

## ANEXO No 02. ADMINISTRACIÓN Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### 1. ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para garantizar el cuidado de la salud de los afiliados en cada departamento, el Contratista deberá contar con una Coordinación General a nivel de cada departamento, responsable de la administración de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencias y contra-referencias por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica por interconsultas especializadas a distancia

mediante TIC para aumentar capacidad y resolutivez del médico de atención primaria o de los programas de prevención secundaria.

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

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

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

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

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

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

## 2. ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS

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

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

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

**Coordinación Departamental de la Red:** La instancia de Coordinación Departamental de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por un profesional de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar el Sistema de Referencia y Contra

referencia (ruta de la salud), coordinar los procesos asistenciales y administrativos de primer y segundo nivel de complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes. Deberá tener línea abierta permanente con las IPS de Segundo Nivel de Complejidad de la red en el departamento, para garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a los afiliados la comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias al tercer nivel de complejidad. Es responsable de la operación de los programas de prevención secundaria para el control de los principales riesgos de salud, de acuerdo con los estándares establecidos en los documentos de selección de contratistas.

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

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

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

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

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

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

### 3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

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

REGIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BENEFICIARIO	COTIZANTE	COTIZANTE DEPENDIENTE	TOTAL	TOTAL GENERAL
1	HUILA	37	12690	12713	13	25416	53049
	TOLIMA	47	12910	14707	16	27633	

2	VALLE DEL CAUCA	42	22182	29694	20	51896	79470
	CAUCA	41	12232	15341	1	27574	

3	NARIÑO	64	16550	17946	2	34498	55595
	CAQUETA	16	6025	5488		11513	
	PUTUMAYO	12	5079	4503	2	9584	

4	CASANARE	19	5597	4522	5	10124	57538
	BOYACA	118	14173	15829	14	30016	
	META	27	8123	9271	4	17398	

5	CORDOBA	28	23222	18613	5	41840	103607
	SUCRE	26	13117	10497	8	23622	
	BOLIVAR	45	19474	18668	3	38145	

6	MAGDALENA	28	16275	14920	8	31203	83500
	LA GUAJIRA	14	7057	6494	4	13555	
	ATLANTICO	23	20053	17718	21	37792	
	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	2	304	646		950	

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

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

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

10	CUNDINAMARCA	115	14113	23285	20	37418	140659
	BOGOTA D.C	1	39605	55993	65	95663	
	GUAINIA	1	420	480		900	

	<b>GUAVIARE</b>	4	932	1004	1	1937	
	<b>VAUPES</b>	3	807	436		1243	
	<b>AMAZONAS</b>	6	1157	926		2083	
	<b>VICHADA</b>	4	657	758		1415	

<b>TOTAL PAIS</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>COTIZANTE</b>	<b>COTIZANTE DEPENDIENTE</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>
	1090	392845	445221	308	838374

#### 4. GENERALIDADES DE LA CONTRATACIÓN

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

Para garantizar la prestación de servicios de salud a los afiliados al FNPSM, el contratista debe organizar una red de Instituciones Prestadoras de Servicios principal y otra alterna, para cubrir las contingencias, así como la organización de la Rutas Integrales de Atención a través de los distintos niveles de complejidad. Quiere decir que está autorizado a subcontratar tantas IPS o servicios habilitados como requiera la red para cubrir todos los municipios de la región y atender oportunamente a los afiliados en todos los niveles de complejidad. El documento de selección de contratistas establecerá condiciones mínimas de la red de servicios y calificará a los proponentes con base en la suficiencia e integralidad de la red.

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

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

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

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

La prestación de servicios de Promoción y Prevención se realizará ya sea en sede exclusiva o prestador externo.

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

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

La prestación de servicios de mediana complejidad, correspondiente al segundo nivel de complejidad será del

orden departamental y deberá ser garantizada en la sede exclusiva o mediante IPS contratadas que conforman la red de servicios en el departamento, garantizando el principio de contigüidad, es decir que el afiliado debe recibirlos en la ciudad más cercana, salvo problemas insalvables de calidad o precios demostrables. En caso de incumplimiento injustificado del pago a los prestadores contratados para esta prestación, Fiduprevisora S.A podrá hacer uso del mecanismo de Giro Directo a los prestadores a partir de esa fecha y hasta que lo considere necesario para prevenir problemas de servicio y garantizar el flujo adecuado de recursos.

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

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

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

## **5. INCAPACIDADES**

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

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

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

### **5.1. TIPOS DE INCAPACIDADES**

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

### **5.2. LICENCIAS**

- De maternidad
- De paternidad

### **5.3. COMPETENCIAS DEL CONTRATISTA**

El contratista médico es competente para:

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



- Definir la situación médica del docente enmarcada dentro de la racionalidad tecnicocientífica.
- Llevar control de incapacidades, con el fin de definir la situación médica del docente.
- Expedir incapacidades en y por tiempos reales, conforme a los diagnósticos presentados.

## 5.4. COMPETENCIAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Las competencias de la Secretaría de Educación son:

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

## 5.5. COMPETENCIAS DE FIDUPREVISORA S.A.

- Validar, de manera mensual, el informe detallado de incapacidades reportadas por el Contratista Médico correspondiente.
- Realizar control estadístico de las actividades que se han presentado en el mes e interactuar con el prestador médico para definir y efectuar seguimiento a los casos específicos.
- Seguimiento a los casos de incapacidades mayores a los 150 días o de patologías no recuperables.

## 6. TRANSICIÓN CONTRACTUAL, PROCESO DE EMPALME

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Hipertensión arterial
- Diabetes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.1. ASPECTOS ESPECÍFICOS

### Manejo de patologías

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

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

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

- Patologías crónicas

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

- Patologías agudas



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

- Pacientes hospitalizados

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

- Represamientos

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

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

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

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

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

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

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

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

Para efectos de liquidar el costo de los represamientos identificados como tales, se acudirá a las tarifas SOAT. Si alguno de los servicios no se encuentran dentro del SOAT, se liquidarán a tarifas ISS indexadas. Una vez expedido por el Ministerio de Salud y de Protección Social el manual único tarifario, las tarifas se liquidarán acorde a las establecidas en tal normatividad y a las que la adicione, modifiquen o complementen.

## 7. INFORMACIÓN ASISTENCIAL –FIAS-

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

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

Igualmente, el Contratista deberá integrar los resultados por departamento de las variables relacionadas con la demanda de servicios, en especial el estado de salud de la población objeto en relación con las variables sociodemográficas (perfil epidemiológico); las variables de oferta con énfasis en los servicios prestados, las acciones en salud desarrolladas, los programas implementados y los 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 formatos de monitoreo estadístico serán entregados al contratista por Fiduprevisora S.A. La información debe ser enviada a Fiduprevisora S.A. mensualmente, trimestralmente, semestral o anualmente según periodicidad solicitada, tanto en medio impreso como en magnético y según especificaciones técnicas. Semestralmente se deben enviar los perfiles epidemiológicos de la población, e identificando los grupos de riesgo, incluyendo un análisis financiero y de las frecuencias de uso y de acciones a desarrollar acordes con la información obtenida.

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

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

### Plazos y periodicidad

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

#### Información de la demanda de servicios de salud:

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

#### Información de la oferta de servicios de salud

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

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

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

## 8. CALL CENTER

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

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

### Información para los usuarios

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

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

- Atender de manera personalizada, suficiente y oportuna las inquietudes y sugerencias de los usuarios de los servicios de salud del FNPSM, de tal forma que garanticen el adecuado y oportuno uso de estos por parte de los usuarios.
- Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar y responder oportunamente las inquietudes y sugerencias planteadas por los usuarios.
- Informar y orientar, bajo parámetros de oportunidad, las inquietudes que sobre la red de servicios, cobertura, procesos y demás procedimientos de la dinámica de prestación de servicios, se presenten.
- Retroalimentar la dinámica de prestación de servicios a partir de la sistematización de las inquietudes y sugerencias de los afiliados al FNPSM.
- Desarrollar estrategias para garantizar el ajuste de los servicios y procedimientos a partir de lo manifestado por los afiliados al FNPSM.
- El contratista deberá informar a Fiduprevisora S.A. sobre las fallas graves o controversias no solucionadas entre las partes que se presenten dentro de la ejecución del contrato, relacionadas con sus propias redes o con las subcontratadas, a efectos de que ésta conozca en tiempo real lo acontecido, y pueda brindar apoyo o tomar una decisión, si a ello hay lugar.

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

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

## Atención de quejas

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

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

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

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