

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

1. Atención primaria integral

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

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

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

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

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

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

- Se centra en la situación de las personas, familias y comunidades, facilita el reconocimiento y análisis de su situación como eje para la planeación y construcción de modelos territoriales y rutas específicas de atención, así como el ejercicio pleno del derecho a la salud
- Promueve la valoración social de la salud para contribuir a la percepción social del riesgo y destaca la importancia de la participación para la comprensión de la necesidad de corregir prácticas, tanto personales como familiar y sociales en lo referente al cuidado
- Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios del personal de salud, quienes deberán responder por las acciones de salud del nivel primario en función de indicadores de proceso y resultados
- Tiene un énfasis en lo promocional y preventivo, con enfoque familiar y comunitario de los cuidados, en articulación de las acciones individuales con las intervenciones colectivas, poblacionales e intersectoriales
- Integra la comprensión de los fenómenos y sus formas de afrontarlos, a partir del reconocimiento, mapeo y análisis de las relaciones familiares y comunitarias, y de la población con los servicios de salud y los territorios

- Garantiza la continuidad, cuidado y seguimiento a los procesos y rutas integrales de la atención en salud, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada del componente complementario
- Trabaja en red tanto sanitaria como social para lograr la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud, incluyendo la activación de los programas sociales complementarios para personas y familias con necesidades de atención social enfocada
- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio
- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el componente primario y en su relación continua con el talento humano del componente complementarios y el responsable de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos
- Garantiza una gran capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el componente primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad integradas, haciendo innecesarias múltiples referencias y autorizaciones.

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

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

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

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

Salud Mental

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

2. GRUPOS DE RIESGO

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

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

2.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En relación al desarrollo de estrategias para manejo a distancia del paciente, estas rompen en el mundo desarrollado cada día más los límites tradicionales de espacio y tiempo en el tratamiento, al permitir el manejo continuo y a distancia de los pacientes en tratamiento donde quiera que se encuentran fuera de la institución desde consolas médicas con plena información de las historias clínicas, operando las 24 horas en el seguimiento del paciente, la resolución de sus dudas y la orientación de la terapia. Si los pacientes en tratamiento, cuando

salen de la institución, de su hospitalización o tratamiento ambulatorio, tienen garantizado el acceso permanente para resolver sus inquietudes mediante distintas vías de comunicación, el acceso a urgencias o retorno acelerado ante la angustia del paciente y su familia deja de existir en la práctica, pues cualquier retorno será concertado y programado, salvo ciertas circunstancias de complicaciones agudas.

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

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

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

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

El modelo ajustado de prestación de servicios, además incluye:

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

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

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

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

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

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

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

- Suficiencia de la red y prestadores de servicios de salud
- Cumplimiento de la red de servicios de acuerdo con la oferta y la propuesta técnica por prestador

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

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

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

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

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

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

4. ACCESO A LOS SERVICIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. SEDES EXCLUSIVAS

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

Tipo A en ciudades con más de 300.000 habitantes y en capitales de departamento diferente a los “Nuevos Departamentos”. En caso de ciudades CAPITALES DE DEPARTAMENTO o Distritos con más de 500.000 habitantes, una por cada 15.000 afiliados, o fracción. Las sedes tipo A deberán ser de carácter exclusivo, es decir, solo se atenderán afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. Deberán garantizar la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia) y la atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. Deberán contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive. El Coordinador de la sede A deberá ser un profesional de la salud con postgrado en áreas relacionadas con la administración

de la salud o la salud pública, quien deberá coordinar la remisión de los pacientes a los servicios que ordenen los médicos de la sede. Si algún municipio en este rango de población tiene menos de 5.000 afiliados, se exigirá sede tipo B.

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

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

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

Las sedes exclusivas locativamente independientes a una IPS habilitada, deberán estar habilitadas por el contratista en un término de 30 días, a partir de la firma del contrato

6. ASIGNACIÓN DE CITAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL

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

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

9.1. Atención Básica Familiar

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

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

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

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

Se incluirán adicionalmente dos especialidades médicas básicas con acceso directo para todos los casos en que sea requerida la atención, Pediatría y Ginecoobstetricia, en los municipios donde exista oferta de estos servicios y, adicionalmente, se contará con especialista de medicina interna en las sedes donde estén operando los programas de prevención secundaria para el control de patologías crónicas. Las demás especialidades y subespecialidades médicas estarán garantizadas a través de referencia de pacientes dentro de la ruta integral de atención.

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

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

9.2. Atención Domiciliaria

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

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

9.3. Atención de Urgencias

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

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

La atención de urgencias debe ajustarse a los siguientes aspectos:

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

9.4. Traslado de Pacientes

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

La cobertura de los traslados es la siguiente:

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

- El médico remitente determinará si el paciente requiere transporte medicalizado en cualquiera de las versiones terrestre, fluvial o área.

9.5. Servicios de Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica

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

9.6. Atención Médica Especializada.

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

9.7. Atención Odontológica General y Especializada

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

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

9.8. Servicios de Rehabilitación

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

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

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

9.9. SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

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

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

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

9.10. SERVICIOS QUIRÚRGICOS

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

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

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

9.11. SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

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

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

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

9.12. SERVICIO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Los servicios de dispensación de medicamentos ambulatorios contenidos en este Plan de Beneficios del Magisterio incluirán los medicamentos ordenados por el médico tratante, siempre y cuando estén debidamente registrados ante INVIMA y los medicamentos incluidos en el Decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles), cumpliendo con todos los estándares de calidad que hayan sido formulados por los médicos del servicios de promoción y prevención, médicos familiares, domiciliarios, de urgencias y por el odontólogo

general, bien sea en las sedes donde reciba la atención el afiliado o en los puntos de dispensación de medicamentos ambulatorios establecidos en el presente documento de selección de contratistas.

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

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

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

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

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

El contratista resultante de la presente convocatoria deberá acreditar dentro de los sesenta (60) días siguientes a la suscripción del contrato, la legalización de los contratos con las instituciones responsables de la operación de los puntos de dispensación de medicamentos ambulatorios en todos y cada uno de los municipios de la región.

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

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

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

Se adoptan todas las normas técnicas basadas en la evidencia expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como las enunciadas a continuación: Bajo peso al nacer, Alteraciones asociadas a la nutrición, Infección respiratoria aguda, Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera, Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar, Meningitis Meningocócica, Asma bronquial, Síndrome convulsivo, Fiebre reumática, Vicios Refracción de Estrabismo y Cataratas, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hipertensión arterial, Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo, Menor y Mujer Maltratados, Diabetes Juvenil y del Adulto, Lesiones pre neoplásicas de cuello uterino, Lepra, Malaria, Dengue, Leishmaniasis cutánea y visceral, Fiebre Amarilla, Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA y Enfermedad

de Chagas, Cáncer menor de 18 años, Zika, Chikunguya, consumo de antibióticos, ceguera por tracoma, Cólera, ESAVI, Consumo de sustancias psicoactivas, Fiebre tifoidea, Amarilla, Hepatitis A, B, Infección Respiratoria Aguda IRA, Infecciones asociadas a dispositivos, Intento de suicidio, Intoxicaciones, Lepra, Parálisis flácida, sarampión, rabia, mortalidad perinatal o neonatal, mortalidad materna, resistencia bacteriana, oncocercosis, rotavirus, sífilis gestacional y congénita, y todos eventos actualizados por el Instituto Nacional de Salud.

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

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

11.1. EL DESARROLLO DE UN MODELO

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

Los modelos de atención incluyen forzosamente un fuerte componente de adecuación tecnológica, dados los avances recientes en el arsenal terapéutico, pero con una reflexión sobre la tecnología apropiada para nuestro país, dado que los modelos de intervención aplicables en países desarrollados no siempre son 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.

11.2. ANTECEDENTES

Ajuste propuesto por Mesa Técnica en 2013

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

La hipertensión esencial ocupó en 2013 el cuarto lugar de los motivos de consulta externa, pero el primero como diagnóstico médico real, si se excluyen las causas odontológicas, con 123.370 consultas, más de un 4% del total. Los trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos se encuentran en el sexto lugar, pero como diagnóstico médico en el segundo, después de la hipertensión arterial, con 108.888 consultas, que también representan un 4% del total de consultas. En el puesto 15 se encuentra la diabetes mellitus con 46.742 consultas, un 2% del total. Los tres diagnósticos representan más del 10% de las consultas.

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

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

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

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

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

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

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

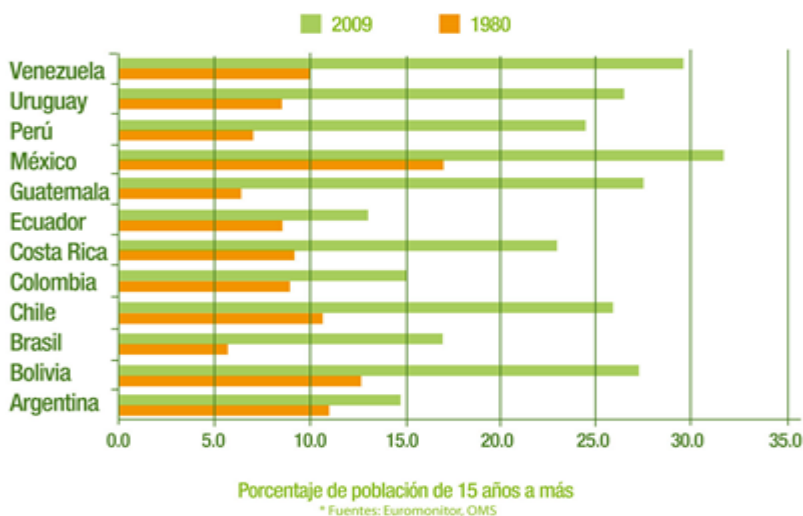
También se analizó la prevalencia por cada 100 afiliados en diez departamentos seleccionados por la mejor información, observando que para HTA la prevalencia es de 12.0 casos por cada 100; comparativamente similar al promedio de la Encuesta de Factores de Riesgo para enfermedades crónicas (EFRECII) de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

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

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

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

Gráfico 1: Tasa de obesidad en Latinoamérica



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

El Ministro de Salud de Colombia, Alejandro Gaviria, indicó que la obesidad es el principal problema de salud pública del país y uno de los grandes aportantes de las enfermedades crónicas que padecen los colombianos.

En Colombia, el 70% de la carga de obesidad está asociada a enfermedades crónicas no transmisibles, encabezadas por las cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes.

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

11.3. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

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

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

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

Este enfoque tiene las siguientes connotaciones:

- Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad
- Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado con la acción sectorial e intersectorial de manera continua, pertinente y oportuna, para la afectación de determinantes sociales de la salud
- Deriva su acción de los principios de intersectorialidad, colaboración y participación, sobre los dominios de lo profesional y de la recepción pasiva de servicio
- Se suministra preferentemente con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual
- Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias
- Promueve la atención integral, integrada y continua
- Fortalece la capacidad resolutoria de los servicios básicos de salud, así como la pertinencia y oportunidad con mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas.
- Fomenta la construcción intersectorial de planes y modelos territoriales de salud con orientación familiar y comunitaria, que responden a las particularidades regionales

11.4. LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

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

- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio
- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el nivel primario y en su relación continua con el talento humano de los prestadores complementarios y el responsable

de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos

- Garantiza una gran capacidad resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el nivel primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad.

11.5. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

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

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

11.5.1. GRUPOS DE RIESGO

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

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

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

1. Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas Manifiestas.

Tanto asegurador como prestador y proveedores de insumos deben alinearse alrededor de los resultados que el regulador, en su ejercicio de la rectoría, determine.

Esto implica:

- Redefinir la unidad de atención y prestación alrededor del requerimiento de integralidad planteado en el Artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) que sitúa el núcleo del derecho en la integridad del proceso de atención y no en atención individual, lo cual es ampliado en los Artículos 6º y 8º, en particular el último que redefine el concepto de prestación bajo el entendido de que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”

- Esta redefinición involucra un proceso regulado que se hace operativo a través de la RIAS, la cual comprende el continuo desde la promoción hasta la paliación de acuerdo con grupos de riesgo. Obviamente existen diferencias entre la atención en procesos agudos que involucran conjuntos acotados de intervenciones definidas alrededor de la restitución de la salud ante el evento de enfermedad y procesos crónicos donde los conjuntos están definidos en la afectación de la discapacidad evitable y la severidad de una condición o enfermedad hacia la cual no se puede esperar curación

- En ambos casos el incentivo frente al usuario debe ser la autorización integral de las actividades definidas en la ruta y sus cortes son regulados de acuerdo con hitos o resultados intermedios o finales siempre buscando involucrar el mayor número de prestaciones que de acuerdo con evidencia se encuentren interrelacionadas con el resultado esperado

11.6. ATENCIÓN EN PROGRAMAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principios orientadores del programa

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

Cada una de estas metas requiere educación de los pacientes y de los cuidadores, así como la comunicación entre ellos, y la articulación entre los diferentes profesionales de la salud que tienen que ver con su manejo, incluyendo a los trabajadores de salud no médicos. Es entonces esencial, que el Sistema de Salud del Magisterio garantice la eficiente interacción de todos los agentes en salud relacionados con la atención, independiente de la complejidad de los procedimientos que realicen, favoreciendo la comunicación, y logrando un acercamiento oportuno al paciente para asegurar el éxito del manejo.

Componentes operacionales centrales

Registro y sistema de información

- A. El programa supone la inscripción de todos los pacientes en riesgo (hipertensos, diabéticos, dislipidémicos y con diagnóstico de síndrome metabólico, además de obesos, al programa respectivo, y en dicho proceso se deberá:
 - i. Capturar los datos de identificación y localización de la persona.
 - ii. Ofrecer la información completa sobre el programa, los principios que lo orientan, los beneficios que contempla y la forma de operación.
 - iii. Entrega de carnet de identificación del programa
 - iv. Pactar las intervenciones iniciales de evaluación y programarlas.
- B. Se deberá disponer de un sistema de información que permita:
 - i. La administración de los datos del usuario
 - ii. La administración de los datos del plan de manejo
 - iii. Las actualizaciones que resulten del desarrollo del plan mencionado.
 - iv. La generación de reportes y estadísticas necesarias para la operación armónica del programa.
 - v. El seguimiento del proceso de atención del usuario y la generación de alertas por incumplimiento o no adherencia.

Equipo interdisciplinario

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

Red de laboratorios con garantía de calidad

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

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

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

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

Comunicaciones entre niveles de complejidad en el programa

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

Sistema de referencia y contra-referencia

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

Programa de aseguramiento de la calidad

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

Anotaciones claves

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

El programa tiene la posibilidad de solicitar interconsultas directamente para otras complicaciones o manejar estas a través del mismo programa con base en interconsultas en línea para apoyo diagnóstico y recomendación

terapéutica mediante la estrategia de TIC. El equipo del programa tiene el deber de remitir a los pacientes con las anotaciones adecuadas y solicitar los conceptos en la contra-referencia, así como de visitar al paciente hospitalizado para intercambiar información con los médicos tratantes en la institución y renovar la condición de paciente preferencial.

Es importante que el equipo multidisciplinario agrupe los pacientes del programa por nivel de riesgo y enfoque su esfuerzo según esta clasificación, para obtener los efectos esperados de diferir el mayor número de años posible las complicaciones.

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

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

Criterios de Ingreso al Programa

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

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

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

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

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

Riesgo	Riesgo por Hipertensión	Riesgo por diabetes	Riesgo por sobrepeso	Riesgo por dislipidemia	
0	Valores de TA normales menores de 130 Sist. y 85 Diast.	Glucemia en ayunas menor de 100	Índice de Masa Corporal menor de 24,9	Valores normales LDL menores de 100 o triglicéridos menores de 150	Condición normal
1	Paciente sin tratamiento actual por hipertensión con valores tensionales entre 130 y 140 Sist. y entre 85 y 89 Diast.	Paciente sin tratamiento actual por diabetes, con Glucemia en ayunas entre 100 y 126	Paciente sin tratamiento actual por sobrepeso u obesidad moderada, con Índice de Masa Corporal entre 25 y 34,9	Paciente sin tratamiento actual por dislipidemia con valores de LDL entre 100 y 129 o triglicéridos entre 150 y 199	Condición pre-patogénica
2	Pacientes con diagnóstico de hipertensión y en tratamiento, con valores repetidos de TA entre 140 y 159 Sist. y entre 90 y 99 Diast.	Paciente con diagnóstico y en tratamiento por diabetes 2, con valores repetidos de glucemia mayores de 126, pero con Hemoglobina Glicosilada menor de 7	Paciente con diagnóstico de obesidad y en tratamiento, con Índice de Masa Corporal entre 35 y 39,9	Paciente con diagnóstico de dislipidemia y en tratamiento actual, con valores repetidos de LDL entre 130 y 159 o triglicéridos entre 200 y 499	Patología instaurada y controlada en algún grado
3	Pacientes con diagnóstico de hipertensión y en tratamiento con valores repetidos mayores de 160 Sist. y 100 Diast.	Paciente con diagnóstico y en tratamiento por diabetes 2, con valores repetidos de glucemia mayores de 200, paciente Insulino dependiente o paciente con Hemoglobina Glicosilada mayor de 7	Paciente con diagnóstico de obesidad y en tratamiento, con Índice de Masa Corporal mayor de 40	Paciente con diagnóstico de dislipidemia y en tratamiento actual, con valores repetidos de LDL mayores de 160 o triglicéridos mayores de 500	Patología instaurada y de difícil control
Riesgo por patología	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	(de 0 a 3)	Sumatoria riesgo agregado patologías al ingreso =

11.8. REQUISITOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

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

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

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

A nivel departamental

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

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

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

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

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

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

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

En el nivel Regional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios ambulatorios/ calificación de oportunidad	Tiempo excedido sin respuesta en red principal para solicitar utilización de la red aleterna	Tiempo excedido sin respuesta efectiva de servicio en la red alterna para solicitar autorización de servicio directo de Fiduprevisora
Consulta de medicina general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Consulta de odontología general	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de baja complejidad	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes de baja complejidad	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por médico genral	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Consulta de medicina especializada (especialidades básicas): Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Dermatología	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Consulta odontología especializada: periodoncia, endodoncia	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por especialidades básicas	dos días hábiles	dos días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de mediana complejidad	tres días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de mediana complejidad	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Consulta de medicina especializada (otras especialidades)	diez días hábiles	diez días hábiles adicionales
Despacho de medicamentos formulados por otros especialistas	tres días hábiles	tres días hábiles adicionales
Exámenes de laboratorio de alta complejidad	cinco días hábiles	cinco días hábiles adicionales
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de alta complejidad	ocho días hábiles	ocho días hábiles adicionales
Cirugía programada de baja complejidad	tres días hábiles	tres días hábiles adicionales
Cirugía programada de mediana complejidad	siete días hábiles	siete días hábiles
Cirugía programada de alta complejidad	quince días hábiles	quince días hábiles

Nota: en los casos de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y otros exámenes el tiempo excedido se para la realización del examen, no para la entrega de los resultados.

Cuando se requiera transporte aéreo para garantizar el acceso a servicios médicos especializados y o procedimientos o terapéuticos especializados, no disponibles en el departamento, el tiempo excedido de oportunidad se aumenta en

En cirugía de alta complejidad se exceptúan los trasplantes que están condicionados a lista de espera del organo

11.10. REQUISITOS MINIMOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS AMBULATORIOS

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