magisterio, son los siguientes:

a) El conyugue o compañera (o) permanente siempre y cuando no esté afiliado a otro régimen de excepción en su calidad de beneficiario o cotizante.

b) El conyugue o compañera (o) permanente siempre y cuando no esté afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su calidad de cotizante

c) Hijos menores de 18 años

d) Los hijos de los afiliados entre 18 y 25 años que dependan económicamente del afiliado y que cursen estudios formales y de educación para el trabajo y desarrollo humano con base en lo establecido en el Decreto 2888 de 2007, previa presentación de recibo y pago de matrícula del periodo que se curse.

e) Los hijos del afiliado, sin límite de edad, cuando tengan una incapacidad permanente y dependan económicamente del afiliado.
f) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales C, D y E;
g) Los nietos del docente hasta los primeros 30 días de nacido, cuando la hija del docente sea beneficiaria del afiliado.
h) Padres de cotizantes que dependan económicamente de éste, que no les asista la obligación de estar afiliados a otro régimen de excepción o al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que ellos no tengan como beneficiarios a hijos, cónyuge o compañero(a) permanente.

4. En el proceso de selección de contratistas sólo podrán participar Instituciones Prestadoras de Salud, (IPS), (ii) Empresas de Medicina Prepagada, y (iii) Las Aseguradoras que ofrezcan Planes de Salud. No podrán participar empresas promotoras (EPS)
5. FORMA Y PAGO DE ATENCION: Cancelar por capitación la atención y prestación de los servicios en los niveles I, II y III y asistencial de Salud Ocupacional. El pago correspondiente a la Promoción y Prevención de la prestación de los servicios en salud y Promoción y Prevención de la Salud Ocupacional se cancelarán por evento.
Constituir un fondo único con carácter de cuenta especial administrada por la fiduciaria LA PREVISORA S.A., a efectos de cubrir los riesgos que se originen por la prestación de los servicios correspondientes al Alto Costo. Los recursos de la cuenta especial que administrará la Fiduciaria para cubrir aquellas patologías que representan mayor riesgo, serán aportados por los contratistas prestadores de salud, de acuerdo con un cálculo actuarial y mediante descuento directo de la facturación mensual del porcentaje correspondiente al Alto Costo. Los recursos no serán reembolsados a los prestadores de salud. En caso de agotarse los recursos del Fondo Único de Alto Costo por recobros de los prestadores el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio deberá aportar los recursos necesarios para atender los recobros que por patologías de alto costo realicen los prestadores de acuerdo a lo establecido en los Pliegos de Condiciones.
6. PLAZO DE EJECUCION: para los contratos de prestación de servicios medico asistenciales se ha establecido en 48 meses
7. AMBITO REGIONAL: Mantener la regionalización para la prestación de los servicios médico asistenciales, estableciéndose para el efecto cinco (5) regiones en todo el país.
8. SELECCIÓN DE CONTRATISTAS: Sólo podrá haber un prestador por región. Para ello, se adjudicará el contrato a aquella oferta que obtenga mayor puntaje en el proceso de evaluación y calificación.
El proceso de selección y los contratos se regirán por las disposiciones contenidas en la ley 80 de 1993, la ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios, y lo contenido en los Pliegos de Condiciones previo informe de evaluación que deberán presentar los consultores y asesores externos contratados por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y atendiendo la recomendación del Consejo Directivo.
9. ESTRUCTURA FINANCIERA: En el consejo Directivo aprueba la siguiente unidad de pago por capitación del Magisterio:
UPCM = UPCez + 48.32% UPC promedio de la Región
Corresponde a la UPC del Régimen Contributivo teniendo en cuenta grupos etarios, género y zonas geográficas, más un porcentaje del promedio de las UPC de la región para cubrir aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 48,32% del valor de la UPC promedio de la Región.
Dónde:
UPC = Unidad de Pago por CAPITACION DEL REGIMEN Contributivo E = grupo etario
Z = Zona Geográfica
Al inicio de cada año se ajustara el valor de la UPCM en igual porcentaje al que se ajuste la UPC del Régimen Contributivo teniendo como base la definición que establezca la CRES con respecto a la UPC.
El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio podrá aplicar cualquier incremento extraordinario en el valor de la UPCM, previo estudio que muestre la necesidad de los mismos de forma anual.

10. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: Garantizar que los prestadores de los servicios de salud implementen y presten de manera unificada las siguientes actividades: (I) sistemas de información; (ii) call center.
11. ZONAS ESPECIALES: El Consejo Directivo, además de incluir las zonas que la CRES ha catalogado como tal podrá establecer otras zonas especiales."

Las disposiciones que se han señalado son una clara muestra de la plena vigencia del régimen excepcional del magisterio, las cuales si bien adoptan como referencia algunos elementos del Sistema General de Seguridad Social en Salud como es el uso de la Unidad de Pago por Capitación más un porcentaje adicional para efectos de valorar los servicios que deben ser garantizados a los afiliados, son disposiciones totalmente autónomas y diferentes a las del sistema general de seguridad social en salud.

De otro lado las disposiciones legales que involucran a los regímenes de excepción han dado pie para la expedición de una importante reglamentación que si bien en principio va dirigida al sistema general en su conjunto finalmente también termina incorporando a los regímenes exceptuados y en particular al régimen de los afiliados al FNPSM.

Dentro de las normas más importantes en ese sentido podemos destacar las siguientes:

En materia de afiliaciones el Decreto 1703 DE 2002 regula el tema de la siguiente manera:

*ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. El presente decreto se aplica a las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, a los aportantes y en general a todas las personas naturales o jurídicas que participan del proceso de afiliación y pago de cotizaciones en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los **Regímenes Excepcionados** y Especiales, cuando haya lugar.*

El artículo 14 del citado Decreto fue modificado por el Decreto 57 de 2015 en los siguientes términos:

ARTÍCULO 1o. Modificase el artículo 14 del Decreto número 1703 de 2002, el cual quedará así:

" Artículo 14. Devolución de pagos dobles de cobertura. Las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán estar afiliados simultáneamente a un Régimen Especial o de Excepción y al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios, o utilizar paralelamente los servicios de salud en ambos regímenes.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen especial o de excepción o su cónyuge, compañero o compañera permanente, tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el aportante deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del Régimen Especial o de Excepción y, las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto el empleador hará los trámites respectivos.

Si el Régimen Especial o de Excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante deberá permanecer obligatoriamente en el Régimen Contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen especial o de excepción. Igualmente, si no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge cotizante con sus beneficiarios permanecerán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el evento en que un afiliado a alguno de los Regímenes exceptuados o especiales se haya afiliado simultáneamente a una Entidad Promotora de Salud (EPS) del régimen contributivo o

del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) deberá solicitar a la respectiva EPS la restitución de los recursos que por concepto de UPC se le hubiesen reconocido por dicho afiliado durante el tiempo de la multiafiliación.

Si la multiafiliación se presentó con el régimen de salud de las fuerzas militares, la Policía Nacional o el Magisterio, del monto a restituir las EPS podrán descontar el valor de los servicios prestados al afiliado, incluyendo la contratación de los mismos por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo, hasta el valor del monto equivalente a las Unidades de Pago por Capitación giradas durante el periodo que duró la multiafiliación. Si el valor de los servicios prestados es inferior al valor de las Unidades de Pago por Capitación giradas durante el periodo que duró la multiafiliación, la EPS deberá restituir la diferencia correspondiente al Fosyga. Si el valor de los servicios supera el valor de la UPC la EPS podrá cobrar el excedente directamente al operador del régimen de excepción correspondiente. Todo lo anterior, sin perjuicio que la obligación de pago de los servicios de salud prestados por las EPS durante el tiempo de multiafiliación siga a cargo de los regímenes de excepción.

De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de las EPS para el cobro, frente a las entidades que operan los regímenes de excepción, por el valor de los servicios que fueron descontados del monto a restituir a dicho Fondo.
Para que el descuento del valor de los servicios prestados al afiliado sea procedente, las EPS deberán comprobar su reconocimiento y pago, así como anexar un documento en el que conste el acuerdo sobre las obligaciones de las entidades que operan los regímenes de excepción antes mencionados, suscrito por los representantes legales de la EPS y de la entidad que opera el régimen de excepción correspondiente, en los términos y condiciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual deberá reflejarse en los estados financieros de las dos entidades.

Sí la multíafiliación se presentó con los demás regímenes exceptuados o especiales, las EPS deberán solicitar al operador del régimen al que pertenezca el usuario, la restitución del valor de los servicios que le haya prestado durante el tiempo de la multiafiliación, debiendo sufragarlos dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que se haya acreditado su reconocimiento y pago por parte de las EPS correspondiente, so pena de la generación de intereses moratorias de conformidad con lo previsto en el artículo 4 o del Decreto-ley 1281 de 2002.

PARÁGRAFO 1o. Las entidades que operen los regímenes de excepción deberán gestionar los recursos necesarios para garantizar el pago de los servicios prestados por las EPS a los afiliados a tales regímenes, producto de los estados de multiafiliación.

PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos y condiciones para que las EPS restituyan el valor de los recursos correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación (UPC) giradas durante el tiempo de multiafiliación, previo el descuento de que trata el presente artículo, cuando este fuere procedente, y podrá suscribir con ellas acuerdos de pago a fin de proteger la garantía de la continuidad en la prestación de los servicios de salud a sus afiliados".

De esta reglamentación del tema de afiliaciones pueden extraerse varias conclusiones. Una primera es que definitivamente el régimen de excepción y el régimen general son excluyentes y en consecuencia se establecen disposiciones para evitar la multiafiliación. La segunda es que inevitablemente este régimen de excepción tendrá que relacionarse con las entidades del régimen general para efectos de solucionar los casos en los que se presentó multiafiliación y la metodología para el proceso de restitución de recursos.

Pero la tercera y tal vez la más importante para efectos del presente trabajo es que si bien este tema en estricto sentido no guarda relación con el tema de la prestación de servicios de salud, sí denota que existen una serie de funciones propias del aseguramiento que no pueden

desarrollar las IPS contratistas y que ineludiblemente el Fondo tendrá que asumir, lo cual implica una preparación y conocimientos específicos sobre la materia.

Un tema de central importancia en el que el régimen exceptuado de los afiliados al FNPSM no puede ser ajeno es el relativo al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Este sistema se encuentra regulado en el Decreto 1011 de 2006 que establece:

"ARTÍCULO 1o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

***Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las** Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.*

PARÁGRAFO 1o. Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan." (Subrayado fuera de texto)

En esta materia la reglamentación de manera expresa involucra a éste régimen de excepción, lo cual significa de forma especial que los prestadores de servicios de salud que presten sus servicios a estos afiliados deberán cumplir con todos y cada uno de los componentes de éste sistema. Se resalta la obligatoriedad de cumplir con las normas de habilitación señaladas actualmente en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. Allí se establece en forma detallada para todos los servicios de salud cuáles son los requisitos habilitantes que permite prestar estos servicios de modo que su observancia es una exigencia para el funcionamiento de estas entidades.

Otra regulación fundamental que en principio va dirigida al sistema general en su conjunto pero que involucra al régimen de excepción del magisterio es la que atañe a la relación que se presenta entre los pagadores y los prestadores de servicios de salud.

En ésta materia el Decreto 4747 de 2007 en su campo de aplicación establece:

"ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. ***Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos****." (Subrayado fuera de texto)*

Por su parte el artículo 3 del mismo decreto define a los prestadores de servicios de salud en los siguientes términos en concordancia con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006:

"ARTÍCULO 3o. DEFINICIONES. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

a) Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados;"

Con base en la anterior definición queda claro que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) hacen parte de los prestadores de servicios de salud y en consecuencia cuando estas IPS prestan sus servicios de salud con el régimen exceptuado del FNPSM a no dudarlo quedan inmersas en el supuesto establecido en la norma y por ello esa relación entre pagador y prestador debe regirse por las disposiciones del citado Decreto 4747 de 2007.

De este Decreto deba resaltarse la regulación que establece frente a las diferentes formas de contratación y pago y sus requisitos básicos así como las condiciones y elementos que deben tener los contratos de prestación de servicios de salud.

El cumplimiento de estas exigencias se genera no tanto por el carácter de Fiduprevisora como contratante de servicios de salud en representación del FNPSM sino por la condición de los contratistas que normalmente se organizan como IPS y en tanto IPS están sujetos esa reglamentación.

Como corolario de lo anterior vale la pena aclarar que en efecto la Ley 100 de 1993 creó los conceptos de EPS e IPS y que por supuesto en los regímenes de excepción los Pagadores o contratantes de servicios de salud no pueden asimilarse a las EPS en el sentido de que les sea aplicable la regulación que rige para dichas entidades a pesar de que cumplan esencialmente funciones de aseguramiento.

No puede decirse lo mismo de las IPS por cuanto los prestadores de servicios de salud cuentan con una reglamentación que los vincula de manera más directa al cumplimiento de ciertas exigencias y en tanto presten esos servicios de salud son sujetos de esas exigencias como se observó anteriormente respecto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Finalmente como las IPS deben cumplir con estas obligaciones específicas es inevitable que el contratante deba verificar que este cumplimiento efectivamente se presente.

En asuntos relacionados con la salud pública también existen disposiciones especiales que vinculan al régimen exceptuado del FNPSM. Es así como el Decreto 3518 de 2006 "Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones", prescribe que:

"ARTÍCULO 2o. AMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud ***y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993*** *y la Ley 647 de 2001, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población y que de las mismas, se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento del objeto y fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila." (Subrayado fuera de texto)*

Dado este campo de aplicación de la norma, surgen tanto para contratantes como para contratistas precisas responsabilidades en esta materia como el manejo y reporte de información de los eventos de interés en salud pública entre otras.

En otras temáticas diferentes, otra serie de Decretos han vinculado en forma específica al régimen exceptuado del FNPSM. Respecto de los desplazados por la violencia el Decreto 2131 de 2003 dispuso:

"ARTÍCULO 1o. OBJETO. El presente decreto tiene por objeto regular la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 y cuando sea procedente, ***las normas que regulan los regímenes de excepción****, siendo de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud, Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Territoriales y en general todas las personas jurídicas y naturales que hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud* ***y las entidades que administren Regímenes de Excepción****." (Subrayado fuera de texto)*

Esto implica responsabilidades para con este tipo de población.

En la misma línea de las poblaciones especiales el Decreto 2734 de 2012 por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia incluye en varios de sus artículos obligaciones especificas en materia financiera de servicios y de información que involucra al régimen exceptuado del FNPSM. Los artículos pertinentes señalan:

"*ARTÍCULO 6o. OTORGAMIENTO DE MEDIDAS DE ATENCIÓN CUANDO LA VÍCTIMA ES ATENDIDA POR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD* ***O UN RÉGIMEN DE SALUD ESPECIAL O EXCEPCIONAL****. El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que acuden a recibir atención médica ante una Institución Prestadora de Servicios de Salud, estará sujeto al siguiente procedimiento.*

1. La Institución Prestadora de Servicios de Salud valorará y atenderá a la mujer víctima de violencia, de conformidad con los protocolos médicos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, de lo cual elaborará el resumen de la atención donde especifique si la mujer víctima tiene una afectación en su salud física o mental relacionada con el evento y si requiere tratamiento médico y/o psicológico. El resumen deberá ser remitido a la autoridad competente dentro de las doce (12) horas siguientes a la culminación de la atención o de la urgencia. Si la mujer víctima de violencia no contare con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la IPS deberá informar del hecho a la entidad territorial con el fin de que se surta el proceso de afiliación al Sistema, en los términos establecidos en los artículos 32 de la Ley 1438 de 2011 y 11 del Decreto número 4796 del mismo año, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
2. Recibido el resumen de atención, la autoridad competente iniciará inmediatamente el trámite para la adopción de las medidas de protección, establecidas en el artículo 4 o de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 1 o de la Ley 575 de 2000, los artículos 16 17 y 18 de la Ley 1257 de 2008 y el Decreto número 4799 de 2011.
3. Una vez otorgadas las medidas de protección y verificado que la víctima no se encuentra en un programa especial de protección, la autoridad competente abordará a la mujer víctima de violencia con el fin de darle a conocer sus derechos y le tomará la declaración sobre su situación de violencia, previniéndola de las implicaciones judiciales y administrativas que dicha declaración conlleva. En todo caso, ninguna medida será tomada en contra de la voluntad de la mujer víctima.
4. La autoridad competente, dentro de las doce (12) horas hábiles siguientes a la aceptación de la medida de atención por parte de la mujer víctima, deberá solicitar a la Policía Nacional la evaluación de la situación especial de riesgo acorde con lo que para el efecto se define en el artículo 2 o del presente decreto. El informe de evaluación de riesgo deberá ser remitido a la autoridad competente que la solicitó durante las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud, a efectos de que esta determine si otorga las medidas de atención.
5. En caso positivo, la autoridad competente remitirá inmediatamente la orden a la Entidad Promotora de Salud - EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentre afiliada la víctima, quien deberá en el término máximo de tres (3) días háb iles contados a partir del recibo de la orden, comunicar a la mujer víctima dicha decisión e informarle el lugar donde se le

prestarán las medidas de atención, garantizando su traslado al mismo. Mientras se surte el traslado de la mujer al lugar de prestación de las medidas por parte de la EPS o del Régimen Especial o de Excepción, la autoridad competente podrá, si fuere el caso, adoptar y ordenar una protección temporal especial por parte de las autoridades de policía. Así mismo informará a la Secretaría Departamental o Distrital de Salud sobre el inicio de la medida de atención, para su seguimiento, monitoreo y control.

(…)

ARTÍCULO 11. FINANCIACIÓN DE LAS MEDIDAS DE ATENCIÓN. Las medidas de atención para las mujeres afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán financiadas con los recursos a que refiere el Decreto número 1792 de 2012 y los criterios de distribución entre las entidades territoriales que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. ***Tratándose de mujeres víctimas de violencia afiliadas a Regímenes Especiales o de Excepción, la financiación de dichas medidas se hará, por cada uno de ellos, de acuerdo a los procedimientos que establezcan sus propias normas de financiación****.*

ARTÍCULO 12. PAGO DE LAS MEDIDAS DE ATENCIÓN. Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, pagarán el costo generado por la prestación de las medidas de atención a que refiere este decreto a las Empresas Promotoras de Salud EPS, de acuerdo con los lineamientos que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. Bajo ninguna circunstancia de carácter administrativo y/o financiero, las Empresas Promotoras de Salud - EPS, podrán negar o condicionar la prestación y continuidad de las medidas de atención. En todo caso las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, deberán generar mecanismos administrativos que garanticen el pago oportuno de dichas medidas.

ARTÍCULO 13. PAGO DE LAS MEDIDAS DE ATENCIÓN POR PARTE DEL AGRESOR. Una vez la autoridad competente establezca la responsabilidad del agresor y este tenga capacidad de pago, le ordenará el pago de los gastos en que incurra el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Régimen Especial o de Excepción para las medidas de atención, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 o de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 17 de la Ley 1257 de 2008. El pago se efectuará mediante reembolso.

La autoridad competente ordenará que el agresor consigne los valores informados por la Dirección Departamental o Distrital de Salud, en la cuenta establecida por la entidad territorial, y por cada uno de los Regímenes Especiales o de Excepción.

ARTÍCULO 14. OTORGAMIENTO DEL SUBSIDIO MONETARIO. Cuando se configure alguno de los criterios señalados en el artículo 9 o del Decreto número 4796 de 2011, procederá el otorgamiento del subsidio monetario para lo cual, la Entidad Promotora de Salud informará tal circunstancia tanto a la autoridad competente como a la Dirección Departamental o Distrital de Salud del lugar donde se encuentre la mujer víctima.

La Dirección Departamental o Distrital de Salud hará entrega efectiva del subsidio monetario correspondiente, de acuerdo con el mecanismo que establezca debiendo aplicar para el efecto, los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El subsidio monetario se entregará a la mujer víctima por el tiempo de duración de la medida, para sufragar los gastos de habitación, alimentación y transporte en lugar diferente al que habite el agresor. Así mismo, estará condicionado a la asistencia a las citas médicas, psicológicas o psiquiátricas que requiera la víctima, hijos e hijas.

El desembolso del subsidio del segundo mes en adelante estará supeditado a la previa verificación por parte de la Dirección Departamental o Distrital de Salud de que la mujer víctima hace uso del mismo de acuerdo a lo establecido en el inciso anterior.

PARÁGRAFO. ***En los casos de mujeres víctimas afiliadas a los Regímenes Especiales o de Excepción, la autoridad competente ordenará el pago del subsidio monetario al régimen al cual corresponda, en los términos del presente artículo****.*

*ARTÍCULO 15. SEGUIMIENTO Y CONTROL. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud****, al igual que los Regímenes Especiales o de Excepción, deberán adoptar mecanismos de seguimiento y control a la aplicación de las medidas de atención otorgadas por la autoridad competente, conforme con los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social****." (Subrayado fuera de texto)*

Otra población de características especiales que involucra a los regímenes de excepción es la referente a la población reclusa, ya que el Decreto 2496 de 2012 en lo pertinente adopta estas decisiones en los siguientes artículos:

"ARTÍCULO 2o. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) se realizará al Régimen Subsidiado a través de una o varias Entidades Promotoras de Salud Públicas o Privadas, tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo, autorizadas para operar el Régimen Subsidiado, que determine la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC). Dicha afiliación beneficiará también a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión.
PARÁGRAFO 1o. En concordancia con el literal m) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y con el numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, a las Entidades Promotoras de Salud les asiste la obligación de aceptar la afiliación de la población reclusa, según lo previsto en el presente decreto.
PARÁGRAFO 2o. La población reclusa que se encuentre afil iada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados conservará su afiliación mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para dicho régimen.

ARTÍCULO 5o. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. La Entidad o las Entidades Promotoras de Salud a las que se afilie la población reclusa de que trata el presente decreto garantizarán los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud teniendo en cuenta, en el modelo de atención, la particular condición de dicha población.
PARÁGRAFO 1o. Para efectos de lo previsto en el presente decreto, la población reclusa afiliada al Régimen Subsidiado se asimila al nivel I del Sistema de Selección de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) y en consecuencia, estará exenta de copagos y cuotas moderadoras, en los términos del artículo 14 literal g) de la Ley 1122 de 2007.
PARÁGRAFO 2o. Los servicios del plan de beneficios que llegaren a prestarse a la población reclusa afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados, les serán cobrados a los respectivos aseguradores.

ARTÍCULO 6o. ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN RECLUSA A CARGO DEL INPEC. La Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a las que se afilie la población reclusa a cargo del INPEC, organizarán la atención que se prestará a dicha población, teniendo en cuenta:
1. El manual técnico administrativo para la prestación de los servicios de salud elaborado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), el cual deberá estar conforme al modelo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Las áreas de sanidad habilitadas para prestar los servicios de salud ubicadas al interior de los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC.
3. Los procesos de referencia y contrarreferencia definidos para dicha población.
4. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con el perfil epidemiológico y los factores de riesgo.

5. La forma de articulación con otros aseguradores cuando se trate de población reclusa afiliada al Régimen Contributivo o a Regímenes Exceptuados.

PARÁGRAFO 1o. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), al elaborar el manual técnico administrativo para la prestación de los servicios de salud, deberá tener en cuenta el Modelo de atención que determine el Ministerio de Salud y Protección Social el cual contendrá, entre otros, los siguientes aspectos: (i) Los mecanismos de referencia y contrarreferencia, y (ii) Los programas que se deban desarrollar dentro de la estrategia de atención primaria en salud - promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como las estrategias que permitan gestionar el riesgo por enfermedades de alto costo, de interés en salud pública, de trasmisión sexual y de salud mental en la población reclusa en los diferentes establecimientos carcelarios. Este manual deberá ser adoptado por la Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) seleccionadas por la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC) y por los prestadores definidos por ellas, quienes coordinarán con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) lo relacionado con la seguridad de los internos."

Como puede observarse el régimen exceptuado de los afiliados al FNPSM no puede ser ajena a las responsabilidades en materia de salud respecto de ésta población debiendo en lo pertinente ejercer acciones de coordinación y pese a que el Decreto anteriormente citado se encuentra derogado respecto de la población reclusa a cargo del INPEC, conforme al mismo Decreto 2245 de 2015, estas normas mantienen su vigencia respecto de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales.

En lo atinente a la regulación del servicio farmacéutico las disposiciones reglamentarias también han vinculado a los regímenes exceptuados en los siguientes términos:

"*ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, incluyendo a los que **operen en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993,** a todo establecimiento farmacéutico donde se almacenen, comercialicen, distribuyan o dispensen medicamentos o dispositivos médicos, en relación con el o los procesos para los que esté autorizado y a toda entidad o persona que realice una o más actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.*
PARÁGRAFO. Se exceptúan de la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente decreto a los laboratorios farmacéuticos cuyo funcionamiento continuará regido por las normas vigentes sobre la materia." (Subrayado fuera de texto)

También las disposiciones reglamentarias referidas al consumo de alcohol han establecido expresas obligaciones a cargo de los regímenes exceptuados y en esa materia señala el Decreto 120 de 2010 lo siguiente:

"ARTÍCULO 10. CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN PARA LA POBLACIÓN EN RIESGO POR CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL. Los Ministerios sectoriales implementarán campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo abusivo de alcohol y brindar asesoría y desarrollar programas para evitar el consumo abusivo de esta sustancia.

*PARÁGRAFO 1o. Las Empresas Promotoras de Salud --EPS-- del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas **y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993** y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumo abusivo de alcohol y brindarle al usuario los servicios del POS dirigidos al manejo del factor riesgo.*

PARÁGRAFO 2o. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud --IPS-- y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios." (Subrayado fuera de texto)

Obviamente esta disposición es de obligatorio cumplimiento en el caso de los afiliados al FNPSM.

En materia de la regulación del funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez las disposiciones reglamentarias pertinentes han vinculado de igual manera a los regímenes exceptuados conforme se desprende del contenido del Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo:

"ARTÍCULO 2.2.5.1.1. CAMPO DE APLICACIÓN. El presente capítulo se aplicará a las siguientes personas y entidades:

(…)

*2. De conformidad con los dictámenes que se requieran como segunda instancia de **los regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993**, caso en el cual las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como segunda instancia, razón por la cual no procede la apelación a la junta nacional" (Subrayado fuera de texto)*

En concordancia con la Ley 1639 de 2013 por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido, su Decreto reglamentario 1033 de 2014 por supuesto también ha incluido a los regímenes de excepción.

Otras responsabilidades de los regímenes de excepción en materia de servicios de salud son las relacionadas con las derivadas de los accidentes de tránsito como quiera que el Decreto 56 de 2015 dentro de su campo de aplicación señala:

"*ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. El presente decreto aplica al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), **a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993**, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este acto administrativo*."

De manera concreta su vinculación se expresa en la obligación contenida en el artículo 9 del citado Decreto 56 de 2015 en la medida en que existen responsabilidades por parte de estas entidades en los eventos en que se excede la cobertura establecida por la subcuenta ECAT del Fosyga para estos casos. El parágrafo 1º del artículo 9 consagra la obligación de esta manera:

*"PARÁGRAFO 1o. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, **por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo**, o por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral." (Subrayado fuera de texto)*

En desarrollo de las competencias legales asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud y que fueron citadas anteriormente, esta entidad en su última reestructuración adelantada mediante el Decreto 2462 de 2013 de manera inequívoca señala sus competencias en esa materia de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 6o. FUNCIONES. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las siguientes funciones:

32. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (Fosyga) o quien administre estos recursos y a los demás sujetos vigilados del

*Sistema General de Seguridad Social, **incluidos los regímenes especiales y exceptuados, contemplados en la Ley 100 de 1993**." (Subrayado fuera de texto)*

De la revisión de los textos reglamentarios que se han citado se puede observar como a partir de la Ley 100 de 1993 se han expedido un número importante de Decretos que involucran a los regímenes exceptuados incluido por supuesto el del FNPSM y que por tanto se observa como cada vez las disposiciones reglamentarias pretenden no dejar de lado estos regímenes que se consideran fundamentales para una regulación integral del sector en el país.

En materia de Resoluciones se puede observar un comportamiento similar y por ello se hará referencia a aquellas que se consideran claves y relevantes para definir de manera intregral el marco jurídico aplicable en el caso del magisterio.

Un primer tema que ya se había mencionado dentro de los textos legales es el relativo a las obligaciones de suministro de información que tal como pudo observarse anteriormente involucran en forma integral a los regímenes exceptuados.

En este aspecto la Resolución 1344 de 2012 por la cual se dictan disposiciones sobre el reporte de información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se efectúan modificaciones a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, expedida por el Ministerio de Salud y Protección y sus posteriores modificaciones contienen todas las exigencias de reporte de información en materia de afiliados al FNPSM. Su artículo 2º define el campo de aplicación de la siguiente manera:

*"ARTÍCULO 1o. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente resolución tienen por objeto establecer los datos mínimos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, fijar lineamientos de control aplicables al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado, **a los Regímenes Especiales y de Excepción**, a las entidades de Medicina Prepagada y Planes Adicionales de Salud, efectuando en lo pertinente, modificaciones a la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA.*

*Serán disposiciones de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), al Distrito Capital de Bogotá, D. C., a los municipios, a los departamentos que tengan a su cargo corregimientos departamentales, **a quienes administren los regímenes especiales y de excepción del Sector Salud,** a las Entidades de Medicina Prepagada y a quienes administren pólizas o seguros de salud."*

Se destaca en ese sentido que la línea de trabajo del Ministerio de Salud y Protección Social respecto del manejo de la información propende por una integración total de toda la población colombiana con el fin de poder hacer un adecuado control de todas las situaciones posibles de afiliación de manera que la relación entre el sistema general de seguridad social en salud y los regímenes exceptuados es actualmente inescindible.

En forma particular la Resolución 5512 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se modifica la Resolución 1344 de 2012 respecto al reporte de información de afiliación de las entidades pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción y se dictan otras disposiciones, complementa estas exigencias en forma específica para tales regímenes exceptuados.

En esa misma línea de regulación se encuentra la Resolución 5510 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas.

En este caso los afiliados al FNPSM tienen adicionalmente unas obligaciones para con el sistema general en aquellos eventos en que tengan ingresos adicionales a los devengados como consecuencia se su afiliación al régimen del magisterio.

Otros requerimientos de información también se han efectuado respecto del manejo de la cuenta de alto costo dentro del sistema general de seguridad social en salud vinculando a los regímenes de excepción. En ese sentido pueden citarse las Resoluciones 1393 de 2015 (artritis reumatoide), 3681 de 2013 (enfermedades huérfanas, 123 de 2015 (hemofilia), 247 de 2014 (pacientes con cáncer) todas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Sin embargo no sólo en materia de exigencias de reporte de información de afiliados y de servicios se han expedido resoluciones que aplican a los regímenes exceptuados. Estas disposiciones también se han expedido en materia de medicamentos dentro de las cuales se destacan:

Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones que en su campo de aplicación señala:

"ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. El Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos, así como las demás disposiciones contenidas en la presente resolución, se aplicarán a toda persona que realice una o más actividades y/o procesos del servicio farmacéutico; especialmente, a los prestadores de servicios de salud, ***incluyendo a los que operen en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993*** *y a todo establecimiento farmacéutico donde se almacenen, comercialicen, distribuyan o dispensen medicamentos y dispositivos médicos o se realice cualquier otra actividad y/o proceso del servicio farmacéutico." (Subrayado fuera de texto)*

También en materia de medicamentos la Resolución 3166 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se define y se implementa el estándar de datos para medicamentos de uso humano en Colombia señala:

"ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a los medicamentos de uso humano y son de obligatorio cumplimiento para los siguientes actores y agentes:
2.1. Titulares o importadores autorizados en el registro sanitario de medicamentos para uso humano.
2.2. Importadores de medicamentos vitales no disponibles.
2.3. Todas las personas naturales o jurídicas que ejercen actividades relacionadas con fabricación, importación, compra y venta, distribución y uso de medicamentos para uso humano.
2.4. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las entidades que administren regímenes especiales y de excepción en salud, y las que administren planes adicionales de salud.
2.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2.6. Entidades del nivel territorial que realicen pagos por atención en salud, en cualquier modalidad de atención y contratación.
2.7. Entidades adscritas y vinculadas al Sector Administrativo de Salud y Protección Social que en su operación manejen medicamentos y que realicen pagos por atención en salud, en cualquier modalidad de atención y contratación.
PARÁGRAFO. Se exceptúa de la aplicación de la presente resolución, los medicamentos homeopáticos y productos fitoterapéuticos." (subrayado fuera de texto)

En cuanto a la entrega de medicamentos la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social prescribe que:

"ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente resolución tiene como objeto establecer los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando este lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo trascurrido después que el afiliado reclama los medicamentos.
Igualmente, mediante la presente resolución, para efectos de realizar la inspección, vigilancia y control, se crea el Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Control de la entrega de medicamentos.

ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), su red de prestación de servicios y todas las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ***pertenecientes a regímenes exceptuados****." (Subrayado fuera de texto)*

En otros aspectos relevantes derivados de sentencias de la Corte Constitucional[3] como el caso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo también los regímenes exceptuados tienen responsabilidades por cumplir. La Resolución 4905 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE- los vincula de la siguiente manera:

"ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente resolución aplican, en lo pertinente, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, ***las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993*** *y la Ley 647 de 2001, y a los Prestadores de Servicios de Salud."*

En consideración a ello estas normas técnicas son de obligatoria observancia cuando un afiliado al FNPSM desee practicarse una IVE dentro de los límites señalados por la Corte Constitucional.

En otro aspecto es clave resaltar que dentro de la política de planeación integral en salud dadas las recientes políticas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social para armonizar el desarrollo del sector se ha querido vincular a los regímenes exceptuados en ese proceso de manera que la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social establece la necesidad de adelantar acciones coordinadas en esa materia con las entidades territoriales.

En desarrollo de las disposiciones legales y reglamentarias las autoridades competentes también han expedido circulares que incorporan como destinatarios a los regímenes exceptuados. Muchas de ellas han hecho referencia a situaciones especiales en materia de salud pública como epidemias u otras en los cuales desde el punto de vista sanitario los regímenes exceptuados deben estar atentos a las acciones en esa materia.

Dentro de las circulares expedidas debe destacarse la Circular Unica de la Superintendencia Nacional de Salud. El título II capítulo III de la citada circular contiene el aparte específico dedicado a los regímenes exceptuados en donde de manera expresa se incluye a los afiliados al FNPSM.

Se resalta el siguiente contenido:

---

[3] Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional establece los casos en los que se puede realizar una interrupción voluntaria del embarazo.

"*Los sistemas exceptuados de acuerdo con las características propias de su organización, serán sujetos a la Inspección, Vigilancia y control en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación soc ial, acciones y medidas especiales e información, de conformidad con los conceptos establecidos en la Ley 1122 de 2007.*

En ejercicio de las facultades mencionadas y en concordancia con los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, el alcance en cada uno de ellos será:

1. Financiamiento: Se vigilará la eficiencia, eficacia y efectividad en el recaudo, flujo, administración y aplicación de los recursos de salud.
2. Aseguramiento: Se vigilará el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población objeto a un plan de beneficios del régimen.
3. Prestación de servicios de Atención en Salud Pública: Se vigilará que la prestación de servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
4. Atención al Usuario y Participación Social: Se vigilará que se garantiza el cumplimiento de los derechos de los usuarios y la participación social de acuerdo con los mecanismos propios de cada sistema.
5. Eje de Acciones y Medidas Especiales: Se realizará intervención forzosa administrativa para administrar las entidades vigiladas que cumplen funciones de administradores de recursos de la seguridad social del sistema especial o exceptuado.
6. Información: Se vigilará que las entidades especiales o exceptuadas garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia y finalmente vigilar que la afiliación corresponda a los sujetos con derechos plenos a pertenecer a los mencionados regímenes, evitar la doble afiliación y el libre transito entre s istemas.

Los regímenes de excepción y los sistemas especiales deberán enviar la información de afiliados y financiera de conformidad con los anexos técnicos de la presente circular."

Como puede observarse de las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud su campo de acción comprende todos los ejes de la inspección vigilancia y control pasando por aspectos relativos a la prestación misma de los servicios pero también por aspectos de tipo administrativo y financiero así como lo relacionado con la atención a los usuarios.

Es muy importante destacar que en ejercicio de sus funciones la Superintendencia tiene la facultad de efectuar la intervención forzosa administrativa de los regímenes exceptuados, lo cual implica una facultad amplia de sustituir la administración vigente de alguno de estos regímenes en los casos en que se evidencia el incumplimiento de la normatividad vigente.

Otra circular de capital importancia para los regímenes de excepción expedida por la Superintendencia Nacional de Salud es la número 66 de 2010. Esta circular va dirigida entre otros actores a las Entidades Responsables del Pago de servicios de salud que se describen en el numeral 1.1. de la siguiente manera:

"*1.1 ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD (ERP) EN LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD*
De acuerdo con lo establecido en el literal b), artículo 3 o del Decreto 4747 de 2007, se consideran como tales:

1. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud.
2. Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.
3. Las entidades adaptadas.
4. Las administradoras de riesgos profesionales.
5. <u>Las entidades que administran regímenes especiales y de excepción, cuando estas suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les</u>

sea aplicable el Decreto 4747 de 2007, según lo previsto en el artículo 2 o del Decreto 4747 de 2007."

Dado que efectivamente en el caso el FNPSM Fiduprevisora contrata servicios de salud con IPS a las cuales se aplica el Decreto 4747 de 2007, entonces por consecuencia el régimen del magisterio es destinatario de las disposiciones de la circular.

La citada circular 66 de 2010 en esencia regula el fenómeno de la intermediación o subcontratación en la prestación de servicios de salud y en síntesis establece que las relaciones entre los pagadores y los prestadores de servicios de salud deben realizarse directamente con las instituciones que tienen habilitados los servicios de salud de manera que un prestador no puede ofertar y contratar un servicio de salud que no tenga habilitado a su nombre salvo que utilice alguna figura asociativa como los consorcios o uniones temporales.

No obstante lo anterior, con posterioridad a esta disposición la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular 4 de 2011 que establece:

"Teniendo en cuenta que la Circular 066 de 2010 fue expedida para las entidades vigiladas por parte de esta Entidad y comoquiera que los regímenes especiales o exceptuados son sujetos de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, hasta tanto el Ministerio de la Protección Social no reglamente lo concerniente a las redes integradas de servicios de salud, de los que trata el artículo 60 y siguientes de la Ley 1438 de 2011, los regímenes especiales o exceptuados quedarán excluidos de la aplicación de la Circular 066 de 2010."

Como a la fecha no se ha producido la reglamentación de la habilitación por redes de servicios, esto significa que las disposiciones de la circular 66 de 2010 no son aplicables actualmente al régimen exceptuado de los afiliados al FNPSM.

8.3 PERSPECTIVA FINANCIERA:

Para el presente análisis se utilizará la información de los estados financieros de las IPS públicas y privadas para el año 2013, fecha más reciente disponible en la Superintendencia Nacional de Salud.

Los indicadores a estimar son los siguientes:

- Índice de liquidez
- Índice de endeudamiento
- Rentabilidad del activo
- Rentabilidad del patrimonio

A continuación, se presenta la definición y significado de cada indicador, así como el indicador resultante de los estados financieros de las IPS públicas y privadas para el año 2013.

- Índice de liquidez: (activo corriente/pasivo corriente):

De acuerdo con Gerardo Domínguez Giraldo, en "Indicadores de Gestión y Resultados – Un Enfoque Sistémico" Biblioteca Jurídica DIKE, 4ª Edición 2002; el indicador de liquidez "*Indica la capacidad que tiene la empresa para atender en el corto plazo (menos de un año) las exigencias de los clientes. Trata de determinar qué pasaría si a la empresa se le exigiera el pago inmediato por parte de los proveedores o el suministro inmediato por parte de los clientes".*

La razón corriente (o índice de liquidez) "*es la relación existente entre el activo corriente y el pasivo corriente.*

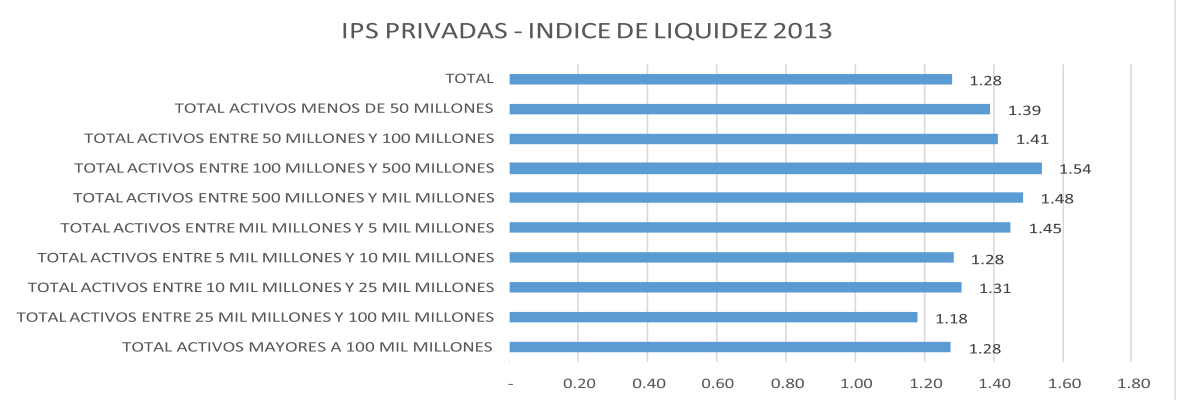
"Cálculo: activo corriente/pasivo corriente.

"La relación indica el número de veces que es capaz la empresa de responder a corto plazo por la exigencia de los pasivos de corto plazo."

Con base en los estados financieros de 6,661 IPS públicas y privadas (5,683 IPS privadas y 978 IPS públicas) del año 2013 reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud, se calculó el índice de liquidez promedio de dichas empresas.

La Grafica 18 muestra el índice de liquidez promedio para las IPS privadas, por rangos de tamaño de IPS -de acuerdo a su nivel de activos totales-, tal como se muestra en la mencionada Gráfica.

Gráfica 18. Índice de liquidez IPS privadas (2013)

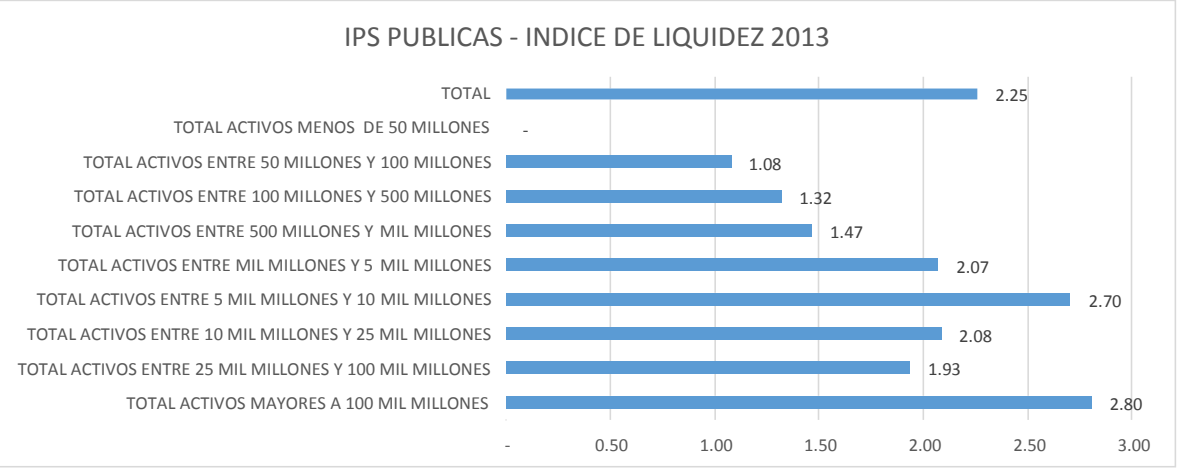


Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

Tal como se muestra en la Gráfica 18, el índice de liquidez promedio de las 5,683 IPS privadas es 1.28. El índice de liquidez más alto (1.54) corresponde a las IPS cuyos activos totales se encuentran en un rango entre 100 millones y 500 millones (en 2013); y el menor índice de liquidez (1.18) corresponde las IPS cuyos activos totales en 2013 están en un rango entre 25 mil millones y 100 mil millones.

Por su parte, la Grafica 19 muestra el índice de liquidez promedio para las IPS públicas, por rangos de tamaño de IPS -de acuerdo a su nivel de activos totales-. Los rangos son los mismos que los utilizados para el caso de las IPS privadas.

Gráfica 19. Índice de liquidez IPS públicas (2013)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

Tal como se muestra en la Gráfica 19, el índice de liquidez promedio de las 978 IPS públicas es 2.25, superior al de las IPS privadas. El índice de liquidez más alto (2.8) corresponde a las IPS cuyos activos totales son mayores a 100 mil millones (en 2013); y el menor índice de liquidez (1.08) corresponde las IPS cuyos activos totales en 2013 están en un rango entre 50 millones y 100 millones.

En la Tabla 38, se muestra el número (y porcentaje correspondiente respecto al total de IPS de la base de datos) de IPS públicas y privadas que arroja un índice de liquidez mayor a 1, mayor a 1.05, mayor a 1.1, mayor a 1.15, mayor a 1.2 y mayor a 1.25. Se recomienda que el valor mínimo en este indicador sea 1.3%.

Tabla 38. Número de empresas con índices de liquidez superiores a 1 (2013)

	Numero de IPS	**Total IPS**	**%**
	(1)	**(2)**	**(3) =(1)/(2)**
Índice de liquidez mayor a 1	5,059	6,661	76%
Índice de liquidez mayor a 1.05	4,898	6,661	74%
Índice de liquidez mayor a 1.1	4,757	6,661	71%
Índice de liquidez mayor a 1.15	4,621	6,661	69%
Índice de liquidez mayor a 1.2	4,460	6,661	67%
Índice de liquidez mayor a 1.25	4,321	6,661	65%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

- Índice de endeudamiento: = (Total Pasivo/Total Activo) x100):

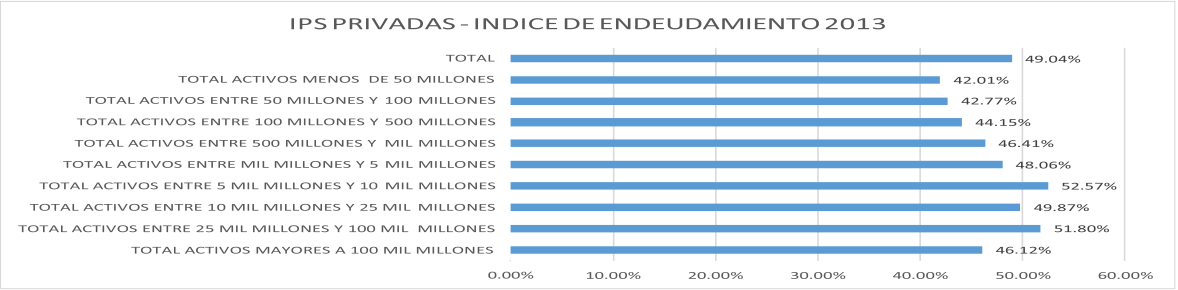
De acuerdo con Gerardo Domínguez Giraldo, en "Indicadores de Gestión y Resultados – Un Enfoque Sistémico" Biblioteca Jurídica DIKE, 4ª Edición 2002; el nivel de endeudamiento "*es la relación entre el pasivo con terceros y el total de los activos de la empresa".*

"La relación muestra el grado de participación de los acreedores en los activos totales de la empresa".

A partir de los estados financieros de las 6,661 IPS públicas y privadas (5,683 IPS privadas y 978 IPS públicas) del año 2013 reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud, se calculó el índice de endeudamiento promedio de dichas empresas.

La Grafica 20 muestra el índice de endeudamiento promedio para las IPS privadas, por rangos de tamaño de IPS -de acuerdo a su nivel de activos totales-, tal como se muestra en la Gráfica.

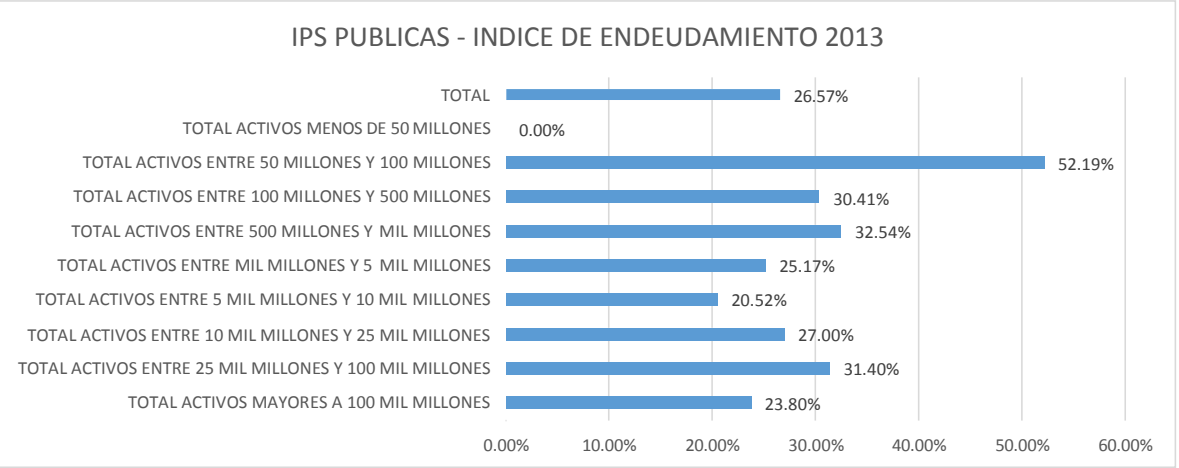
Gráfica 20. Índice de endeudamiento IPS privadas (2013)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

Tal como se muestra en la Gráfica 20, el índice de endeudamiento promedio de las 5,683 IPS privadas es 49.04%. El índice de endeudamiento más alto (51.8%) corresponde a las IPS cuyos activos totales se encuentran en un rango entre 25 mil millones y 100 mil millones (en 2013); y el menor índice de endeudamiento (42.01%) corresponde las IPS cuyos activos totales en 2013 son menores a 50 millones.
En la Gráfica 21 se muestran los indicadores de endeudamiento promedio de las IPS públicas; por rangos de tamaño de empresas de acuerdo con sus activos totales, tal como se muestra en la gráfica.

Gráfica 21. Índice de endeudamiento IPS públicas (2013)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

El índice de endeudamiento promedio de las IPS públicas es el 26.57% tal como se muestra en la Grafica 21. El menor índice de endeudamiento es para aquellas IPS públicas cuyos activos totales se encuentran en el rango entre 5 mil millones y 10 mil millones (20.52%); mientras que el mayor índice de endeudamiento se refiere a las IPS con activos totales entre 50 millones y 100 millones (52.19%).

En la Tabla 39, se muestra el número (y porcentaje correspondiente respecto al total de IPS de la base de datos) de IPS públicas y privadas que arroja un índice de liquidez mayor a 1, mayor a 1.05, mayor a 1.1, mayor a 1.15, mayor a 1.2 y mayor a 1.25. Se recomienda que el valor mínimo de este índice sea de 72.5% para los prestadores de servicios.

Tabla 39. Número de empresas con índices de endeudamiento superiores a 20% (2013)

	Numero de IPS	Total IPS	%
	(1)	(2)	(3) =(1)/(2)
Índice de endeudamiento mayor a 20%	1,894	6,661	28%
Índice de endeudamiento mayor a 25%	2,306	6,661	35%
Índice de endeudamiento mayor a 30%	2,692	6,661	40%
Índice de endeudamiento mayor a 35%	3,064	6,661	46%
Índice de endeudamiento mayor a 40%	3,408	6,661	51%
Índice de endeudamiento mayor a 45%	3,769	6,661	57%
Índice de endeudamiento mayor a 50%	4,196	6,661	63%
Índice de endeudamiento mayor a 55%	4,534	6,661	68%
Índice de endeudamiento mayor a 60%	4,865	6,661	73%
Índice de endeudamiento mayor a 65%	5,176	6,661	78%
Índice de endeudamiento mayor a 70%	5,494	6,661	82%
Índice de endeudamiento mayor a 75%	5,755	6,661	86%
Índice de endeudamiento mayor a 78%	5,966	6,661	90%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

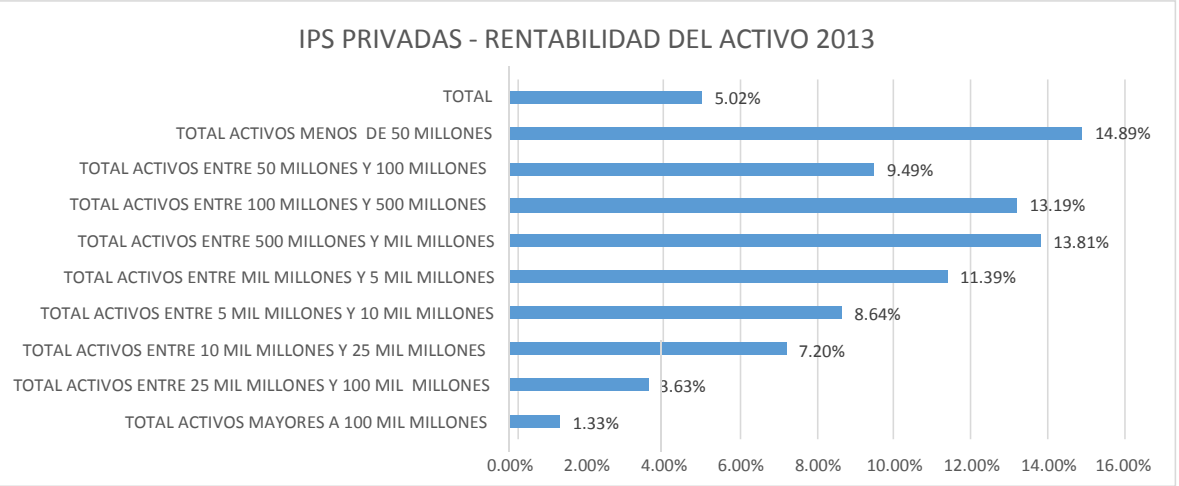
- Rentabilidad del Activo: = (Utilidad Operacional/Total Activo)

De acuerdo con Gerardo Domínguez Giraldo, en "Indicadores de Gestión y Resultados – Un Enfoque Sistémico" Biblioteca Jurídica DIKE, 4ª Edición 2002; la rentabilidad del activo "*Es la utilidad generada por los activos de la empresa".*

A partir de los estados financieros de las 6,661 IPS públicas y privadas (5,683 IPS privadas y 978 IPS públicas) del año 2013 reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud, se calculó la rentabilidad del activo promedio de dichas empresas.

La Grafica 22 muestra la rentabilidad promedio del activo para las IPS privadas, por rangos de tamaño de IPS -de acuerdo a su nivel de activos totales-, tal como se muestra en la Gráfica.

Gráfica 22. Rentabilidad del Activo IPS privadas (2013)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

Tal como se muestra en la Gráfica 22, la rentabilidad promedio del activo de las 5,683 IPS privadas es 5.02%. La rentabilidad más alta (14.89%) corresponde a las IPS cuyos activos totales son menos de 50 millones y la rentabilidad más baja (1.33%) corresponde a las IPS con activos totales superiores a los 100 mil millones.

En la Tabla 40 se muestra la rentabilidad del activo promedio de las IPS públicas; por rangos de tamaño de empresas de acuerdo con sus activos totales, tal como se muestra en la Tabla.

Tabla 40. Rentabilidad del Activo IPS públicas (2013)

IPS PUBLICAS - RENTABILIDAD DEL ACTIVO	
TOTAL ACTIVOS MAYORES A 100 MIL MILLONES	-0.65%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 25 MIL MILLONES Y 100 MIL MILLONES	-2.80%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 10 MIL MILLONES Y 25 MIL MILLONES	-1.80%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 5 MIL MILLONES Y 10 MIL MILLONES	0.40%
TOTAL ACTIVOS ENTRE MIL MILLONES Y 5 MIL MILLONES	2.26%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 500 MILLONES Y MIL MILLONES	-1.62%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 100 MILLONES Y 500 MILLONES	4.72%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 50 MILLONES Y 100 MILLONES	14.14%
TOTAL ACTIVOS MENOS DE 50 MILLONES	0.00%
TOTAL	-1.11%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

Tal como se muestra en la Tabla 40, la rentabilidad promedio del activo de las 978 IPS públicas es -1.11%.

En la Tabla 41, se muestra el número (y porcentaje correspondiente respecto al total de IPS de la base de datos) de IPS públicas y privadas que arroja una rentabilidad del activo, mayor a 0.5%. Se considera que este tipo de entidades no generen rentabilidad de patrimonio, por lo que se recomienda un indicador con un valor de 0%.

Tabla 41. Número de empresas con rentabilidad del activo superior a 0.5% (2013)

	Numero de IPS	**Total IPS**	**%**
	(1)	**(2)**	**(3) =(1)/(2)**
Rentabilidad del activo mayor a 0.5%	4,795	6,661	72%
Rentabilidad del activo mayor a 1%	4,662	6,661	70%
Rentabilidad del activo mayor a 2%	4,390	6,661	66%
Rentabilidad del activo mayor a 3%	4,140	6,661	62%
Rentabilidad del activo mayor a 4%	3,918	6,661	59%
Rentabilidad del activo mayor a 5%	3,712	6,661	56%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

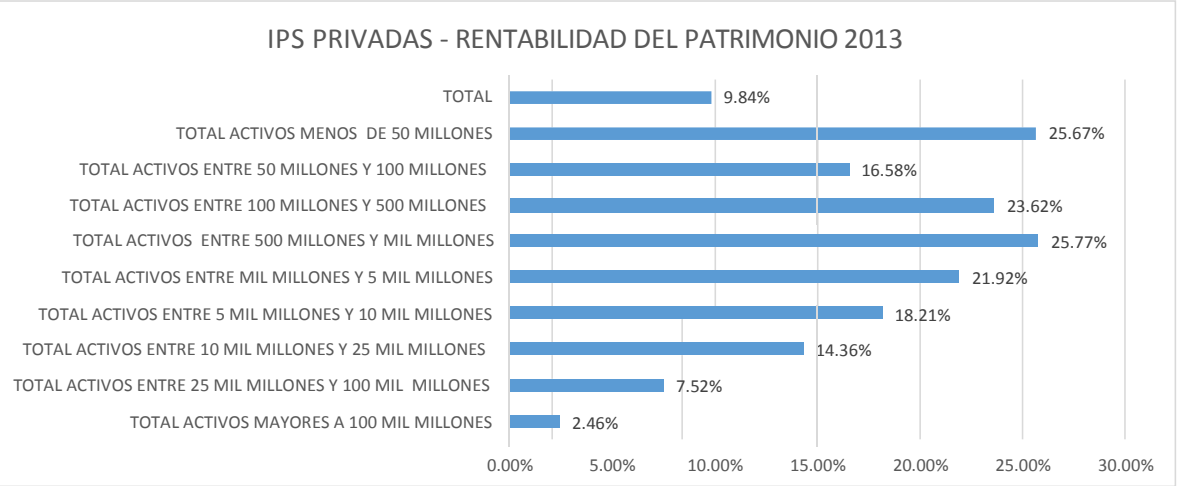
- Rentabilidad del Patrimonio: = (Utilidad Operacional/Total Patrimonio)

De acuerdo con Gerardo Domínguez Giraldo, en "Indicadores de Gestión y Resultados – Un Enfoque Sistémico" Biblioteca Jurídica DIKE, 4ª Edición 2002; la rentabilidad del patrimonio "*Es la utilidad generada por el patrimonio de la empresa".*

A partir de los estados financieros de las 6,661 IPS públicas y privadas (5,683 IPS privadas y 978 IPS públicas) del año 2013 reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud, se calculó la rentabilidad del patrimonio promedio de dichas empresas.

La Grafica 23 muestra la rentabilidad promedio del patrimonio para las IPS privadas, por rangos de tamaño de IPS -de acuerdo a su nivel de activos totales-, tal como se muestra en la Gráfica.

Gráfica 23. Rentabilidad del Patrimonio IPS privadas (2013)



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

Tal como se muestra en la Gráfica 23, la rentabilidad promedio del patrimonio de las 5,683 IPS privadas es 9.84%. La rentabilidad más alta (25.67%) corresponde a las IPS cuyos activos totales son menos de 50 millones y la rentabilidad más baja (2.46%) corresponde a las IPS con activos totales superiores a los 100 mil millones.

En la Tabla 42 se muestra la rentabilidad del patrimonio promedio de las IPS públicas; por rangos de tamaño de empresas de acuerdo con sus activos totales, tal como se muestra en la Tabla. Se considera que este tipo de entidades no generen rentabilidad de patrimonio, por lo que se recomienda un indicador con un valor de 0%.

Tabla 42. Rentabilidad del Patrimonio IPS públicas (2013)

IPS PUBLICAS - RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	
TOTAL ACTIVOS MAYORES A 100 MIL MILLONES	-0.85%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 25 MIL MILLONES Y 100 MIL MILLONES	-4.08%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 10 MIL MILLONES Y 25 MIL MILLONES	-2.47%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 5 MIL MILLONES Y 10 MIL MILLONES	0.51%
TOTAL ACTIVOS ENTRE MIL MILLONES Y 5 MIL MILLONES	3.03%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 500 MILLONES Y MIL MILLONES	-2.40%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 100 MILLONES Y 500 MILLONES	6.79%
TOTAL ACTIVOS ENTRE 50 MILLONES Y 100 MILLONES	29.59%
TOTAL ACTIVOS MENOS DE 50 MILLONES	0.00%
TOTAL	-1.51%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

Tal como se muestra en la Tabla 42, la rentabilidad promedio del activo de las 978 IPS públicas es -1.51%.

En la Tabla 43, se muestra el número (y porcentaje correspondiente respecto al total de IPS de la base de datos) de IPS públicas y privadas que arroja una rentabilidad del patrimonio, mayor a 0.5%.

Tabla 43. Número de empresas con rentabilidad del activo superior a 0.5% (2013)

	Numero de IPS	**Total IPS**	**%**
	(1)	**(2)**	**(3) =(1)/(2)**
Rentabilidad del patrimonio mayor a 0.5%	4,945	6,661	74%
Rentabilidad del patrimonio mayor a 1%	4,881	6,661	73%
Rentabilidad del patrimonio mayor a 2%	4,728	6,661	71%
Rentabilidad del patrimonio mayor a 3%	4,579	6,661	69%
Rentabilidad del patrimonio mayor a 4%	4,431	6,661	67%
Rentabilidad del patrimonio mayor a 5%	4,310	6,661	65%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud y Cálculos EConcept

8.4 ESTUDIO DE LA OFERTA

1. ¿Quién vende?

Departamento	**Municipio**	**Nombre_Sede**	clase	Complejidad
Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	A1	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL SIMON BOLIVAR	A1	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	A1	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANIGNACIO	A1	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	A1	ALTA
Valle	CALI	CENTRO MEDICO IMBANACO CMI	A1	ALTA
Valle	CALI	COMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y COMPAÑÍA LTDA CLINICA REY DAVID	A1	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL	A1	ALTA
Meta	VILLAVICENCIO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE	A1	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA DE MARLY S.A	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA DEL OCCIDENTE LTDA	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA URIBE CUALLA SA	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION ABOOD SHAIO EN RESTRUCTURACION	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS-CLINICA SANTA ROSA	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	A2	ALTA

Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL EL TUNAL	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL SANTA CLARA	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	SEDE ODONTOESPECIALISTAS FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	A2	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	UT NUEVA CLINICA FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	A2	ALTA
Santander	BUCARAMANGA	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA	A2	ALTA
Valle	CALI	FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI	A2	ALTA
Bolívar	CARTAGENA	HOSPITAL BOCAGRANDE S.A.	A2	ALTA
Norte de Santander	CUCUTA	CLINICA SANTA ANA S.A	A2	ALTA
Tolima	IBAGUE	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.	A2	ALTA
Caldas	MANIZALES	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFIA DE CALDAS	A2	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	E.S.E. HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ	A2	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	A2	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD HOSPITALARIA CLINICA LEON XIII	A2	ALTA
Huila	NEIVA	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA	A2	ALTA
Risaralda	PEREIRA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	A2	ALTA
Magdalena	SANTA MARTA	COMPAÑÍA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S.A.	A2	ALTA
Boyacá	TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFAEL DE TUNJA	A2	ALTA
Cesar	VALLEDUPAR	CLINICA VALLEDUPAR	A2	ALTA
Quindio	ARMENIA	ESE HOSPITAL DEPTAL UNIVERSITARIO SANJUAN DE DIOS DEL QUINDIO	A3	ALTA
Atlántico	BARRANQUILLA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JOSE PRUDENCIO PADILLA	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A -CLINICA COUNTRY-	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO S.A. CIOSAD S.A.	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA COLSANITAS SA CLINICA REINA SOFIA	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA DEL BOSQUE S.A	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA FUNDADORES	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA PARTENON LTDA	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA UNIVERSITARIA EL BOSQUE	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DELA PRESENTACION DE LA SANTISIMA CLINICA PALER	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CORPORACION CLINICA SALUDCOOP BOGOTA	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CORPORACION IPS SALUDCOOP CUNDINAMARCA- CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	EPSICLINICAS S.A	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION SAN JUAN DE DIOS INSTITUTO MATERNO INFANTIL	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL MEISSEN	A3	ALTA

Bogotá D.C.	BOGOTA	INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	A3	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	VIODELMEDICA INTERNACIONAL S.A VIDELMEDICA S.A	A3	ALTA
Santander	BUCARAMANGA	CLINICA CHICAMOCHA SA	A3	ALTA
Santander	BUCARAMANGA	CLINICA SALUDCOOP BUCARAMANGA	A3	ALTA
Santander	BUCARAMANGA	CLINICA SANTA TERESA SA ADMINISTRATIVA	A3	ALTA
Santander	BUCARAMANGA	UNIDAD MEDICO QUIRURGICA S.A. CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA	A3	ALTA
Valle	CALI	CLINICA COLSANITAS S.A SEBASTIAN DEL BELALCAZAR	A3	ALTA
Valle	CALI	CLINICA DE OCCIDENTE	A3	ALTA
Valle	CALI	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	A3	ALTA
Valle	CALI	CORPORACION IPS SALUDCOOP OCCIDENTE CLINICA SALUDCOOP CALI	A3	ALTA
Bolívar	CARTAGENA	CENTRO MEDICO CLINICA VARGAS LTDA.	A3	ALTA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA BLAS DE LEZO S.A.	A3	ALTA
Norte de Santander	CUCUTA	CLINICA NORTE S,A"	A3	ALTA
Norte de Santander	CUCUTA	CORPORACION CLINICA SALUDCOOP CUCUTA	A3	ALTA
Norte de Santander	CUCUTA	E.S.E HOSPITAL ERASMO MEOZ	A3	ALTA
Caquetá	FLORENCIA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE	A3	ALTA
Santander	FLORIDABLANCA	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	A3	ALTA
Meta	GRANADA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA	A3	ALTA
Tolima	IBAGUE	CLÍNICA MINERVA S.A.	A3	ALTA
Tolima	IBAGUE	INSTITUTO DEL CORAZÓN DE IBAGUÉ	A3	ALTA
Tolima	IBAGUE	MEDICÁDIZ S.A.	A3	ALTA
Caldas	MANIZALES	CENTRO AMBULATORIO CLINICA MANIZALES # 1	A3	ALTA
Caldas	MANIZALES	CENTRO AMBULATORIO CLINICA MANIZALES S.A. # 2	A3	ALTA
Caldas	MANIZALES	CLINICA MANIZALES S.A.	A3	ALTA
Caldas	MANIZALES	ESE RITA ARANGO ALVAREZ DEL PINO (CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA N° 2)	A3	ALTA
Caldas	MANIZALES	ESE RITA ARANGO ALVAREZ DEL PINO (CLINICA VILLAPILAR MANIZALES)	A3	ALTA
Caldas	MANIZALES	ESE RITA ARANGO ALVAREZ DEL PINO(IPS CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA SANRAFAEL CAA N°3)	A3	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO CLINICA SANTA MARIA	A3	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	CLINICA MEDELLIN S.A	A3	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	CLINICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA	A3	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS PROVINCIA DE MEDE	A3	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQUIA S.A. CLINICA LAS VEGAS	A3	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	PROMOTORA MEDICA LAS AMERICAS S.A	A3	ALTA
Antioquia	MEDELLIN	SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA S.A. SOMA	A3	ALTA
Huila	NEIVA	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	A3	ALTA
Nariño	PASTO	SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES	A3	ALTA
Risaralda	PEREIRA	CLINICA COMFAMILIAR	A3	ALTA
Risaralda	PEREIRA	CLINICA LOS ROSALES S.A	A3	ALTA
Risaralda	PEREIRA	CLINICA RISARALDA LTDA	A3	ALTA
Risaralda	PEREIRA	RITA ARANGO ALVAREZ DEL PINO UNIDAD HOSPITALARIA CLINICA PIO XII ESE	A3	ALTA
Magdalena	SANTA MARTA	ESE.HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	A3	ALTA
Sucre	SINCELEJO	CLINICA SANTA MARIA	A3	ALTA
Santander	SOCORRO	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL SOCORRO	A3	ALTA

Valle	TULUA	CLINICA DE OCCIDENTE TULUA S.A.	A3	ALTA
Boyacá	TUNJA	CORPORACIÓN IPS. SALUDCOOP BOYACÁ - CLINICA TUNJA	A3	ALTA
Meta	VILLAVICENCIO	CLINICA MARTHA S.A.	A3	ALTA
Meta	VILLAVICENCIO	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.	A3	ALTA
Atlántico	BARRANQUILLA	SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO SALUDCOOP	A4	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA DE LA MUJER S.A	A4	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	MEDICA MAGDALENA LTDA	A4	ALTA
Santander	BUCARAMANGA	CENTRO MEDICO DANIEL PERALTA SA CLINICA BUCARAMANGA	A4	ALTA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA AMI S.A.	A4	ALTA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA CARTAGENA DEL MAR S.A.	A4	ALTA
Tolima	IBAGUE	SOCIEDAD MÉDICO QUIRÚRGICA DEL TOLIMA	A4	ALTA
Caldas	MANIZALES	HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN	A4	ALTA
Córdoba	MONTERIA	CLINICA MONTERIA SA	A4	ALTA
Córdoba	MONTERIA	CLINICA ZAYMA LTDA	A4	ALTA
Cesar	VALLEDUPAR	MEDICOS LTDA.	A4	ALTA
Meta	VILLAVICENCIO	CORPORACION IPS SALUDCOOP LLANOS ORIENTALES CLINICA LLANOS	A4	ALTA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	M1	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA SANTILLANA NATAN S.A.	M1	MEDI ANA
Valle	CALI	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLEEVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M1	MEDI ANA
Cundinam arca	CHIA	CORPORACION CLINICA UNIVERSITARIA TELETON	M1	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	CLINICA CEGINOB LTDA	M1	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA	M1	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	IPS UNISALUD ATALAYA SA	M1	MEDI ANA
Cundinam arca	FACATATIVA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFAEL DE FACATATIVA	M1	MEDI ANA
Cauca	POPAYAN	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN	M1	MEDI ANA
Atlántico	SABANALARGA	Hospital departamental de Sabanalarga	M1	MEDI ANA
Cesar	VALLEDUPAR	CLINICA DEL CESAR	M1	MEDI ANA
Antioquia	ANTIOQUIA	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANTIOQUIA	M2	MEDI ANA
Cundinam arca	ARBELAEZ	HOSPITAL SAN ANTONIO	M2	MEDI ANA
Santander	BARRANCABER MEJA	CLINICA SAN NICOLAS	M2	MEDI ANA
Santander	BARRANCABER MEJA	UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA LTDA	M2	MEDI ANA
Antioquia	BELLO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	AAAA ACADEMIA ABSCRITA A ASOCIACION DE ESPECIALISTAS LIMITADA	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI 2 FONTIBON	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA CPO S .A	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA BOGOTA S.A	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA COLSUBSIDIO CIUDAD ROMA	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA SANTA ISABEL Y CIA LTDA	M2	MEDI ANA

Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION CLINICA DE MATERNIDAD DAVID RESTREPO	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL LA VICTORIA	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL SAN BLAS	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL TUNJUELITO	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL VECINAL DE SUBA SAN PEDRO CLAVER	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	MARIA IDALI ZARATE DE REAL	M2	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA LA 100 SA	M2	MEDI ANA
Antioquia	BOLIVAR	E.S.E HOSPITAL LA MERCED DE CIUDAD BOLIVAR	M2	MEDI ANA
Santander	BUCARAMANGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO FRANCISCO DE PAULA SANTANDER PARTE ADMINISTRATIVA	M2	MEDI ANA
Valle	BUGA	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE	M2	MEDI ANA
Antioquia	CALDAS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA COMFANDI TEQUENDAMA	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA ORIENTE LTDA SEDE VILLA COLOMBIA	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA SANTIAGO DE CALI	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA VERSALLES S.A.	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	CLUB NOEL	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	E.S.E EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANTONIO NARINO UNIDAD HOSPITALARIA RAFAEL URIBE URIBE	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	M2	MEDI ANA
Valle	CALI	SOCIEDAD NSDR S.A.	M2	MEDI ANA
Cundinam arca	CAQUEZA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFAEL II NIVEL CAQUEZA	M2	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA DEL ROSARIO IPS LTDA.	M2	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	E.S.E. HOSPITAL SAN PABLO DE CARTAGENA	M2	MEDI ANA
Valle	CARTAGO	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CARTAGO E.S.E	M2	MEDI ANA
Antioquia	CAUCASIA	CLINICA PAJONAL LIMITADA	M2	MEDI ANA
Córdoba	CERETE	E.S.E. HOSPITAL SAN DIEGO	M2	MEDI ANA
Tolima	CHAPARRAL	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E.	M2	MEDI ANA
Cundinam arca	CHIA	CLINICA CHIA S.A	M2	MEDI ANA
Cundinam arca	CHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANANTONIO CHIA	M2	MEDI ANA
Caldas	CHINCHINA	ESE HOSPITAL SAN MARCOS	M2	MEDI ANA
Cundinam arca	CHOCONTA	ESE HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA	M2	MEDI ANA
Magdalen a	CIENAGA	FUNDACION POLICLINICA CIENAGA	M2	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	CLINICA LOS SAMANES DE CUCUTA S.A	M2	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	E.S.E FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	M2	MEDI ANA
Boyacá	DUITAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	M2	MEDI ANA

Bolívar	EL CARMEN DE BOLIVAR	E.S.E HOSPITAL MONTECARMELO	M2	MEDI ANA
Tolima	ESPINAL	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.	M2	MEDI ANA
Cundinam arca	FACATATIVA	CLINICA SANTA ANA SOCIEDAD RESPONSABILIDAD LTDA.	M2	MEDI ANA
Cundinam arca	FOMEQUE	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE	M2	MEDI ANA
Boyacá	GARAGOA	HOSPITAL REGIONAL DE GARAGOA E.S.E.	M2	MEDI ANA
Tolima	HONDA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M2	MEDI ANA
Antioquia	LA CEJA	CLINICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA	M2	MEDI ANA
Caldas	LA DORADA	CLINICA DE ESPECIALISTAS LA DORADA S.A	M2	MEDI ANA
Caldas	LA DORADA	ESE HOSPITAL SAN FELIX	M2	MEDI ANA
Tolima	LERIDA	HOSPITAL REINA SOFÍA DE ESPAÑA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M2	MEDI ANA
Amazonas	LETICIA	CLINICA LETICIA	M2	MEDI ANA
Bolívar	MAGANGUE	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS MUNICIPIO DE MAGANGUE	M2	MEDI ANA
Bolívar	MAGANGUE	Obra Social Diosesana IPS	M2	MEDI ANA
Caldas	MANIZALES	CLINICA AMAN	M2	MEDI ANA
Caldas	MANIZALES	CLINICA AMAN LTDA	M2	MEDI ANA
Caldas	MANIZALES	CLINICA AMAN LTDA	M2	MEDI ANA
Caldas	MANIZALES	CLINICA AMAN S.A.	M2	MEDI ANA
Caldas	MANIZALES	CLINÍCA VERSALLES S.A	M2	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	CORPORACIÓN PARA ESTUDIOS EN SALUD CLINICA CES	M2	MEDI ANA
Córdoba	MONTERIA	E.S.E. HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA	M2	MEDI ANA
Huila	NEIVA	CLINICA FEDERICO LLERAS ACOSTA	M2	MEDI ANA
Norte de Santander	OCAÑA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	M2	MEDI ANA
Huila	PITALITO	CLINICA DIVINO NIÑO	M2	MEDI ANA
Huila	PITALITO	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO	M2	MEDI ANA
Vichada	PUERTO CARREÑO	E.S.E Hospital San Juan de Dios	M2	MEDI ANA
Tolima	PURIFICACION	NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA E.S.E.L	M2	MEDI ANA
Chocó	QUIBDO	SOCIEDAD MEDICA VIDA S.A.	M2	MEDI ANA
Antioquia	RIONEGRO	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	M2	MEDI ANA
Córdoba	SAHAGUN	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN	M2	MEDI ANA
San Andrés	SAN ANDRES	Empresa Social del Estado Hospital Timothy Britton	M2	MEDI ANA
Santander	SAN GIL	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN GIL	M2	MEDI ANA
Guaviare	SAN JOSE DEL GUAVIARE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADOHOSPITAL SAN JOSE	M2	MEDI ANA
Sucre	SAN MARCOS	IPS HOSPITAL REGIONAL II NIVEL SAN MARCOS	M2	MEDI ANA
Santander	SAN VICENTE DE CHUCURI	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN VICENTE DE CHUCURI	M2	MEDI ANA
Magdalen a	SANTA MARTA	CLINICA JOSE MARIA CAMPO SERRANO	M2	MEDI ANA

Magdalena	SANTA MARTA	SOMESA CLINICA EL PRADO CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA.	M2	MEDIANA
Bolívar	SIMITI	E.S.E. HOSPITAL SAN JUDAS TADEO	M2	MEDIANA
Boyacá	SOGAMOSO	CLÍNICA DE ESPECIALISTAS LTDA.	M2	MEDIANA
Boyacá	SOGAMOSO	CLÍNICA EL LAGUITO LIMITADA	M2	MEDIANA
Boyacá	SOGAMOSO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M2	MEDIANA
Boyacá	SOGAMOSO	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNO INFANTÍL DE BOYACÁ LTDA.	M2	MEDIANA
Atlántico	SOLEDAD	Clinica Los Almendros	M2	MEDIANA
Atlántico	SOLEDAD	Hospital Universidad del Norte	M2	MEDIANA
Atlántico	SOLEDAD	Hospital departamental Juan Dominguez Romero de Soledad empresa social del Estado	M2	MEDIANA
Valle	TULUA	E.S.E. HOSPITAL DEPÀRTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M2	MEDIANA
Boyacá	TUNJA	CLÍNICA ESPECIALIZADA DE LOS ANDES SOCIEDAD ANÓNIMA	M2	MEDIANA
Cesar	VALLEDUPAR	HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	M2	MEDIANA
Santander	VELEZ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE VELEZ	M2	MEDIANA
Meta	VILLAVICENCIO	CLINICA CARLOS HUGO ESTRADA CASTRO	M2	MEDIANA
Meta	VILLAVICENCIO	SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DE SALUD SERVIMEDICOS LIMITADA CLINICA CENTAUROS	M2	MEDIANA
Antioquia	YARUMAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANJUAN DE DIOS YARUMAL	M2	MEDIANA
Antioquia	YOLOMBO	ESE HOPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	M2	MEDIANA
Casanare	YOPAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL YOPAL	M2	MEDIANA
Cundinamarca	AGUA DE DIOS	SANATORIO DE AGUA DE DIOS ESE	M3	MEDIANA
Cesar	AGUACHICA	CLINICA ALTO PRADO LTDA	M3	MEDIANA
Cesar	AGUACHICA	CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORALIMITADA	M3	MEDIANA
Cesar	AGUACHICA	HOSPITAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE ESE	M3	MEDIANA
Cesar	AGUSTIN CODAZZI	HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI ESE	M3	MEDIANA
Cundinamarca	ANOLAIMA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA	M3	MEDIANA
Antioquia	APARTADO	CLINICA DE URABÁ S.A.	M3	MEDIANA
Antioquia	APARTADO	ESE HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR	M3	MEDIANA
Quindio	ARMENIA	CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO	M3	MEDIANA
Santander	BARBOSA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	M3	MEDIANA
Santander	BARRANCABERMEJA	CLINICA SAN JOSE LTDA	M3	MEDIANA
Santander	BARRANCABERMEJA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE BARRANCABERMEJA	M3	MEDIANA
Caquetá	BELEN DE LOS ANDAQUIES	HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE	M3	MEDIANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI 2 EL GUAVIO	M3	MEDIANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI 2 LA GRANJA	M3	MEDIANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA CAFAM	M3	MEDIANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA CANDELARIA IPS LTDA	M3	MEDIANA

Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA FEDERMAN	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA LA MERCED LTDA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA MANDALAY SOCIEDAD MEDICA LTDA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA MATERNO INFANTIL	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA POLICARPA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA SAN NICOLAS LTDA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA SANTA ROSA DE LIMA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA VASCULAR NAVARRA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CORPORACION CLINICA SALUDCOOP BOGOTA-POLICARPA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CORPORACION CLINICA SALUDCOOP BOGOTA-VERAGUAS	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	EUSALUD LIMITADA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	FUNDACION IPS CLINICA UNIVERSITARIA Y CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS UDCA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL DE BOSA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL FUNDACION CLINICA EMMANUEL	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	MANAGEMENT OF SERVICES IN HEALTH S.A	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL PADRES PASIONISTAS CLINICA SANTA GEMA	M3	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	UNIDAD MEDICO QUIRURGICA KENNEDY LTDA	M3	MEDI ANA
Santander	BUCARAMANGA	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER	M3	MEDI ANA
Santander	BUCARAMANGA	CLINICA LA MERCED SA	M3	MEDI ANA
Santander	BUCARAMANGA	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	M3	MEDI ANA
Valle	BUENAVENTUR A	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFAMAR BUENAVENTURA IPS SEDE NORTE	M3	MEDI ANA
Valle	BUENAVENTUR A	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M3	MEDI ANA
Cundinam arca	CAJICA	URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	M3	MEDI ANA
Quindio	CALARCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MISERICORDIA	M3	MEDI ANA
Valle	CALI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLEDEL CAUCA - COMFENALCO VALLE	M3	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA FUNDACION MEDICOS	M3	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA MATERNO INFANTIL LOS FAROLLONES	M3	MEDI ANA
Valle	CALI	CLINICA SAN FERNANDO	M3	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR	M3	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	CENTRO MEDICO CRECER LTDA.	M3	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA CENTRAL DE CARTAGENA	M3	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA DE LA MUJER	M3	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA LA INMACULADA	M3	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARIA AUXILIADORA	M3	MEDI ANA
Bolívar	CARTAGENA	E.S.E. CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO	M3	MEDI ANA

Bolívar	CARTAGENA	MEDIHEALTH SERVICES DE COLOMBIA	M3	MEDI ANA
Valle	CARTAGO	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGO	M3	MEDI ANA
Valle	CARTAGO	CLINICA DEL NORTE S.A.	M3	MEDI ANA
Valle	CARTAGO	CLINICA GUADALUPE LIMITADA	M3	MEDI ANA
Antioquia	CAUCASIA	AMBULATORIAS DEL NORTE LTDA	M3	MEDI ANA
Antioquia	CAUCASIA	E.S.E. HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA	M3	MEDI ANA
Boyacá	CHIQUINQUIRA	HOSPITAL SAN SALVADORDE CHIQUINQUIRÁ	M3	MEDI ANA
Magdalen a	CIENAGA	CLINICA GENERAL DE CIENAGA LTDA	M3	MEDI ANA
Magdalen a	CIENAGA	CLINICA PERPETUO SOCORRO LTDA	M3	MEDI ANA
Magdalen a	CIENAGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANCRISTOBAL	M3	MEDI ANA
Putumayo	COLON	ESE HOSPITAL PIO XII DE COLON	M3	MEDI ANA
Sucre	COROZAL	IPS CLINICA COROZAL Y CIA LTDA	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	CLINICA MEDICO QUIRURGICA	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	FUNDACION MARIO GAITAN YANGUAS	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	CUCUTA	URGENCIAS LA MERCED	M3	MEDI ANA
Caquetá	CURILLO	HOSPITAL LOCAL CURILLO	M3	MEDI ANA
Risaralda	DOS QUEBRADAS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA	M3	MEDI ANA
Boyacá	DUITAMA	CLÍNICA BOYACÁ LTDA.	M3	MEDI ANA
Boyacá	DUITAMA	CLÍNICA TUNDAMA LTDA.	M3	MEDI ANA
Magdalen a	EL BANCO	ESE HOSPITAL LA CANDELARIA	M3	MEDI ANA
Cundinam arca	EL COLEGIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	M3	MEDI ANA
Cundinam arca	FACATATIVA	CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO CEDIMED LTDA.	M3	MEDI ANA
Caquetá	FLORENCIA	ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS	M3	MEDI ANA
Valle	FLORIDA	IPS CLINICA LAS AMERICAS .S.A.	M3	MEDI ANA
Huila	GARZON	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	M3	MEDI ANA
Tolima	IBAGUE	CLÍNICA SALUDCOOP INTERLAKEN	M3	MEDI ANA
Tolima	IBAGUE	UNIDAD DE CIRUGÍA DEL TOLIMA	M3	MEDI ANA
Nariño	IPIALES	HOSPITAL CIVIL DE IPIALES ESE	M3	MEDI ANA
Antioquia	ITAGUI	CLINICA ANTIOQUIA S.A.	M3	MEDI ANA
Antioquia	ITAGUI	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGUÍ	M3	MEDI ANA
Huila	LA PLATA	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA	M3	MEDI ANA
Amazonas	LETICIA	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL	M3	MEDI ANA
Tolima	LIBANO	HOSPITAL REGIONAL DEL LÍBANO TOLIMA E.S.E.	M3	MEDI ANA
Córdoba	LORICA	CLINICA LA TRINIDAD IPS LTDA	M3	MEDI ANA
Córdoba	LORICA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	M3	MEDI ANA

Córdoba	LORICA	SINUSALUD I.P.S. S.A.	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	LOS PATIOS	URGENCIAS LA SAMARITANA	M3	MEDI ANA
Bolívar	MAGANGUE	Clínica La Candelaria IPS S.A.	M3	MEDI ANA
Santander	MALAGA	ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO DE MALAGA	M3	MEDI ANA
Caldas	MANIZALES	CLINICA QUIRURGICA QUIROFANOS S.A	M3	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	CLINICA APARTADO	M3	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	CLINICA DEL PRADO S.A.	M3	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	CLINICA MEDELLIN POBLADO	M3	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	M3	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	MEDICOS ASOCIADOS S.A. CLINICA EL SAGRADO CORAZON	M3	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD HOSPITALARIA CLINICA VICTOR CARDENAS JARAMILLO	M3	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD HOSPITALARIA SANTA MARIA DEL ROSARIO	M3	MEDI ANA
Putumayo	MOCOA	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	M3	MEDI ANA
Bolívar	MOMPOS	E.SE. Hospital Mompox San Juan de Dios de Mompox	M3	MEDI ANA
Boyacá	MONIQUIRA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL	M3	MEDI ANA
Córdoba	MONTERIA	CLINICA UNION SOMEDICA LTDA	M3	MEDI ANA
Córdoba	MONTERIA	SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO ""SALUDCOOP " CLINICA SALUDCOOP"	M3	MEDI ANA
Tolima	NATAGAIMA	HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E. DE NATAGAIMA TOLIMA	M3	MEDI ANA
Huila	NEIVA	CLINICA CENTRAL DE ESPECIALISTAS	M3	MEDI ANA
Huila	NEIVA	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	M3	MEDI ANA
Huila	NEIVA	CLINICA MEDILASER LTDA Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA.	M3	MEDI ANA
Huila	NEIVA	CLINICA NEIVA LTDA.	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	OCAÑA	GANDUR GONZALEZ LTDA	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	OCAÑA	SOCIEDAD CLINICA DEL NORTE LTDA.	M3	MEDI ANA
Valle	PALMIRA	CLINICA MARANATHA UNION MISIONERA EVANGELICA DE COLOMBIA UMEC	M3	MEDI ANA
Valle	PALMIRA	COMFAMILIARES UNIDAS DEL VALLE COMFAUNION CLINICA COMFAMILIAR	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	PAMPLONA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA	M3	MEDI ANA
Norte de Santander	PAMPLONA	SOCIEDDA CLINICA PAMPLONA	M3	MEDI ANA
Nariño	PASTO	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA S.A.	M3	MEDI ANA
Nariño	PASTO	FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO	M3	MEDI ANA
Nariño	PASTO	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M3	MEDI ANA
Nariño	PASTO	PROFESIONALES DE LA SALUD LTDA	M3	MEDI ANA
Nariño	PASTO	SOCIEDAD CLINICA PALERMO LTDA Y/O CLINICA PALERMO	M3	MEDI ANA
Nariño	PASTO	SOCIEDAD SAN ANDRES LTDA Y/O CLINICA SAN JUAN DE PASTO	M3	MEDI ANA
Risaralda	PEREIRA	INVERSIONES CLINICA MARAÑON LTDA	M3	MEDI ANA

Risaralda	PEREIRA	UNIDAD CLINICA QUIRURGICA CRUZ VERDE LTDA	M3	MEDI ANA
Santander	PIEDECUESTA	CLINICA VILLA DE SAN CARLOS SERVIR S.A.	M3	MEDI ANA
Magdalen a	PIVIJAY	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER HERRERA	M3	MEDI ANA
Magdalen a	PLATO	CLINICA REGIONAL INMACULADA CONCEPCION IPS	M3	MEDI ANA
Magdalen a	PLATO	ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	M3	MEDI ANA
Cauca	POPAYAN	CLINICA ISS POPAYAN	M3	MEDI ANA
Cauca	POPAYAN	CLINICA LA ESTANCIA SA	M3	MEDI ANA
Putumayo	PUERTO ASIS	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	M3	MEDI ANA
Antioquia	PUERTO BERRIO	E.S.E HOSPITAL LA CRUZ - PUERTO BERRIO	M3	MEDI ANA
Boyacá	PUERTO BOYACA	ESE HOSPITAL JOSÉ CAYETANO VÁSQUEZ	M3	MEDI ANA
Chocó	QUIBDO	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	M3	MEDI ANA
Antioquia	RIONEGRO	SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.	M3	MEDI ANA
Caldas	RIOSUCIO	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS	M3	MEDI ANA
San Andrés	SAN ANDRES	Servicio Medico limitada	M3	MEDI ANA
Santander	SAN GIL	CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA SA	M3	MEDI ANA
Magdalen a	SANTA MARTA	CLINICA DE LA MUJER	M3	MEDI ANA
Magdalen a	SANTA MARTA	CLINICA LA MILAGROSA S.A	M3	MEDI ANA
Bolívar	SANTA ROSA DEL SUR	E.S.E. MANUEL ELKIN PATARROYO	M3	MEDI ANA
Sucre	SINCELEJO	CLINICA DE LA SABANA SA	M3	MEDI ANA
Sucre	SINCELEJO	CLINICA LAS PEÑITAS LTDA SEDE HOSPITALARIA	M3	MEDI ANA
Sucre	SINCELEJO	INSTITUCION DE ASESORES EN SERVICIOS DE SALUD LTDA	M3	MEDI ANA
Sucre	SINCELEJO	POLICLINICA LA MEDALLA MILAGROSA	M3	MEDI ANA
Boyacá	SOATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANANTONIO DE SOATÁ	M3	MEDI ANA
Antioquia	TARAZA	SOCIEDAD MEDICA DEL BAJO CAUCA SA CLINICA SAN MARTIN	M3	MEDI ANA
Nariño	TUMACO	HOSPITAL SAN ANDRES E.S.E.	M3	MEDI ANA
Boyacá	TUNJA	MEGASALUD IPS. LTDA.	M3	MEDI ANA
Nariño	TUQUERRES	HOSPITAL SAN JOSE DE TUQUERRES E.S.E.	M3	MEDI ANA
Antioquia	TURBO	E.S.E. FRANCISCO VALDERRAMA	M3	MEDI ANA
Cesar	VALLEDUPAR	CLINICA COOINSALUD	M3	MEDI ANA
Cesar	VALLEDUPAR	CLINICA INTEGRAL DE EMERGENCIAS LAURA DANIELA	M3	MEDI ANA
Cesar	VALLEDUPAR	UNIDAD MEDICA SANTA ISABEL LTDA.	M3	MEDI ANA
Meta	VILLAVICENCIO	UNIMEDIT CENTRO UROLOGICO CIA LTDA	M3	MEDI ANA
Valle	ZARZAL	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	M3	MEDI ANA
Quindio	ARMENIA	CLINICA DEL SUR	M4	MEDI ANA
Bogotá D.C.	BOGOTA	SOCIEDAD DE MEDICINA CIRUGIA Y CANCER DE BOGOTA	M4	MEDI ANA

Valle	CALI	CLINICA MEDICO QUIRURGICA DEL VALLE	M4	MEDI ANA
Caquetá	EL DONCELLO	HOSPITAL LOCAL BUEN SAMARITANO	M4	MEDI ANA
Caquetá	EL PAUJIL	HOSPITAL LOCAL EL PAUJIL	M4	MEDI ANA
Tolima	IBAGUE	ASOTRAUMA LTDA	M4	MEDI ANA
Tolima	IBAGUE	CLINICA IBAGUE LTDA	M4	MEDI ANA
Antioquia	MEDELLIN	ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA "" PROFAMILI"	M4	MEDI ANA
Córdoba	MONTERIA	SOCIEDAD CORDOBESA DE CIRUGIA VASCULAR LTDA	M4	MEDI ANA
Huila	NEIVA	CLINICA MEDILASER LTDA Y/O CLINICA DE UROLOGIA LTDA. No.2	M4	MEDI ANA
Huila	NEIVA	RAMIREZ DIAZ Y MANRIQUE LTDA.	M4	MEDI ANA
Caquetá	SOLANO	HOSPITAL LOCAL SOLANO	M4	MEDI ANA
Caquetá	VALPARAISO	CENTRO DE SALUD VALPARAISO	M4	MEDI ANA
Caquetá	VALPARAISO	CENTRO DE SALUD VALPARAISO	M4	MEDI ANA
Meta	ACACIAS	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	B1	BAJA
Chocó	ACANDI	ESE. HOSPITAL LASCARIO BARBOZA AVENDAÑO	B1	BAJA
Cesar	AGUACHICA	HOSPITAL LOCAL DE AGUCHICA	B1	BAJA
Caldas	AGUADAS	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS	B1	BAJA
Casanare	AGUAZUL	HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Cauca	ALMAGUER	HOSPITAL NIVEL I ALMAGUER	B1	BAJA
Antioquia	AMAGA	ESE HOSPITAL SAN FERNANDO	B1	BAJA
Antioquia	ANDES	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	B1	BAJA
Caldas	ANSERMA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	B1	BAJA
Caldas	ARANZAZU	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	B1	BAJA
Arauca	ARAUCA	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	B1	BAJA
Norte de Santander	ARBOLEDAS	I.P.S. SAN JUAN DE DIOS ARBOLEDAS	B1	BAJA
Cauca	BALBOA	HOSPITAL NIVEL I BALBOA	B1	BAJA
Santander	BARBOSA	CLINIMED BARBOSA LTDA CMB	B1	BAJA
Antioquia	BARBOSA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	B1	BAJA
Santander	BARICHARA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA	B1	BAJA
La Guajira	BARRANCAS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	B1	BAJA
Caldas	BELALCAZAR	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELALCAZAR	B1	BAJA
Antioquia	BELLO	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI ALTAMIRA	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI SUBA	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE ESPECIALISTAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD UNIRSALUD IPS	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL DE USAQUEN	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	HOSPITAL SAN CRISTOBAL	B1	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	UNION TEMPORAL UNION MEDICA UT CLINICA FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	B1	BAJA
Santander	BOLIVAR	HOSPITAL LOCAL DE BOLIVAR SANTANDER	B1	BAJA

Valle	BUENAVENTURA	CLINICA BUENAVENTURA	B1	BAJA
Antioquia	CACERES	ESE HOSPITAL ISABEL LA CATOLICA	B1	BAJA
Cauca	CAJIBIO	HOSPITAL NIVEL I CAJIBIO	B1	BAJA
Valle	CALI	E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	B1	BAJA
Cauca	CALOTO	HOSPITAL NIVEL I LA NIÑA MARIA DE CALOTO	B1	BAJA
Huila	CAMPOALEGRE	E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE	B1	BAJA
Valle	CANDELARIA	E.S.E. HOSPITAL LOCAL CANDELARIA VALLEEMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Santander	CAPITANEJO	HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO	B1	BAJA
Caquetá	CARTAGENA DEL CHAIRA	HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DEL CHAIRA	B1	BAJA
Santander	CHARALA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE CHARALA	B1	BAJA
Norte de Santander	CHINACOTA	E. S. E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL- CHINACOTA	B1	BAJA
Santander	CIMITARRA	HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRRA	B1	BAJA
Santander	CONCEPCION	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CONCEPCION	B1	BAJA
Chocó	CONDOTO	ESE. HOSPITAL SAN JOSE DE CONDOTO	B1	BAJA
Norte de Santander	CONVENCION	I.P.S. CONVENCION	B1	BAJA
Sucre	COROZAL	IPS HOSPITAL REGIONAL II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL	B1	BAJA
Norte de Santander	CUCUTA	UNIDAD BASICA PUENTE BARCO	B1	BAJA
Valle	DARIEN-CALIMA	E.S.E. HOSPITAL SAN JORGE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Tolima	DOLORES	HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Valle	EL CERRITO	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Boyacá	EL COCUY	E S E . HOSPITAL SAN JOSÉ	B1	BAJA
Cauca	EL TAMBO	E.S.E HOSPITAL DE EL TAMBO	B1	BAJA
Antioquia	FRONTINO	ESE HOSPITAL MARIA ANTONIA TORO DE ELEJALDE	B1	BAJA
Meta	FUENTE DE ORO	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTE DE ORO	B1	BAJA
Cundinamarca	FUSAGASUGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFAEL DE FUSAGASUGA	B1	BAJA
Cundinamarca	GACHETA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANFRANCISCO DE GACHETA	B1	BAJA
Cundinamarca	GIRARDOT	CLINICA SAN SEBASTIAN Y COMPAÑÍA LIMITADA	B1	BAJA
Cundinamarca	GIRARDOT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFEL DE GIRARDOT	B1	BAJA
Antioquia	GIRARDOTA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	B1	BAJA
Santander	GIRON	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRON	B1	BAJA
Santander	GUACA	ESE HOSPITAL SANTA ANA	B1	BAJA
Cundinamarca	GUACHETA	HOSPITAL SAN JOSE DE GUACHETA	B1	BAJA
Cundinamarca	GUADUAS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANJOSE DE GUADUAS	B1	BAJA
Antioquia	GUARNE	ESE NUETRA SEÑORA DE LA CANDELARIA	B1	BAJA
Cundinamarca	GUATAVITA	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	B1	BAJA
Boyacá	GUATEQUE	HOSPITAL REGIONAL DE GUATEQUE E.S.E.	B1	BAJA
Guainía	GUAVIARE-BARRANCO MINAS	CENTRO DE SALUD CON CAMAS BARRANCOMINAS	B1	BAJA
Boyacá	GUICAN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANDRES GIRARDOT	B1	BAJA
Tolima	HERVEO	HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.	B1	BAJA
Guainía	INIRIDA	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MANUEL ELKIN PATARROYO	B1	BAJA
Chocó	ISTMINA	ESE HOSPITAL EDUARDO SANTOS	B1	BAJA
Antioquia	ITAGUI	E.S.E HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA	B1	BAJA

Valle	JAMUNDI	E.S.E. HOSPITAL PILOTO JAMUNDI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Antioquia	LA CEJA	ESE HOSPITAL DE LA CEJA	B1	BAJA
Cundinamarca	LA MESA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	B1	BAJA
Cesar	LA PAZ	HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ ESE	B1	BAJA
Valle	LA UNION	E.S.E. HOSPITAL SAN ESTEBAN	B1	BAJA
Cundinamarca	LA VEGA	HOSPITAL SAN ANTONIO LA VEGA	B1	BAJA
Valle	LA VICTORIA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS	B1	BAJA
Risaralda	LA VIRGINIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA	B1	BAJA
Sucre	LOS PALMITOS	IPS CENTRO DE SALUD LOS PALMITOS	B1	BAJA
Cundinamarca	MADRID	HOSPITAL SANTA MATILDE	B1	BAJA
La Guajira	MAICAO	CLINICA SAN JORGE LTDA	B1	BAJA
La Guajira	MAICAO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANJOSE	B1	BAJA
Sucre	MAJAGUAL	IPS CENTRO DE SALUD DE MAJAGUAL	B1	BAJA
La Guajira	MANAURE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ARMANDO PABON LOPEZ	B1	BAJA
Caldas	MANIZALES	CLINICA LA ASUNCION	B1	BAJA
Caldas	MANIZALES	CLINICA LA ENEA	B1	BAJA
Caldas	MANZANARES	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	B1	BAJA
Tolima	MARIQUITA	CLÍNICA SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA	B1	BAJA
Tolima	MARIQUITA	HOSPITAL SAN JOSÉ	B1	BAJA
Caldas	MARMATO	HOSPITAL SAN ANTONIO	B1	BAJA
Caldas	MARQUETALIA	HOSPITAL SAN CAYETANO	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	HOSPITAL LUIS CARLOS GALANSARMIENTO	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	HOSPITAL VICTOR CARDENAS JARAMILLO SANTA CRUZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD HOSPITALARIA DE MANRIQUE HERMENEGILDO DE FEX	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD HOSPITALARIA JAIME TOBON ARBELAEZ	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD INTERMEDIA DE BELEN HECTOR ABADGOMEZ	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BRAULIO HENAO MEJIA	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SANANTONIO DE PRADO HOSPITAL DIEGO ECHAVARRIA MISAS	B1	BAJA
Antioquia	MEDELLIN	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL	B1	BAJA
Cundinamarca	MEDINA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE MEDINA	B1	BAJA
Boyacá	MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Santander	MOGOTES	HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER	B1	BAJA
Córdoba	MONTELIBANO	E.S.E HOSPITAL DE MONTELIBANO	B1	BAJA
Cauca	MORALES	HOSPITAL NIVEL I MORALES	B1	BAJA
Boyacá	MUZO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA	B1	BAJA
Caldas	NEIRA	HOSPITAL SAN JOSE	B1	BAJA
Caldas	NORCACIA	CENTRO DE SALUD NORCASIA	B1	BAJA
Sucre	OVEJAS	IPS CENTRO DE SALUD DE OVEJAS	B1	BAJA
Cundinamarca	PACHO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFAEL DE PACHO	B1	BAJA
Caldas	PACORA	ESE HOSPITAL SANTA TERESITA	B1	BAJA
Cauca	PAEZ (Belalcazar)	HOSPITAL NIVEL I SAN VICENTE DE PAUL BELALCAZAR	B1	BAJA
Boyacá	PAIPA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANVICENTE DE PAUL	B1	BAJA
Caldas	PALESTINA	ESE HOSPITAL SANTA ANA	B1	BAJA

Caldas	PENSILVANIA	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS ESE	B1	BAJA
Santander	PIEDECUESTA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE PIEDECUESTA	B1	BAJA
Cauca	POPAYAN	SERVICIOS MEDICOS PROFESIO	B1	BAJA
Tolima	PRADO	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	B1	BAJA
Santander	PUENTE NACIONAL	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO DE PUENTE NACIONAL	B1	BAJA
Putumayo	PUERTO GUZMAN	ESE HOSPITAL JORGE JULIO GUZMAN	B1	BAJA
Putumayo	PUERTO LEGUIZAMO	CENTRO DE SALUD MARIA ANGELINES	B1	BAJA
Meta	PUERTO LOPEZ	HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ ESE	B1	BAJA
Meta	PUERTO RICO	CENTRO DE SALUD PUERTO RICO	B1	BAJA
Caquetá	PUERTO RICO	HOSPITAL LOCAL SAN JOSE PUERTO RICO	B1	BAJA
Cundinamarca	PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSOS	B1	BAJA
Quindio	QUIMBAYA	HOSPITAL DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS QUIMBAYA	B1	BAJA
Risaralda	QUINCHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA	B1	BAJA
Boyacá	RAMIRIQUI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANVICENTE	B1	BAJA
Magdalena	REMOLINO	HOSPITAL LOCAL DE REMOLINO	B1	BAJA
La Guajira	RIOHACHA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS	B1	BAJA
Antioquia	RIONEGRO	E.S.E HOSPITAL GILBERTO MEJIA MEJIA	B1	BAJA
Caldas	RISARALDA	HOSPITAL SAN RAFAEL	B1	BAJA
Valle	ROLDANILLO	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Santander	SABANA DE TORRES	HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES	B1	BAJA
Caldas	SALAMINA	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ	B1	BAJA
Norte de Santander	SALAZAR	I.P.S. NUESTRA SEÑORA DE BELEN	B1	BAJA
Caldas	SAMANA	HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA CALDAS	B1	BAJA
Santander	SAN ANDRES	HOSPITAL SAN JOSE	B1	BAJA
Santander	SAN JOAQUIN	HOSPITAL INTEGRADO SAN JOAQUIN	B1	BAJA
Cundinamarca	SAN JUAN DE RIO SECO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANVICENTE DE PAUL	B1	BAJA
La Guajira	SAN JUAN DEL CESAR	CLINICA SAN JUAN S.A	B1	BAJA
La Guajira	SAN JUAN DEL CESAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFAEL	B1	BAJA
Bolívar	SAN JUAN NEPOMUCENO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO	B1	BAJA
Boyacá	SAN LUIS DE GACENO	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE SAN LUIS DE GACENO	B1	BAJA
Meta	SAN MARTIN	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B1	BAJA
Sucre	SAN ONOFRE	IPS HOSPITAL LOCAL DE SAN ONOFRE	B1	BAJA
Antioquia	SAN PEDRO DE URABA	E.S.E HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ	B1	BAJA
Antioquia	SAN RAFAEL	E.S.E. HOSPITAL PRESBÍTERO ALONSO MARIA GIRALDO	B1	BAJA
Magdalena	SAN SEBASTIAN BUENAVIST	ESE HOSPITAL RAFAEL PABA MANJARREZ	B1	BAJA
Antioquia	SANTA BARBARA	ESE HOSPITAL SANTAMARIA - SANTA BARBARA	B1	BAJA
Antioquia	SANTA ROSA DE OSOS	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ROSA DE OSOS	B1	BAJA
Norte de Santander	SARDINATA	HOSPITAL SAN MARTIN DE SARDINATA	B1	BAJA
Cundinamarca	SASAIMA	HOSPITAL HILARIO LUGO	B1	BAJA
Cundinamarca	SESQUILE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANANTONIO	B1	BAJA

Cundinamarca	SIBATE	UNIDAD MEDICA QUIRURGICA SAN LUIS	B1	BAJA
Cundinamarca	SILVANIA	CENTRO DE SALUD SALUD SILVANIA	B1	BAJA
Cauca	SILVIA	HOSPITAL NIVEL I SAN CARLOS DE SILVIA	B1	BAJA
Cundinamarca	SOACHA	HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	B1	BAJA
Boyacá	SOCHA	ESE. HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE SOCHA	B1	BAJA
Atlántico	SOLEDAD	Clinica maternoinfantil Adela De Char	B1	BAJA
Cundinamarca	SOPO	HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO	B1	BAJA
Santander	SUAITA	ESE HOSPITAL CAIDEDO Y FLOREZ	B1	BAJA
Cauca	SUAREZ	HOSPITAL NIVEL I SUAREZ	B1	BAJA
Casanare	TAURAMENA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE TAURAMENA	B1	BAJA
Norte de Santander	TIBU	E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE	B1	BAJA
Córdoba	TIERRALTA	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	B1	BAJA
Cundinamarca	TOCAIMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR	B1	BAJA
Antioquia	TURBO	CLINICA CENTRAL Y CIA LTDA	B1	BAJA
Boyacá	TURMEQUE	HOSPITAL BAUDILIO ACERO	B1	BAJA
Cundinamarca	UBATE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SALVADOR	B1	BAJA
Chocó	UNGUIA	ESE. HOSPITAL LOCAL DE UNGUIA	B1	BAJA
La Guajira	URIBIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE NAZARETH	B1	BAJA
La Guajira	URIBIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	B1	BAJA
Antioquia	URRAO	EMPRESA SOCILA DEL ESTADO HOSPITAL SANVICENTE DE SALUD	B1	BAJA
Putumayo	VALLEDEL GUAMEZ-HORMIGA	HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS	B1	BAJA
Cesar	VALLEDUPAR	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	B1	BAJA
Cundinamarca	VERGARA	HOSPITAL SANTA BARBARA	B1	BAJA
Valle	VERSALLES	E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS	B1	BAJA
Boyacá	VILLA DE LEYVA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANFRANCISCO DE VILLA DE LEYVA	B1	BAJA
Santander	VILLANUEVA	ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA	B1	BAJA
Cundinamarca	VILLETA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZARDE VILLETA	B1	BAJA
Cundinamarca	VIOTA	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA	B1	BAJA
Caldas	VITERBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANJOSE	B1	BAJA
Valle	YUMBO	E.S.E. HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA	B1	BAJA
Cundinamarca	ZIPAQUIRA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANJUAN DE DIOS DE ZIPAQUIRA	B1	BAJA
Antioquia	ABEJORRAL	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	B2	BAJA
Huila	ACEVEDO	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER DE ACEVEDO	B2	BAJA
Huila	AGRADO	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE AGRADO	B2	BAJA
Huila	AIPE	E.S.E. HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE	B2	BAJA
Huila	ALGECIRAS	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS	B2	BAJA
Tolima	ALVARADO	HOSPITAL SAN ROQUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Valle	ANDALUCIA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE FERRER	B2	BAJA
Antioquia	ANGOSTURA	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANGOSTURA	B2	BAJA
Valle	ANSERMANUEVO	E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Tolima	ANZOATEGUI	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	B2	BAJA
Boyacá	AQUITANIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD AQUITANIA	B2	BAJA

Magdalena	ARACATACA	EMPRESA SOCIALMDEL ESTADO HOSPITAL SANJOSE	B2	BAJA
Antioquia	ARBOLETES	ESE HOSPITAL PEDRO NEL CARMONA	B2	BAJA
Bolívar	ARENAL	E.S.E. HOSPITAL LOCAL MANUELA PABUENA LOBO	B2	BAJA
Antioquia	ARGELIA	E.S.E HOSPITAL SAN JULIAN	B2	BAJA
Valle	ARGELIA	E.S.E. HOSPITAL PIO XII EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Bolívar	ARJONA	E.S.E. HOSPITAL LOCAL ARJONA	B2	BAJA
Quindio	ARMENIA	RED SALUD ARMENIA ESE UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR	B2	BAJA
Tolima	ARMERO (GUAYABAL)	HOSPITAL NELSON RESTREPO MARTÍNEZ	B2	BAJA
Bolívar	ARROYOHONDO	E.S.E. CENTRO DE SALUD CON CAMAS MUNICIPIO DE ARROYO HONDO	B2	BAJA
Tolima	ATACO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOURDES	B2	BAJA
Córdoba	AYAPEL	E.S.E. HOSPITAL SAN JORGE DE AYAPEL	B2	BAJA
Atlántico	BARANOA	Clinica Santa Maria LTDA	B2	BAJA
Atlántico	BARANOA	Empresa social del estado Hospital de Baranoa	B2	BAJA
Santander	BARRANCABERMEJA	CENTRO DE SALUD CON CAMAS CASTILLO	B2	BAJA
Santander	BARRANCABERMEJA	CENTRO DE SALUD CON CAMAS NUEVO DANUBIO	B2	BAJA
Bolívar	BARRANCO DE LOBA	E.S.E. HOSPITAL JOSE RUDECINDO LOPEZ PARODI	B2	BAJA
Santander	BETULIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI GAITANA	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI MANUELA BELTRAN	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI PRADO VERANIEGO	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI TRINIDAD GALAN	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI USME	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI VERBENAL	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI VISTA HERMOSA	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA SAN PEDRO CALVER	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	RED SALUD CLINICA NORTE	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	RED SALUD IPS CLINICA EL CAMPIN	B2	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	UMA EMAUS	B2	BAJA
Cesar	BOSCONIA	HOSPITAL SAN JUAN BOSCO ESE	B2	BAJA
Santander	BUCARAMANGA	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	B2	BAJA
Valle	BUENAVENTURA	E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Valle	BUGA	E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Valle	BUGALAGRANDE	E.S.E. HOSPITAL SAN BERNABE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Valle	CAICEDONIA	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Tolima	CAJAMARCA	HOSPITAL SANTA LUCÍA	B2	BAJA
Bolívar	CALAMAR	E.S.E. HOSPITAL LOCAL CALAMAR	B2	BAJA
Cauca	CALDONO	HOSPITAL NIVEL I CALDONO	B2	BAJA
Valle	CALI	CLINICA DE LA FAMILIA	B2	BAJA
Valle	CALI	E.S.E. HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA IPS	B2	BAJA
Valle	CALI	E.S.E. RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO	B2	BAJA
Valle	CALI	E.S.E. RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CAÑAVERALEJO	B2	BAJA

Valle	CALI	E.S.E. RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO	B2	BAJA
Bolívar	CARTAGENA	IPS MATERNIDAD BOCAGRANDE	B2	BAJA
Santander	CERRITO	CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE CERRITO	B2	BAJA
Antioquia	CHIGORODO	E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE CHIGORODO	B2	BAJA
Boyacá	CHIQUINQUIRA	CLÍNICA CARDI LTDA.	B2	BAJA
Bolívar	CICUCO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE CICUCO	B2	BAJA
Magdalena	CIENAGA	IPS SAN RAFAEL	B2	BAJA
Quindio	CIRCASIA	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA	B2	BAJA
Antioquia	CONCORDIA	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CONCORDIA	B2	BAJA
Santander	CONTRATACION	ESE SANATORIO DE CONTRATACION	B2	BAJA
Cauca	CORINTO	HOSPITAL NIVEL I HAROLD EDER CORINTO	B2	BAJA
Tolima	COYAIMA	HOSPITAL SAN ROQUE	B2	BAJA
Norte de Santander	CUCUTA	CLINICA SANTA MONICA IPS	B2	BAJA
Norte de Santander	CUCUTA	UNIDAD BASICA COMUNEROS	B2	BAJA
Norte de Santander	CUCUTA	UNIDAD BASICA LA LIBERTAD	B2	BAJA
Santander	CURITI	HOSPITAL INTEGRADO DE SANROQUE DE CURITI	B2	BAJA
Antioquia	DABEIBA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑOR ADEL PERPETUO SOCORRO DE DABEI	B2	BAJA
Valle	DAGUA	E.S.E. HOSPITAL LOCAL JOSE RUFINO VIVAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Norte de Santander	DURANIA	I.P.S DURANIA	B2	BAJA
Valle	EL AGUILA	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Antioquia	EL BAGRE	E.S.E. HOSPITLA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	B2	BAJA
Valle	EL CAIRO	E.S.E. HOSPITAL SANTA CATALINA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Chocó	EL CARMEN	ESE HOSPITAL SAN ROQUE	B2	BAJA
Meta	EL DORADO	CENTRO DE SALUD EL DORADO	B2	BAJA
La Guajira	EL MOLINO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANLUCAS	B2	BAJA
Magdalena	EL PIÑON	ESE HOSPITAL LOCAL DE SAN PEDRO	B2	BAJA
Santander	EL PLAYON	CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SAVIO	B2	BAJA
Caquetá	FLORENCIA	SALUDCOOP CLINICA SANTA ISABEL LIMITADA	B2	BAJA
Valle	FLORIDA	E.S.E. HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA	B2	BAJA
La Guajira	FONSECA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANAGUSTIN	B2	BAJA
Tolima	FRESNO	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	B2	BAJA
Cundinamarca	FUSAGASUGA	SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA NUESTRA SEÑORA DE BELEN DE FUSAGASUGA LIMITADA	B2	BAJA
Sucre	GALERAS	IPS CENTRO DE SALUD INMACULADA CONCEPCION	B2	BAJA
Huila	GIGANTE	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GIGANTE	B2	BAJA
Valle	GINEBRA	E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Cundinamarca	GIRARDOT	CLINICA SALUDCOOP GIRARDOT	B2	BAJA
Norte de Santander	GRAMALOTE	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO	B2	BAJA
Magdalena	GUAMAL	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	B2	BAJA
Meta	GUAMAL	HOSPITAL PRIMER NIVEL DE GUAMAL	B2	BAJA
Tolima	GUAMO	HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.	B2	BAJA
Risaralda	GUATICA	HOSPITAL SANTA ANA GUATICA	B2	BAJA
Boyacá	GUAYATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANRAFAEL	B2	BAJA
Huila	HOBO	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL CENTRO DE SALUD DE HOBO	B2	BAJA

Tolima	IBAGUE	HOSPITAL SAN FRANCISCO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Cauca	INZA	HOSPITAL NIVEL I LUIS ADRIANO PEREZ DE INZA	B2	BAJA
Antioquia	ITUANGO	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO	B2	BAJA
Huila	LA ARGENTINA	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL HOSPITAL LOCAL SAN ISIDRO LA ARGENTINA	B2	BAJA
Santander	LA BELLEZA	CENTRO DE SALUD SAN MARTIN LA BELLEZA	B2	BAJA
Valle	LA CUMBRE	E.S.E. HOSPITAL SANTA MARGARITA	B2	BAJA
Cesar	LA GLORIA	HOSPITAL SAN JOSE DE LA GLORIA CESAR	B2	BAJA
Cundinamarca	LA MESA	CLINICA LA MESA S.A.	B2	BAJA
Cundinamarca	LA PALMA	HOSPITAL SAN JOSE	B2	BAJA
Quindio	LA TEBAIDA	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	B2	BAJA
Santander	LANDAZURI	HOSPITAL INTEGRADO DE LANDAZURI	B2	BAJA
Santander	LEBRIJA	HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA	B2	BAJA
Atlántico	LURUACO	Empresa siocial del estado E.S.E Hospital local de Luruaco	B2	BAJA
Atlántico	MANATI	Hospital de Manati Atlantico E.S.E	B2	BAJA
Cesar	MANAURE (Balcón Del Cesar)	HOSPITAL JOSE ANTONIO SOCARRAS SANCHES ESE	B2	BAJA
Caldas	MANIZALES	HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA RAFAEL HENAO TORO	B2	BAJA
Caldas	MANIZALES	SEDE ADMINISTRATIVA	B2	BAJA
Antioquia	MARINILLA	ESE SAN JUAN DE DIOS DE MARINILLA	B2	BAJA
Cauca	MERCADERES	HOSPITAL NIVEL I MERCADERES	B2	BAJA
Cauca	MIRANDA	HOSPITAL NIVEL I MIRANDA	B2	BAJA
Risaralda	MISTRATO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANVICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA	B2	BAJA
Vaupés	MITU	HOSPITAL SAN ANTONIO	B2	BAJA
Santander	MOLAGAVITA	IPS CENTRO DE SALUD MOLAGAVITA	B2	BAJA
Quindio	MONTENEGRO	HOSPITAL SAN VICENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MON	B2	BAJA
Sucre	MORROA	IPS CENTRO DE SALUD SANBLAS	B2	BAJA
Antioquia	MUTATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA ANUNCIACION	B2	BAJA
Antioquia	NARIÑO	E.S.E. HOSPITAL SAN JOAQUIN	B2	BAJA
Antioquia	NECHI	E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA DE NECHÍ	B2	BAJA
Antioquia	NECOCLI	E.S.E. HOSPITAL SAN SEBASTIÁN DE URABÁ	B2	BAJA
Huila	NEIVA	CENTRO DE SALUD IPC ZONA SUR	B2	BAJA
Huila	NEIVA	FUNDACION JULITA BARROS DE UCROS	B2	BAJA
Cundinamarca	NEMOCON	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	B2	BAJA
Magdalena	NUEVA GRANADA	ESE HOSPITAL LOCAL DE NUEVA GRANADA	B2	BAJA
Valle	OBANDO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE OBANDO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Santander	OIBA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA	B2	BAJA
Santander	ONZAGA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	B2	BAJA
Huila	OPORAPA	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DAVID MOLINA MUÑOZ DE OPORAPA	B2	BAJA
Putumayo	ORITO	ESE HOSPITAL ORITO	B2	BAJA
Tolima	ORTEGA	HOSPITAL SAN JOSÉ DE ORTEGA	B2	BAJA
Huila	PAICOL	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE PAICOL	B2	BAJA
Huila	PALERMO	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE PALERMO	B2	BAJA
Valle	PALMIRA	E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Tolima	PALOCABILDO	HOSPITAL RICARDO ACOSTA NIVEL I EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Boyacá	PAUNA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD EDGAR	B2	BAJA

		ALFONSO PULIDO SOLANO DEL MUNICIPIO DE PAUNA		
Cesar	PELAYA	HOSPITAL FRANCISCO CANOSSA ESE	B2	BAJA
Risaralda	PEREIRA	HOSPITAL DE KENNEDY	B2	BAJA
Tolima	PLANADAS	HOSPITAL CENTRO NIVEL I PLANADAS	B2	BAJA
Magdalena	PLATO	ESE HOSPITAL LOCAL DE CHIVOLO	B2	BAJA
Cauca	POPAYAN	CLINICA COMSALUD	B2	BAJA
Valle	PRADERA	E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Risaralda	PUEBLO RICO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO	B2	BAJA
Putumayo	PUERTO ASIS	ESE HOSPITAL LOCAL	B2	BAJA
Atlántico	PUERTO COLOMBIA	Empresa social del estado Hospital de Puerto Colombia	B2	BAJA
Cauca	PUERTO TEJADA	HOSPITAL DEL CINCUENTENARIO NIVEL I DE PUERTO TEJADA	B2	BAJA
Antioquia	PUERTO TRIUNFO	E.S.E. HOSPITAL LA PAZ	B2	BAJA
Santander	PUERTO WILCHES	HOSPITAL INTEGRADO SAN JOSE	B2	BAJA
Chocó	QUIBDO	CAA ESE RAFAEL URIBE URIBE	B2	BAJA
Chocó	QUIBDO	ESE. HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA	B2	BAJA
Boyacá	QUIPAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	B2	BAJA
Antioquia	REMEDIOS	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE REMEDIOS	B2	BAJA
Atlántico	REPELON	Empresa social del estado Hospital de Repelon	B2	BAJA
Valle	RESTREPO	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Bolívar	RIO VIEJO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL LA CANDELARIA	B2	BAJA
Tolima	RIOBLANCO	HOSPITAL MARÍA INMACULADA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Valle	RIOFRIO	E.S.E. HOSPITAL KENNEDY EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
La Guajira	RIOHACHA	SOCIEDAD MEDICA LTDA CLINICA RIOHACHA	B2	BAJA
La Guajira	RIOHACHA	UNIDAD HOSPITALARIA RAMON GOMEZ BONIVENTO	B2	BAJA
Santander	RIONEGRO	ESE SAN ANTONIO DE RIONEGRO SANTANDER	B2	BAJA
Huila	RIVERA	PUESTO DE SALUD LA ULLOA	B2	BAJA
Valle	ROLDANILLO	CLINICA SANTA ANA LIMITADA	B2	BAJA
Tolima	ROVIRA	HOSPITAL SAN VICENTE	B2	BAJA
Atlántico	SABANALARGA	CLINICA SAN RAFAEL LTDA	B2	BAJA
Atlántico	SABANALARGA	Clinica centro Materno Infantil de Sabanalarga	B2	BAJA
Tolima	SALDAÑA	HOSPITAL SAN CARLOS E.S.E.	B2	BAJA
Antioquia	SALGAR	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE	B2	BAJA
Boyacá	SAMACA	ESE. HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACÁ	B2	BAJA
Huila	SAN AGUSTIN	E.S.E. HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS DE SAN AGUSTIN	B2	BAJA
Cesar	SAN ALBERTO	HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA ESE	B2	BAJA
Córdoba	SAN ANDRES SOTAVENTO	E.S.E. HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL	B2	BAJA
Tolima	SAN ANTONIO	HOSPITAL LA MISERICORDIA E.S.E.	B2	BAJA
Sucre	SAN BENITO ABAD	IPS HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD	B2	BAJA
Antioquia	SAN CARLOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	B2	BAJA
Cesar	SAN DIEGO	HOSPITAL EL SOCORRO ESE	B2	BAJA
Sucre	SAN JUAN DE BETULIA	IPS CENTRO DE SALUD SANJUAN DE BETULIA	B2	BAJA
Antioquia	SAN LUIS	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN LUIS	B2	BAJA
Tolima	SAN LUIS	HOSPITAL SERAFÍN MONTAÑA CUÉLLAR	B2	BAJA
Sucre	SAN MARCOS	IPS CENTRO DE SALUD SANJOSE	B2	BAJA
Bolívar	SAN MARTIN DE LOBA	E.S.E. HOSPITAL SAN MARTIN DE LOBA	B2	BAJA

Putumayo	SAN MIGUEL	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	B2	BAJA
Bolívar	SAN PABLO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	B2	BAJA
Antioquia	SAN VICENTE	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE	B2	BAJA
Magdalena	SANTA ANA	ESE HOSPITAL LOCAL NUESTRA SELORA DE SANTANA	B2	BAJA
Magdalena	SANTA BARBARA DE PINTO	IPS Y DROGUERIA HARR	B2	BAJA
Huila	SANTA MARIA	CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SANTA MARIA	B2	BAJA
Boyacá	SANTA ROSA DE VITERBO	E S E. HOSPITAL FRUCTUOSO REYES	B2	BAJA
Atlántico	SANTO TOMAS	Empresa social del estado Hospital de Santo Tomas	B2	BAJA
Arauca	SARAVENA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE SAN RICARDO PAMURI SEDE A	B2	BAJA
Cauca	SILVIA	HOSPITAL MAMA DOMINGA	B2	BAJA
Santander	SIMACOTA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ROQUE DE SIMACOTA	B2	BAJA
Sucre	SINCE	HOSPITAL LOCAL NUESTRA SEÑORA DEL SOCORRO SINCE	B2	BAJA
Sucre	SINCELEJO	IPS SAN FRANCISCO DE ASIS	B2	BAJA
Cundinamarca	SOACHA	CLINICA SOACHA LIMITADA	B2	BAJA
Cundinamarca	SOACHA	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	B2	BAJA
Huila	SUAZA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA DE SUAZA	B2	BAJA
Sucre	SUCRE	IPS HOSPITAL SANTA CATALINA DE SENA SUCRE	B2	BAJA
Cundinamarca	SUESCA	ALCALDIA MUNICIPAL DE SUESCA CENTRO	B2	BAJA
Caldas	SUPIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HJOSPITAL SAN LORENZO	B2	BAJA
Chocó	TADO	ESE. HOSPITAL SAN JOSÉ DE TADÓ	B2	BAJA
Bolívar	TALAIGUA NUEVO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL TALAIGUA NUEVO	B2	BAJA
Cesar	TAMALAMEQUE	HOSPITAL LOCAL TAMALAMEQUE ESE	B2	BAJA
Antioquia	TARAZA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	B2	BAJA
Cundinamarca	TENJO	HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	B2	BAJA
Huila	TERUEL	SATELITE ALMORZADERO	B2	BAJA
Huila	TESALIA	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANTA TERESA DE TESALIA	B2	BAJA
Norte de Santander	TIBU	UNIDAD INTEGRADA DE SALUD DE ECOPETROL TIBU SUPERINTENDENCIA CATATUMBO	B2	BAJA
Huila	TIMANA	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DE TIMANA	B2	BAJA
Cauca	TIMBIO	CENTRO DE SALUD DE TIMBIO	B2	BAJA
Bolívar	TIQUISIO	CENTRO DE SALUD EL COCO	B2	BAJA
Antioquia	TITIRIBI	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE TITIRIBÍ	B2	BAJA
Boyacá	TOCA	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL CENTRO DE SALUD	B2	BAJA
Norte de Santander	TOLEDO	I.P.S. TOLEDO	B2	BAJA
Sucre	TOLU	IPS HOSPITAL LOCAL SANTIAGO DE TOLU ESE	B2	BAJA
Sucre	TOLUVIEJO	IPS CENTRO DE SALUD SANJOSE	B2	BAJA
Valle	TORO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAGRADA FAMILIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Valle	TULUA	CLINICA MEDICO QUIRURGICA ALVERNIA LTDA	B2	BAJA
Valle	TULUA	E.S.E. HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Bolívar	TURBACO	E.S.E. Hospital Local de Turbaco.	B2	BAJA
La Guajira	URUMITA	ESE HOSPITAL SANTA CRUZ	B2	BAJA
Santander	VALLEDE SAN JOSE	HOSPITAL INTEGRADO SAN JOSE	B2	BAJA
Antioquia	VEGACHI	E.S.E HOSPITAL SAN CAMILO DE LELIS	B2	BAJA

Tolima	VENADILLO	HOSPITAL SANTA BÁRBARA E.S.E. DE VENADILLO	B2	BAJA
Valle	VIJES	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE VIJES	B2	BAJA
Norte de Santander	VILLA DEL ROSARIO	E.S.E.HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	B2	BAJA
Tolima	VILLAHERMOSA	HOSPITAL ISMAEL PERDOMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B2	BAJA
Meta	VILLAVICENCIO	ESE IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	B2	BAJA
Antioquia	YONDO	E.S.E. HOSPITAL HECTOR ABADGOMEZ	B2	BAJA
Santander	ZAPATOCA	HOSPITAL INTEGRADO LA MERCED	B2	BAJA
Antioquia	ZARAGOZA	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ZARAGOZA	B2	BAJA
Cundinamarca	ZIPAQUIRA	CLINICA ZIPAQUIRA	B2	BAJA
Cundinamarca	ZIPAQUIRA	SOCIEDAD MEDICA ZIPAQUIRA Y CIA LTDA.	B2	BAJA
Bolívar	ACHI	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN JOSE DE ACHI	B3	BAJA
Valle	ALCALA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	B3	BAJA
Antioquia	APARTADO	CLINICA CHINITA S.A.	B3	BAJA
Arauca	ARAUCA	CLINICA SANTA BARBARA LTDA	B3	BAJA
Nariño	BARBACOAS	HOSPITAL SAN ANTONIO DE BARBACOAS	B3	BAJA
Risaralda	BELEN DE UMBRIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANJOSE	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI JERUSALEM	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI PATIO BONITO	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI PERSEVERANCIA	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI SAMPER MENDOZA	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CAMI SANTA LIBRADA	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	CLINICA CARLOS LLERAS RESTREPO	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	COLMEDICOS ASOCIADOS LTDA	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	LAURA ALEJANDRA Y CIA LTDA	B3	BAJA
Bogotá D.C.	BOGOTA	UPA OLAYA	B3	BAJA
Valle	BUENAVENTURA	CENTRO MEDICO QUIRURGICO DE BUENAVENTURA LTDA	B3	BAJA
Valle	BUGA	CLINICA FARALLONES BUGA S.A.	B3	BAJA
Valle	BUGA	URGENCIAS MEDICAS LTDA	B3	BAJA
Valle	CALI	CLINICA BLANCA	B3	BAJA
Huila	CAMPOALEGRE	CENTRO MEDICO URGENCIAS CAMPOALEGRE LTDA.	B3	BAJA
Antioquia	CAREPA	E.S.E HOSPITAL FRANCISCO LUIS JIMENEZ MARTINEZ	B3	BAJA
Bolívar	CARTAGENA	HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA	B3	BAJA
Antioquia	CHIGORODO	UNIDAD MÉDICA S.A.	B3	BAJA
Boyacá	CUBARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B3	BAJA
Nariño	CUMBAL	ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO HOSPITAL CUMBAL	B3	BAJA
Nariño	EL CHARCO	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	B3	BAJA
Nariño	EL TAMBO	CENTRO DE SALUD CON CAMAS	B3	BAJA
Atlántico	GALAPA	Empresa social del estado Centro de Salud de Galapa	B3	BAJA
Nariño	GUACHUCAL	HOSPITAL GUACHUCAL ESE	B3	BAJA
Tolima	IBAGUE	UNIDAD INTERMEDIA EL SALADO	B3	BAJA
Tolima	IBAGUE	UNIDAD INTERMEDIA JORDÁN VIII ETAPA	B3	BAJA
Nariño	IPIALES	IPS MUNICIPAL DE IPIALES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	B3	BAJA
Atlántico	JUAN DE	E.S.E Hospital de Juan de Acosta	B3	BAJA

	ACOSTA			
Nariño	LA CRUZ	HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E. DE LA CRUZ NARIÑO	B3	BAJA
La Guajira	MAICAO	SOCIEDAD MEDICA CLINICA MAICAO LTDA	B3	BAJA
Bolívar	MARIA LA BAJA	E.S.E HOSPITAL LOCAL MARIA LA BAJA	B3	BAJA
Huila	NEIVA	CLINICA NEIVA	B3	BAJA
Huila	NEIVA	CLINICA SALUDCOOP NEIVA EL ALTICO	B3	BAJA
Sucre	OVEJAS	IPS OVEJAS SANA LTDA	B3	BAJA
Valle	PALMIRA	CLINICA PALMIRA S.A.	B3	BAJA
Sucre	PALMITO	IPS CENTRO DE SALUD SANANTONIO DE PALMITO	B3	BAJA
Córdoba	PLANETA RICA	CLINICA REGIONAL PLANETA RICA LTDA	B3	BAJA
San Andrés	PROVIDENCIA	Hospital Local de Providencia	B3	BAJA
Córdoba	SAHAGUN	CLINICA SAHAGUN I.P.S. S.A	B3	BAJA
Nariño	SAMANIEGO	HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS	B3	BAJA
Córdoba	SAN BERNARDO DEL VIENTO	E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE SANBERNARDO DEL VIENTO	B3	BAJA
Antioquia	SAN JERONIMO	ESE HOSPITAL SAN LUIS BELTRAN	B3	BAJA
La Guajira	SAN JUAN DEL CESAR	CLINICA SOMEDA LTDA	B3	BAJA
Nariño	SAN PABLO	HOSPITAL SAN CARLOS ESE	B3	BAJA
Valle	SAN PEDRO	E.S.E. HOSPITAL ULPIANO TASCON QUINTERO	B3	BAJA
Nariño	SANDONA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS	B3	BAJA
Santander	SANTA BARBARA	IPS CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA	B3	BAJA
Sucre	SINCELEJO	CLINICA GENERAL DE SUCRE LTDA	B3	BAJA
Atlántico	SOLEDAD	Clinica Porvenir	B3	BAJA
Antioquia	TARAZA	CLINICA NUEVA LUS IPS	B3	BAJA
Córdoba	TIERRALTA	FUNDACION PARA LA SALUD ES VIDA ONG	B3	BAJA
Cesar	VALLEDUPAR	CENTRO LA NEVADA	B3	BAJA
Cundinamarca	VIANI	ALCALDIA MUNICIPAL VIANI CUNDINAMARCA FONDO LOCAL DE SALUD	B3	BAJA
Meta	VILLAVICENCIO	ESE IPS CENTRO DESALUD EL RECREO	B3	BAJA
Casanare	YOPAL	SOCIEDAD CLINICA CASANARE LTDA	B3	BAJA
Bolívar	ZAMBRANO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DE ZAMBRANO	B3	BAJA
La Guajira	RIOHACHA	CLINICA CEDES LTDA	B4	BAJA

8.5 ESTUDIO DE LA DEMANDA

1. **¿Cómo ha adquirido la Entidad Estatal en el pasado este bien, obra o servicio?**

En la vigencia 2.012 se adelantó proceso de licitación pública cuyo objeto es la PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y SUS BENEFICIARIOS EN EL TERRITORIO NACIONAL, el plazo de ejecución fue desde el primero (01) de Mayo de 2.012 hasta el 30 de Abril de 2016, prorrogado previa aprobación del Consejo Directivo del FNPSM, el valor del contrato es de cuantía indeterminada pero determinable, de acuerdo al numero de afiliados y beneficiarios, multiplicado por la UPCM respectiva.

La forma de pago se ha realizado mes anticipado, con base en la liquidación mensual del número de afiliados inscritos y la UPCM correspondiente por zona geográfica y grupo etario, por capitación.

La regionalización se estableció de la siguiente manera:

1. Caqueta, Cauca, Huila, Nariño, Putumayo y Valle del Cauca con 185.274 usuarios.

2. Amazonas, Vichada, Guainia, Vaupes, Guaviare, Bogotá D.C, Casanare, Meta, Cundinamarca y Tolima con 192.140 usuarios.
3. Atlantico, Bolivar, Cordoba, Magdalena, Sucre y San Andres y Providencia con 192.140 usuarios.
4. Antioquia, Caldas, Choco, Quindio y Risaralda con 183.876 usuarios.
5. Arauca, Boyacá, Cesar, Guajira, Norte de Santander y Santander con 169.492 usuarios.

La población objeto de atención corresponde a los cotizantes y beneficiarios del FOMAG.

9. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo para la ejecución del contrato se contará a partir de la suscripción del acta de inicio por un término de cuatro (04) años.