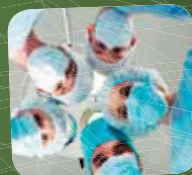


ABC de los servicios de salud del magisterio

(Cartilla ilustrativa)



- * Plan de beneficios y cobertura.
- * Administración del contrato de salud.
- * Red alterna.



- * Regionalización.
- * Modelo de atención en salud.
- * Servicios para la atención de la enfermedad general.
- * Traslado de pacientes.

- * Atención de los riesgos laborales y calificación de origen y pérdida de capacidad laboral.
- * Atención al evento.



COMITÉ EJECUTIVO

**CARLOS ENRIQUE
RIVAS SEGURA**
Presidente

**RAFAEL DAVID
CUELLO RAMÍREZ**
Secretario General

**LUIS EDUARDO
VARELA REBELLÓN**
Primer Vicepresidente

**TARSICIO
MORA GODOY**
Segundo Vicepresidente

**WILLIAM HENRY
VELANDIA PUERTO**
Fiscal

**LIBARDO ENRIQUE
BALLESTROS HERNÁNDEZ**
Tesorero

**JAIRO
ARENAS ACEVEDO**
Secretario de Prensa,
Propaganda y Publicaciones

**RICARDO AVENDAÑO
PEDROZO**
Secretario de Organización
y Educación Sindical

**NELSON JAVIER
ALARCÓN SUÁREZ**
Secretario de Asuntos
Laborales y Jurídicos

**LUIS ALBERTO
MENDOZA PERIÑAN**
Secretario de Género,
Inclusión e Igualdad

**OVER
DORADO CARDONA**
Secretario de Relaciones
Intergremiales y Cooperativos

**FRANCISCO ALFONSO
TORRES MONTEALEGRE**
Secretario de Relaciones
Internacionales

**PEDRO HERNÁN
OSORIO CANO**
Secretario de Cultura,
Recreación y Deportes

**FABIO MANUEL
HERRERA MARTÍNEZ**
Secretario de Asuntos Educativos,
Pedagógicos y Científicos

PEDRO LUIS ARANGO SÁNCHEZ
Secretario de Seguridad Docentes
Territoriales y Pensionados

TABLA DE CONTENIDO

PLAN DE BENEFICIOS Y COBERTURA	9
1. PLAN DE BENEFICIOS DEL MAGISTERIO	9
El Plan de Beneficios Garantiza:.....	10
Traslado de los pacientes.....	10
Servicios ambulatorios.....	11
Acompañantes.....	12
Recobro del Costo de Transporte.....	12
Exclusiones.....	12
2. COBERTURA	14
Afiliados al Sistema de Salud del Magisterio	14
Afiliación al Sistema de Salud del Magisterio	15
Registro de beneficiarios en las entidades contratistas	15
Inscripción de Beneficiarios: Requisitos.....	16
Desafiliación y Suspensión.....	17
Suspensión.....	18
PORTABILIDAD	18
TRASLADO DE USUARIOS A OTRA REGIÓN O DEPARTAMENTO	18
ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD	20
RED ALTERNA	23
REGIONALIZACIÓN	24
INCAPACIDADES Y LICENCIAS	25
Incapacidades	25
Tipos de incapacidades	25
Licencias.....	25
CALL CENTER	25
MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	26
Atención primaria integral	26
Grupos de riesgo	26
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	27
Desarrollo de programas de prevención secundaria orientados a la gestión de los principales riesgos	27

Prestación de servicios de salud mediante redes integrales de atención	28
La atención primaria con enfoque en salud familiar	28
Evaluación de la prestación de los servicios	29
Acceso a los servicios	29
Principio de contigüidad.....	30
Sedes exclusivas	31
Asignación de citas	33
Solicitud de citas	34
Confirmación y cancelación de las citas.....	34
Citas prioritarias	34
Citas médicas y odontológicas de primera vez y los controles.....	35
Sistema de referencia y contrarreferencia	35

EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 36

TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES AL SERVICIO DE LA ATENCIÓN EN SALUD 37

SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL 37

Atención Básica Familiar	39
Atención Domiciliaria:	39
Atención de urgencias:.....	40

TRASLADO DE PACIENTES 40

Servicios de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica:	41
Atención médica especializada	41
Atención Odontológica General y Especializada:	42
Servicios de Rehabilitación:	43
Servicios Hospitalarios	44
Servicios Quirúrgicos	45
Servicios de Alta Complejidad	46
Servicio de dispensación de medicamentos ambulatorios	47
Requisitos mínimos servicios farmacéuticos ambulatorios	49
Oportunidad en el acceso a los servicios ambulatorios de salud	50

ATENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES Y CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL 52

PRESTADORES ESPECIALIZADOS EN CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL 54

EL DEFENSOR DEL USUARIO 56

GLOSARIO 59

PRESENTACIÓN

Compañeros, un fraternal saludo.

Si bien es cierto que la salud de los educadores al igual que la del pueblo colombiano es un tema estructural, tenemos que trascender ese diagnóstico y avanzar -en el caso particular de los profesores y sus familias que poseen un régimen de salud excepcional- hacia el logro de estrategias y metodologías para que dicha especialidad se materialice sin mayores obstáculos o barreras de acceso a estos servicios. Lo anterior a la fecha, traumático y un tanto difícil de conquistar, más no imposible. Sabemos que la salud en países de estirpe neoliberal como el nuestro, ésta pasó de ser un derecho fundamental a un negocio y como tal “tirios y troyanos” la vienen explotando. En este orden de ideas, Fecode ha luchado y seguirá luchando por obtener un servicio de salud de calidad, digno y en correspondencia con lo que se ha contratado.

Lo anterior no es tarea fácil en tanto y por cuanto los nuevos y viejos prestadores -a excepción de FAMAC y UNIMAC- licitaron y trabajaron para ganarse un negocio y como tal lo intentarán asumir; luego entonces, en buena medida, dependerá de los maestros en primer lugar -si exigimos los derechos- y de los sindicatos filiales -jugando el rol que les corresponde-, que tengamos un irregular, mal o buen servicio de salud.

El Comité Ejecutivo de la Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación -FECODE-, ha organizado esta CARTILLA ilustrativa sobre el

contenido de los Pliegos de Condiciones del nuevo servicio de salud que deben prestar y garantizar los operadores de los contratos para los próximos cuatro años; nuestro propósito, que el magisterio conozca, se apropie y maneje dichos Pliegos; es decir, que en detalle sepa a que tiene derecho, cuando exigir los mismos y cómo hacerlo.

La Cartilla está diseñada de manera didáctica y pedagógica, con una tabla de contenido indicativa de cada uno de los temas y capítulos que contiene el Pliego de Condiciones a implementar por parte de los señores contratistas y así hacerla más comprensible, Usted podrá manejarla total o parcialmente acorde con su interés vía el índice temático.

Compañeros, todos y cada uno de nosotros tenemos el deber y la obligación de vigilar el cumplimiento cabal de estos contratos, los organismos de control (Procuraduría, Superintendencia de Salud, Defensoría del Pueblo y Fiscalía) están alertados por la dirección de Fecode, quien les ha solicitado vigilancia prioritaria en torno a los mismos; pero de igual forma, estar atentos al funcionamiento de los Comités Regionales de Prestaciones donde tienen asiento los sindicatos regionales, las redes de veedores, el actuar de la Fiduprevisora como ente contratante vía auditorías y el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Educación como Fideicomitente; en fin, cada quien tendrá que desempeñar el papel que le corresponde para que nuestro servicio de salud se dignifique.

Hagamos de esta cartilla una herramienta de lucha para conquistar un servicio de salud en correspondencia con el pliego de condiciones contratado.

Cordialmente,

COMITÉ EJECUTIVO

ATENCIÓN EN SALUD DEL MAGISTERIO

PLAN DE BENEFICIOS Y COBERTURA

1. PLAN DE BENEFICIOS DEL MAGISTERIO

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

El plan de salud para los afiliados y beneficiarios es integral y será prestado por el prestador contratado desde el día de su inicio, según lo determine la fecha de vigencia del contrato.



En este plan de beneficios no aplican preexistencias, períodos de carencia, copagos, cuotas moderadoras, o exclusiones distintas a las expresadas explícitamente.

Los beneficios del Plan serán provistos en el marco del modelo de atención exigido y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de:

- * **Oportunidad,**
- * **Pertinencia,**
- * **Suficiencia,**
- * **Continuidad e**
- * **Integralidad de la Atención**

Para garantizar este plan de beneficios y cobertura el contratista deberá disponer de una red principal y una red alterna o complementaria formalmente contratada.

EL PLAN DE BENEFICIOS GARANTIZA:

La atención ambulatoria y hospitalaria en los distintos niveles de complejidad de la red de servicios.

La atención de urgencias en todo el territorio nacional.

El traslado de los pacientes y

La atención domiciliaria, que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales.

Los contratistas deberán garantizar igualmente la atención médica necesaria en las afectaciones de la salud originados en:



Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.

TRASLADO DE LOS PACIENTES

Los traslados de los pacientes están a cargo del prestador.

OBJETIVO

Garantizar la continuidad de la prestación de los servicios y el acceso integral en todos los niveles de atención, que se dan como consecuencia de las remisiones que haga el médico tratante del prestador.

SERVICIOS AMBULATORIOS

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

Cuando el costo del transporte sea menor o igual a un (1) salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) por trayecto.

Usuarios de Poblaciones Dispersas se les reconocerá el costo del transporte terrestre, fluvial o aéreo, incluso dentro del mismo municipio, para acudir a los servicios tanto básicos como especializados, Cuando:

El transporte regularmente cueste más (+) de



salario mínimo legal diario.

ACOMPAÑANTES

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

RECOBRO DEL COSTO DE TRANSPORTE

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.

EXCLUSIONES

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 en el Plan de Atención en Salud del Magisterio, que se deben atender por orden judicial, en la Red de Servicios Requerida.



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

EXCLUSIONES

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

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

2. COBERTURA

AFILIADOS AL SISTEMA DE SALUD DEL MAGISTERIO

COTIZANTES

Los docentes, de conformidad con la información oficial de la nómina de maestros reportada por las Secretarías de Educación a Fiduprevisora S.A.

Los docentes pensionados, de conformidad con la nómina de pensionados del FNPSM reportada por Fiduprevisora S.A.

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

SO—R—A—C—I—O—N—E—S

a) El (la) cónyuge o compañero (a) permanente del afiliado, sin discriminación de sexo o género.

b) Los hijos del afiliado hasta el día que cumplan los 26 años que dependan económicamente del cotizante.

c) Los hijos del cotizante, sin límite de edad, cuando se haya certificado su incapacidad permanente y la dependencia económica del cotizante. Esta certificación podrá tener vigencia por los 4 años del contrato, siempre y cuando se indique que la patología es irreversible.

d) Los hijos del cónyuge o compañero permanente del cotizante, incluyendo los de parejas del mismo sexo, que cumplan lo establecido en los literales b) y c).

e) Los nietos del docente hasta los primeros treinta días de nacido, si la madre es hija beneficiaria del cotizante.

f) Los padres del docente sin beneficiario cuando dependan económicamente de éste.

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD DEL MAGISTERIO

Fiduprevisora S.A. es la única entidad competente para incluir o excluir un afiliado en el Aseguramiento en Salud del régimen exceptuado del Magisterio.

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

Los contratistas podrán apoyar esta función únicamente en la tarea de remitir los documentos de nuevos beneficiarios que solicitan la inclusión, de conformidad con los derechos establecidos, pero su aceptación como beneficiario e inclusión en la base de datos será competencia exclusiva de Fiduprevisora S.A.

El contratista debe planear e implementar en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para atención de los usuarios, la inscripción de los beneficiarios y suministrar la información que requieran los usuarios sobre el proceso de afiliación.

REGISTRO DE BENEFICIARIOS EN LAS ENTIDADES CONTRATISTAS

El contratista debe planear e implementar en sus sedes, los procedimientos y requisitos necesarios para la inscripción de nuevos beneficiarios y en general, suministrar la información que requieran los usuarios.

Para lo cual se soportará principalmente con:

La reproducción del formulario de registro de información de usuarios, diseñado por Fiduprevisora S.A. estará a cargo de la entidad contratista.

Mecanismos de divulgación ágiles y efectivos entre la población afiliada, a fin de promover la inscripción de todos los usuarios con derecho.

Disponer de áreas administrativas específicas y de personal responsable y capacitado para ejercer estas funciones.

Mecanismos ágiles y efectivos entre la red de prestadores y la entidad contratista, con el fin de reportar las novedades ocurridas y garantizar la oportuna prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Mecanismos que faciliten la inclusión de beneficiarios con derechos y la exclusión de beneficiarios sin derecho, entre la red subcontratada y el contratista. Para tal fin, es necesario diseñar alertas en el procedimiento de la entidad para reconocer casos especiales, como el retiro de beneficiarios mayores de 26 años.

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

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

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

INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS: REQUISITOS.

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 prestador, 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.

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

Para acreditar la calidad de cónyuge del afiliado:

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

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

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

Para acreditar la calidad de hijos menores de 19 años

1. Registro civil en donde conste el parentesco. El hijo beneficiario se identificará con el registro civil hasta que cumpla 7 años y con la tarjeta de identidad entre los 7 y los 18 años.

Para acreditar la calidad de padres

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

Para hijos entre 19 y 25 años

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

Para acreditar la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años

1. 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.

DESAFILIACIÓN Y SUSPENSIÓN

El prestador tendrá áreas y funcionarios que atenderán lo relacionado con este tipo de novedades, entendiéndose así, las principales causas que lo originan.

Desafiliación o pérdida de la calidad de Beneficiario

Por desvinculación del docente en forma temporal o definitiva de la nómina

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: se le garantizará la atención integral.

En los dos meses siguientes la atención de urgencias y la atención integral relacionada con enfermedades crónicas y programas especiales, si está inscrito en ellos.

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

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

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

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 nuevos docentes afiliados a la Fiduprevisora S.A., el pago al contratista (Proveedor de servicios de salud) por el primer mes se hará a prorrata de los días en que el docente estuvo efectivamente vinculado.

PORTABILIDAD

Para garantizar la “portabilidad” del seguro de salud se deben contemplar varias situaciones.



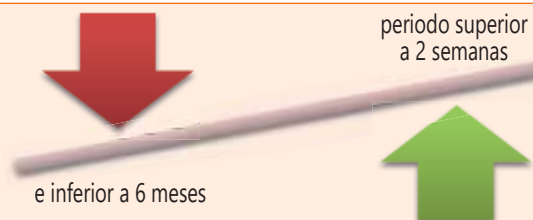
Un afiliado al Sistema de Salud del Magisterio podrá recibir el servicio en cualquier parte del territorio nacional. La cédula de ciudadanía será suficiente para demandar servicios, la que se consultará en una base de datos de afiliados en línea fácilmente verificable en todo el país.

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

TRASLADO DE USUARIOS A OTRA REGIÓN O DEPARTAMENTO

DESPLAZAMIENTO PROGRAMADO DE AFILIADOS A OTRA REGIÓN DEL PAÍS

Fundamentados en razones familiares o de otra índole que requiera garantizar la continuidad del tratamiento.



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

TRASLADO A OTRO OPERADOR DE SALUD DEL FONDO

¿Quiénes pueden trasladar sus servicios a otra entidad del fondo?

1. Los docentes pensionados o sus beneficiarios, que cambien de domicilio.
2. Los beneficiarios del docente activo, que cambien de domicilio a otra región.
3. Los docentes activos únicamente pueden trasladar sus servicios por novedad de las Secretarías de Educación y en los casos de desplazamiento forzoso o amenazas.

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.

¿Cómo se solicita el traslado de la atención médica a otra región?

Cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región, lo informará al coordinador departamental del prestador, con copia a Fidupervisora quien se encargará de gestionar los trámites administrativos necesarios para garantizar la continuidad de la atención en salud a cargo de otro contratista regional por periodos no mayores a 6 meses.

Caso Especial:

Cambio de departamento o región de los afiliados en los municipios y corregimientos fronterizos.

Las razones geográficas y de configuración de las comunicaciones y rutas de atención en salud, hacen que los afiliados de un municipio o corregimiento fronterizo les resulte más adecuado integrarse a la red de servicios de un departamento vecino, de su misma región o de otra región.

Los afiliados de dicho municipio o corregimiento deben presentar por una sola vez en los primeros seis (06) meses contados a partir del inicio del proceso, solicitud formal a Fidupervisora S.A. para ser atendidos definitivamente por la red del departamento vecino a la que pueden acceder con mayor facilidad.

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

ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD

Para garantizar el cuidado de la salud de los afiliados en cada departamento, el Contratista deberá contar con una:

COORDINACIÓN GENERAL A NIVEL DE CADA DEPARTAMENTO

Responsable de la Operación Plena de las obligaciones contractuales a nivel departamental

Responder por los requerimientos de:

El Supervisor nombrado por Fiduprevisora

La auditoría integral,

Las autoridades del sector educación en el departamento.

Los Comités Regionales y

El Defensor del Usuario

La Coordinación es responsable de las cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud:

La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria,

El cuidado,

La gestión integral del riesgo en salud y

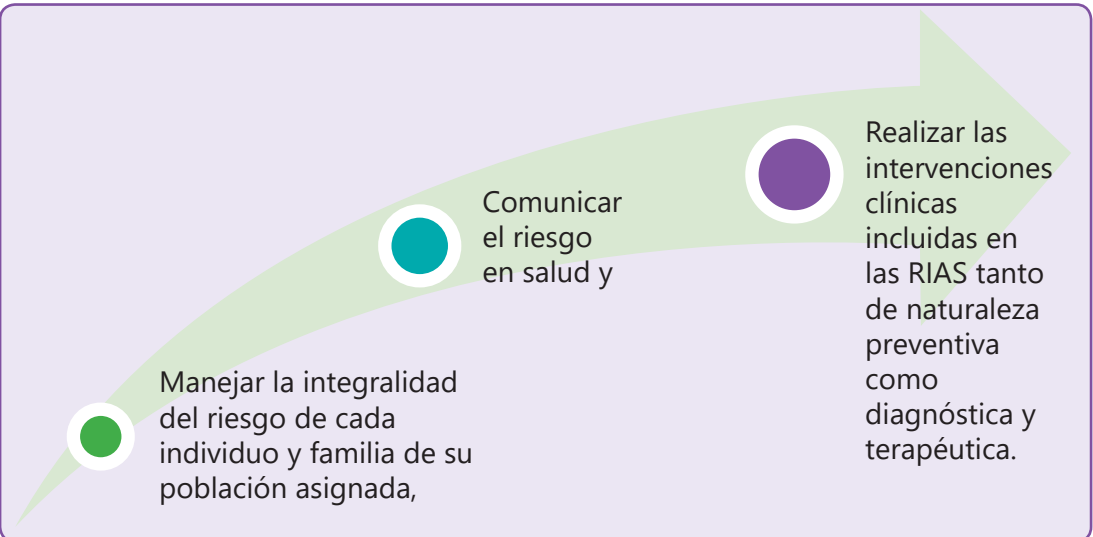
El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

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 (RIAS)

Como señala la Política de Atención Integral en Salud, la red de servicios de baja y mediana complejidad ejecuta la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica de los pacientes.

Esto implica superar la intervención basada en prestaciones discontinuas y como red asumir una integralidad en la intervención a partir de los grupos de riesgo que dan origen a las RIAS.

Los Prestadores Primarios deben:



Manejar la integralidad del riesgo de cada individuo y familia de su población asignada,

Comunicar el riesgo en salud y

Realizar 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 coordinarán y articularán las intervenciones individuales y colectivas y la continuidad del proceso de atención

El prestador primario

debe asumir la contrareferencia 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;



de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y



del manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad.

Todos los miembros de una red de servicios deben contar con procesos de atención, 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.

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.

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.

RED ALTERNA

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

Es **condición indispensable** en el Sistema de Salud del Magisterio que los contratistas garanticen:

UNA RED ALTERNA
para todos los servicios, en todos los niveles de complejidad y en toda la red de servicios,

Red alterna que sea conocida por los afiliados y su condición de utilización, de modo que se garantice la disponibilidad de la oferta de servicios y la ruta integral de atención ante cualquier contingencia del servicio.

La Red Alterna se activará automáticamente para servicios diferentes a la urgencias, cuando:



Debido a cualquier contingencia, se cierre un servicio en la red principal de atención o se niegue o postergue reiteradamente un servicio, insumo o medicamento, en cuyo caso el afiliado tendrá derecho a acudir a la red alterna para obtener la atención ordenada por el médico tratante, según el procedimiento establecido.

Igualmente, se ordenará la apertura de un servicio de la red alterna por un determinado plazo, cuando:

A nivel municipal, departamental o regional se compruebe

Por parte del supervisor del contrato o su delegado en las reuniones de los Comités Regionales que hay un represamiento importante de los mismos y que se está constituyendo en barrera de acceso. En cuyo caso la apertura de la red alterna prevista se habilitará por el plazo necesario para solucionar el represamiento del servicio.

PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS

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

- Coordinación Regional de la Red
- Coordinación Departamental de la Red
- Coordinador Departamental de Promoción y Prevención
- Oficinas de Atención al Usuario
- Coordinador Regional de Calidad y Auditoría Médica

REGIONALIZACIÓN

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

1	HUILA
	TOLIMA
2	VALLE DEL CAUCA
	CAUCA
3	NARIÑO
	CAQUETÁ
	PUTUMAYO
4	CASANARE
	BOYACÁ
	META
5	CÓRDOBA
	SUCRE
	BOLÍVAR
6	MAGDALENA
	LA GUAJIRA
	ATLÁNTICO
	SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA
7	NORTE DE SANTANDER
	SANTANDER
	CESAR
	ARAUCA
8	ANTIOQUIA
	CHOCÓ
9	CALDAS
	QUINDÍO
	RISARALDA
10	CUNDINAMARCA
	BOGOTÁ D.C.
	GUAINÍA
	VAUPÉS
	AMAZONAS
	VICHADA
GUAVIARE	

INCAPACIDADES Y LICENCIAS

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

TIPOS DE INCAPACIDADES

Por enfermedad común.

Por enfermedad profesional.

Por accidente de trabajo

LICENCIAS

LICENCIAS

De maternidad

De paternidad

En el caso de pacientes hospitalizados, el contratista debe expedir la incapacidad a las 24 horas de haber ingresado y de acuerdo con el plan de tratamiento del médico, se realizarán las prórrogas que se hagan necesarias

NOTA: Estas licencias no generan descuentos en el salario, al igual que las incapacidades por enfermedad laboral y/o accidente de trabajo

CALL CENTER

Para brindar una atención óptima a los usuarios de su región, en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud.

Se deberá implementar y habilitar una línea telefónica de uso exclusivo (Call Center)

Durante las



del día

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

El modelo de atención en salud para los usuarios del FOMAG comprende los siguientes elementos:

ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL

Es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, **proveer asistencia esencial, continua e integral** a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como "primer elemento de asistencia sanitaria" que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978).



La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria

Salud Mental

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

GRUPOS DE RIESGO

Los agentes del sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el sistema. Esta selección debe hacerse bajo los siguientes criterios:

Grupos sociales de riesgo;

Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad;

Enfermedades prioritarias en salud pública;

Enfermedades con tratamientos de alto costo;

Condiciones intolerables para la sociedad;

Enfermedades de alto costo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Incluye:

- Las acciones,
- Los planes y
- Los programas desarrollados integralmente



incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad permitiéndoles un estado saludable.

Se tendrán en cuenta los programas preventivos de acuerdo con las normas técnicas de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, las demás normas que la modifiquen o actualicen.

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

Estos programas deben:

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

Debe desarrollar estrategias para el manejo a distancia del paciente y permitir el manejo continuo y a distancia de los pacientes en tratamiento donde quiera que se encuentran fuera de la institución, desde consolas médicas con plena información de las historias clínicas, operando las 24 horas en el seguimiento del paciente, la resolución de sus dudas y la orientación de la terapia.

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

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE REDES INTEGRALES DE ATENCIÓN

Una Red de Servicios de Salud es un conjunto articulado de instituciones de salud ordenado por niveles de complejidad para atender a los afiliados en forma integral,

de acuerdo con sus necesidades de salud, con modelos administrativos y/o asistenciales

que organizan las rutas de atención bajo los criterios que se establecen para el Sistema de Salud del Magisterio desde el FNPSM.

LA ATENCIÓN PRIMARIA CON ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR

La Atención Primaria con enfoque en Salud Familiar coordina el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica.



El modelo ajustado de prestación de servicios, además incluye:

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

La prestación de los servicios de salud se realizará a través de:

- Las redes integradas de servicios de salud, por nivel de complejidad, de acuerdo con el perfil poblacional,
- Con enfoque de riesgo, privilegiando el control de las patologías que afectan más gravemente la salud de los afiliados.

La prestación de los servicios médicos asistenciales a los afiliados y beneficiarios del Magisterio incluye:

- Los tres niveles de complejidad, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica,
- Todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por Ministerio de Educación Nacional,
- El transporte dentro y fuera de la región.
- Incluye asimismo las actividades de Promoción y Prevención.

EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

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

✓ Suficiencia de la red y prestadores de servicios de salud.

✓ Capacidad instalada de la red de servicios acorde con la caracterización de la demanda.

✓ Evaluación de los atributos del SOGC: Accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio de las rutas integrales de atención.

✓ Cumplimiento de la red de servicios de acuerdo con la oferta y la propuesta técnica por prestador.

✓ Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud.

✓ Evaluación de indicadores de gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

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 trámites al usuario o a sus familiares, acorde con lo establecido en la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4747 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 y la Política de Atención Integral en Salud.



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

PRINCIPIO DE CONTIGÜIDAD

Cuando en el municipio de residencia del usuario se tenga la disponibilidad de servicios especializados, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren serias falencias en el servicio.



Igualmente la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio o costos desmedidos en la ciudad cercana, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

Las Especialidades como Puertas de Entradas al Sistema de Salud

Consulta con ginecología



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

Consulta con pediatría



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

SEDES EXCLUSIVAS

Los proveedores deben garantizar sedes exclusivas para los afiliados así:

Tipo	Servicios que debe tener
<p>Sede Tipo A,</p> <ul style="list-style-type: none"> En ciudades con más de 300.000 habitantes y en capitales de departamento diferente a los "Nuevos Departamentos". CAPITALES DE DEPARTAMENTO o Distritos con más de 500.000 habitantes, una por cada 15.000 afiliados, o fracción. Si algún municipio en este rango de población tiene menos de 5.000 afiliados, se exigirá sede tipo B, excepto capitales de departamento (donde será tipo A) Las sedes tipo A deberán ser de carácter exclusivo, es decir, solo se atenderán afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia) incluida consulta de nutrición y dietética, Atención prioritaria, Atención especializada en ginecología y pediatría y serán la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. <p>Debe contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive.</p>
<p>Tipo B,</p> <ul style="list-style-type: none"> En ciudades entre 100.000 y 300.000 habitantes. Si algún municipio en este rango de población tiene menos de 2.000 afiliados, se exigirá sede tipo C. Las Sedes Tipo 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. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia), incluida consulta de nutrición y dietética, Atención prioritaria, así como la atención especializada en ginecología y pediatría Son la sede de operación de los programas de prevención secundaria, bajo la dirección de un especialista en medicina interna. <p>Debe contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive.</p>

Tipo	Servicios que debe tener	
<p>Tipo C,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes, capitales de los “Nuevos Departamentos” y Municipios con menos de 50.000 habitantes, con más de 1.500 afiliados al Sistema de Salud del Magisterio • Si algún municipio de este rango tiene menos de 1.500 afiliados, se exigirá sede tipo D, excepto capitales de departamento (donde será tipo C). • Las sedes Tipo C, consistirán en áreas exclusivas dentro de una IPS con servicios de segundo nivel de complejidad, de la red ofertada, o sedes independientes. • 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. 	<p>Debe garantizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención básica (excepto hospitalización, atención de parto, urgencias y farmacia) y • La atención prioritaria. <p>Deben contar con acceso rápido a laboratorio e imágenes de segundo nivel de complejidad y desarrollar programas de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica mediante tecnologías de información y comunicaciones para aumentar su capacidad resolutive.</p>
<p>Tipo D,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En municipios menores de 50.000 habitantes, que cuenten con menos de 1.500 afiliados al Sistema de Salud del Magisterio pero más de 500. • Esta sede deberá contar cuando menos con un consultorio exclusivo para medicina y enfermería y otro de medio tiempo para odontología. • La coordinación de la sede D 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. 	<p>Deben garantizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención básica (excepto atención de parto, urgencias y farmacia).

ASIGNACIÓN DE CITAS

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, como parte integral del proceso de atención y de apoyo asistencial,

El modelo de asignación de Citas,

- Será sistematizado en todas las sedes exclusivas, excepto en las de tipo D, así como en las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contra-referencia

El sistema debe estar en Red:

- En las sedes exclusivas,
- IPS propias del contratista
- En la mayor cantidad posible de IPS y
- Centros de apoyo diagnóstico y terapéutico contratados que forman parte de la red de servicios

El modelo de salud del magisterio no acepta restricciones en el acceso a estos servicios.

En las sedes exclusivas y las IPS propias del contratista las **agendas no podrán estar cerradas por ningún motivo** y siempre deberán ser asignadas en respuesta a la solicitud.



El contratista no podrá permitir, en los contratos con otras IPS, agendas cerradas, que se agoten en un tiempo breve, (primeras horas del día o primeros días del mes) y restrinjan seriamente el acceso de los afiliados.

SOLICITUD DE CITAS

El usuario podrá solicitar la asignación de citas por diferentes medios:



Personal



Vía telefónica,



Vía correo electrónico
y/o vía web.

Para la acreditación de los derechos será suficiente el documento de identidad, que el contratista debe verificar en la base de datos de afiliados entregada por Fiduprevisora.

CONFIRMACIÓN Y CANCELACIÓN DE LAS CITAS

La entidad tendrá diseñado un mecanismo telefónico, al igual que mecanismos vía página web y correo electrónico,

- Para la confirmación y cancelación de citas.

Al usuario se le entregará por escrito cuando la solicite,

- La fecha y hora de la cita,
- El nombre y dirección del profesional que lo atenderá.

CITAS PRIORITARIAS

El contratista contará con modelos específicos que garanticen una atención oportuna de acuerdo al estado de salud del paciente o a casos específicos.

Se incluyen como prioritarios, los afiliados al FNPSM que sean remitidos de otros municipios por no contar ahí, con la oferta de servicios necesarios.

CITAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS DE PRIMERA VEZ Y LOS CONTROLES

Las citas médicas y odontológicas de primera vez

se asignarán de acuerdo a los estándares de oportunidad establecidos.

Los controles programados y ordenados por médicos u odontólogos se convertirán

automáticamente en citas y se asignarán de acuerdo a los estándares establecidos.

La consulta médica especializada

Se asignará previa presentación de la orden de remisión o de interconsulta elaborada por el médico general de la entidad.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El Sistema de Referencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red contratada por la Fiduprevisora S.A.

- Para garantizar el plan de beneficios de su población afiliada, en tiempo real,
- Para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia,
- Garantizar confidencialidad de la información sensible

DISPONIBILIDAD

24 horas



Los 7 días de la semana



La plataforma
brindará soporte

A la central de remisiones para lo adherido al
proceso de atención ambulatoria,

la asignación de citas médicas y especializadas de
los afiliados

Con 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

EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ESTÁ DE CARGO DEL COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE RED

Coordinación Departamental
de la Red de servicios,

Es responsable de

Resolver todas las
solicitudes de refe-
rencia de pacientes
ordenadas por los
médicos y

Debe

Hacer llegar la
información de los
diagnósticos, trata-
mientos y recomen-
daciones dadas a
los pacientes en los
servicios de mediana
y alta complejidad

Y

Al equipo profesional
responsable de la
atención básica del
afiliado y su familia
en el primer nivel de
atención, o en el pri-
mero y segundo nivel
de atención, cuando
estos estén integra-
dos, como en el caso
de los programas de
enfermedades cróni-
cas 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.

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

El modelo de atención exige el compromiso de incorporar estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de

Fomentar:

- La movilidad de la tecnología especializada en salud,
- El acercamiento de esta al paciente en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología,
- La relación y conectividad de la red prestadora con su entidad responsable del pago.



SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL

Estos servicios 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





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.



EL SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL COMPRENDE:



- Atención básica familiar
- Atención Domiciliaria
- Atención de Urgencia
- Traslado de pacientes
- Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- Atención médica especializada
- Atención odontológica general y especializada
- Servicios de rehabilitación
- Servicios hospitalarios
- Servicios quirúrgicos
- Los servicios de alta complejidad y alto costo
- Servicio de dispensación de medicamentos ambulatorios

ATENCIÓN BÁSICA FAMILIAR

Este enfoque reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, fundamentado en el autocuidado, la gestión y la promoción.

Con la orientación de este enfoque y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud,



Las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios,

- en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario.

ATENCIÓN DOMICILIARIA:



Es la atención ambulatoria que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales, previa recomendación médica, con la participación de su familia y con los recursos necesarios para brindar una atención con calidad.

Se debe garantizar en todos los municipios la atención básica domiciliaria para aquellos usuarios cuya patología no permitan su traslado al centro de atención básico establecido.

En caso que este mecanismo no se pueda implementar, el contratista deberá garantizar el traslado en el medio de transporte apropiado, ida y vuelta, hasta el centro de atención, a sus costas.



La modalidad de atención domiciliaria para pacientes que requieran cuidados permanentes, incluida la hospitalización en casa, se brindará, previa recomendación médica, siempre que esté garantizado el equipo multidisciplinario asignado para estos programas,



Debe incluir

- Al médico y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico,
- Con participación y educación de la familia en el cuidado,
- Así como apoyo telefónico permanente, de acuerdo con las Guías de Atención Integral o protocolos reconocidos a nivel nacional e internacional.

ATENCIÓN DE URGENCIAS:



Los servicios de urgencias están garantizados por la ley en cualquier IPS del territorio nacional, sin necesidad de acreditación de derechos por parte de los afiliados y beneficiarios.

Los proveedores del magisterio y toda su red de servicios deben:



ATENDER Las urgencias menores de los afiliados y beneficiarios de otras regiones que por cualquier causa se hayan desplazado de su municipio y requieran este tipo de atención,

previa acreditación de sus derechos a través del documento de identidad

TRASLADO DE PACIENTES

La cobertura de los traslados es la siguiente:



- Para los servicios ambulatorios, cuando en razón del enfoque terapéutico se requiera de una técnica, práctica o especialidad que bien no existe en el municipio o se presente una deficiencia sobreviniente en la red de servicios establecida por el contratista.
- Para los casos de urgencias vitales dentro del municipio, del departamento, de la región y del país. Cuando se trate de traslado 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 de servicio ambulatorios básicos que no se presten o 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 terrestres, fluvial o aérea.

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.



***CPUS:** la Resolución 1896 de 2001 del Ministerio de Salud define que “La CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD (C.U.P.S.) corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice así como del ámbito de realización de los mismos”

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA



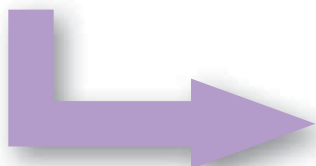
Estos servicios están conformados por:

Las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.

El contratista debe disponer en su red de servicios de todas las especialidades y subespecialidades aprobadas o convalidadas.

Hacer llegar la información de los diagnósticos, tratamientos y recomendaciones dadas a los pacientes en los servicios de mediana y alta complejidad

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.



ATENCIÓN ODONTOLÓGICA GENERAL Y ESPECIALIZADA:



Se rige 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



Cirugía oral



Maxilofacial

Los pacientes con patologías odontológicas consideradas de alta complejidad, son susceptibles de estudio en comités de pares. Los tratamientos no tendrán una duración mayor a los tres meses siguientes a su iniciación, salvo situaciones clínicas que aumenten otra conducta.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:



Está dirigida a:
evaluar,
mejorar o
recuperar
la capacidad
funcional o laboral,
pérdida por causa
de enfermedad o
accidente.

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 ortesis.



La rehabilitación se rige por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico,



En la primera consulta, con atención continuada a través de citas seriadas, en días y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento.



El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento de rehabilitación se considerará una barrera de acceso.

Corresponde al contratista



El suministro de prótesis, órtesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica.



Se garantiza el suministro de elementos tales como muletas o sillas de ruedas, en calidad de préstamo.

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.

SERVICIOS HOSPITALARIOS



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

En el primer nivel de complejidad, atendido por médico general, se contempla únicamente la hospitalización en observación hasta que se decida si es necesaria la remisión al segundo nivel o está superado el problema de salud.



La hospitalización se deberá garantizar

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

SERVICIOS QUIRÚRGICOS



Los servicios quirúrgicos serán cubiertos en el segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo con la patología del paciente y



estarán disponibles de conformidad con la oferta, identificando los tipos de especialidades que atenderán.

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

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

Para garantizar una atención segura e integral a los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, 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.

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.

SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Deberán ser garantizados de Manera Integral,

Con criterios de:

Suficiencia,

Capacidad
instalada,

Caracterización
de la demanda
y

Ubicación
geográfica.

Los servicios de alta complejidad y alto costo
serán monitoreados por Fiduprevisora S.A.

Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo,



Fiduprevisora S.A. podrá intervenir para garantizar la prestación, ordenando los servicios pertinentes y descontando los gastos respectivos al proveedor. Igualmente, por excepción, podrá realizar pagos directos cuando se demuestre afectación del servicio por mora en el pago a los prestadores.

SERVICIO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Los servicios de dispensación de medicamentos ambulatorios contenidos en este Plan de Beneficios del Magisterio incluirán:

Todos los medicamentos registrados ante INVIMA



Los medicamentos incluidos en el Decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles),



Cumpliendo con todos los estándares de calidad formulados por:



El médico tratante,



Médicos del servicios de Promoción y Prevención,



Médicos Familiares, Prevención,



Médicos Familiares,



De urgencias



Odontólogo General,

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



Se debe garantizar la **ENTREGA INMEDIATA** de todos y cada uno de los medicamentos formulados a los usuarios.

Sin cambio de los mismos por parte de los funcionarios de farmacia,

En especial aquellos que se derivan de los

servicios de urgencias,

programas de promoción y prevención,

egresos hospitalarios y postquirúrgicos,

y atención domiciliaria en los que se tiene la identificación de los pacientes y de sus necesidades terapéuticas.

Cuando se generen Medicamentos Pendientes, su entrega se realizará dentro de las  horas siguientes a la formulación del mismo, como caso excepcional.

EXIJA UN SELLO



EN LAS FÓRMULAS

PUNTO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

Las puntos de dispensación se clasifican en:

Generales,

Generales con 24 horas de servicio y

Especiales

Por su capacidad de dispensar al menos el 90% de los medicamentos no POS y alto costo

REQUISITOS MÍNIMOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS AMBULATORIOS

PUNTOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS				
	Puntos de dispensación exigidos en total	Puntos con servicio 24 horas	Puntos que dispensan al menos 90% de medicamentos no POS y de alto costo	Ajuste de puntos totales exigidos como habitantes en función de la población afiliada al Sistema de Salud del Magisterio
Municipios menores de 20.000 habitantes	Uno			
Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes	Uno por cada 20.000 habitantes o fracción	Uno		Si la relación resultante en el municipio es menor de 500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 30.000 habitantes o fracción.
Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes	Uno por cada 30.000 habitantes o fracción	Uno	Uno	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.000 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 45.000 habitantes o fracción.
Municipios de 100.000 a 250.000 habitantes	Uno por cada 50.000 habitantes o fracción	uno por cada 125.000 habitantes o fracción	Uno	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 75.000 habitantes o fracción.
Municipios de 250.000 a 500.000 habitantes	Uno por cada 100.000 habitantes o fracción	uno por cada 175.000 habitantes o fracción	uno por cada 250.000 habitantes o fracción	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 125.000 habitantes o fracción.
Municipios de más de 500.000 habitantes	Uno por cada 200.000 habitantes o fracción	uno por cada 350.000 habitantes o fracción	uno por cada 500.000 habitantes o fracción	Si la relación resultante en el municipio es menor de 2.000 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 250.000 habitantes o fracción.

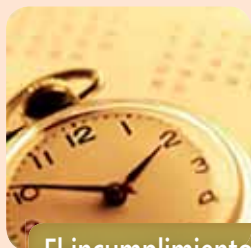
La población a considerar para el cálculo es la proyección de población DANE por municipio para 2017

OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD

TIEMPOS DE RESPUESTAS



Se entiende que estos tiempos máximos aplican para consultas médicas solicitadas u ordenadas por primera vez por un motivo de consulta, no para controles programados.



El incumplimiento de las citas de control programados activa los tiempos excedidos sin respuesta efectiva contando desde el día siguiente del incumplimiento.



Sí la responsabilidad es atribuible directamente a las instituciones que forman parte de la red de servicios o al sistema de referencia y no por causas imputables al afiliado.

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

Se definen, en 1º lugar,

Los tiempos excedidos sin respuesta efectiva de servicios ambulatorios requeridos que permiten al afiliado solicitar la utilización de la Red alterna

Se definen, en 2º lugar,

Los tiempos excedidos sin respuesta efectiva de los servicios ambulatorios requeridos en la red alterna que permiten al afiliado solicitar la utilización de servicios en Red Adicional Extraordinaria autorizada directamente por Fiduprevisora S.A., con cargo al contratista.

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

Servicio Ambulatorio/ Calificación de oportunidad	Tiempo excedido sin respuesta en red principal para solicitar utilización de la red alterna	Tiempo excedido sin respuesta efectiva de servicio en la red alterna para solicitar autorización de servicio directo de Fiduprevisora
Consulta de medicina general	Dos (2) días hábiles	Dos (2) días hábiles
Consulta de odontología general	Dos (2) días hábiles	Dos (2) días hábiles
Exámenes de laboratorio de primer nivel de complejidad	Dos (2) días hábiles	Dos (2) días hábiles
Imágenes diagnósticas y otros exámenes del primer nivel de complejidad	Dos (2) días hábiles	Dos (2) días hábiles
Despacho de medicamentos formulados por médico general	Dos (2) días hábiles	Dos (2) días hábiles
Consulta de medicina especializada (especialidades básicas): Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Dermatología	Cinco (5) días hábiles	Cinco (5) días hábiles
Consulta odontológica especializada: periodoncia, endodoncia	Cinco (5) días hábiles	Cinco (5) días hábiles
Despacho de medicamentos formulados por especialidades básicas	Dos (2) días hábiles	Dos (2) días hábiles
Exámenes de laboratorio de segundo nivel de complejidad	Tres (3) días hábiles	Tres (3) días hábiles
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de segundo nivel de complejidad	Cinco (5) días hábiles	Cinco (5) días hábiles
Consulta de medicina especializada (otras especialidades)	Diez (10) días hábiles	Diez (10) días hábiles
Despacho de medicamentos formulados por otros especialistas	Tres (3) días hábiles	Tres (3) días hábiles
Exámenes de laboratorio de tercer nivel de complejidad	Cinco (5) días hábiles	Cinco (5) días hábiles
Imágenes diagnósticas y otros exámenes especializados de tercer nivel de complejidad	Ocho (8) días hábiles	Ocho (8) días hábiles
Cirugía programada de baja complejidad	Tres (3) días hábiles	Tres (3) días hábiles
Cirugía programada de mediana complejidad	Siete (7) días hábiles	Siete (7) días hábiles
Cirugía programada de alta complejidad	Quince (15) días hábiles	Quince (15) días hábiles

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

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

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

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

La prestación de servicios asistenciales por Accidente de Trabajo o Enfermedad Laboral

Se realizará tomando en cuenta las disposiciones establecidas para la prestación de servicios de salud en este Régimen Excepcional,

Cubriendo toda contingencia de origen laboral,

Sin exclusiones en su atención, con la misma red, condiciones y regionalización dispuesta para salud.

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

Se deberá Organizar e implementar

Un servicio oportuno y eficiente

De valoración y remisión

a los diferentes servicios de salud de educadores activos

Que presenten urgencias médicas

en el transcurso de su jornada laboral.

Además de los descritos para la atención en general de salud, se deberá garantizar contar con servicios de:



Fonoaudiología,



Terapia de lenguaje,



Terapia física y



Psicología en el nivel I de atención.

TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

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

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

Los contratistas deberán contar con un equipo (directo o subcontratado) CONFORMADO POR:

Un (1) médico, especialista en salud ocupacional o áreas afines, con licencia de salud ocupacional vigente, con experiencia mínima específica en medicina laboral de dos (2) años.

Un (1) médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años.

Un (1) profesional diferente a las áreas de la medicina, con formación en áreas afines a la seguridad y salud en el trabajo.

EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL

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

**MODELO PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y
PCL (Pérdida de Capacidad Laboral). FOMAG.**

PROCESOS/SUBPROCESOS	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (Proveedores o prestadores de servicios de seguridad y salud en el trabajo, medicina laboral)
Solicitud o Inicio trámite de calificación	Inicia según los términos definidos en la reglamentación vigente la calificación de origen y PCL, que correspondan.
Solicitud o Inicio trámite Eventos de difícil recuperación o mal pronóstico.	Inicia proceso de calificación a los 90 días de incapacidad temporal por patologías o lesiones de mal pronóstico de recuperación o rehabilitación
Eventos sin terminación de rehabilitación	Inicio del proceso de calificación transcurridos ciento diez (110) días desde el inicio de la incapacidad temporal, sin que se haya logrado la rehabilitación del educador.
Preparación y análisis de documentación para el proceso de calificación	El médico especialista, del prestador de servicio de salud, solicita la documentación necesaria para la calificación de PCL
Valoración o citas durante proceso de calificación	El médico especialista, realiza valoración de la persona sujeto de calificación y solicita valoraciones con equipo interdisciplinario según la disciplina que se requiera. Califica con lo existente ante ausencia de la persona a la cita.
Notificación de dictamen	Los prestadores de servicios de salud entregan el dictamen, con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador, a la entidad territorial y con copia a la Fiduprevisora.
Presentación de controversias	Envía caso a la JCI, Recobra gastos correspondientes.
Resolución de controversias	Recibe información del proceso. Recibe resultados dictamen de JCI
Trámite para reconocimiento y pago de prestaciones	Enviará la documentación que Fiduprevisora requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar.
Trámite para reconocimiento y pago de prestaciones	Realiza informes periódicos (según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora y Consejo Directivo Fomag)

EL DEFENSOR DEL USUARIO

Instancia autónoma de vocería, resolución objetiva de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios de salud en relación a los operadores o prestadores del servicio de salud. Debe tener presencia a nivel nacional para conocer de aquellos casos en los que se estén vulnerando los derechos de los usuarios del Sistema de Salud del Magisterio.



El Consejo Directivo definirá los mecanismos de selección, las funciones y financiamiento de la figura del Defensor del Usuario.

La defensoría lleva la vocería de los usuarios en forma autónoma, es decir no integra la instancia administrativa y no tiene costo alguno para los usuarios. En su autonomía conoce las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios y da traslado de dichos PQRS ante los prestadores de red de salud, servicios, FOMAG, consejo directivo y los organismos de control cuando lo considere pertinente.

Atención de Quejas

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

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

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

Atributos y derechos	Definición	Motivos generales de reclamo de los usuarios
Restricción en el acceso a los servicios de salud	Imposibilidad de obtener atención cuando se la necesita, producto de diversas barreras (económicas, geográficas, administrativas, demora o negación)	Falta de oportunidad para la atención Negación en la prestación de servicios, insumos o entrega de medicamentos Demoras en las remisiones Negación de las remisiones Restricción en el acceso por localización física o geográfica
Deficiencia en la efectividad de la atención	Grado en el que no se lograron los resultados en salud deseados	Insatisfacción por problemas de salud no resueltos Ineficacia en la atención Limitaciones en la integralidad, coordinación y longitudinalidad

Atributos y derechos	Definición	Motivos generales de reclamo de los usuarios
Falta de disponibilidad de recurso humano y físico para la atención	No disponibilidad o suficiencia de recursos humanos y físicos para alcanzar los fines en salud	Recurso humano insuficiente
		Recurso físico insuficiente o en deficientes condiciones
		Limitaciones tangibles del servicio
Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo	Insatisfacción de las expectativas del usuario respecto del trato y servicios que debería recibir	Limitaciones en la información
		Percepción por parte del usuario de trato inequitativo
		Restricción en la libre escogencia
		No aceptabilidad del servicio de salud por parte del usuario
No reconocimiento de las prestaciones económicas	No reconocimiento al derecho de un reembolso	Incumplimiento de prestaciones económicas - Reembolsos

GLOSARIO

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

CAU: Centro de Atención al Usuario.

CDFNPSM: Consejo Directivo Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio.

CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

EMS: Equipos Multidisciplinarios de Salud.

ERP: Entidad Responsable de Pago.

FIAS: Formato de Información de Asistencial en Salud.

FNPSM: Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

IPS: Institución Prestadora de Salud.

JCI: Junta de Calificación de Invalidez.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCL: Perdida de Capacidad Laboral.

PQRS: Formulario de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información.

RIAS: Rutas integrales de atención en salud.

RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SMLDV: Salario Mínimo Legal Diario Vigente.

UPCM: Unidad de Pago por Capitación del Magisterio

Recuerde que los campos con un asterisco (*) son obligatorios. Si puede ingresar la mayor cantidad de datos será mejor para que podamos contactarnos e identificarlo más rápidamente.

USTED ES UN(A): **Ciudadano**

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre.(*) Ingrese su Nombre	Primer Apellido.(*) Ingrese su Primer Apellido	Segundo Apellido. Ingrese su segundo Apellido
Tipo Identificación.(*) << Seleccione >>	Numero Identificación.(*) Ingrese su Numero de identificación	Correo Electrónico.(*) Ingrese su correo Electrónico
Dirección de notificación.(*) Ingrese su Dirección		
AMERICA		
Usuario Fomag. <input type="checkbox"/>	Teléfono fija.(*) Número de Teléfono	Teléfono Celular.(*) Número de Celular

TIPO, DESCRIPCIÓN Y ANEXOS.

Información Importante:	Tipo de PQRS.(*) << Seleccione >>
Petición	Descripción de Caso.(*) Digite el texto que resume su solicitud. Puede anexas hasta tres documentos. Recomendamos formato multipáginas como tiff o pdf. Tamaño máximo 10M. Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado
Derecho de Petición	
Quejas	
Reclamos	
Felicitación	
Sugerencias	
Solicitud de información pública	

SEGURIDAD

Digite el contenido de la imagen en el cuadro de texto contiguo. El código es sensible a las mayúsculas y minúsculas.(*)	Captcha. B 2 C 1 N 0	Ingrese el Captcha.(*)
---	--------------------------------	-------------------------------

Con el diligenciamiento de este formato autorizo expresamente el uso de mis datos personales según Ley 1581 de 2012

[Ver autorización de tratamiento de datos personales](#)

Previsualizar Radicar



Compañero maestro, también depende de tu responsabilidad, disposición y firmeza que recibamos un servicio de salud digno, en correspondencia con lo contemplado en el pliego de condiciones. Debemos hacer esfuerzos por apropiarnos del contenido de lo que está contratado para poder exigir su cumplimiento en los términos de ley. Pero de igual forma, estar prestos a usar los mecanismos de reclamación en caso que no se nos brinde un servicio médico asistencial decente. Para tal efecto, se requiere nuestra participación y voluntad política para implementarlos: ***PQRS, Veedurías, Auditorías, Tutelas, denuncias ante los organismos de control (Procuraduría General de la Nación, Superintendencia Nacional de Salud, Defensoría del Pueblo, Fiduprevisora S.A., Ministerio de Educación -Fideicomitente), con copia a Fecode.*** Dispongámonos a exigir nuestro derecho a tener un servicio de salud digno, Fecode ha dispuesto esta cartilla para ayudar a lograrlo.

Carrera 13 A No. 34 - 54
PBX:338 1711 Bogotá - Colombia
www.fecode.edu.co