ANEXO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

Oficina Principal
Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10-03
Línea de Atención Nacional: 01 8000 91 90 15
Línea Directa Atención al Cliente: +57 (1) 516 9031
www.fomag.gov.co

Fomag @FomagOficial

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ANEXO MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

1. ALCANCE

El presente documento define la forma en qué se debe realizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el plan de beneficios del Magisterio a los docentes, pensionados y sus familias en los niveles de baja, mediana y alta complejidad, para los ámbitos de atención ambulatorio, urgencias, hospitalario y domiciliario en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna teniendo en cuenta la ruta lógica del proceso asistencial en cumplimiento de los atributos de calidad establecidos por Fiduprevisora S.A. garantizando la gestión integral del riesgo en salud, operativo y financiero.

2. OBJETIVO

Garantizar el acceso efectivo, seguro y humanizado a los servicios de salud que se prestan acorde a la distribución geográfica de los docentes, pensionados y sus familias, optimizando los recursos y mejorando la calidad de los mismos a través del fortalecimiento de la capacidad resolutiva, la implementación de mecanismos que permitan favorecer el cumplimiento de las prioridades en salud de la población del Magisterio y expectativas de los afiliados.

3. RESPONSABLES DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL MAGISTERIO

Los Operadores de Servicios de Salud son los responsables de formular las acciones que desde el Modelo de Atención en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio – MAISFPSM se han definido, asimismo deberán garantizar la implementación en la red de prestadores contratada por ellos para tal fin y ejecutar el seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades que se describen en el presente documento como mecanismo de control de su red.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son las responsables de implementar las acciones contenidas en el presente modelo y deberán determinar acciones de autocontrol y auditoría interna para evaluar dicha implementación y los resultados de la misma.

4. ATRIBUTOS DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

- **Accesibilidad**: capacidad de la organización para proporcionar al usuario durante la atención, condiciones de infraestructura, condiciones administrativas y condiciones de información de manera continua, oportuna e integral.

- **Continuidad:** grado en el cual los usuarios reciben los servicios mediante una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico.

- **Integralidad***:* capacidad de la organización para brindar al usuario la cobertura de los servicios acorde al plan de beneficios al cual tiene derecho

- **Suficiencia**: diferencia entre la capacidad instalada de servicios disponibles a proveer por la red de prestadores y la demanda potencial de la población afiliada. La red es suficiente cuando este valor es cero

- **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- **Eficacia:** capacidad de lograr el resultado deseado en un tiempo determinado**.**

- **Eficiencia:** capacidad de lograr el resultado deseado con una utilización óptima de los recursos disponibles.

- **Efectividad:** capacidad de lograr el resultado deseado equilibrando la eficacia y eficiencia**.**

- **Satisfacción:** nivel de respuesta para cumplir y superar las expectativas de los docentes, pensionados y sus familias y demás partes interesadas en el marco de la gestión institucional.

- **Oportunidad:** es la posibilidad que tiene el afiliado de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

- **Capacidad Resolutiva:** Es la capacidad de un prestador de servicios de salud de diagnosticar correctamente y tratar eficazmente a los usuarios que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención, lo anterior acorde a la evidencia científica según definiciones de las guías de práctica clínica.
  -

5. POLÍTICAS BASE PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL MAGISTERIO

A continuación, se mencionan las políticas base que orientan la implementación del modelo de prestación de servicios de salud para los afiliados al Magisterio, lo anterior no excluye las adicionales que acorde al análisis de cada Contratista puedan ser implementadas:

5.1 Política de Seguridad del Paciente: cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Para ello la red de prestadores deberá implementar las recomendaciones de la GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD" incluyendo los 4 grupos de prácticas seguras:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

5.2 Política de Humanización: que garantice las condiciones de privacidad, confidencialidad, respeto por sus creencias, apoyo espiritual, atención cortés, entre otros.

5.3 Política del Talento Humano: Implementación de la política y los procesos de selección, capacitación y evaluación del desempeño que garanticen el conocimiento, competencias, experiencia y optimo desempeño de| personal que hacen parte de la entidad, lo anterior en cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre la materia emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Rethus)

5.4 Política de privacidad y tratamiento de datos: Se garantizará la absoluta confidencialidad y maneja de los datos que se recolecten, almacene, circule, use y suprima, asegurando su adecuado manejo solo por parte de las personas autorizadas y el buen uso de los datos personales previamente registrados por sus usuarios, empleados y contratistas.

5.5 Política de seguridad y salud en el trabajo: compromiso de la entidad por velar por la seguridad y salud de su talento humano mediante la implementación del sistema de gestión y seguridad en el trabajo.

5.6 Política de gestión ambiental: La entidad se compromete a implementar practicas ambientales seguras que contribuyan con la sostenibilidad ambiental, generando acciones que brinden alternativas de desarrollo en el entorno sin impacto negativo y una cultura institucional del cuidado para los determinantes de la calidad de vida de la comunidad.

6. INSUMOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Los Operadores de Servicios de Salud deberán remitir a los prestadores que hacen parte de su red integral de servicios de salud la caracterización realizada acorde al modelo de atención integral en salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, para que estas IPS conozcan los riesgos de la población afiliada y asignada a cada uno y estructuren los programas requeridos acorde a los grupos de riesgo conformados.

Adicionalmente los Contratistas divulgarán la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud en sus componentes primario y complementario con los docentes, pensionados y sus familias, así como con los prestadores que hacen parte de dichas redes y su rol dentro de las mismas.

6.1 Grupos de Riesgo

Teniendo en cuenta la caracterización demográfica de la población del Magisterio y su perfil epidemiológico, así como la normatividad vigente; para el MAISFPSM se adoptan los siguientes grupos de riesgo y eventos priorizados establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social:

Tabla 1. Grupos de Riesgo y Eventos Priorizados en el MAISFPSM

N°	Grupo de Riesgo	Eventos Priorizados
1	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.
2	Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	Obesidad, desnutriciòn
3	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión, Trastorno Afectivo Bipolar, Psicosis, Ansiedad, Demencia.
4	Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.	Caries, Enfermedad Periodontal
5	Población con riesgo o presencia de cáncer.	Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Piel.
6	Población materno perinatal.	Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas, Trastornos del Recién Nacido.
7	Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV): Dengue, Chikunguña, Zica, Chagas, Malaria. Infecciones Respiratorias Agudas Tuberculosis Infecciones de transmisión Sexual Covid 19
8	Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente Rábico
9	Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.	Enfermedad y accidentes laborales Síndrome de Burn out
10	Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	Violencias: por conflicto armado, de género, conflictividad social.
	Población con riesgo o	Acorde a normatividad que expida el

11	enfermedades huérfanas.	Ministerio de Salud y Protección Social
12	Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Trastornos visuales: Defectos de Refracción, Catarata, Glaucoma. Trastornos auditivos: Otitis, Hipoacusia, Vértigos y Trastornos de Habla. Enfermedades de la Voz
13	Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	Artritis Reumatoidea Lupus eritematoso sistémico Fibromalgìa

Fuente: Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

6.2 Redes Integrales de Atención en Salud y Sedes Exclusivas

La prestación de servicios de salud debe realizarse a través de redes integrales de servicios de salud en los tres niveles de complejidad y en los ámbitos de atención ambulatorio, urgencias, hospitalario y domiciliario, con el fin de brindar a los usuarios atención continua e integral conforme a las necesidades de la población afiliada, definir la suficiencia y disponibilidad requerida en cada territorio, e identificar los déficits de oferta que deban ser cubiertos con estrategias de jornadas de salud extramurales o remisión al punto de atención más cercano.

El operador debe garantizar la atención primaria **intramural o extramural** a través de los equipos multidisciplinarios en salud **al 100% de los afiliados priorizados** que se encuentren en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso durante el primer año del contrato y con periodicidad anual durante toda la vigencia del contrato teniendo en cuenta las metas de promoción y prevención establecidas y la Rutas de Atención en Salud y el cual, tendrá un término no mayor a treinta (30) días calendarios para su conformación

Durante la ejecución del contrato Fiduprevisora realizará la revisión de la suficiencia de red que deben ejecutar periódica y sistemáticamente los Operadores de Servicios de Salud y definirá los ajustes que deban ser realizados para garantizar la disponibilidad de la red requerida para la atención de los afiliados al Fondo en cada punto de atención, informando al contratista las modificaciones de la red que deben ser realizadas por este, debidamente soportadas y definiendo el plazo para que el contratista haga los ajustes y remite el reporte correspondiente en el presente documento.

En los casos en que el usuario requiera un servicio que no existe en el punto de atención que le corresponde, será remitido al punto de atención más cercano de la red que preste el servicio, para tal fin el operador de servicios de salud deberá contar con un sistema de referencia y contrarreferencia ágil y que cumpla con lo establecido en la normatividad vigente.

Para la prestación de servicios de salud, los Contratistas deberán garantizar la puesta en marcha de sedes de atención exclusiva para los docentes, pensionados y sus familias acorde a la siguiente disposición:

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 residiendo en esa ciudad. Las sedes tipo A deberán tener una estructura física 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) entendida esta como la prestación de servicios de medicina general, odontología general, programas de detección temprana y protección específica, nutrición y psicología, así como la atención especializada de ginecología, obstetricia, pediatría, medicina familiar o medicina interna.

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 y terapéutico mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutiva. 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 y que cuenten con 2.000 a 4.999 afiliados al Magisterio residiendo en esa ciudad. 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 especializada en ginecología, obstetricia, pediatría, medicina familiar o medicina interna 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 resolutiva. 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, en el caso de que algún municipio cuente con más de 4.999 afiliados, pero no esté en el rango de 100.000 y 300.000 habitantes, el contratista deberá garantizar una sede tipo A.

Tipo C en municipios entre 50.000 y 99.999 habitantes, capitales de los "Nuevos Departamentos" y municipios con menos de 50.000 habitantes, que cuenten con población residente en esos municipios entre 1.500 y 1.999 afiliados al Régimen Exceptuado 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). 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 resolutiva. 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, en el caso de que algún municipio cuente con más de 1.999 afiliados, pero no esté en el rango de 50.000 y 99.999 habitantes, el contratista deberá garantizar una sede tipo B.

Tipo D, en municipios menores de 50.000 habitantes, que cuenten con menos de 1.499 afiliados al Régimen Exceptuado de Salud del Magisterio, pero más de 500 residentes en ese municipio. Deberán garantizar la atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia). Esta sede consistirá en cuando menos con un consultorio exclusivo para medicina y enfermería y otro de medio tiempo para odontología los cuales pueden estar ubicados en un espacio de una IPS perteneciente a la red de prestación contratada por el operador, también podrá certificar la calidad de sede exclusiva tipo D con la disponibilidad de franjas horarias de agendas exclusivas para la población del Magisterio, sin embargo, estas sedes también podrán consistir en sedes independientes. 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. En el caso de que algún municipio cuente con más de 1.499 afiliados, pero no tenga menos de 50.000 habitantes, el contratista deberá garantizar una sede tipo C.

La atención de los afiliados correspondiente a las sedes exclusivas, durante los primeros treinta días (30) calendario de ejecución del contrato, será garantizada por la IPS que ofrece abrir las sedes exclusivas, salvo que esta IPS no tenga sede en el municipio, en cuyo caso deberá presentar una IPS/sede del municipio que asuma los servicios correspondientes a las sedes exclusivas temporalmente, con anterioridad a la suscripción del contrato.

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

Se advierte que las sedes exclusivas pueden ser propias o contratadas con un tercero.

Las sedes exclusivas tipo A, B, C y D (cuando se decida como sede independiente) deberán ser reconocidas como centros de implementación de la Atención Primaria Institucional o Intramural acorde a lo definido en el Modelo de Atención Integral en Salud del Magisterio.

La Atención Primaria en Salud Extramural deberá ser coordinada desde las sedes exclusivas tipo A, estas serán las sedes base de los equipos multidisciplinarios en salud EMS intramurales y extramurales, sin embargo, su cobertura deberá extenderse a todos los municipios en los cuales existe población objeto de esta estrategia, para ello los EMS intramurales y extramurales deberán articularse con la red de prestadores para la canalización de los usuarios intervenidos.

6.2.1 Planes de Contingencia por Cambios en la Red

Un plan de contingencia es un conjunto de procedimientos alternativos a la operatividad normal del Operador. Su finalidad es la de permitir el funcionamiento de este y su red de prestadores, aun cuando alguna de sus funciones deje de hacerlo por culpa de algún incidente tanto interno como ajeno a la organización.

Teniendo en cuenta los lineamientos definidos por la Resolución 1441 de 2016 del MSPS, el Operador debe planear y definir planes de contingencia, cuando se requieran, para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud, en casos de eventos generados por:

a) Cambios en la demanda asociada a emergencias, desastres, brotes epidémicos, u otras afectaciones en la población, que aumenten la demanda de servicios; teniendo en cuenta, si los hay, los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de lo contrario, aquellos que resulten procedentes según las situaciones;

b) Cambios en la Oferta: cierre de prestadores, afectación de capacidad instalada, talento humano u otras novedades;

c) Cambios conjuntos en la Oferta y Demanda.

Cuando se requiera un Plan de Contingencia, el Operador lo presentará a la Fiduprevisora, detallando los Prestadores de Servicios de Salud que conformarán la Red, las Cartas de intención, Acuerdos de voluntades o Contratos vigentes, los servicios a suministrar en la Propuesta de Red y las condiciones de articulación, responsabilidades a cumplir dentro de la misma por los Prestadores vinculados.

6.2.2 Cambios en red de prestadores de servicios de salud

El Contratista deberá garantizar la permanencia de la red incluida en la oferta, tanto el recurso humano como físico y la disponibilidad de horas de los profesionales para la atención de los usuarios de los programas.

Cualquier modificación en la red prestadora de servicios de salud o en el recurso humano ofertado inicialmente a FIDUPREVISORA, deberá ser presentada Supervisor o Interventor del contrato para verificación y aprobación siguiendo el proceso descrito a continuación y anexando los documentos exigidos. La modificación realizada sin autorización del Supervisor o Interventor del contrato será considerada una violación unilateral del contrato por el Contratista, considerándose una falta grave

en la ejecución de este y generará la aplicación de las multas establecidas en el documento de invitación.

Cualquier modificación deberá ser avalada y autorizada por el Supervisor o Interventor del contrato, para lo cual el Contratista adjuntará la siguiente documentación según sea el caso, mínimo con quince días de anticipación para permitir la revisión:

- Carta de solicitud de autorización del cambio, en la cual se expliquen claramente los motivos que lo generan.

- Si es recurso propio fotocopia del contrato de arrendamiento, fotocopia de escritura o certificado de libertad según sea el caso. Si es subcontratada, fotocopia del contrato o convenio suscrito por el Contratista y el Representante Legal de la entidad subcontratada.

- Copia de la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedida por la Secretaría de Salud de la nueva entidad a incluir en la Red de Servicios debidamente presentado ante la Entidad territorial de Servicios de Salud correspondiente.

- Paz y salvo expedido por la entidad que se retira.

En todos los casos, el contratista deberá presentar la anterior documentación dentro del tiempo fijado para permitir a FIDUPREVISORA evaluar y emitir la autorización correspondiente, salvo casos de fuerza mayor debidamente justificados, caso en el cual se deberá informar a más tardar el día en que se realice el cambio.

6.3 Estructura de la Administración del Modelo

El operador para iniciar la ejecución del contrato deberá garantizar una estructura organizacional en forma independiente de sus miembros, que permita la gestión del modelo de salud del magisterio y la prestación de los servicios de salud, fundamentalmente en tres componentes: estructura organizacional, gestión de procesos y gestión integral del riesgo.

6.4 Estructura organizacional

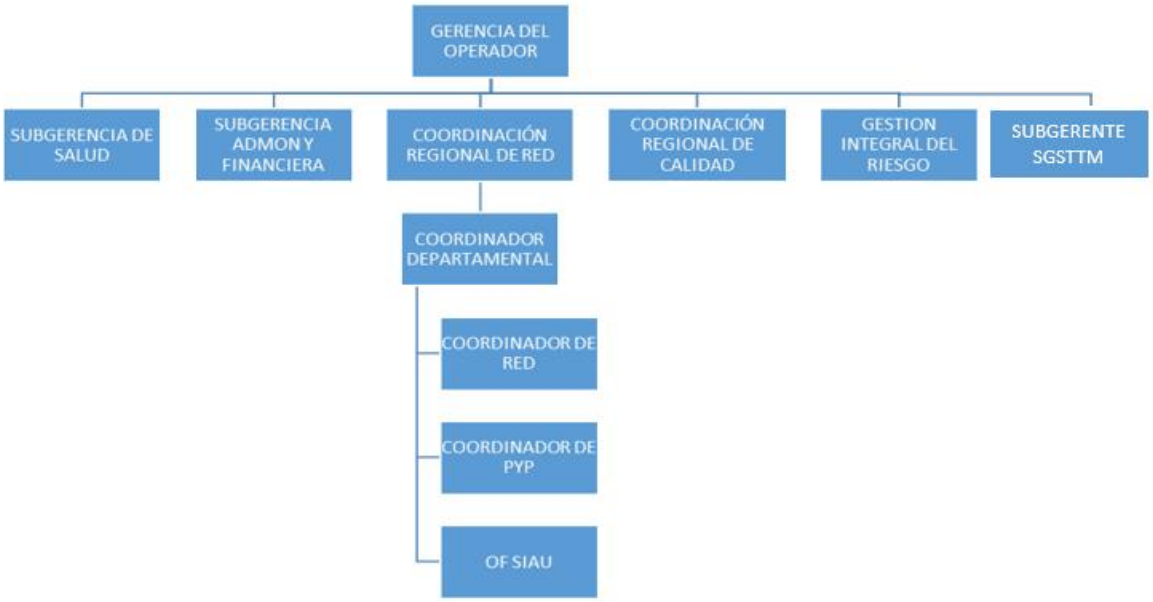
Se entenderá por estructura organizacional los diferentes patrones de diseño para organizar una empresa, con el fin de cumplir las metas propuestas y lograr el objetivo deseado (García A., 1989). Para (Zazo, 2014) significa “un instrumento clave para llevar a cabo la difícil tarea de conseguir eficiencia e innovación simultáneamente, o para combinar acciones de exploración con acciones de explotación que permitan a la empresa ser competitiva a corto plazo, desarrollarse y sobrevivir a largo plazo”.

El diseño y operatividad de este esquema será objeto de revisión y verificación durante la ejecución del contrato. Cuando el operador es conformado por varias instituciones y una de ellas asume la

gestión del contrato, garantizará una estructura independiente en cuanto a la gestión integral del riesgo y coordinaciones regionales y departamentales.

A. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL MÍNIMA

A continuación, se presenta la estructura organizacional mínima con los cargos definidos que se presenta con la propuesta y deberá ser mantenidos durante toda la ejecución del contrato:



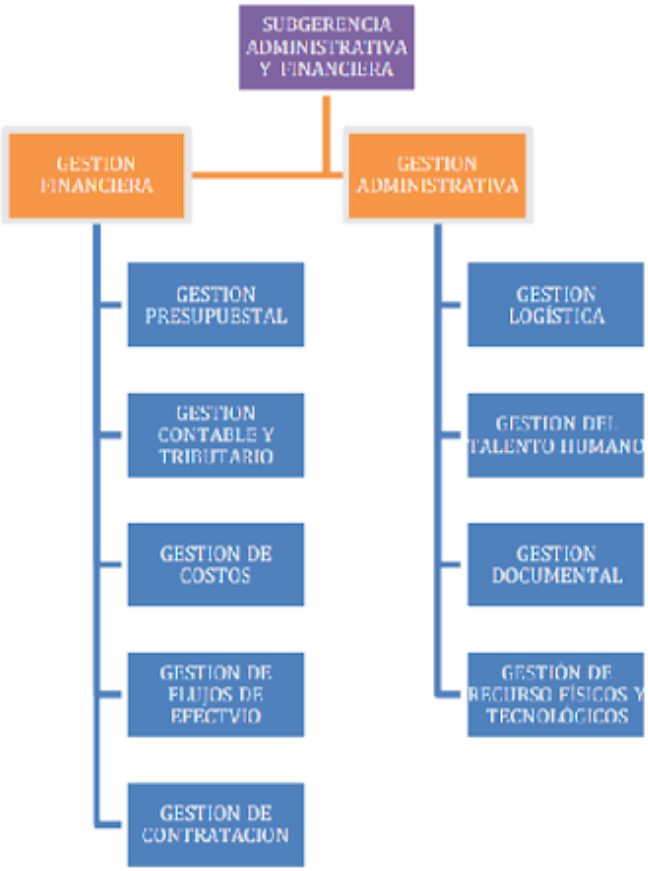
Desde la subgerencia de salud, se deberá garantizar una estructura independiente en cuanto la funciones como gestor (operador) del modelo y las de prestación de servicios de salud, así:

- Como gestor (operador) las funciones están agrupadas en torno al Modelo de Salud: gestión del diseño e implementación del modelo de salud, gestión de la planeación y programación a la gestión de salud y la relacionada con los servicios médico asistenciales de seguridad y salud en el trabajo.

- En la prestación de servicios de salud (gestión de servicios clínicos) realizará la gestión de la atención del primero, segundo y tercer nivel de complejidad, gestión integral del riesgo en salud, la gestión del riesgo técnico y seguridad de la atención en salud.

B. SUBGERENCIA REGIONAL ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

A continuación, se presenta la estructura organizacional mínima con los cargos definidos de la Subgerencia Regional Administrativa mínima a garantizar por parte del operador:



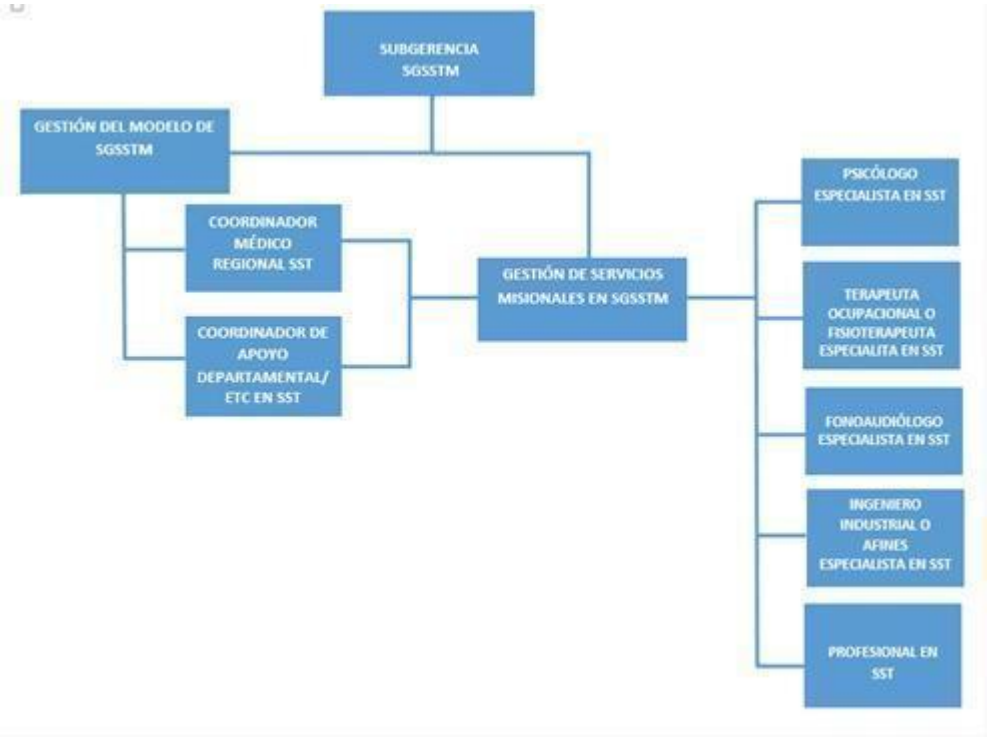
Así mismo, existen cargos que se deberán incluir dentro de la estructura organizacional por su importancia en la prestación del servicio los cuales son:

1. Coordinadores Regionales.
2. Coordinadores Locales, los cuales deberán estar ubicados en las sedes tipo A
3. Coordinador de la estrategia de APS quienes tendrán además a su cargo los equipos multidisciplinarios en salud EMS intramurales y extramurales..
4. Coordinador de redes integrales, de referencia y contrarreferencia.
5. Referente de Ruta de Atención integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
6. Referente de cada uno de los grupos de riesgo definidos en el modelo de atención integral de salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio
7. Referente del programa ampliado de inmunizaciones.
8. Referente de la población en condición de discapacidad, incluye el proceso de localización y certificación acorde a la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social al respecto.

9. Referente de grupos poblacionales según enfoque poblacional diferencial.
10. Responsable de notificación, seguimiento y ajustes en SIVIGILA.

C. SUBGERENCIA DEL SGSSTM

A continuación se presenta la estructura organizacional mínima con los cargos definidos de la Subgerencia del SGSSTM:



- **Características del Equipo de trabajo para la implementación del SGSSTM.**

Para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM debe estar liderado y acompañado de un recurso humano idóneo y competente, facultado para asesorar, diseñar, capacitar y ejecutar el SGSSTM en cualquier lugar del territorio nacional, sin importar las condiciones particulares que encuentre, dispuesto a atender el número de trabajadores que existan o la complejidad de la organización que deban atender.

El equipo de trabajo es el encargado de establecer técnicamente medidas de control eficaces que mejoren el ambiente de trabajo e identificar las condiciones que se deben ofrecer a los educadores activos para: alcanzar un ambiente saludable, reducir al mínimo los accidentes y enfermedades laborales, que pudiesen llegar a presentarse por causa o con ocasión del trabajo que desarrollan.

Oficina Principal
Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10-03
Línea de Atención Nacional: 01 8000 91 90 15
Línea Directa Atención al Cliente: +57 (1) 516 9031
www.fomag.gov.co
Fomag @FomagOficial

a) Subgerente del Sistema de Seguridad y salud en el Trabajo

La propuesta debe incluir el perfil de un subgerente, responsable de gerenciar la planeación, ejecución y seguimiento de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo objeto del contrato.

Perfil profesional: El perfil del subgerente debe corresponder a un profesional de las disciplinas administrativas, de ingenierías, o de las ciencias de la salud; especializado en Seguridad y salud en el trabajo o Salud Ocupacional, o afines; con licencia en salud ocupacional vigente y experiencia certificada en cargos de nivel gerencial de proyectos de SST**.**

Experiencia mínima requerida: Cinco (5) años de experiencia profesional en la ejecución de proyectos relacionados con el objeto de esta invitación, contados a partir de la expedición de la licencia en SST o salud ocupacional.

b) Coordinador Médico de SST Regional

La propuesta debe incluir el perfil de un coordinador médico de SST regional, responsable de liderar la planeación, ejecución y seguimiento de las actividades, lo que implica revisar, corregir, tramitar y controlar la prestación del servicio, de conformidad con los parámetros fijados por la entidad contratante con el fin de impactar la siniestralidad y la satisfacción del usuario final.

Perfil profesional: Médico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo o en Salud Ocupacional que deberá contar con inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS y licencia vigente en SST o salud ocupacional.

Experiencia mínima requerida: Tres (3) años de experiencia profesional en la ejecución de proyectos relacionados con el objeto de esta invitación, contados a partir de la expedición de la licencia vigente en SST o salud ocupacional.

c) Coordinador de Apoyo Departamental – ETC

Estos profesionales tendrán a su cargo la coordinación de hasta tres (3) Entidades Territoriales Certificadas en Educación - ETC cada uno, por lo que el número de profesionales deberá ser calculado por el proponente de SST de acuerdo con el

número de ETC presentes en cada departamento que integren la regional de interés.

Perfil profesional: Estos profesionales deben ser especialistas en SST o Salud Ocupacional con licencia vigente en SST o Salud Ocupacional.

Experiencia mínima requerida: Tres (3) años de experiencia profesional en la ejecución de proyectos relacionados con el objeto de esta invitación, contados a partir de la expedición de la licencia en SST o salud ocupacional.

d) Equipo mínimo Interdisciplinario de campo

Se requiere un equipo interdisciplinario de líderes conformado por los siguientes perfiles:

Un psicólogo con postgrado en SST o Salud Ocupacional, con licencia en SST o Salud Ocupacional vigente, deberán estar inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano - ReTHUS y con experiencia en trabajo de campo de mínimo dos (2) años (24 meses completos), contados a partir de la expedición de la licencia en SST o salud ocupacional.

Un profesional en terapia ocupacional, terapia física o fisioterapia con postgrado en SST o Salud Ocupacional, con licencia en SST o Salud Ocupacional vigente, deberán estar inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano - ReTHUS y con experiencia en trabajo de campo de mínimo dos (2) años (24 meses completos), contados a partir de la expedición de la licencia en SST o salud ocupacional.

Un fonoaudiólogo o terapeuta del lenguaje con postgrado en SST o Salud Ocupacional, con licencia en SST o Salud Ocupacional vigente, deberán estar inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano - ReTHUS y con experiencia en trabajo de campo de mínimo dos (2) años (24 meses completos), contados a partir de la expedición de la licencia en SST o salud ocupacional.

Un ingeniero industrial o afines, con postgrado en SST o Salud Ocupacional, con licencia en SST o Salud Ocupacional vigente, tarjeta profesional con experiencia en trabajo de campo de mínimo dos (2) años (24 meses completos), contados a partir de la expedición de la licencia en SST o salud ocupacional.

Un Profesional en SST con licencia en SST o Salud Ocupacional vigente, con experiencia en trabajo de campo de mínimo dos (2) años (24 meses completos), contados a partir de la expedición de la licencia en SST o salud ocupacional.

6.5 Gestión por Procesos

Es la forma de organizar el trabajo (procesos, equipos de trabajo, tecnología, estilo de liderazgo, mediciones, etc.) para que las personas puedan orientar su esfuerzo en alcanzar resultados significativos para sus clientes (Rabelo, Pereira-Klen, & Klen, 2004).

NOTA: Para los perfiles descritos en la estructura organizacional se debe garantizar la idoneidad del perfil académico en relación con el cargo a desempeñar, el requisito mínimo de experiencia con el que deberá contar el personal se describe a continuación:

- **GERENTE:** Cinco (5) años de experiencia profesional relacionada.
- **SUBGERENTES:** Cuatro (4) años de experiencia profesional relacionada.
- **COORDINADORES:** Tres (3) años de experiencia profesional relacionada.
- **REFERENTES:** Dos (2) años experiencia profesional relacionada.

6.6 Gestión de Riesgos

La gestión de riesgos es una parte central de la gestión estratégica de cualquier organización, es el proceso mediante el cual las organizaciones metódicamente abordan los riesgos inherentes a sus actividades con el objetivo de obtener un beneficio sostenido dentro de cada actividad y de la cartera de todas las actividades (Raz & Hillson, 2005).

7. COBERTURA

La prestación de servicios de salud para los afiliados al Magisterio dará cobertura en todos los ámbitos de atención y niveles de complejidad.

7.1 Ámbito Ambulatorio

<u>Servicios para la atención de la Enfermedad General</u>

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.

Los servicios que los operadores deben ofrecer son:

7.2 Atención Primaria en Salud

Acorde a lo definido en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, la APS para la población afiliada deberá prestarse en las siguientes modalidades:

- Atención Primaria en Salud Institucional o Intramural
- Atención Primaria en Salud Extramural
- Atención Primaria en Salud Intersectorial

○ 7.2.1. Consulta Externa de Medicina General

La demanda de consulta externa para medicina general debe atenderse conforme los indicadores establecidos. El contratista deberá contar con la disponibilidad de horas médico-requeridas en cada punto de atención de acuerdo con la suficiencia de la red realizando y garantizando siempre la oportunidad exigida. En los casos en que se detecte falta de oportunidad en la asignación de citas de medicina general, se verificará la suficiencia de red, realizando los ajustes requeridos para garantizar la oportunidad exigida.

El tiempo por cada consulta no debe ser menor a 20 minutos; y para los casos de seguimiento de usuarios en RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud se debe realizar por médicos generales y profesionales de enfermería entrenados en las actividades, intervenciones y procedimientos según curso de vida, incluyendo los tamizajes y las escalas establecidos en las matrices de acciones e intervenciones de la RIAS y Programas priorizados que forman parte de este documento, por lo cual estas atenciones deben deberán ser de 30 minutos.

○ 7.2.2. 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.

○ 7.2.3. Atención Básica de Enfermería

El Contratista brindará los servicios básicos de enfermería, tales como inyectología, vacunación, curaciones, actividades de promoción y prevención, etc., en todos los puntos de atención primaria institucional por personal debidamente acreditado.

De igual manera, el personal de enfermería deberá hacer énfasis en actividades de educación propias de la implementación de las diferentes Rutas integrales de salud y programas de atención integral alteraciones en salud priorizadas por el Fondo, teniendo en cuenta el enfoque diferencial y atención psicosocial.

- **7.2.4. Atención Médica Especializada**

Estos servicios están conformados por las diferentes especialidades y subespecialidades médicas. El operador 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.

El contratista deberá garantizar en forma permanente y durante todo el periodo que dure la contratación con el Fondo todas las especialidades y subespecialidades existentes, cumpliendo la capacidad instalada y suficiencia de red.

Solamente se podrá desplazar al afiliado a otro municipio diferente al de su residencia en casos de imposibilidad debidamente justificada para contratar una especialidad o la no existencia de la especialidad en el municipio de residencia

- **7.2.5. 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 afiliados al FOMAG.

- **7.2.6. Suministro de Lentes y monturas para Anteojos**

El Contratista suministrará lentes para anteojos correctores externos en vidrio o plástico adaptados a su respectiva montura así:

Una vez cada año por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual.

El Contratista deberá entregar los lentes y montura, adaptarlos a la montura de acuerdo a la formulación y con todas las especificaciones indicadas por el profesional que formen parte del tratamiento ordenado según la patología presentada por el usuario. El Contratista deberá

suministrar lentes de contacto para aquellos casos que por sus condiciones de salud visual sean requeridos y formulados por oftalmologìa.

Los lentes deberán suministrarse al usuario dentro de los ocho (8) días calendario siguientes a su prescripción.

- **7.2.7. Dispensación de medicamentos ambulatorios**

7.2.7.1. Clasificación del servicio farmacéutico

Para la dispensación de medicamentos a la población afiliada al Magisterio se tendrán en cuenta las disposiciones acorde al Decreto 2200 de 2005 por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones, este servicio se clasifica en:

A. DEPENDIENTE: es aquel servicio asistencial a cargo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el que además de las disposiciones del decreto debe cumplir con los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

B. INDEPENDIENTE: es aquel que es prestado a través de establecimientos farmacéuticos, en el que además de las disposiciones del decreto debe cumplir con el Artículo 11. "ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS - Se consideran establecimientos farmacéuticos mayoristas: los Laboratorios Farmacéuticos, las Agencias de Especialidades Farmacéuticas y Depósitos de Drogas, y establecimientos farmacéuticos minoristas: las Farmacias - Droguerías y las Droguerías. Los establecimientos farmacéuticos sólo están obligados a cumplir con las disposiciones contenidas en el presente decreto, el Modelo de Gestión del servicio farmacéutico y demás normas que los modifiquen, en relación con los medicamentos y dispositivos médicos", que a su vez se clasifican en:

- ✓ **Farmacias – Droguerías:** La dirección estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:
  a) Recepción y Almacenamiento.
  b) Dispensación.
  c) Preparaciones magistrales.

- ✓ **Droguerías:** La dirección estará a cargo del Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería, Farmacéutico Licenciado, o el Expendedor de Drogas. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:
  a) Recepción y Almacenamiento.
  b) Dispensación.

7.2.7.2. Clasificación de los puntos de dispensación de medicamentos (PDM) para el plan de salud del magisterio

Teniendo en cuenta la clasificación según la normatividad vigente y para efectos del presente contrato, la red de prestadores para la entrega de medicamentos a los usuarios del Plan de Salud del Magisterio, se denominará **Puntos de Dispensación de Medicamentos (PDM),** los cuales se clasificarán en:

A. **PDM DEPENDIENTES:** aquellos PDM a cargo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, que además de cumplir las disposiciones del Decreto 2200 de 2005, debe cumplir con los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

B. **PDM INDEPENDIENTES**: aquellos establecimientos farmacéuticos, que deben cumplir las disposiciones del Decreto 2200 de 2005, el Modelo de Gestión del servicio farmacéutico y demás normas que los modifiquen, en relación con los medicamentos y dispositivos médicos.

A su vez, los PDM tendrán una subclasificación de acuerdo con el tipo de dispensación de medicamentos, en **Generales** (medicamentos del Plan de Beneficios) y **Especiales** (podrán dispensar medicamentos del Plan de Beneficios y son los puntos en los cuales se dispensarán los medicamentos para el tratamiento de patologías de alto costo).

7.2.7.3. Reporte de red de PDM por parte del contratista

En la red de PDM reportada por el contratista se deberán incluir **los puntos que dispensan medicamentos**

El contratista deberá garantizar en cada municipio de la región, como mínimo el 90% de los PDM de la red, de acuerdo con los requisitos establecidos en el presente documento de selección de contratistas y en función de la población del municipio y los afiliados del Plan de Salud del Magisterio, según la tabla "Cantidad mínima de PDM en red l por municipio."

En la siguiente tabla se encuentra la cantidad de PDM en red l con la que se debe contar en cada municipio del territorio nacional, de acuerdo con el número de habitantes del municipio según reporte del DANE y número de afiliados del Magisterio.

Tabla 2. Cantidad mínima de PDM en red por municipio

NÚMERO DE HABITANTES MUNICIPIO	PDM GENERAL	PDM ESPECIAL	AJUSTE DE PDM TOTALES EXIGIDOS COMO HABILITANTES EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SISTEMA DE SALUD DEL MAGISTERIO
Municipios menores de 20.000 habitantes	uno		

NÚMERO DE HABITANTES MUNICIPIO	PDM GENERAL	PDM ESPECIAL	AJUSTE DE PDM TOTALES EXIGIDOS COMO HABILITANTES EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SISTEMA DE SALUD DEL MAGISTERIO
Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes	uno por cada 20.000 habitantes o fracción		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	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	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 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 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

7.2.7.4. Formulación de medicamentos

Con respecto a la formulación de medicamentos ambulatorios para los afiliados al Magisterio, se incluirán los medicamentos ordenados por el médico tratante, siempre y cuando estén debidamente registrados ante el Invima y los medicamentos incluidos en el Decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles), cumpliendo con todos los estándares de calidad y que hayan sido formulados por los médicos en los servicios de medicina general, especialistas, promoción y prevención, médicos familiares, domiciliarios, de urgencias y por el odontólogo general, en las sedes donde reciba la atención el afiliado o por el médico de los Equipos Multidisciplinarios de Salud EMS de la APS Extramural.

Los medicamentos, en principio, deberán ser formulados bajo denominación común internacional y su entrega podrá ser bajo presentación genérica y/o comercial de acuerdo con la disponibilidad en el país.

7.2.7.5. Dispensación de medicamentos

Con respecto a la dispensación de medicamentos, se deberá garantizar la entrega de todos y cada uno de los medicamentos ordenados, en el momento en que el usuario se presente al PDM correspondiente a realizar la solicitud, sin cambio de estos por parte de los funcionarios de los PDM dependientes o independientes.

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 región, siempre y cuando sea dentro del territorio nacional.

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.

En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos por parte del usuario, el contratista deberá coordinar lo pertinente, para que en un lapso no mayor a **48 horas** se garantice la entrega de este, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social en su Artículo 1 *"Objeto. La presente resolución tiene como objeto establecer los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando éste lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo trascurrido después que el afiliado reclama los medicamentos*".

Nota: Para la entrega de medicamentos a los usuarios con patologías crónicas, en el evento excepcional en que su entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos por parte del usuario, el contratista deberá coordinar lo pertinente, para que en un lapso no mayor a 36 horas se garantice la entrega de este. Se entiende que el plazo establecido de 36 horas inicia una vez el usuario ha solicitado por primera vez sus medicamentos.

En el caso de usuarios que consulten al servicio de urgencias, hospitalización y cirugías, que al ser dados de alta les sea ordenado medicamentos, el contratista deberá garantizar su entrega desde el momento en que es dado de alta.

El contratista deberá contar con los sellos de PENDIENTE y ENTREGADO en todos los PDM, los cuales serán colocados en la fórmula en el momento en que se genera el pendiente o cuando se realiza la entrega del medicamento. En ningún caso podrán existir medicamentos entregados al usuario que no se encuentren ordenados.

Adicionalmente el contratista debe garantizarse el control adecuado de la dispensación mediante el SOFTWARE/MÓDULO DE FORMULACIÓN Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS que permita hacer un seguimiento veraz y en línea.

Es responsabilidad del contratista garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de programas especiales previstos en la normatividad vigente, medicamentos para programas especiales en salud pública y que son suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

7.2.7.6. Registro de dispensación de medicamentos en los PDM

En todos los PDM se deberá contar con un procedimiento de control de inventarios y dispensación de medicamentos documentado, ya sea propio o adoptado de la documentación de contratista, el cual deberá ser conocido por el personal que dispensa medicamentos. Lo definido en dicha documentación deberá ser implementado por parte de los PDM dependientes e independientes y se deberá llevar registro de los medicamentos ordenados a cada usuario, determinando los entregados, los pendientes y los entregados de acuerdo con la entrega excepcional de medicamentos.

Se deberá contar con indicadores de oportunidad de entrega de medicamentos, con monitoreo periódico y sistemático para cumplir con los informes de los entes de control y lo solicitado por Fiduprevisora S.A., los cuales deberán ser registrados y analizados para toma de decisiones de acuerdo con los resultados obtenidos.

En el registro de los medicamentos pendientes, se deberá contar con mínimo la siguiente información: fecha de solicitud por parte del usuario, nombre del usuario, cantidad del medicamento, nombre del medicamento y fecha de entrega del medicamento pendiente.

El contratista deberá garantizar el acceso al supervisor o interventor a estos registros de formulación y dispensación de medicamentos, para la verificación de la información.

7.2.7.7. **Otras disposiciones**

El cumplimiento de los requisitos mínimos se acredita con las cartas de compromiso suscritas por IPS y/o farmacias que ofertan la dispensación de medicamentos, en las que se debe establecer la categoría de los PDM ofrecidos de acuerdo con la clasificación establecida. En caso de PDM 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 efectuará y la categoría de los PDM ofrecidos.

El contratista resultante de la presente convocatoria deberá acreditar dentro de los treinta (30) días siguientes a la suscripción del contrato, la legalización de los contratos con las instituciones responsables de la operación de los PDM ambulatorios en todos y cada uno de los municipios de la región que ya se encuentran habilitados al momento de la presentación de la oferta y dentro de sesenta (60) días para los que están en proceso de habilitación.

En los municipios en donde no exista la oferta de medicamentos especiales, el proponente debe garantizar la dispensación en el municipio más cercano en términos de tiempo de traslado o garantizar la dispensación mediante entrega domiciliaria en las siguientes 48 horas.

7.3 Ámbito de Urgencias

Urgencia se define como la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa, con diversos grados de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requiere acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.

Se define la Atención de urgencias como la modalidad intramural de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

Los operadores y toda su red de servicios deben atender también las urgencias 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 operador responsable de atención, aunque no medie convenio o contrato con el mismo.

La atención de urgencias debe ajustarse a los siguientes aspectos:

El contratista dispondrá de este servicio las veinticuatro (24) horas, las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional, sin que para ello sea necesaria la autorización de la entidad contratista a cargo o remisión. Se debe garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud, así como la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional, al tenor de la establecido en la Ley 1751 de 2015.

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.

El contratista suministrará los medios de transporte necesarios en los casos en que deba ser trasladado el usuario entre instituciones de salud, los cuales deben estar disponibles en forma oportuna.

Urgencias por fuera de la red: Cuando el usuario haga uso de una red de servicios distinta a la que el operador 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 operador 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 Régimen Exceptuado de Salud del Magisterio, el Prestador deberá reembolsar dicho dinero, tras pagar la cuenta a la IPS respectiva.

Aplica para el Régimen Exceptuado de Salud del Magisterio la Resolución 5596 de 2015, y las normas que la modifique, adicione o sustituya, 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.

Los Operadores de Servicios de Salud deberán disponer de centros de atención para el caso de eventos relacionados con la salud bucal que requieran de intervención inmediata para el control del dolor y prevención de complicaciones asociadas con dichos eventos, es decir, deberá disponer de atención del evento agudo en el momento y hora que se presente, resolver la situación que está generando la necesidad de intervención inmediata y direccionar a los centros de atención primaria en salud para continuar con el manejo que corresponda. La información de estos centros deberá estar ampliamente divulgada con los docentes, pensionados y sus familias.

7.4 Ámbito Domiciliario

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 en los que se encuentre habilitado el servicio de atención básica domiciliaria para aquellos usuarios cuya patología no permitan su traslado ida y vuelta hasta al centro de atención básico establecido.

En caso de que este mecanismo no se pueda implementar en un municipio, el contratista debe garantizar el traslado en el medio de transporte apropiado, ida y vuelta, hasta el centro de atención.

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 y adoptadas por el contratista ofrecido por operador para tal fin.

El operador debe ofrecer y gestionar la operación de estos programas especialmente para pacientes oxigeno-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.

Dentro de las actividades incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria se encuentra la Capacitación a Cuidadores de pacientes crónicos y la implementación de escalas de valoración y seguimiento al estado de los cuidadores.

Se entiende por cuidador primario, como aquella persona que conviviendo con el paciente acepta asumir los cuidados básicos en cuanto a alimentación, higiene y administración del tratamiento.

Todos los pacientes que se incluyan en el programa de atención domiciliaria, deben contar con un cuidador primario esto es requisito para la inclusión al programa entre otros.

En todos los casos, la programación de intervenciones acorde al plan de manejo definido para los usuarios que requieren esta atención, deberá ser concertada con el usuario, familia y/o cuidadores de manera que no afecte las actividades diarias del afiliado.

7.5 Ámbito Hospitalario

Los servicios hospitalarios serán cubiertos de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de acuerdo con la oferta en el segundo y tercer nivel de complejidad de la red de servicios ofrecida por el operador.

En el primer nivel de complejidad, atendido por médico general, se contempla únicamente la 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 cotizante, o en su defecto un adulto representante del paciente firmará el respectivo consentimiento informado. Para el caso de hospitalizaciones de estos pacientes deberá garantizarse la presencia de un acompañante adulto.

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 o, solo en caso de no contar con la disponibilidad, por estar ocupadas las ofertadas por el contratista, en habitaciones compartidas de máximo dos personas, salvo en aquellas localidades en que la infraestructura existente no lo permita, 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.

Las habitaciones deberán reunir todas las condiciones de higiene y confortabilidad necesarias. En el caso de habitaciones compartidas, deberán ocuparlas pacientes del mismo sexo y cuyas patologías no lo contraindiquen. Cuando el número de pacientes supere la capacidad ofertada en las Clínicas, el Contratista deberá recurrir a otras instituciones hospitalarias locales para garantizar la hospitalización oportuna.

En cumplimiento de la política de humanización de la atención, se deberá garantizar horarios flexibles de visitas u otros mecanismos virtuales mediante los cuales los usuarios hospitalizados puedan tener contacto con sus familias para disminuir así su nivel de ansiedad y beneficiar la recuperación.

7.5.1. 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 tanto en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, identificando los tipos de especialidades que atenderán.

En los servicios quirúrgicos se incluyen todos los elementos, materiales, insumos y medicamentos que se necesiten, así como los equipos necesarios para la realización de los procedimientos, para dar atención integral al paciente.

En el primer nivel de complejidad sólo se autorizan procedimientos quirúrgicos menores o los necesarios para estabilizar a un paciente para su remisión a un nivel superior.

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

La IPS que preste servicios quirúrgicos deberá cumplir con la necesaria interdependencia y complementariedad de servicios en las IPS o sedes de segundo y tercer nivel de complejidad, para garantizar una atención segura e integral a los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Realizar cirugías que conllevan 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.

7.6. Servicios de Alta Complejidad

Deben ser garantizados de manera integral conforme la definición de estos por la red ofertada por el operador, 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.

7.7. Traslado de Pacientes

Los traslados de los pacientes están a cargo del operador y tienen 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 operador.

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.

En los casos de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante, el medio de transporte empleado para el acompañante será el mismo que se emplee para el paciente, conforme a las condiciones de seguridad del transporte a utilizar y el costo será asumido por el operador.

Cuando un afiliado, por distancia o disponibilidad horaria de la oficina administrativa del contratista no pueda hacer el requerimiento del costo de transporte público colectivo con la debida anticipación, tendrá derecho a solicitar posteriormente el reembolso de los gastos de transporte según el procedimiento establecido por la sociedad Fiduprevisora S.A.

- **7.8. Portabilidad**

Para garantizar la portabilidad del derecho de los afiliados al Régimen Exceptuado de Salud del Magisterio, cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales etc., se informará al coordinador departamental del Operador de Servicios de Salud, con copia a Fiduprevisora.

El Contratista 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 en un mismo año, 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.

Para garantizar la "portabilidad" el afiliado informará con una anticipación de un mes al operador de salud y a la Fiduprevisora, teniendo en cuenta las siguientes situaciones:

- Desplazamiento programado a otra región del país por período superior a dos (2) semanas e inferior a seis (6) meses, por razones familiares o de otra índole que requiera garantizar la continuidad del tratamiento: en este caso, todos los operadores deben facilitar carta remisoria al prestador del lugar de destino para que garantice la continuidad del servicio por el período solicitado, no mayor de seis (6) meses, y este enviará al operador remitente la cuenta de cobro respectiva, que deberá cancelarse en el término de 30 días.

- Desplazamiento programado por tiempo mayor de seis (6) meses: en este caso se solicitará a Fiduprevisora el cambio del afiliado a otra región con su correspondiente per cápita. De todas maneras, el operador del cual se traslade el afiliado será responsable de garantizar la prestación del servicio de salud, hasta tanto se haga efectivo el traslado al nuevo operador. Para el caso de los educadores deberá acreditarse el traslado por parte de la Secretaria de Educación receptora.

El trámite administrativo de portabilidad se activará una vez sea solicitado formalmente por el afiliado, sin embargo, los trámites subsecuentes se deberán realizar entre los Operadores involucrados, sin que implique gestión adicional por parte de los usuarios, el Operador de origen deberá emitir respuesta formal de la activación de la portabilidad al solicitante antes de que inicie la misma.

Los Operadores de Servicios de Salud deberán mantener seguimiento periódico y sistemático a los usuarios que se encuentren en portabilidad para verificar la necesidad de extender el periodo o de realizar el traslado definitivo, lo anterior a fin de garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud sin interrupciones.

7.9. Traslado a Otra Entidad contratista del Fondo

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

El traslado de docentes activos únicamente se llevará a cabo por novedad de las Secretarias de Educación igualmente en los casos de desplazamientos forzosos o amenazados.

En todo caso la opción escogida por el docente activo o pensionado, no obliga a acudir a sus beneficiarios al mismo contratista que presta servicios al afiliado, siempre y cuando un motivo mayor lleve al beneficiario a residir por fuera de la Región origen del cotizante.

Para el traslado de beneficiarios a una región diferente a la del docente, es el contratista donde se encuentra afiliado el beneficiario quien debe hacer llegar la solicitud de traslado a Fiduprevisora S.A, previa solicitud del docente.

El traslado tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente a la aprobación de la solicitud por parte de Fiduprevisora S.A., cuando el contratista que lo recibe encuentre el correspondiente ingreso o activación en la base de datos de su región.

Para los usuarios que soliciten cambio de municipio fuera de la regiòn y una vez realizado, se identifique que se encuentra en tratamiento para patologías de alto costo, estos usuarios y el costo de su atenciòn seguirán estando a cargo del operador de origen independientemente del tiempo del tratamiento en el municipio de destino.

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

Dado que por razones geográficas y de configuración de las comunicaciones y rutas de atención en salud, hacen que los afiliados de un municipio o corregimiento fronterizo les resulte más adecuado integrarse a la red de servicios de un departamento vecino, de su misma región o de otra región, los afiliados de dicho municipio o corregimiento de manera individual podrán presentar por una sola

vez en los primeros cuatro (04) meses contados a partir del inicio del contrato, solicitud formal a Fiduprevisora S.A. para ser atendidos definitivamente por la red del departamento vecino a la que pueden acceder con mayor facilidad.

Fiduprevisora S.A. comprobará que esta decisión esté técnicamente justificada por condiciones geográficas, de movilidad, de acceso y de oferta y autorizará el traslado de estos afiliados de municipios o corregimientos fronterizos al departamento vecino, que puede pertenecer a la misma región o a otra región.

Los contratistas no podrán objetar estos traslados entre departamentos o entre regiones, con el per-cápita correspondiente, cuando sean notificados por Fiduprevisora S.A., dado el objeto de garantizar con el mismo un mejor acceso a los servicios

7.10. Transporte

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

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

- Dentro del municipio de origen.
- Entre los municipios conurbados, las áreas metropolitanas y la capital, se determinará esta clasificación teniendo en cuenta la normatividad vigente al respecto
- Cuando el costo del transporte sea menor o igual a un (1) salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) por trayecto.

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

En los casos de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante, el medio de transporte empleado para el acompañante será el mismo que se emplee para el paciente, conforme a las condiciones de seguridad del transporte a utilizar y el costo será asumido por el operador. Estos recursos deberán ser cancelados al usuario en forma previa al desplazamiento.

Cuando un afiliado, por distancia o disponibilidad horaria de la oficina administrativa del contratista no pueda hacer el requerimiento del costo de transporte público colectivo con la debida anticipación tendrá derecho a solicitar posteriormente el reembolso de los gastos de transporte según el procedimiento establecido por la sociedad Fiduprevisora S.A.

Los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar la actualización de la tabla de reconocimiento de tarifas de transporte de las zonas objeto de este reconocimiento acorde a los incrementos que sean determinados por quienes los prestan. Asimismo deberán implementar los mecanismos que sean requeridos para el reconocimiento del costo de transporte de zonas apartadas en los cuales la única forma de traslado es en medios informales, para ello podrá apoyarse en la verificación por parte de los equipos multidisciplinarios en salud EMS intramurales y extramurales de la Atención Primaria en Salud Extramural.

7.11. Albergue y gastos de estadía

Los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar el servicio de albergues para los usuarios de zonas dispersas que requieran trasladarse de su lugar de residencia a otra ciudad para recibir los servicios de salud acorde a su plan de manejo con el fin de garantizar, durante el tiempo que dure las citas, el tratamiento requerido incluso la rehabilitación, las condiciones materiales necesarias para garantizar su estadía en la ciudad de atención. El acceso a los albergues será garantizado para el afiliado objeto de los servicios de salud como para su acompañante en caso de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante, lo anterior sin que genere costo alguno para el afiliado.

Igualmente, los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar los gastos de estadía que son los equivalentes a dos salarios diarios mínimos legales vigentes por cada día que el usuario deba permanecer en la otra localidad, tanto para el usuario como para su acompañante en las condiciones ya descritas.

7.12. Reembolsos

Si los servicios de consulta médica general, media especializada, odontología, laboratorio clínico o medicamento no se prestan o dispensa oportunamente por el CONTRATISTA conforme a los tiempos de respuesta efectiva dispuestos en el acápite del modelo de prestación de servicios del presente documento, el afiliado podrá acceder por cuenta propia a la institución Prestadora de Servicios de Salud en ejercicio de su libre elección.

Para hacer efectivo este mecanismo se requiere que el usuario reporte la falta de atención del servicio al canal de comunicación especial establecido por el contratista para tal efecto. El CONTRATISTA atenderá el requerimiento dentro de las 72 horas continuas siguientes al requerimiento.

En caso tal de que el requerimiento no sea atendido dentro de este término, el afiliado puede acudir a la IPS de su elección y el contratista procederá a realizar el reembolso o pago directo del servicio prestado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de los soportes de atención y factura cancelada que cumpla con los requisitos legales.

Esta radicación se deberá realizar ante el Operador de servicios de salud y la interventoría para realizar el respectivo seguimiento.

8. RUTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

a.

A continuación, se presentan cada uno de los componentes de la ruta de prestación de servicios de salud para la población del Magisterio partiendo desde la etapa administrativa relacionada con la afiliación y divulgación de la base de datos de afiliados a los Contratistas para dar inicio a la prestación.

8.1 Base de datos de Afiliados

8.1.1 Reporte de la base de datos de afiliados

Fiduprevisora S.A., una vez celebrados los contratos remitirá a cada Operador de salud la base de datos de los afiliados a los cuales deberá garantizar la prestación de los servicios, dicha remisión solo se realizará por una única vez al iniciar el contrato, lo que quedará consignado en el Acta de Inicio. Así mismo, se otorgará acceso al Aplicativo Hosvital para que el operador pueda descargar la base de datos de los afiliados de manera permanente durante la ejecución del contrato.

Esta información está conformada así:

a) Docentes Cotizantes.
b) Beneficiarios de los docentes.
c) Pensionados.
d) Beneficiaros de los pensionados.
e) Padres cotizantes.

La información de las bases de datos varía conforme a las novedades presentadas por las secretarias de Educación en el aplicativo Humano, el Fondo del Magisterio y el propio afiliado, que se explican principalmente por el ingreso, retiro y fallecimiento de los afiliados.

La información de las bases de datos de afiliados es confidencial y no podrá ser utilizada para asuntos, negocios, fines o propósitos distintos al objeto del presente contrato o cualquier otro asunto que no se encuentre vinculado con el objeto del mismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 (Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales).

Los Operadores de Servicios de Salud deberán asegurar, mediante el mecanismo que determine, la remisión de forma oportuna, periódica y sistemática de la base de datos de afiliados a las IPS de la red integral de servicios de salud para la respectiva atención en salud, con lo que alimenta su sistema de información y garantiza el acceso a la atención de la población afiliada.

8.1.2 Inscripción de beneficiarios

La inscripción del beneficiario al servicio de salud requiere, en todos los casos, el diligenciamiento por parte del afiliado de un formulario de inscripción.

El oferente a quien le sea adjudicado el contrato, deberá realizar la inscripción de los nuevos beneficiarios de los servicios de salud y remitir a Fiduprevisora S.A. el formulario y los documentos soporte necesarios durante los cinco (5) días siguientes al diligenciamiento del formulario de inscripción. En el caso de los recién nacidos, como parte de la gestión del riesgo y aseguramiento de los derechos de esta población de alta vulnerabilidad, los Operadores de Servicios de Salud deberán tramitar la afiliación inmediata una vez ocurra el nacimiento y antes del egreso de la institución de prestación de servicios de salud, lo anterior para favorecer también el reporte de las atenciones realizadas a los recién nacidos.

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

a. Para acreditar la calidad de cónyuge del afiliado:

- Registro civil del matrimonio
- Documento de identificación vigente
- Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora.

b. Para acreditar la calidad de Compañero(a) permanente del afiliado:

- Documento de identificación vigente
- Declaración juramentada de convivencia con compañero permanente.
- Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.

c. Para acreditar la calidad de hijos menores de 19 años de edad:

Registro civil en donde conste el parentesco. El hijo beneficiario se identificará con el registro civil hasta que cumpla 7 años y con la tarjeta de identidad entre los 7 y los 18 años. Los Contratistas deberán formular, implementar y evaluar mecanismos de comunicación ágiles y efectivos a fin de que se realice oportunamente la actualización del cambio de documento de identidad acorde a la edad de los menores.

d. Para acreditar la calidad de padres:

- Registro civil en donde conste el parentesco.
- Cédula de ciudadanía vigente.
- Declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.

e. Para hijos entre 19 y 25 años:

- Registro civil en donde conste el parentesco
- Cédula de ciudadanía vigente.
- Los hijos entre 18 y 25 años no requerirán acreditar la calidad de estudiantes, pero deberán presentar anualmente la declaración del beneficiario sobre condición de trabajo o dependencia económica y afiliación a seguridad social, según formato de Fiduprevisora S.A.

f. Para acreditar la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años:

- Certificación anual expedida en concordancia con lo establecido en el Decreto 1352 de 2014 y las normas que lo aclaren o lo modifiquen, o sentencia de interdicción judicial.

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

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

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

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

Se atenderán aquellas personas que por disposición del juez de tutela se le deban prestar los servicios médicos asistenciales como beneficiarios de los docentes activos y pensionados del FNPSM.

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

Para los hijos beneficiarios de docentes activos y/o pensionados se establece que: • Tiene 18 años, hasta el día que cumple 19 años.

• Tiene 25 años hasta el día que cumple 26.

Para los hijos beneficiarios de pensión de sustitución se establece:

• Tienen cobertura hasta el día que cumplen 25 años

8.1.3 Desafiliación y Suspensión

El contratista deberá formular, implementar y evaluar:

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

8.1.3.1 Desafiliación

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

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

Durante el primer mes de ese lapso de tiempo, se le garantizará la atención integral acorde al plan de beneficios, en los dos meses siguientes se le garantizará la atención de urgencias y la atención integral relacionada con grupos de riesgo priorizados en el modelo de atención integral en salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, si está caracterizado e inscrito en ellos.

A los beneficiarios se les garantizará atención integral, hasta un mes después de la desvinculación del cotizante.

En caso de fallecimiento del cotizante, se garantizará la atención integral de los beneficiarios por un periodo de cuatro meses, siempre y cuando se encuentre en trámite el proceso de sustitución pensional.

En el caso de desvinculación de una usuaria en estado de embarazo se le garantizará, a ella y al recién nacido, la atención hasta dos (2) meses después del parto, en aspectos relacionadas con su gestación, parto y puerperio según la Ruta de Atención Integral en Salud Maternoperinatal.

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

8.1.3.2 Suspensión

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

Para el Afiliado: Por comisiones no remuneradas como docente.

Vinculación de Nuevos Docentes Nombrados por la Secretaría de Educación

Cuando las Secretarías de Educación de las entidades territoriales certificadas que conforman una de las regiones vinculen a un nuevo docente afiliado al fiduprevisora S.A el pago al

Contratista por el primer mes se hará a prorrata de los días en que el docente estuvo efectivamente vinculado.

8.2 Acceso a los Servicios de Salud del Plan de Beneficios del Magisterio

8.2.1 Consideraciones generales para el 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 contrarreferencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional (prestador- contratista) que evite incomodidades y dilaciones injustificadas en los 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 y las demás normas que las adicionen, sustituyan o modifiquen

El Prestador deberá garantizar la disponibilidad de atención en línea al afiliado, mediante aplicación de mecanismos que automaticen 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 los municipios próximos a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio o costos desmedidos demostrados en la ciudad cercana, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

En los municipios de la región donde exista oferta de la ginecología, obstetricia, pediatría, medicina familiar o medicina interna, no requerirá referencia de médico general, por lo tanto, se entiende que hace parte de la puerta de entrada al Régimen Exceptuado de Salud del Magisterio y se garantizará el acceso directo a este 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.

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.

El contratista no podrá realizar ningún tipo de cobro a los afiliados del fondo de prestaciones para acceder a la prestación de los servicios de salud.

8.2.2 Información, Educación y Comunicación

○

Realizar las adecuaciones metodológicas y pedagógicas para el desarrollo de sesiones individuales y grupales, que favorezcan la atención diferencial de los diferentes grupos de riesgo, teniendo en cuenta los momentos vitales, los contextos, condiciones socioculturales y étnicas, necesidades y capacidades para el cuidado de la salud y gestión del riesgo en la población a su cargo conforme a las Directrices de Educación para la Salud expedidas por el Ministerio de Salud

Los Operadores de Servicios de Salud deberán formular e implementar los mecanismos que sean necesarios para los procesos de Información, Educación y Comunicación a la población afiliada incluyendo el ejercicio de la participación ciudadana, enfocados a producir cambios efectivos en los estilos de vida de los afiliados, para ello deberán articularse también con los Equipos Multidisciplinarios en Salud EMS de la APS Extramural.

Los Comités Regionales del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio serán el mecanismo para el seguimiento continuo a la prestación de los servicios de salud.

8.2.3 Inducción a la demanda y demanda espontánea

La red de prestadores de servicios de salud deberá formular e implementar estrategias orientadas a promover y garantizar a la población a cargo, de acuerdo con la edad y riesgo, las actividades, procedimientos e intervenciones para la protección específica y detección temprana.

Los prestadores reportarán la ejecución de actividades de demanda inducida realizadas al Operador de Servicios de Salud en los instrumentos y/o sistema de información definidos para tal fin (FIAS, Registros individuales de Prestación de Servicios, entre otros). Dichos reportes deberán ser evaluados, mediante el mecanismo que determine los Operadores de Servicios de Salud para garantizar su fiabilidad.

La demanda inducida ejecutada por los prestadores de servicios de salud deberá ser certificada por curso de vida acorde a las intervenciones que para cada uno dispone la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y para los grupos de riesgo definidos en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Los Operadores de Servicios de Salud evaluarán el impacto de la implementación de los mecanismos de inducción a la demanda en protección específica y detección temprana, analizarán los resultados y tomarán decisiones al respecto. Este impacto deberá validarse con la efectividad de la demanda inducida por curso de vida y por grupo de riesgo acorde a las metas que sean concertadas.

8.2.4 Intervenciones de cuidado primario

El servicio de salud de los Afiliados al Fondo de Prestaciones es integral y está basado en la Gestión del Riesgo en Salud de la población, acorde con el Modelo de Atención Integral en Salud, las rutas integrales en atención en salud y programas de atención de alteraciones en salud priorizados por el Fondo, para lo cual todas las atenciones en salud requeridas por los usuarios y ordenadas por el médico tratante de la red, deberán ser garantizadas por el contratista independientemente del nivel de complejidad y de su existencia o no en la región. En este caso, el contratista deberá remitir al usuario a una ciudad del país donde se encuentre habilitado el servicio y garantizará lo que requiera el afiliado para acceder a servicios fuera de su lugar de residencia.

La IPS de atención primaria es el eje central de la atención de los usuarios del Fondo y debe contar como mínimo con los servicios básicos de atención, acorde a las características ya definidas para las sedes exclusivas, al respecto la red de prestadores de cuidado primario deberá garantizar la existencia de indicadores y estándares de accesibilidad a los servicios de APS según aplique (extramural y/o institucional), la ejecución de los servicios de salud establecidos para Atención Primaria en Salud (extramural y/o institucional), análisis del cumplimiento a la ejecución de los servicios de salud en ámbito extramural y/o institucional, acciones o correctivos implementados frente a las desviaciones encontradas y reporte de la ejecución de los servicios de atención primaria en salud (extramural y/o institucional).

Para la atención primaria médica familiar el contratista asignará a los afiliados y su familia una IPS 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.

Asimismo, prestará el servicio de psicología y cinco especialidades médicas básicas con acceso directo para todos los casos en que sea requerida la atención, ginecología, obstetricia, pediatría, medicina familiar o medicina interna, en los municipios donde exista oferta de estos servicios y, adicionalmente, se contará con especialista de medicina interna o medicina familiar 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 con las condiciones de oferta y demanda, adopta su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo con las modalidades de APS Institucional o Intramural, APS Extramural y APS Intersectorial, el detalle de cada una de estas modalidades se encuentra definido en el capitulo del Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio que hace parte integral del contrato con los Operadores de Servicios de Salud.

La prestación de la atención primaria 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 IPS de atención primaria 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.

8.2.5 Acceso efectivo y seguro

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe implementar estrategias que garanticen el acceso efectivo y seguro a los servicios de salud en todo el proceso de atención y realizar monitoreo e intervención oportuna a las barreras de acceso y la demanda insatisfecha, se reitera que en la prestación de los servicios para los afiliados al Magisterio las órdenes médicas se constituyen en autorización, las autorizaciones administrativas, del prestador o del operador, deberán ser tramitadas por el Operador de Servicios de Salud y de ninguna manera será el docente, pensionado o sus familias quienes deban asumir este trámite, lo anterior no debe implicar barreras para los usuarios ni afectación en la oportunidad y continuidad de los tratamientos instaurados o por iniciar.

Para ello deberán disponer de:

A. Existencia de indicadores y estándares de oportunidad para los servicios (incluye los indicadores normativos de la resolución 0256 de 2016 y Acuerdos de Niveles de Servicio definidos con Fiduprevisora S.A, entre otros) tanto para servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria, determinando tiempos de espera en los diferentes momentos administrativos y asistenciales y listas de espera para las patologías que ameritan.

B. Existencia de mecanismos para garantizar acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los mismos, identificación redundante, identificación de riesgos de la atención según el tipo de usuario, identificación de barreras de acceso, mediciones de demanda insatisfecha.

C. Identificación de puntos de atención en salud y de rutas de acceso a la red

D. Estandarización del ciclo de atención del usuario desde el ingreso hasta el egreso (en los diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial) que considere entre otros, la calidez del personal, el respeto y la cortesía en la relación entre el usuario y el personal administrativo y asistencial

E. Derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia según la oferta y en su defecto ofertar otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario

F. Programación y atención del usuario acorde al tiempo de los profesionales respetando el tiempo de los usuarios y los mecanismos definidos por la organización

G. Análisis de las causas de desatención y barreras de acceso (incluye las generadas dentro de la organización hacia los diferentes servicios)

H. Acciones o correctivas según las desviaciones encontradas

8.3 Planeación de la Atención

8.3.1 Guías de Práctica Clínica

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe asegurar de forma oportuna la existencia, aplicación, revisión y/o actualización de Guías de Práctica Clínica Médica y/o Protocolos Clínicos, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia, deben estar concertadas con los Operadores de Servicios de Salud acorde a la caracterización poblacional, perfil epidemiológico y grupos de riesgo determinados para el Magisterio, garantizan su evaluación periódica y sistemática y la adherencia a éstos.

Para ello deberán garantizar:

a) El cuidado y tratamiento los cuales deben estar planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado.

b) Protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, articulados con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud.

c) Guías de práctica clínica que incluyan de forma explícita: objetivos de la guía, identificación, clasificación e interpretación de la evidencia, definición de mecanismos de consenso, registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo, formulación explícita de recomendaciones, cada cuánto se hará la actualización y/o revisión, aplicabilidad, cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.

d) Mecanismos para garantizar la disponibilidad, fácil consulta, actualización, uso de la guía y cobertura.

e) Mecanismos para garantizar la evaluación de adherencia que incluyan, cada cuánto, cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.

f) Mecanismos para garantizar la evaluación periódica de una muestra de historias clínicas realizada por pares, atención multidisciplinaria del paciente acorde a las guías, prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias), adherencia al plan de cuidado y al tratamiento según GPC., auditoría para el mejoramiento de la calidad que evalué que el cuidado y tratamiento sean consistentes con los contenidos de las guías, mida la adherencia, retroalimente y promueva el mejoramiento, análisis de los resultados de la evaluación y comparación con indicadores de referencia, nacional e internacional.

8.3.2 Actividades de detección temprana y protección específica

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe identificar oportunamente los factores de riesgo y clasificar el riesgo en salud, según los criterios de las guías de práctica clínica médica y/o protocolos clínicos y según la clasificación direccionar oportunamente al usuario a las actividades de promoción y prevención correspondientes o solicita pruebas de tamizaje o de confirmación diagnóstica, estas acciones deben ser reportadas acorde a la periodicidad definida con el Operador de Servicios de salud. Para cumplir con lo anterior, los prestadores deberán garantizar:

a) Planeación, despliegue y evaluación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el marco de la estructura establecida de atención primaria en salud, acorde a la caracterización del riesgo poblacional proporcionado por los Operadores de Servicios de Salud y de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

b) Identificación y evaluación sistemática de las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud

c) Implementación de las recomendaciones que le sean aplicables de las guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública del Ministerio de Salud y Protección Social

d) Remisiones a servicios específicos acorde a las condiciones en salud identificadas durante la detección temprana y protección específica

e) Análisis de resultados del cumplimiento de la ejecución de las actividades de promoción y prevención acorde a estimaciones definidas por Fiduprevisora S.A y desplegadas por los Operadores de Servicios de Salud en su red de prestación.

f) Reporte de la ejecución de las actividades de promoción y prevención acorde a los lineamientos del operador

g) Acciones a partir de las desviaciones identificadas

○ 8.3.3. Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y el aumento de la satisfacción del usuario y la optimización de recursos.

Contienen herramientas de uso obligatorio en las que se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud y que la normatividad (Resolución 429 de 2016, Resolución 3202 2016, Resolución 3280 de 2018, Resolución 2626 de 2019) prevé como tipos de RIAS, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; la Ruta Integral de Atención en Salud para Eventos Específicos y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal.

Teniendo en cuenta que a los diferentes integrantes del Sector Salud incluidos los Regímenes de Excepción y los Regímenes Especiales se les determinan como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que desarrollan respecto de la población a su cargo, se establece que los contratistas deberán garantizar de conformidad con la Política de Atención Integral en Salud y su marco operacional, la planificación, implementación, monitoreo del desempeño y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en su red, a la población asignada en el marco de los lineamientos técnicos y operativos y normatividad vigente expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el MAISFPSM se aplicará la normatividad vigente relacionada o aquella que la derogue o actualice, de orden nacional y/o territorial, incluso aquella que no esté relacionada en este documento.

Se priorizan en este modelo la implementación de las siguientes RIAS:

a) Promoción y mantenimiento
b) Maternoperinatal
c) Hipertensión Arterial
d) Diabetes Mellitus
e) Cáncer de Mama
f) Cáncer de Cuello Uterino
g) Chagas
h) Leishmaniasis
i) Malaria
j) Dengue

No obstante, se precisa que los Operadores de Servicios de Salud deberán formular, implementar y evaluar las RIAS que acorde a su perfil epidemiológico y grupos de riesgos definidos en este documento, consideren requeridas para la gestión del riesgo de la población objeto, para ello deberán tener en cuenta el Marco Metodológico para la Elaboración de Rutas Integrales en Salud – RIAS e incluir en las rutas diseñadas la periodicidad de las atenciones acorde a las Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de estas deberán incluir el desarrollo e implementación de la RIAS de interrupción voluntaria del embarazo, cáncer gástrico, cáncer de próstata, cáncer de piel y cáncer de cabeza y cuello, sin perjuicio de las demás que sean prevalentes en su perfil epidemiológico.

Para la implementación de las RIAS y los grupos de riesgo definidos en el MAISFPSM, los Operadores de Servicios de Salud deben disponer e implementar planes o programas de intervención sobre enfermedades y/o grupos de riesgo priorizados.

Consideraciones específicas sobre la determinación de intervenciones en las RIAS de grupos de riesgo priorizados

- **Población con riesgo o presencia de cáncer:**

La construcción de los programas para este grupo de riesgo deberá tener en cuenta:

1) Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
2) Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3) Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
4) Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5) Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

Para el cumplimiento de estos objetivos, deben incluir seis líneas estratégicas que al interior contienen temas específicos de la línea.

Tabla 3. Líneas Estratégicas Plan Decenal para el Control del Cáncer. Resolución 1383 de 2013

Línea Estratégica	Temas involucrados
1. Control del riesgo (Prevención primaria)	Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados.
	Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol
	Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable
	Promoción de la Actividad Física
	Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales
	Control del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta
	Protección específica a virus relacionados con cáncer
2. Detección temprana de la enfermedad	Cáncer de cuello uterino
	Cáncer de mama
	Cáncer de próstata
	Cáncer colorrectal
	Cáncer Infantil (Leucemias Agudas Pediátricas).
3. Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer	Habilitación de servicios oncológicos
	Organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos
	Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos
4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer	Organización y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer
5. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer	Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio de Cáncer
	Investigación en cáncer
6. Formación y desarrollo del talento humano	Formación básica y continua del talento humano en oncología
	Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología

Fuente: Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 - 2021

Se implementará programa de detección temprana de cáncer de próstata con la realización de PSA a la población masculina mayor de 45 años con riesgo asociado, raza, historia familiar de cáncer de

próstata, y a los pacientes mayores de 50 años asintomáticos sin factores de riesgo independiente a la presencia o no de síntomas, en los casos en que se encuentre valores elevados para la edad se priorizará la atención, por parte de urología, se facilitará la realización de exámenes complementarios requeridos antes de la consulta especializada para no congestionar la especialidad y agilizar el proceso , en un tiempo no mayor a 5 días En todos los pacientes con sintomatología obstructiva urinaria independientemente de la edad se priorizará la atención por urología previa realización de PSA y ecografía de vías urinarias además de los que el médico en su autonomía considere, en un tiempo no mayor a 5 días.

***Ley 1384 de 2010 - Ley Sandra Ceballos*,** el contratista aplicará de manera integral esta ley, la ley 2194 de 2022 y las que las modifiquen o adicionen hacen parte del plan de beneficios en salud de los afiliados al FOMAG y sus beneficiarios, para la protección del grupo de riesgo de cáncer . Se favorecerán las aplicaciones de nuevas tecnologías en el autocuidado para la prevención de la aparición de cáncer.

- **Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento:**

Aplica para el Magisterio lo definido en la Ley 1616 de 2013 cuyo objetivo es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas 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 y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Se precisa que aún cuando la precitada Ley priorice sus disposiciones en los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta la caracterización de la población del Magisterio, los lineamientos allí impartidos deberán adaptarse a todos los cursos de vida.

8.4. Ejecución y Evaluación del Tratamiento

b. 8.4.1. Confirmación Diagnóstica

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe realizar oportunamente, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica Médica y/o Protocolos Clínicos concertados, las pruebas diagnósticas en población sintomática o con pruebas de tamizaje positivas y/o sospechosas, según aplique y debe reportar los resultados a los Operadores de Servicios de Salud mediante los mecanismos concertados para garantizar el seguimiento por parte de los Operadores para la captación temprana o retoma en los grupos de riesgo definidos.

Para cumplir con lo anterior, los prestadores deberán garantizar:

a) Planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología

b) Planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico y patología

c) Metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento (Implica análisis y valoraciones diagnósticas para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos)

d) Implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos en imagenología

e) Implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos en laboratorio clínico y patología

f) Implica análisis y valoraciones diagnósticas para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos

g) Implementación de mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas incluidos los resultados críticos (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.

c. 8.4.2. Definición de Conducta

La Red de Prestadores de Servicios de Salud a partir de la confirmación diagnóstica, deberá definir de forma oportuna y efectiva, la conducta a seguir de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica Médica y/o Protocolos Clínicos, buscando la adherencia del paciente al tratamiento, el cumplimiento de metas, evalúa el plan individual y sus resultados y toma decisiones.

Para cumplir con lo anterior, los prestadores deberán garantizar:

a) Atención integral por equipo interdisciplinario acorde al grupo de riesgo y eventos priorizados según el modelo de atención
b) Plan de manejo individualizado, de acuerdo a factores de riesgo, condición médica y comorbilidades mayores.
c) Determinación del tratamiento farmacológico, de los objetivos terapéuticos y de los cambios terapéuticos cuando se detecte falla en el logro de las metas terapéuticas con los fármacos iniciales, de acuerdo con la GPC. Determinación de los medicamentos que venía consumiendo el usuario antes de su ingreso por la patología de base o por condiciones diferentes al motivo actual de la atención, para tomar la decisión de continuarlos o suspenderlos según las condiciones del paciente y las guías de práctica clínica a aplicar.
d) Definición de la frecuencia de los controles de seguimiento de acuerdo a la evolución, estableciendo quién realiza los controles y cuáles son los exámenes de seguimiento periódico o cuales para la identificación de complicaciones según apique.

e) Remisión a especialidades que favorezcan el control del paciente de difícil manejo o con complicaciones, teniendo en cuenta los lineamientos del sistema de referencia y contrareferencia. Programa estructurado de educación individual y grupal a la familia y/o cuidadores.
f) Evaluación periódica y sistemática del plan Individual y sus resultados
g) Mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes según su grupo de riesgo

d. 8.4.3. Desenlaces clínicos

Son los cambios en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades; atribuidos a las intervenciones / atenciones en el continuo de la atención integral en salud, no solo aluden a los que se deriven de las intervenciones sanitarias, sino que también implican las acciones que desde los otros sectores inciden sobre los determinantes sociales en salud.

Para la definición de los resultados en la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Magisterio se considerarán los desenlaces de resultado en la calidad de la prestación de servicios de salud y que consiste en acciones sistemáticas y continuas que llevan a una mejora medible en los servicios de salud y el estado de salud de los grupos de riesgo o de pacientes específicos.
Los Operadores de Servicios de Salud deberán concertar con la red de prestadores los desenlaces clínicos (positivos y negativos) que se evaluarán acorde a lo definido en las Guías de Práctica Clínica según grupos de riesgo y eventos priorizados en dichos grupos.

8.5. Salida y Seguimiento

e. 8.5.1. Rehabilitación Terapéutica Funcional individual

La rehabilitación estará dirigida a evaluar, mejorar o recuperar la capacidad funcional y laboral, pérdida 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 al 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

Para el cumplimiento del plan de rehabilitación terapéutica funcional individual, la red de prestadores deberá:

a) Desarrollar acciones para recuperar la máxima función posible.
b) Acompañar las acciones de orientación, adaptación
c) Prescribir de los elementos y/o dispositivos de apoyo para personas con discapacidad.
d) Evaluación del cumplimiento de acciones de rehabilitación funcional mediante el monitoreo de indicadores y la certificación de cumplimiento.

f. 8.5.2. Rehabilitación Integral

Comprende las acciones de orientación, adaptación y seguimiento, para la obtención de la mejoría médica máxima, contribuyendo a la integración al rol laboral, social y mejoramiento de la calidad de vida.
Para el cumplimiento del plan de rehabilitación integral, la red de prestadores deberá:

a) Garantizar la existencia y aplicación de mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral (rehabilitación social) en los prestadores articulándose con los equipos multidisciplinarios en salud EMS intramurales y extramurales desde la APS Extramural.
b) Existencia y aplicación de mecanismos para garantizar la rehabilitación profesional en los prestadores.
c) Existencia y aplicación de mecanismos de evaluación de la rehabilitación social y profesional en los prestadores.
d) Evidencia documental del análisis de los resultados de la evaluación de la rehabilitación social y profesional en los prestadores y acciones de mejoramiento según los resultados.

g. 8.5.3. Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además

del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Prestar la atención a las personas que demandan cuidados paliativos requiere tener en cuenta sus necesidades (paciente y familia), su condición de salud, la multiplicidad de síntomas y complicaciones. Por ello los cuidados paliativos buscan la articulación de los actores del sistema, favoreciendo la oportunidad de la atención y disminuyendo la inequidad.

La atención en Cuidados Paliativos está dirigida a los usuarios de cualquier edad, con cáncer y enfermedades crónicas incurables y evolutivas que se encuentren en situación avanzada o terminal. Las intervenciones paliativas se basarán, fundamentalmente, en las necesidades del paciente y su familia, más que un plazo concreto de supervivencia esperada.

Teniendo en cuenta las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal son:

• Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
• Pronóstico de vida limitado.
• Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
• Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
• Intenso impacto emocional y familiar.
• Repercusiones sobre la estructura cuidadora

Dentro de las acciones que deberá implementar la red de prestadores para la población objeto de cuidados paliativos se encuentran:

a) Aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes.
b) Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal.
c) No intentar ni acelerar ni atrasar la muerte.
d) Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
e) Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
f) Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
g) Utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias.
h) Mejorar la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
i) Poder brindar en una fase inicial de la enfermedad, otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluir las investigaciones

necesarias para comprender y manejar adecuadamente las complicaciones clínicas angustiosas.

j) Garantizar el acceso a los mecanismos de muerte digna y eutanasia cuando se surtan todos las valoraciones clínicas y éticas para tal fin.

Aplica para la población afiliada al magisterio la Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

h. 8.5.4. 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 contrareferencia 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 los Operadores de Servicios de Salud 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 que 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.

Así mismo, la plataforma debe brindar soporte a la central de remisiones para lo relacionado con el 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.

La red de prestadores debe garantizar la disponibilidad e implementación de mecanismos asistenciales para la gestión de la prestación de urgencias que incluya entre otros sistema de selección y clasificación de pacientes "Triage"; verificación de derechos que no constituyan barrera de acceso; articulación del sistema de referencia y contrarreferencia definido por el operador con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias — CRUE y disponibilidad de información, sistemática y oportuna de la capacidad instalada y atención de casos de los prestadores de la Red.

Finalmente, debe garantizar la contrarreferencia de los afiliados mediante el seguimiento de los pacientes que requirieron pasar del componente primario al complementario asegurando la retoma y continuidad del tratamiento en la IPS de Atención Primaria en Salud Institucional o intramural.

Para la referencia o interconsulta de pacientes del Fondo, el contratista aplicará las siguientes normas:

Los usuarios sólo serán remitidos fuera de su punto de atención en el caso en que el punto de atención donde es atendido el usuario no contemple el recurso humano o tecnológico requerido. En este caso el contratista deberá remitir al lugar más cercano en que exista el servicio, dándole prioridad en el horario de atención. Los usuarios remitidos por esta razón, deberán correr con los gastos de desplazamiento. Si por el contrario la remisión se hace contrariando la norma anterior, los cargos del transporte y estadía serán
a cargo del contratista, según lo establecido en este documento, adicionalmente esta situación se convierte en un incumplimiento contractual con la correspondiente sanción acorde a los ANS definidos por Fiduprevisora S.A.

El incumplimiento por parte de las IPS de un servicio de salud asignado previamente a usuarios que residan a más de 40 Km. del lugar de atención, dará lugar a que el contratista reconozca el valor de los costos causados por el incumplimiento al usuario y al acompañante si se requiere, el contratista garantizará una nueva consulta en un tiempo no mayor a 72 horas.

8.6. Vigilancia en Salud Pública

Dando alcance a lo establecido en el decreto 3518 del 2006 en su capítulo 1 artículo primero, parágrafo 1 menciona: "Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública".

De igual manera se describe en el capítulo III Procesos básicos de la vigilancia en salud pública. Que explícitamente refiere en el Artículo 17. Lo siguiente: "*Obligatoriedad de la información de interés en salud pública*. Sin perjuicio de la obligación de informar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, por parte de sus integrantes", y en el Artículo 20. "*Notificación obligatoria*.

Para dar cumplimiento a esta normatividad, los contratistas realizarán la notificación oportuna, seguimiento individual para cada caso y el ajuste oportuno de todas las patologías propias de vigilancia en salud pública y las que según emergencia nacional o mundial se requieran y se vayan adicionando, de acuerdo con los lineamientos expedidos por el INS y Ministerio de Salud. Con el fin de realizar el seguimiento oportuno de los reportes y el cumplimiento de los indicadores por parte del Fondo, los contratistas serán responsables del seguimiento, comunicación y gestión de los procesos de reporte y ajuste por parte de las IPS de la red prestadora de servicios de salud.

Fiduprevisora S.A semanalmente remitirá a los Operadores de Servicios de Salud el reporte de notificación obligatoria de eventos de interés en salud pública en el SIVIGILA, a partir del cual los Contratistas deben realizar el análisis del comportamiento de dichos eventos, generar tendencias, canales endémicos y estadísticas que permitan predecir el comportamiento de las enfermedades objeto de vigilancia para la preparación de la oferta según los resultados.

Adicionalmente, se define como eventos de obligatorio análisis por corresponder a afectación sobre la calidad de los servicios de salud, como mínimo los siguientes:

- Mortalidad Materna
- Mortalidad Perinatal
- Mortalidad por VIH
- Mortalidad en menores de 5 años por EDA
- Mortalidad en menores de 5 años por IRA
- Mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición

Estos análisis deberán realizarse bajo la metodología de las cuatro demoras y se realizarán de manera conjunta con Fiduprevisora S.A, los prestadores de servicios de salud involucrados en todos los ámbitos y en todos los niveles de atención.

En cuanto a la obligación de reportar por el régimen de excepción del Magisterio a la Cuenta del Alto Costo está dada para las patologías de VIH, Cáncer, Artritis y Hemofilia a los contratistas les corresponderá reportar estas y por acuerdos contractuales con Fiduprevisora S.A, aquellas que no son de obligatorio cumplimiento tales como Enfermedad Renal Crónica (ERC), Enfermedades Huérfanas y Hepatitis C, las cuales deberán cargarse en los aplicativos dispuestos para tal fin en las fechas y periodos correspondientes sin excepción, garantizando la gestión del riesgo de cada uno de los usuarios identificados y facilitando los soportes clínicos que se requieran de acuerdo al manual de auditoría de la Cuenta de Alto Costo y demás exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

9. ELEMENTOS DE APOYO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LOS AFILIADOS AL MAGISTERIO

9.1. Mecanismos y Canales para la Comunicación con los Usuarios y Operadores

Los mecanismos y canales de comunicación descritos en el presente numeral soportaran la prestación de los servicios de salud y el sistema de seguridad y salud en el trabajo.

i. 9.1.1. Puntos de Atención

El operador deberá garantizar puntos de atención al afiliado presenciales exclusivos que permitan mantener un contacto directo con los afiliados del FOMAG.

El operador debe garantizar una estructura independiente de puntos de atención presenciales exclusivos en los cuales el afiliado encontrará la asesoría necesaria para realizar entre otros los siguientes trámites:

a) Brindar orientación al usuario en aspectos relacionados con la prestación del servicio.

b) Información sobre el estado de las autorizaciones.

c) Cambios de Institución Prestadora de Servicios de Salud.

d) Procesos de movilidad.

e) Certificaciones.

f) Soporte para novedades de afiliación.

g) Consulta o actualización de datos personales registrados

h) Trámite para reembolsos.

i) Radicación solicitudes, reclamos, queja, sugerencias y felicitaciones.

j) Solicitar y cancelar citas médicas para afiliados de IPS exclusivas.

k) Certificados de afiliación.

l) Certificados de incapacidad.

m) Información y estado de afiliación del grupo familiar y prestador Médico

n) Servicios Ofertados por la red de prestadores

o) Información a Operadores de Cambios en los Servicios por Cierre y Apertura

p) Información a Usuarios de Cambios en los Servicios por Cierre y Apertura

q) La atención de los demás requerimientos solicitados por el afiliado.

r) Radicación de documentos para los procesos del Sistema General de Seguridad y salud en el Trabajo y Medicina Laboral (documentos calificación y FURAT)

El Operador se obliga a garantizar en cada una de las sedes exclusivas A y B la existencia de un punto de Atención al Usuario que contará con los recursos y áreas necesarias para atender la población asignada a cada sede, para ofrecer una atención óptima y oportuna.

Los puntos de atención deberán contar con una identificación visible, fácil acceso y con la señalización que permita ubicar fácilmente esta oficina.

El operador dispondrá de recurso humano capacitado en atención al cliente, estrategias de atención al público, humanización del servicio, relaciones humanas y los procedimientos propios del área a atender, que trabajará bajo la coordinación y supervisión del coordinador general regional.

Estos puntos de atención deberán cumplir con el enfoque poblacional diferencial, por lo cual su personal deberá estar capacitado en lenguaje de señas, deberá contar con mecanismos de comunicación en método braile, en las zonas de existencia de grupos indígenas, deberá contar con personal capacitado en la lengua indígena que corresponda, asimismo sus instalaciones deberán cumplir con la infraestructura requerida para el acceso seguro de personas en condición de discapacidad, entre otras condiciones que se determinen para el enfoque mencionado.

j. 9.1.2. Oficina Virtual

El operador deberá garantizar una Oficina Virtual (online) que funcione las 24 horas del día a través de la cual se puedan realizar entre otros los siguientes tramites:

b) Brindar orientación al usuario en aspectos relacionados con la prestación del servicio.

c) Información sobre el estado de las autorizaciones.

d) Cambios de Institución Prestadora de Servicios de Salud.

e) Procesos de movilidad.

f) Certificaciones.

g) Soporte para novedades de afiliación.

h) Consulta o actualización de datos personales registrados

i) Trámite para reembolsos.

j) Radicación solicitudes, reclamos, queja, sugerencias y felicitaciones.

k) Solicitar y cancelar citas médicas para afiliados de IPS exclusivas.

l) Certificados de afiliación.

m) Certificados de incapacidad.

n) Información y estado de afiliación del grupo familiar y prestador Médico

o) Servicios Ofertados por la red de prestadores

p) Información a Operadores de Cambios en los Servicios por Cierre y Apertura

q) Información a Usuarios de Cambios en los Servicios por Cierre y Apertura

r) La atención de los demás requerimientos solicitados por el afiliado.

s) Atender reporte FURAT de Accidente de Trabajo por parte del directivo docente o la Entidad Territorial Certificada.

En las sedes exclusivas, los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar la existencia de puntos de conexión de los equipos tecnológicos necesarios en los cuales los usuarios puedan acceder a los canales virtuales definidos por el Contratista.

a. 9.1.3. Contact Center

El operador deberá Implementar y habilitar un Contact Center como mecanismo de relacionamiento con todos los afiliados de la región asignada que garantice la oportuna atención 24 horas al día, los 7 días de la semana y facilite la accesibilidad a los servicios de salud; así como también la difusión permanente de la oferta y condiciones de los servicios, lo anterior mediante campañas de inbound y outbound.

El Contact Center deberá tener un sistema de omnicanalidad que asegure una experiencia integral de servicio para los usuarios y permita verificar la trazabilidad de la atención prestada y la generación de indicadores relacionados con nivel de satisfacción del cliente, nivel del servicio, resolución en la primera llamada, tasa de abandono entre otros que sean concertados con el Contratista.

El Contact Center debe disponer como mínimo de los siguientes canales de comunicación: página web, línea gratuita nacional, línea celular, correo electrónico, chat, WhatsApp, mensajes de texto, App para afiliados al Magisterio y a su vez garantizar la prestación de los siguientes servicios:

a) Brindar orientación al usuario en aspectos relacionados con la prestación del servicio.

b) Información sobre el estado de las autorizaciones.

c) Cambios de Institución Prestadora de Servicios de Salud.

d) Procesos de movilidad.

e) Certificaciones.

f) Soporte para novedades de afiliación.

g) Consulta o actualización de datos personales registrados

h) Trámite para reembolsos.

i) Radicación solicitudes, reclamos, queja, sugerencias y felicitaciones.

j) Solicitar y cancelar citas médicas para afiliados de IPS exclusivas.

k) Certificados de afiliación.

l) Certificados de incapacidad.

m) Información y estado de afiliación del grupo familiar y prestador Médico

n) Servicios Ofertados por la red de prestadores

o) Información a Operadores de Cambios en los Servicios por Cierre y Apertura

p) Información a Usuarios de Cambios en los Servicios por Cierre y Apertura

q) La atención de los demás requerimientos solicitados por el afiliado.

r) Atender reporte FURAT de Accidente de Trabajo por parte del directivo docente o la Entidad Territorial Certificada.

Asimismo, el Contac center deberá dar acceso a la LINEA ATENCION PSICOSOCIAL, la cual el operador debe poner en funcionamiento garantizando su infraestructura, recurso humano y físico para garantizar la atención y orientación en Salud Mental, disponible 24 horas 7 días a la semana para la atención de los usuarios del Fondo. Deberá contar con personal capacitado y entrenado, incluyendo disponibilidad de psicología, para análisis de los casos, intervención en crisis y canalización a la red de prestadores. La canalización de estos pacientes será al servicio de urgencias de salud mental si el caso lo amerita, o asignación de una consulta prioritaria dentro de la gestión del riesgo del grupo de Salud Mental.

Todos los mecanismos y canales de comunicación que definan los Operadores de Servicios de Salud acorde a este documento y demás que considere bajo su autonomía técnica y administrativa, deberán contar con la articulación de mecanismos extra institucionales de apoyo social, asimismo los Contratistas deberán garantizar la evaluación de la implementación de dichos mecanismos y la efectividad acorde al alcance determinado.

b. 9.1.4. 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, 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 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, vía web y vía App. 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, App 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, todos los mecanismos de asignación de citas deberán estar direccionados al correo electrónico y teléfono móvil del afiliado para que en tiempo real remita mensaje con la confirmación de la cita asignada o de la cita cancelada y generará alertas un día antes de la programación como recordatorio de asistencia.

Para los casos que ameriten atención prioritaria, el contratista contará con modelos específicos que garanticen una atención oportuna de acuerdo con el 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 con 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, sin que se requiera como se expresó autorización para tal fin, se excluye de esta condición las consultas de ginecología, pediatría, medicina interna, medicina familiar, nutrición y psicología en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Para el caso de la asignación de citas de usuarios residentes en zonas apartadas que requieran del traslado a ciudades capitales para la atención acorde a la oferta disponible, los contratistas deberán garantizar espacios específicos de las agendas para estas situaciones de tal manera que se optimice el tiempo que los usuarios estarán en la ciudad de atención y se puedan asignar el mayor número de citas según requerimientos en la semana durante la cual estará fuera de su lugar de residencia, para lo anterior se priorizarán los servicios que se deriven de la atención objeto del desplazamiento. En estos casos, el Operador de Servicios de Salud deberá contar con personal de formación técnica que realice el acompañamiento a los usuarios durante el tiempo que no estén en su ciudad de residencia para agilizar los trámites requeridos.

9.1.5. Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Derechos de Petición (pqrd)

El operador a través de un sistema de información realizara el control, gestión, trazabilidad y seguimiento de la información que se produce en la comunicación con los afiliados, esta solución informática debe permitir las siguientes acciones entre otras:

- **a)** Registro de quejas, reclamos, solicitudes, derechos de petición, etc con generación automática de radicado que permita identificarlos fácilmente para validar su trazabilidad
- **b)** Ingreso de la información por múltiples fuentes como página web, Contac center, Oficina virtual, buzones, redes sociales, correo electrónico y App.
- **c)** Categorización y tipificación acorde al árbol de tipificación que defina Fiduprevisora S.A. Con esta información el sistema deberá guiar al usuario en el camino que debe llevar la solicitud.
- **d)** Extracción de quejas y reclamos publicados en redes sociales o enviados a un e-mail.
- **e)** Asignación de responsables y tiempos.
- **f)** Sistema de alerta para identificar las pqrd que estén a tiempo, próximas a vencer y vencidas.
- **g)** Gestión de las acciones generadas.
- **h)** Cierre de la solicitud o no Conformidad.
- **i)** Respuestas a los usuarios por medios como correo, físico, mensajes SMS al celular, App.
- **j)** Salidas de información y comunicaciones con los terceros.
- **k)** Estadísticas generales y detalladas por productos, agentes, tipos de solicitud, regiones, periodicidad, etc.

El operador deberá garantizar a Fiduprevisora el acceso o usuario de consulta y generación de reportes de manera permanente a todas las funciones del sistema de información a través del cual se realiza gestión de peticiones, quejas y reclamos (pqrd), asimismo reportará acorde a los tiempos de respuesta establecidos, la gestión realizada de las pqrd trasladadas por competencia por la

Fiduciaria y mensualmente, los primeros 5 días del mes, reportará a Fiduprevisora S.A la relación de la totalidad de las pqrd recibidas en cualquiera de los canales dispuestos para tal fin, incluidas aquellas que sean radicadas en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.

La tipificación de las pqrd deberá ser realizada por el Operador de Servicios de Salud y tendrá en cuenta el árbol de tipificación que sea proporcionado por Fiduprevisora S.A, así como la determinación del atributo de calidad afectado (oportunidad, continuidad, accesibilidad, integralidad, eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad, satisfacción, suficiencia y capacidad resolutiva)

La respuesta a las comunicaciones se encuentra definida de la siguiente manera:

1. **Reclamos de riesgo simple:** 72 horas calendario (corridas, no hábiles). Siempre se debe valorar la inmediatez que requiera cada caso y el término de setenta y dos (72) horas para resolver las PQR debe entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata. Este tipo de reclamos son aquellos a través de los cuales los usuarios del Magisterio dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni causen gran impacto en el sector.
2. **Reclamos de riesgo priorizado:** Estos reclamos en salud deberán ser resueltos con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de cuarenta y ocho (48) horas calendario. Estos reclamos son aquellos que involucran algún riesgo para la integridad de las personas o que afecten a poblaciones vulnerables, grupos definidos en el enfoque poblacional diferencial o causen gran impacto en el sector .
3. **Reclamos de riesgo vital:** Estos reclamos en salud deberán ser resueltos de manera inmediata y en todo caso no podrán superar el término máximo de veinticuatro (24) horas calendario. Estos reclamos corresponden a aquellos en los que se involucra un riesgo inminente para la vida o para la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.
4. PQRD relacionadas con: consulta externa medicina, odontología y de especialista, así como los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio imagenología para mayores de 60 años deberán ser resueltas en 24 Horas calendario.
5. PQRD relacionadas con fórmula de medicamentos cuando no le suministre de manera inmediata los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios o Plan de Atención deberán ser resueltas en 24 Horas calendario.
6. Peticiones generales: Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y/o no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los
términos de la citada Ley:

a) Peticiones generales: quince (15) días hábiles.
b) Solicitudes de información: diez (10) días hábiles.
c) Copias: dentro de los tres (3) días hábiles – Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran para una consulta o urgencia, serán catalogados como reclamos.
7. Requerimientos de Entes de Control o Fiduprevisora en donde se establezca el tiempo máximo para respuesta: de acuerdo con lo definido en el documento.

Los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar el cierre oportuno y pertinente de las pqrd interpuestas por los afiliados.

La Coordinación del SIAU del operador de salud realizará informe mensual del comportamiento de las peticiones, quejas y reclamos radicadas, este análisis incluye la evaluación de la oportunidad y pertinencia de las respuestas. Los Coordinadores departamentales implementarán mensualmente las acciones correctivas de acuerdo con el análisis de las causas que originan los motivos recurrentes de inconformidad, buscando el mejoramiento continuo de los procesos, así como los resultados de oportunidad y pertinencia de la respuesta, estas acciones deberán ser incluidas en los planes de acción que para el efecto solicite Fiduprevisora.

La Coordinación del SIAU, realizará seguimiento de las acciones correctivas y a los compromisos realizados por parte de los Coordinadores Departamentales con el fin de identificar el comportamiento por departamento y municipio, la recurrencia de PQRD e indicadores mensuales, y sirva de insumo para disminuir quejas e inconformidades en el siguiente mes.

9.2. Sistema de Información como soporte a la Gestión de la Prestación de Servicios de Salud

El Contratista suministrará mensualmente, o con la periodicidad que se determine, los datos estadísticos solicitados por Fiduprevisora S.A., ajustado a los formatos y especificaciones definidas por ésta mediante los mecanismos que determine la Fiduciaria para la entrega de la información.

El sistema de información asistencial del Contratista contemplará, para su Región, los indicadores estadísticos, de frecuencia de uso y financieros que Fiduprevisora S.A. establezca, independientes a los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), solicitados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Igualmente, el Contratista deberá integrar los resultados por departamento de las variables relacionadas con la demanda de servicios, en especial el estado de salud de la población objeto en relación con las variables sociodemográficas (perfil epidemiológico); las variables de oferta con énfasis en los servicios prestados, las acciones en salud desarrolladas, los programas implementados y los resultados de los procesos, expresados a través de indicadores, obteniendo un panorama general de la región a partir del cual puede recomendarse la ejecución de acciones dirigidas a impactar positivamente en la situación de salud de la población.

Para el reporte de la morbilidad y la mortalidad se utilizará la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de las causas y los códigos de procedimientos y especialidades específicamente señalados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su normatividad. El modelo para el reporte de la información técnica y financiera, su periodicidad así como los contenidos básicos serán definidos por la Gerencia de Servicios en Salud de Fiduprevisora S.A. y son de obligatorio cumplimiento por parte del contratista.

Los mecanismos para el reporte de información que permita el monitoreo estadístico serán determinados por Fiduprevisora S.A. así como la periodicidad de reporte de la información requerida

Semestralmente se deben enviar los perfiles epidemiológicos de la población identificando los grupos de riesgo según determinación del Modelo de Atención, incluyendo un análisis financiero y de las frecuencias de uso y de acciones a desarrollar acordes con la información obtenida.

Estos informes no excluyen el reporte mensual de los RIPS y demás que se establezcan los organismos de control que son de carácter obligatorio y que deben ser entregados acorde al mecanismo que determine Fiduprevisora S.A, según especificaciones y normas establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud de las Entidades Territoriales.

Los RIPS deben ser enviados según la normatividad existente sobre la materia, en los tiempos establecidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información debe ser coherente con la registrada en los FIAS y el contratista deberá validarla para asegurar que cada RIPS cumpla con los lineamientos entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Como mecanismo propio del Régimen de Excepción del Magisterio se determina el reporte de información en los Formatos de Información de Atenciones en Salud – FIAS, las variables contenidas en los mismos serán determinadas por Fiduprevisora S.A acorde a las necesidades identificadas y podrá ser actualizada según cambios normativos, actualización de GPC, requerimientos institucionales, entre otros.

La información reportada tanto en RIPS como en FIAS correspondiente a un periodo mensual tan sólo podrá complementarse en los seis meses siguientes, después de los cuales se considerará para todos los efectos legales la información definitiva sobre los servicios prestados a los afiliados y sus costos en el respectivo mes.

La Red de Prestadores de Servicios de Salud deberá asegurar la calidad, seguridad y accesibilidad mediante la gestión de la información en medio físico o electrónico de la historia clínica y sus

registros clínicos en el marco de la normatividad vigente. Asimismo deberá contar con mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información registrada en la historia clínica.

La Red de Prestadores de Servicios de Salud deberá contar con un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado mediante simulaciones, que garantice la seguridad y el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.

Una vez finalizado el contrato, el contratista se compromete a entregar la totalidad de las historias clínicas al Fondo en el lugar y a los funcionarios designados por el Fondo, Esta entrega se realizará con la relación de la totalidad de historias clínicas y folios. En el caso de historias clínicas sistematizadas, el Contratista deberá garantizar la entrega de las mismas de tal manera que estén disponibles para consulta y utilización por los médicos tratantes posteriores. Esta entrega de historias clínicas será requisito para la liquidación del contrato.

c.

d. Tabla 4. Información a Reportar por los Operadores de Servicios de Salud y Periodicidad

OPERATIVO	•Informe mensual de desarrollo de actividades
	• Reporte de FIAS sobre la gestión del riesgo operativo
	• Reporte de RIPS (Archivos Usuarios y control)
	• Certificación de que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, emitida por el revisor fiscal y por cada una de las entidades que integran la unión temporal, del mes que se factura.
	• Informe mensual de desarrollo de actividades financieras
	• Cuentas por pagar con corte al mes inmediatamente anterior al que se factura,

FINANCIERO	separadas por departamento y unión temporal, en Excel.
	• Certificación de las cuentas por pagar emitida por el Revisor Fiscal / Representante Legal.
	• Informe de ejecución de recursos del contrato del mes inmediatamente anterior.
	• Relación de reembolsos en trámite de pago radicados en el mes inmediatamente anterior.
	• Relación de la programación de pagos a la Red Pública y privada con los recursos de la cápita a girar.
	• Estado de costos con corte al mes inmediatamente anterior al que se factura y acumulado a la ejecución del contrato, separados por departamento y por unión temporal.
	• Reporte de FIAS (F11)
	• Reporte de FIAS (F13)
	• Reporte de RIPS (Archivos transacciones)
	•Informe mensual de desarrollo de actividades
	• Informe de participación en Comité Regionales.
	• Reporte de Peticiones, Quejas y Reclamos de toda la región, por departamento, según formato establecido, del mes inmediatamente anterior al que se factura.
	• Informe personal vinculado para la prestación del servicio de acuerdo a la Estructura Administrativa y Operativa exigida en el contrato
	• Informe de inasistencias del mes inmediatamente anterior

SALUD	• Reporte de Red correspondiente al mes inmediatamente anterior
	• Reporte consolidado de novedades de red en caso que aplique
	• Reporte mensual de seguimiento de eventos en salud pública
	• Reporte mensual de análisis de eventos trazadores en salud
	• Reporte consolidado bimensual del seguimiento de casos de morbilidad materna extrema
	• Reporte trimestral informe de TBC y Lepra
	• Reporte de FIAS de la gestión del riesgo en salud
	• Reporte de RIPS (Archivos consultas, procedimientos, medicamentos, hospitalizaciones, urgencias, recién nacidos y otros servicios)
	• Informe indicadores de gestión
	• Remisión del plan de acción de acuerdo a los resultados de la supervisión del contrato
	• Informe mensual de incapacidades, accidentes y enfermedad laboral por región, departamento el mes inmediatamente anterior al que se factura.
	• Reporte Mensual de Certificados de Permanencia y PCL del mes inmediatamente anterior al que se factura.

Información de la demanda de servicios de salud:	• **Análisis demográfico:** Compuesto por datos, indicadores y perfiles de la población objeto, debidamente analizados. Envío semestral. • **Análisis de la situación de salud de la población:** Conteniendo los componentes de morbilidad, mortalidad, indicadores, entre otros. Envío mensual con los FIAS y en condensados trimestrales y semestrales. • **Análisis de poblaciones especiales:** Incluirá el análisis específico de las patologías crónicas objeto de programas y de la morbilidad por alto costo; igualmente el análisis del consumo de medicamentos de alto costo, en forma mensual. **. Informe de la ejecución de actividades de Promoción y Prevención, en forma mensual.**
Información de la oferta de servicios de salud	• Frecuencias de uso de los servicios de salud establecidas por Fiduprevisora S.A. deberán ser informados mensualmente y en condensados trimestrales y semestrales. • Información de los indicadores de procesos clínicos y administrativos, según lo definido en el componente de calidad, con especial énfasis en el sistema de referencia y contra referencia,

	atención al usuario. Periodicidad mensual y condensados trimestrales y semestrales. • Información financiera: aquella que solicite Fiduprevisora S.A.

El contratista debe reportar la información adicional que exija Fiduprevisora.

Periódicamente Fiduprevisora S.A realizará retroalimentación de la evaluación de fiabilidad de la información entregada por los Operadores de Servicios de Salud, teniendo en cuenta las características de veracidad, validez, oportunidad, completitud, disponibilidad y confiabilidad que serán evaluadas mediante los mecanismos que defina Fiduprevisora S.A, una vez los Operadores cuenten con estos resultados, deberán formular e implementar acciones que aseguren la fiabilidad de su información.

9.3. Gestión del Recurso Físico, Humano y Tecnológico para la Prestación de Servicios de Salud

e. 9.3.1. Recursos Físicos

Las sedes exclusivas Tipo A, B, C y D deberán contar con señalización exterior con el logo del FOMAG y el tipo de sede, esta deber ser en gran formato que permita ubicar fácilmente la sede por parte de los afiliados. Al interior de estas la señalización y demarcación de las áreas también deberán contener el logo del FOMAG.

El Contratista en las sedes anteriormente mencionadas debe contar con carteleras físicas o audiovisuales de información y orientación a los usuarios del Fondo, en la cual se deberá publicar la información de interés para los afiliados, que debe estar de manera permanente y obligatoria, con el fin de actualizar a los usuarios en sus deberes, derechos, modelo de atención integral, rutas y programas priorizados para la atención de los usuarios y demás, la cual debe incluir como mínimo:

1. Derechos y deberes de los usuarios.
2. Servicios prestados en la IPS
3. Horarios de atención de la sede
4. Canales de atención y medios de acceso a los diferentes trámites ofrecidos.
5. Ubicación y dependencia que recibirá y resolverá las peticiones por ellos presentadas.
6. Líneas telefónicas gratuitas y locales de cada call center disponible para cada proceso.

La Red de Prestadores de Servicios de Salud deberá asegurar en el ambiente físico de sus sedes, condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada al usuario que satisfaga y supere las expectativas de los usuarios cumpliendo como mínimo ausencia de condiciones de humedad y ruido, buena iluminación, promoción de condiciones de silencio, señalización adecuada, sencilla y suficiente, reducción de la contaminación visual y ambiental, accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios y salas de espera confortables. Estas condiciones deberán estar incluidas en una política de humanización en la prestación de servicios de salud que los Operadores deben formular e implementar en la red contratada, manteniendo un seguimiento y evaluación periódica y sistemática.

La infraestructura de las sedes exclusivas deberán contar con diferentes ambientes acorde al curso de vida, es decir, los espacios de atención de primera infancia e infancia deberán contar con estructura específica para niños (muebles, decoración, equipos biomédicos, etc), para el caso de los servicios de población del curso de vida de adolescencia la estructura física deberá tener en cuenta las preferencias de dicho curso de manera que sea amigable para los adolescentes, estas consideraciones deberán ser desarrolladas también para servicios específicos de atención a la mujer, población en condición de discapacidad, étnias, adulto mayor y otros que los contratistas consideren.

f. 9.3.2. Recurso Humano

La Red de Prestadores de Servicios de Salud deberá contar con procesos definidos, implementados y evaluados para la eficaz planeación y capacitación del talento humano; éstos consideran aspectos como: tales como: normatividad en relación a idoneidad (certificación, experiencia, habilidades, y competencias), cambios en la complejidad de los servicios, tecnología disponible, suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios, cambios en la planta física, relación de la oferta y la demanda de servicios, de la misma manera, en relación a los mecanismos y /o procesos para la planeación de la suficiencia de su talento humano, en su diseño, implementación y evaluación oportuna, tendrá en cuenta las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, así como el contenido y ejecución del plan de prestación integral de salud de la población afiliada.

Los Operadores de Servicios de Salud deben garantizar el desarrollo o fortalecimiento de la capacidad para la planeación y gestión del talento humano en salud en su red de prestadores, acorde al análisis de situación de salud de la población y las prioridades resultantes del mismo.

Dentro de los procesos de formación y capacitación continua del talento humano en salud, los Operadores deben formular, implementar y evaluar mecanismos de fortalecimiento de las competencias y capacidad resolutiva para la ejecución del modelo de atención integral en salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio. Este talento humano deberá también estar capacitado en la política de humanización del servicio acorde a la política que defina el Contratista.

Estas disposiciones son igualmente aplicables para la conformación, entrenamiento, inducción y reinducción, seguimiento y evaluación de los equipos multidisciplinarios en salud EMS intramurales y extramurales de la Atención Primaria en Salud.

g. 9.3.3. Recurso Tecnológico

La Red de Prestadores de Servicios de Salud deberá contar con un proceso eficaz para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología incluyendo el análisis de la relación oferta-demanda, análisis e intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología, análisis para la incorporación de nueva tecnología, que contenga entre otros: evidencias de seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva, la definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Los Contratistas deberán formular, implementar y evaluar mecanismos para garantizar la seguridad del uso de la tecnología, incluida la tecnología biomédica, que incluye la evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución, gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, fármacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa, la difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riegos asociados al uso, la información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance, la revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.

Para la prestación de servicios de salud en relación al uso de la tecnología deberá implementarse mecanismos para:

Farmacovigilancia: Conjunto de normas, procesos y recursos financieros, técnicos y de talento humano relacionados con la gestión de medicamentos, el seguimiento de la seguridad y eficacia de los medicamentos y/o dispositivos médicos, la identificación, prevención y resolución de los incidentes y eventos adversos o cualquier otro problema de salud relacionado, con el objetivo de prevenir su ocurrencia.

Hemovigilancia: Conjunto de normas, procesos y recursos financieros, técnicos y de talento humano que tienen por objeto la identificación, prevención y resolución de los incidentes o eventos adversos que puedan generarse a lo largo de toda la cadena transfusional, desde la selección de donantes, la extracción de sangre y componentes sanguíneos hasta el seguimiento de los receptores, con el objetivo de prevenir y tratar su aparición o recurrencia.

Tecnovigilancia: Conjunto de normas, procesos y recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes que presentan los equipos y dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y su prevención y la implementación de medidas para garantizar la seguridad de los pacientes.

Los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.

10. REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD -RLCPD

El contratista debe realizar la implementación de la Resolución 1239 de 2022 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el mes de Julio de 2022 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad" acorde a los lineamientos que para el efecto imparta y/o actualice Fiduprevisora S.A.

Serán responsabilidades de los Operadores de Servicios de Salud para el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad RLCPD:

- **a)** Garantizar que la red de prestadores disponga de IPS habilitadas en el marco de la resolución 1239 de 2022 para la Certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
- **b)** Remitir mediante oficio a las secretarias de salud departamentales y distritales el listado de las IPS autorizadas o certificadas para la verificación y confirmación de la certificación del proceso de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
- **c)** Solicitar y asistir a la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social,
- **d)** Remitir y/o actualizar formalmente al Ministerio de Salud y Protección Social, los datos de los responsables de los funcionarios que tendrán a cargo el proceso de autorización en SISPRO para la valoración de la certificación de discapacidad
- **e)** Realizar el cargue de los anexos técnicos que permitirán identificar a las entidades involucradas en el proceso y a las personas que accederán al aplicativo Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD
- **f)** En el marco del artículo 11 de la resolución 1239 de 2022, en los casos que resulten necesarios, por solicitud de segunda opinión por parte del afiliado, expedir orden para realizar un nuevo procedimiento de certificación de discapacidad, con un equipo multidisciplinario diferente.
- **g)** Asegurar la actualización del certificado de discapacidad, según el artículo 12 de la resolución 1239 de 2022, en los siguientes casos:
    - **I.** Cuando el menor de edad certificado cumpla seis (6) años
    - **II.** Cuando el menor de edad certificado cumpla dieciocho (18) años
    - **III.** Cuando a criterio del médico tratante se modifiquen las deficiencias corporales, limitaciones en las actividades o restricciones en la participación, por efecto de la evolución positiva o negativa de la condición de salud

Para esta actualización, deberán garantizar que se cumplan las mismas actividades que se realizaron para generar el certificado la primera vez.

h) Generar informe de gestión del cumplimiento a la implementación de los Lineamientos de Certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en el marco de la Resolución 1239 de 2022.

i) Efectuar la comprobación de derechos de los usuarios, en la base de datos del Magisterio, para la fecha en la que se autorice la valoración; así como que el procedimiento de certificación de discapacidad estará exento de pago por parte del solicitante.

j) Los tipos de valoraciones son definidas en consulta por el médico tratante, previo a la valoración multidisciplinaria. Se debe garantizar la asignación de la cita del usuario con la red prestadora en el ámbito institucional, domiciliaria o bajo la modalidad de telemedicina, según valoración médica inicial por parte de éste, previa a la evaluación para la certificación de discapacidad. La valoración bajo la modalidad de telemedicina actúa como una valoración institucional; y la valoración domiciliaria es determinada únicamente por el médico tratante en los casos en que la personas con discapacidad cuenten con una movilidad reducida.

k) Garantizar a sus afiliados, la obtención de la copia de la historia clínica en la que se incluya el diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE- vigente, relacionado con la discapacidad, los soportes de apoyo diagnóstico, la determinación de la necesidad de apoyos y ajustes razonables que se necesiten y la modalidad en la que se requiere la valoración clínica multidisciplinaria (institucional o domiciliaria).

l) Garantizar la entrega de la copia de la historia clínica por parte del prestador de servicios de salud que la generó, en un término máximo de cinco (5) días calendario posteriores a la solicitud del afiliado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 102 del Decreto 2106 de 2019.

11. EXPEDICIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE INCAPACIDADES PARA EL MAGISTERIO

11.1. Aspectos generales de incapacidades

a) El contratista de Servicios de Salud y de Seguridad y Salud en el Trabajo, deben garantizar un aplicativo, módulo o funcionalidad en la página WEB y en puntos físicos en toda la red para solicitar la transcripción de la incapacidad.

b) El contratista de Servicios de Salud y de Seguridad y Salud en el Trabajo, debe cargar en los tiempos definidos por FOMAG, la información de la incapacidad o licencia en el sistema de información dispuesto por FOMAG.

c) No se debe expedir, ni transcribir la incapacidad cuando el origen de la prestación sea de tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones[1].

[1] Decreto 780 de 2016. Artículo 2.1.13.4

d) Los miembros del núcleo familiar que no estén cotizando al sistema y los pensionados cotizantes únicamente recibirán la prestación de los servicios de salud previstos en el plan de beneficios, es decir, no tendrán derecho a prestaciones económicas como la incapacidad[2]

e) El certificado de incapacidad generado por el médico u odontólogo tratantes (incluidos los de Red Externa) se debe expedir en concordancia con lo expuesto en el Decreto 1427 del 29 de julio de 2022, artículo 2.2.3.3.2. Certificado de incapacidad:
1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente.
2. NIT del prestador de servicios de salud
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.
7. Grupo de servicios:
   - Consulta externa
   - Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica
   - Internación
   - Quirúrgico
   - Atención inmediata
8. Modalidad de la prestación del servicio:
   - Intramural
   - Extramural unidad móvil
   - Extramural domiciliaria
   - Extramural jornada de salud
   - Telemedicina interactiva
   - Telemedicina no interactiva
   - Telemedicina telexperticia
   - Telemedicina telemonitoreo
9. Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente
10. Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente
11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)
12. Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral
13. Fecha de inicio y terminación de la incapacidad
14. Prórroga: Si o No
15. Incapacidad retroactiva:
-Urgencias o internación del paciente
-Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo
-Evento catastrófico y terrorista.

[2] Decreto 780 de 2016. Artículo 2.1.3.6

16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide.

f) La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud— RETHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

   Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.[3]

g) Durante el período en que el afiliado se encuentre en urgencias o internación, tendrá derecho a que se expida constancia de hospitalización, en la que se indique tal circunstancia, y se señale de manera expresa que dicho documento de certificado de incapacidad. En todo caso, se deberá expedir la constancia dentro de los dos (2) días calendarios siguientes a la solicitud efectuada por el paciente o su representante, sin que se exijan requisitos adicionales para su expedición.[4]
h) Las incapacidades no pueden generarse por periodos mayor a 30 días.
i) Las incapacidades médicas legales no son objeto de recobro, con excepción de las incapacidades que sean transcritas por el médico del contratista de Servicios de Salud y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, bajo su pertinencia médica.
j) La incapacidad laboral temporal de un educador no podrá superar el término máximo de ciento ochenta (180) días.[5] Dentro de este término se debe emitir el concepto por parte de los equipos de rehabilitación integral para el reintegro laboral y/o generar informe - concepto de cierre por rehabilitación y emitir la correspondiente calificación de la pérdida de capacidad laboral.
k) Cuando se trate de un diagnóstico de difícil recuperación, el médico tratante o médico laboral de la entidad prestadora de salud deberá, dentro de los primeros noventa (60) días de la incapacidad temporal, ingresar al programa de rehabilitación con cierre de caso para

[3] Decreto 1427 de 2022, artículo 2.2.3.3.3

[4] Decreto 1427 de 2022 Artículo 2.2.3.3.4

[5] Decreto 1655 de 2015, artículo 2.4.4.3.7.5. numeral 1

proceder a la calificación de pérdida de la capacidad laboral y expedir el correspondiente dictamen.

l) Es de aclarar, que pasados los 90 días debe generarse el concepto de rehabilitación favorable o desfavorable. En caso de que su concepto de rehabilitación sea desfavorable: *ha de emprenderse el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral sin mayor dilación, pues la recuperación del estado de salud del trabajador es médicamente improbable.* [6].

m) Transcurridos cientos diez (110) días desde el inicio de la incapacidad temporal originada, sin que se haya logrado la rehabilitación del educador activo, el médico laboral del contratista de Servicios de Salud y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá iniciar la valoración médico laboral y la gestión documental que se requiere para determinar el grado de pérdida de la capacidad laboral, el origen de la contingencia y su fecha de estructuración.

Es un requisito para el proceso de calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, el cierre de caso por rehabilitación.

n) Los contratistas de Servicios de Salud y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo deberán entregar al educador activo, y remitir a la entidad territorial nominadora, el dictamen de pérdida de la capacidad laboral en el cual se indique la fecha de estructuración. Así mismo, que en caso de que no esté de acuerdo con la calificación, el interesado deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes[7].

o) En los casos en que haya transcurrido un periodo máximo de ciento veinte (120) días desde el inicio de la incapacidad temporal, y no se haya realizado la valoración de la pérdida de la capacidad laboral, la entidad territorial nominadora podrá solicitar al contratista de Servicios de Salud y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo la respectiva valoración médico laboral del educador activo. Recibida la solicitud de la entidad territorial nominadora, el contratista de Servicios de Salud y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá iniciar el trámite de calificación, emitir el respectivo dictamen y comunicar su resultado a la entidad nominadora el mismo día de la valoración.

11.2. Aspectos generales de la licencia maternidad, paternidad, parental compartida y parental flexible de tiempo parcial)

El certificado de licencia de Maternidad o Paternidad, debe contener los siguientes datos Razón social o nombres y apellidos del prestador de servicios de salud donde se atendió el parto, NIT de/prestador de servicios de salud Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro

[6] Requisitos concepto de rehabilitación. Rad. Minsalud: 202142400840422 del 12 de mayo de 2021

[7] LEY 100 DE 1993. Art 41

Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, Lugar y fecha de expedición, Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad, Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades — CIE vigente, Código del diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente, Fecha probable del parto Fecha de inicio y terminación de la licencia de maternidad, Días de licencia de maternidad Edad gestacional en semanas, Embarazo múltiple Si o No, Número de nacidos vivos, Número del certificado de cada nacido vivo, Nombre, tipo y número de identificación y firma del médico que lo expide.. El pago de la licencia de maternidad o paternidad parenteral compartida y parenteral flexible será realizado por Entidad Territorial Certificada con posterior recobro al fondo de Prestaciones económicas.

11.3. Transcripción de incapacidades o licencias

a) La transcripción de la incapacidad será realizada por el contratista de Servicios de Salud y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo de la región donde esté afiliado el docente o directivo docente durante el periodo de la incapacidad.
b) La transcripción debe realizarse menor a 3 días posterior a su expedición, junto al resumen de historia clínica que soporte la incapacidad o licencia a transcribir.
c) El contratista de Servicios de Salud y Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo transcribirá la incapacidad verificando el lleno de los requisitos exigidos normativamente para su validez. Únicamente el documento transcrito tiene efectos para el reconocimiento de las prestaciones a que dé lugar la incapacidad.Posterior a la transcripción debe cargarse menor a 24 horas, los datos de la incapacidad o licencia en el sistema de información suministrado por FIDUPREVISORA S.A Y en los sistemas de información del Contratista.
d) El prestador que haga la transcripción debe conservar la incapacidad original emitida por el prestador del servicio de salud.
e) El contratista de Servicios de Salud y de Seguridad y Salud en el Trabajo debe publicar y socializar en los sistemas de información disponibles para la población docente y las Entidades Territoriales Certificadas en Educación la "G*uía de atención para la radicación y transcripción de incapacidades" y "Guía de atención para ingreso a programas de rehabilitación por incapacidad permanente para ETC".*

12. ATENCIÓN MÉDICO ASISTENCIAL DE EVENTOS DE ORIGEN LABORAL Y MEDICINA LABORAL

Con el objetivo de orientar a todos los funcionarios y la red de prestación de servicios del contratista en la atención médico asistencial de los eventos derivados de los Riesgos Laborales y servicios de medicina laboral se aplicará como mínimo las actividades definidas en el *Anexo Técnico Medicina Laboral. Atención de Eventos Laboral del Magisterio* para los siguientes servicios:

1. Calificación de origen l
2. Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral
3. Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral

El contratista de servicio de Salud y de Servicios de Seguridad y Salud en Trabajo, deberá cumplir además de los lineamientos, actividades y acciones del anexo de atención médico asistencial de eventos laborales y medicina laboral, todas las obligaciones que se definan en seguridad y salud en el trabajo, para los regímenes de Excepción y/o el Magisterio.

13. SERVICIOS ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA

Para los casos que mediante fallo judicial a favor del afiliado, se requiera la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios del Magisterio, los Operadores de Servicios de Salud se obligan a prestar los servicios de salud y suministrar bienes, tratamientos, procedimientos y medicamentos que, a pesar de encontrarse excluidos del Plan de Cobertura en servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del FOMAG "Plan de Beneficios del Magisterio", sean exigidos vía acciones constitucionales que obligue a Fiduciaria La Previsora S.A. y/o al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG y/o el CONTRATISTA o a un integrante de la Red de Servicios del contratista a prestarlos o suministrarlos, sin perjuicio de las excepciones e impugnaciones que sobre esas providencias judiciales puedan presentarse conforme a la Ley, con el propósito de defender los intereses del FOMAG.

Para efectos del cumplimiento de la obligación descrita, todos aquellos servicios que se encuentren por fuera del "Plan de Beneficios del Magisterio" son considerados como servicios excluidos y en tal sentido, deberán ser prestados por el CONTRATISTA en los casos antes descritos, en cumplimiento de una providencia judicial, así como en cumplimiento de una medida cautelar provisional que ordene un Juez de la República o instancia jurisdiccional.

En todo caso, el CONTRATISTA, teniendo en cuenta las características de las acciones constitucionales, en especial su inmediatez, su prelación a otros asuntos y sus plazos perentorios e improrrogables, deberá adelantar todas las actuaciones necesarias con la debida diligencia para abordarla de manera correcta, precisa, sin dilación y dentro de los plazos establecidos en la providencia judicial.

El CONTRATISTA, continuará prestando los servicios suministrando los bienes o medicamentos que fueron ordenados mediante providencias judiciales constitucionales con anterioridad al inicio del contrato, los cuales deberá facturar al PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, identificado con NIT. 830.053.105-3, cuya vocera y administradora es FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

14. AUDITORÍA POR PARTE DE FIDUPREVISORA Y EL CONTRATISTA.

El prestador de servicios de salud deberá acogerse al Modelo Integral de Auditoría de Contratos de Servicios de Salud del Fondo de Prestaciones sociales del Magisterio el cual será entregado al inicio del contrato y se entiende como aceptado por parte del contratista, en este se detalla la metodología de evaluación del desarrollo de las actividades en la ejecución del contrato objeto de este proceso de selección acorde a la gestión del riesgo en salud, operativo y financiero así como las disposiciones del SOGCS.

Las actividades de la Auditoría Integral de Contratos de Servicios de Salud se enmarcarán en el ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar), Fiduprevisora definirá los responsables de realizar las auditorías, interventorías y supervisión de los contratos de servicios de salud, determinando los procesos y el alcance de la auditoría de cada uno.

Por lo tanto, el prestador de servicios de salud deberá suministrar toda la información relacionada con la ejecución del presente contrato, en todos los ámbitos de atención (ambulatorio, urgencias, domiciliario y hospitalario) y niveles de complejidad definidos en el Modelo y garantizar el acceso a todas las instalaciones, tanto de la red propia, como de la contratada, sin ningún tipo de restricciones. Para tal efecto, el contratista permitirá a los funcionarios de FIDUPREVISORA y demás funcionarios designados por el contratante, el acceso a las Instituciones propias y subcontratadas, a las Historias Clínicas y suministrará toda la información necesaria para la evaluación de los servicios de salud. Igualmente, permitirá el acceso a las oficinas administrativas con el fin de evaluar los contratos en sus aspectos financieros, administrativos y técnicos.

Dentro del ámbito de Auditoría de Calidad de Servicios de Salud, el contratista deberá desarrollar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud - PAMEC con los prestadores de servicios de salud que conforman su red.

Los prestadores deberán dar estricto cumplimiento al reporte obligatorio a la Supersalud de la Circular 012 de 2016. Fiduprevisora verificará el soporte del reporte y cargue de la información de los prestadores de la red.

Como resultado de la auditoría integral de los contratos de servicios de salud, si se llegase a detectar desviaciones o incumplimiento de los parámetros definidos en el Manual de Auditoria o en los documentos que forman parte integral del contrato, se deberá realizar un Plan de Acción de forma conjunta entre el contratista y la Firma Interventora o supervisor, utilizando el Formato de Plan de Acción establecido por Fiduprevisora, en el cual se definan actividades específicas que permitan dar solución a los hallazgos. Será obligación del contratista dar cumplimiento a todas las actividades planteadas en los planes de mejoramiento y evaluar el impacto sobre el hallazgo de auditoría. Este plan de mejoramiento será objeto de seguimiento por el Fondo para evaluar el cumplimiento de las actividades propuestas en los mismos y su efectividad en la solución de las desviaciones o incumplimientos detectados.

15. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de dar cumplimiento a las normas que reglamentan los servicios de salud y los diferentes indicadores definidos, FIDUPREVISORA ha establecido el seguimiento a la prestación de los servicios de salud a través de indicadores de seguimiento y evaluación, de gestión del riesgo, los cuales se definen en los Acuerdos de Niveles de Servicio

El cumplimiento de estos indicadores será obligatorio por parte de los contratistas de servicios de salud, y serán incluidos en la evaluación de ejecución del contrato para el pago respectivo.

A continuación se presentan los indicadores de seguimiento a la prestación de servicios de salud seleccionados para monitoreo por parte de Fiduprevisora S.A, no obstante esto no indica que sean los únicos indicadores que deben medir los Operadores de Servicios de Salud, pues les asiste la obligación de medición de la totalidad de los indicadores que sean expedidos acorde a la normatividad vigente, Rutas Integrales de Atención en Salud, GPC de obligatorio cumplimiento, reportes de Cuenta de Alto Costo, entre otros.

Respecto a estos indicadores, el detalle para su medición se encuentra descrito en las hojas de vida de los mismos, las cuales hacen parte de los documentos del contrato.

Tabla 5. Indicadores de seguimiento y evaluación del modelo de prestación de servicios de salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio

NOMBRE DEL INDICADOR	**META**
Tiempo promedio de espera para la atenciòn de cita de Medicina General	2 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Odontología General	2 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atenciòn de cita de Medicina Interna	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Pediatría	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ginecologia	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Obstetricia	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Cirugía General	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ortopedia	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Psiquiatría	5 días hábiles

Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Otorrinolaringología	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Oftalmología	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Dermatología	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de otras especialidades	10 días hábiles
Tiempo promedio de entrega de medicamentos	100% en 24 horas
Proporción de medicamentos pendientes	0,00%
Proporción de medicamentos pendientes entregados en las primeras 24 horas	100%
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ecografia obstétrica	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ecografia	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Tomografía axial computarizada	8 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Resonancia nuclear magnética	8 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la realización de cirugías	15 días hábiles
Tasa de PQRS	3,2 X1000
Razón de Mortalidad Materna	32 x 100,000 Nacidos vivos
Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	4,20%
Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)	10,7 x 1.000 Nacidos vivos
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)	14,2 x 100.000 Menores de 5 años
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	3 x 100.000 Menores de 5 años
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición	5,8 x 100.000 Menores de 5 años
Letalidad por Dengue	Menor o igual 2

Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada	Mayor o igual al 35%
Proporción de progresión de enfermedad renal crónica	Menor o igual al 41,8%
Proporción de Tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	Mayor 95%
Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR)	Mayor 95%
Proporción de Gestantes que cuentan con serologia trimestral	100%
Proporción de niños con diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito que reciben tratamiento	100%
Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años	Mayor o igual al 50%
Proporción de pacientes hipertensos controlados	Mayor igual al 60%
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Mayor igual al 50%
Proporción de pacientes diabéticos controlados	Mayor igual al 60%
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Menor a 15 dias
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Menor a 15 dias
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Mayor o igual al 95%
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	6,4 x 100.000 mujeres
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Menor a 15 dias.
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Menor a 15 dias
Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)	De 0 a 4 dias
Tasa de incidencia de Neumonia Asociada a Ventilador Mecanico	Menor igual al 24,1 por 1000

Tasa de incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociado a Catéter	Menor o igual a 8,9 x 1000
Tasa de incidencia de Infección del Torrente Sanguineo Asociado a catéter	Menor o igual al 12,5 x 1000.
Proporción de eventos adversos relacionados con la administracion de medicamentos en servicios hospitalarios	Menor al 0,61%
Proporción de cancelación de cirugía	Menor o igual al 1,76%
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Menor 1,5x 100 egresos
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Menor o igual a 1,06%
Tutelas para la prestacion de servicios incluidos en el plan de beneficios.	0
Suficiencia de Red de Servicios	0
Tiempo promedio para Radicación de Factura de Capita y soportes anexos.	Diez (10) dias.
Vencimiento de Cuentas por Pagar	Las Metas porcentuales se establecen según la edad de la cartera, así: * Hasta 30 días: **25%.** * 31 - 60 días: 6**0%.** * 61 - 90 días: **15%.** * Mayor a 90: **0 %.**
Indicadores Financieros	Igual o mayor a los requisitos financieros a habilitantes.
Garantías Financieras	0%
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Medicina Laboral	5 días hábiles
Oportunidad en la Calificación de Origen	85%
Oportunidad en la Calificación de PCL	95%
Calidad en la Calificación de PCL	95%
Oportunidad en el Ingreso a Rehabilitación por eventos laborales	100%

Oportunidad en el Ingreso a Rehabilitación por incapacidad laboral	100%
Oportunidad Reporte y cargue de RIPS	100%
Oportunidad Reporte y cargue FIAS	100%
Nivel de Atención (NDA) Contac Center	Mayor o igual a 85%
Porcentaje de Abandono Contac Center	Menor o igual 15%
Contigüidad	0%
Canales de Atención	100%
Identificación y Señalizacion sedes exclusivas.	100%
Oficina Virtual	100%
Entrega Planes de acción o mejoramiento	100%
Entrega de Informes	100%
Entrega de Análisis	100%
Cumplimiento de indicadores de RIAS	90%
Proporción de menores de 5 años con peso adecuado para la talla (Fuente RIPS)	>=95%
Proporción de menores de 5 años con talla adecuada para la edad (Fuente RIPS)	>=90%
Tasa de mortalidad en la niñez	8,7 x 1000 nv
Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con índice COP igual a 0	100%
Proporción de hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadío clínico (pacientes en estadio 0, I y II)	> 69%
Proporción de hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadio clínico (pacientes en estadio III, IV, V)	< 31%

Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinado)	100%
Proporción de mujeres con lesiones precáncerosas del cuello uterino (Lesión intraepitelial escamosa de alto grado o NIC II, NIC III o Carcinoma InSitu) y Adenocarcinoma endocervical in situ	>=24 %
Proporción de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama según estadio clínico	Prevalencia 313,52 x 100000 mujeres
Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto según estadio clínico	Prevalencia 52,75 x 100000 habitantes
Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido	100%
Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido	100%
Proporción de personas que asisten a sesiones educativas grupales según finalidad	>=7,2 sesiones grupales en el año por curso de vida
Cobertura de vacunación contra neumococo (dos dosis)	95%
Cobertura de vacunación de la tercera dosis de pentavalente en niños y niñas menores de un año	95%
Cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 año	95%
Cobertura de vacunación para refuerzo de triple viral	95%
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	95%
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	100%
Proporción de niños con riesgo otológico o auditivo identificado, a quienes se les realiza manejo según lo establecido en la RIAS de grupo de riesgo para las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación	<=5%
Cobertura de aplicación semestral de flúor (barniz)	100%
Proporción de personas a quienes se realiza detartraje supragingival	100%
Proporción de personas con asesoría en anticoncepción	100%

Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino y reclaman el resultado	100%
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	100%
Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año	100%
Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años	100%
Proporción de mujeres con mamografía reportada como Birards 4 o más que cumplen con el estándar de 30 días para la entrega de resultados de biopsia	100%
Oportunidad en la confirmación diagnóstica del cáncer de mama	<= 15 dias
Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica, según lo definido en el esquema)	100%
Proporción de personas mayores de 50 años con test de sangre oculta en materia fecal positivos a los que se les realizó colonoscopia	100%
Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años	100%
Oportunidad para la confirmación diagnóstica de cáncer de colon y recto	< 30 dias
Proporción de mujeres de 10 a 49 años en las que la IVE se hacen efectivas según criterio de oportunidad (5 días)	100%
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10)	100%
Proporción de gestantes de alto riesgo con control prenatal realizado por especialista	100%
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	100%
Cobertura de gestantes con consulta de nutrición	100%
Proporción de gestantes con valoración de la salud bucal	100%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas)	37,95%
Proporción de mujeres con provisión de método anticonceptivo postparto o postaborto antes del alta.	100%
Cobertura de tamizaje de hipotiroidismo.	95%
Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	95%

Porcentaje de mujeres embarazadas con realización de serología trimestral	100%
Proporción de mujeres embarazadas con control prenatal por médico	100%
Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).	40,6 x 1000 nv
Funcionamiento de Equipos Multidisciplinarios de Salud - EMS para la Atención Primaria en Salud Intramural y Extramural	100%
Cobertura de población con actividades de APS extramural	100%
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	0%
Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía	13,8 X 1 000 nv