

{fiduprevisora)

fomag
Fondo de prestaciones sociales del Magisterio

PLIEGO DE CONDICIONES

CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS AFILIADOS AL FONDO
NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y SUS
BENEFICIARIOS EN EL TERRITORIO NACIONAL

PROCESO DE SELECCIÓN No. LP-FNPSM-003-2011

APENDICE 3 A

PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL MAGISTERIO

Bogotá, D.C. diciembre de 2011

APENDICE 3 A	5
PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL MAGISTERIO	5
MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	5
1. FUNDAMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN	5
1.1 ENFOQUE PREVENTIVO	5
1.2 MODELO DE MEDICINA FAMILIAR	6
1.2.1 Fundamentos del modelo	6
1.2.2 Modelo de atención en salud con enfoque familiar	7
1.2.3. Estructura mínima del modelo.	8
1.2.3.1 Equipo	9
1.2.4. El médico familiar	10
1.3 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO	11
2. ACCESO A LOS SERVICIOS	12
2.1 ATENCIÓN BÁSICA FAMILIAR	13
2.1.1 Selección de la Sede Centro para la Atención Básica Familiar	13
2.2 ATENCIÓN BÁSICA FAMILIAR AMPLIADA	14
2.3 OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS	14
2.4 LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	14
2.5 LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS	14
2.6 LOS SERVICIOS DE ALTO COSTO	15
2.7 LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS	15
2.8 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	15
2.8.1 SUBPROCESOS DEL SISTEMA	16
2.8.1.1 REFERENCIA	16
2.8.1.2 INTERCONSULTA	16
2.8.1.3 CONTRARREFERENCIA	16
2.8.1.4 ATENCIÓN DE USUARIOS CON RADICACIÓN PERMANENTE FUERA DE LA REGIÓN SEDE	17
2.8.1.5 ATENCIÓN DE USUARIOS RESIDENTES EN ÁREAS RURALES CON GEOREFERENCIACIÓN A OTRA REGIÓN	17
SERVICIOS DE SALUD	17

1. ÁMBITOS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN	17
2. LUGARES DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN	18
3. CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN	18
4. CONFORMACIÓN DEL PLAN	18
5. CONTENIDOS DEL PLAN	18
5.1 PLAN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	19
5.1.1 Objetivo del Programa	19
5.1.2 Protección específica	20
5.1.3 Detección temprana	20
5.1.4 Guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública	21
5.1.5 Vigilancia y control	21
5.1.6 Seguimiento y monitoreo permanente	21
5.1.7 Requerimientos para el seguimiento y evaluación de ejecución de las actividades de demanda inducida y obligatorio cumplimiento	22
5.2 SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL	22
5.2.1 Atención básica familiar	22
5.2.1.1 Atención básica médica familiar	22
5.2.1.2 Atención domiciliaria	23
5.2.1.3 Atención de urgencias	23
5.2.1.4 Atención básica odontológica	24
5.2.1.5 Suministro de medicamentos	25
5.2.1.6. Traslado de pacientes:	25
5.2.2 Atención básica familiar ampliada	27
5.2.2.1 Atención médica especializada en ginecología y obstetricia	27
5.2.2.2 Atención médica especializada en pediatría	27
5.2.2.3 Servicios de apoyo diagnóstico	28
5.2.3 Otros servicios ambulatorios	28
5.2.3.1 Atención médica especializada de II Y III nivel	28
5.2.3.2 Atención odontológica especializada	29
5.2.3.3 Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	29
5.2.3.4 Servicios de rehabilitación	30

PLIEGO DE CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROCESO DE SELECCIÓN No. LP-FNPSM 003-2011

5.2.4 Servicios hospitalarios	30
5.2.5 Servicios quirúrgicos	31
5.2.6 Servicios de alto costo	31
5.2.7 Servicios farmacéuticos	32
5.2.8 Suministro de Tirillas para glucómetro	33
5.3 EXCLUSIONES	33

APENDICE 3 A

PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL MAGISTERIO

El plan de salud para los afiliados al FNPSM y beneficiarios es integral y será prestado por el proponente a quien se le asigne el contrato 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 en este Apéndice.

Los proponentes que presenten propuesta y que lleguen a ser adjudicatarios de este proceso de selección, se comprometen a prestar integralmente a los afiliados y beneficiarios al FNPSM el Plan de Atención en Salud de acuerdo con los contenidos y condiciones establecidas en el presente Apéndice.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

1. FUNDAMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención en el que se enmarca el plan de atención en salud para los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios, se basa en el enfoque preventivo y de medicina familiar con una gestión integral del riesgo.

1.1 ENFOQUE PREVENTIVO

El fundamento del modelo es el de llegar a alcanzar el mantenimiento de la salud “paciente sano perdurable”, donde debe estimularse el modelo preventivo a través de incentivos a la gestión del riesgo y al cumplimiento de los programas, que eviten la aparición de la enfermedad o complicaciones de aquellas ya establecidas, manteniendo así el óptimo estado de salud de sus afiliados.

De acuerdo a la reglamentación y parámetros indicados el modelo de atención para los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios debe:

- Responder de manera integral por el manejo del enfoque de riesgo y la garantía de los servicios médicos asistenciales.
- Garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios, como son: (i) prestación de servicios ajustados a estándares de calidad, (ii) implementación de una dinámica de mejoramiento continuo en el sistema de prestación de servicios, (iii) promoción para el compromiso responsable y la participación activa de los usuarios en el mantenimiento y cuidado de su salud en el proceso de atención.

- Contar con diferentes áreas de atención: preventivas, asistenciales y de rehabilitación, con base en las necesidades y expectativas de los usuarios y ajustados a las directrices establecidas para la prestación de los servicios.
- Contar con un departamento de epidemiología y salud pública con especialistas en estas áreas. Estos deben garantizar el cumplimiento de lo establecido en la Resolución 412 del 2000 y el Decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública, y Resolución 425 de 2008, en especial en lo relacionado con sus propósitos, así como demás normas que las remplace, complementen y modifiquen. Igualmente se debe tener actualizado anualmente el perfil epidemiológico de la población asignada, y presentado al FNPSM.

Se hace énfasis en los programas de Promoción y Prevención de acuerdo con el perfil epidemiológico de los docentes y sus familias, teniendo en cuenta que deben existir, encaminadas a disminuir las complicaciones inherentes a las mismas.

1.2 MODELO DE MEDICINA FAMILIAR

El modelo de atención basado en la práctica de Medicina Familiar pone en evidencia la relación existente entre los individuos de una familia y entre la familia y la comunidad.

1.2.1 Fundamentos del modelo

Los fundamentos del modelo de atención basado en la práctica de Medicina Familiar son los siguientes:

- La familia cumple una función reguladora en la salud. El carácter de grupo especial de la intermediación social que tiene la familia fundamenta este principio, al incidirla directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, influir en el desencadenamiento de la enfermedad y en las decisiones acerca de la utilización de los servicios de salud, al tiempo que se constituye en la más efectiva fuente de apoyo, ante los eventos de la salud, enfermedad y muerte.
- La dinámica familiar se hace visible la aparición de crisis (eventos normativos y no normativos) que producen cambios al interior de esta.
- Los ciclos vitales individuales y familiares son básicos para entender las intervenciones y manejo integral de los individuos y la familia.

Por lo anterior, el modelo teórico de salud del grupo familiar concibe a la familia como un grupo de personas que comparten vínculos de consanguinidad, parentesco, afecto y convivencia, y a la salud del grupo familiar como una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala micro social en el contexto de hogar, y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potencializadoras de salud y asumen en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa del desarrollo biopsicosocial.

1.2.2 Modelo de atención en salud con enfoque familiar

La propuesta del modelo de atención en salud, se basa en la atención integral de la familia, en el cual el médico tiene el conocimiento general del estado de salud del grupo familiar, desde el punto de vista biopsicosocial, teniendo en cuenta además, los diferentes tipos de riesgo que puedan influir en la salud de los integrantes de la familia, como son los riesgos ambientales, psicosociales, laborales, químicos, mecánicos, biológicos, etc.

En consecuencia, el profesional de la salud no puede abstraerse de las relaciones interpersonales que transforman la vida y no puede fragmentar el proceso de atención en órganos y sistemas; por esta razón, la atención a prestar abarca un campo de acción que agrupa los diferentes grupos de edad como salud de la niñez y la adolescencia, salud sexual y reproductiva envejecimiento saludable y un buen funcionamiento familiar.

El objetivo principal del modelo es la comprensión de los problemas que no pueden abordarse sólo con el tratamiento del individuo y su enfermedad, consiste en identificar, caracterizar y sistematizar los aspectos coincidentes que emergen de las diferentes fuentes de datos y de puntos de atención al usuario.

La práctica de la Medicina Familiar en el proceso de atención primaria en salud:

- Permite la aproximación "amplia" del binomio Salud - Enfermedad
- Garantiza la atención de los problemas de salud individuales sin discriminar edad, género y órgano afectado.
- Garantiza la capacidad de resolución de los problemas de salud por grupos de edad.
- Fomenta actividades de mantenimiento de la salud a través de la educación, protección de la salud y detección temprana de patologías prevalentes y de alto impacto en la salud.
- Permite la continuidad y seguimiento de la asistencia prestada además de

acompañar a sus pacientes y familias en el cuidado de la salud y la enfermedad.

- Detecta y controla los riesgos biopsicosociales del individuo y del contexto.
- Atiende los fenómenos socioculturales relativos a los estilos de vida.
- Contribuye en la construcción participativa de valores fundamentales en los individuos y las familias acorde con el contexto social del país.
- Proyecta socialmente las intervenciones en salud apoyada en el trabajo multidisciplinario.

1.2.3. Estructura mínima del modelo.

Elementos constitutivos del modelo de Medicina Familiar

Número de usuarios a asignar: La población asignada para médico de 6 horas es de 2.450 y por médico de 8 horas es de 3.265, distribuidos por grupo familiar completo con el mismo médico de familia.

Integralidad: Desde el médico de familia se integran todas las acciones en salud desde la promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y cuidado paliativos.

Continuidad: seguimiento al ciclo de atención del paciente en donde se encuentre.

Afinidad: porcentaje de atenciones en el nivel básico que realiza el médico de familia a su población asignada.

Información: todos los recursos tecnológicos con que cuenta el médico de familia y el equipo de salud para realizar la gestión esperada.

Acceso: diferentes puertas de entrada con las que puede contar la población asignada para recibir la atención a su médico de familia:

- Central de citas
- Internet
- Mensajería telefónica
- Correo electrónico

Sistemas de referencia: al igual que la población al médico de familia, se pretende que estos se asignen a un grupo de especialistas para que el sistema de referencia y contra referencia fluya de forma eficiente, vía internet, staff médico, consultas telefónicas etc.

Capacitación: todo el equipo de salud debe recibir una capacitación enfocada a las características de la población asignada, no sólo al perfil epidemiológico sino también a unas características psicosociales y culturales.

Vinculación: para garantizar un mayor compromiso y estabilidad del personal asistencial

Aseguramiento de la calidad: se da especial importancia a todo lo referente a los procesos de auditoría y aseguramiento de la calidad

1.2.3.1 Equipo

Médico General con Enfoque en Medicina Familiar:

- Es el pilar del modelo y quien organiza la atención integral de sus usuarios. Debe asignarse un porcentaje del tiempo para llamadas de salida y de entrada de manera que los pacientes tengan seguimiento telefónico y acceso a consultar inquietudes.

Especialistas en Medicina Familiar, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría:

- Sustento científico al proceso de atención, definen o avalan guías protocolos y criterios de inclusión o exclusión de programas de acuerdo a las políticas sobre la materia.
- Asesoría a todo el equipo de salud, acompañamiento directo al médico general en la consulta, en los staff, y a través de otros medios de comunicación (correo electrónico, celular etc.)
- Realizan consulta de especialista y apoyo al equipo directivo en políticas de atención.

Enfermería profesional y auxiliar:

- Materializa las guías de atención de acuerdo a cada patología.
- Apoya al resto de equipo en la atención de los pacientes,
- Coordina las actividades del equipo de auxiliares en los diferentes programas y áreas de trabajo.

Sicología, nutrición, trabajo social:

- Materializan las guías de atención en las patologías de su área de trabajo.
- Promueven conductas saludables en la población asignada.
- Asesoran al resto del equipo en el área de desempeño.
- Participa en reuniones académicas o staff cuando se requiera.

1.2.3.2. Indicadores

TABLERO DE INDICADORES DE GESTION DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA

FORMULA INDICADOR	RESULTADO
$\frac{\text{NUMERO DE ATENCIONES DOMICILIARIAS POR MEDICO}}{\text{TOTAL DE POBLACION QUE ASISTIO A CONSULTA EXTERNA}}$	1%
$\frac{\text{NUMERO DE ATENCIONES DOMICILIARIAS POR ENFERMERIA}}{\text{TOTAL DE POBLACION QUE ASISTIO A CONSULTA EXTERNA}}$	5%
$\frac{\text{NUMERO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR RIESGO CARDIOVASCULAR}}{\text{NUMERO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DETECTADOS EN EL MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL}}$	0%
$\frac{\text{NUMERO DE PACIENTES QUE CONSULTARON A URGENCIAS POR RIESGO CARDIOVASCULAR}}{\text{NUMERO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DETECTADOS EN EL MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y REGIONAL}}$	1%
$\frac{\text{NUMERO DE PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ EN EL AÑO EN EL MES * 100}}{\text{NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL MES}}$	9%
$\frac{\text{NUMERO DE USUARIOS QUE HAN CONSULTADO MAS DE 2 VECES EN 1 MES O HAN CONSULTADO 6 VECES EN 3 MESES}}{\text{TOTAL DE CONSULTAS EN UN PERIODO DE 3 MESES}}$	2%

1.2.4. El médico familiar

Un aspecto clave en el desarrollo del modelo de Atención Primaria en Salud y el fortalecimiento del nivel I de atención, es la disponibilidad de profesionales de salud formados en programas de Medicina Familiar. Un profesional bien diferenciado, con un conjunto bien definido de conocimientos, destrezas y actitudes que le permitan validar y priorizar las acciones dirigidas al cuidado integral de la salud de la población con el conocimiento y contacto profundo con sus pacientes y familias.

Este enfoque permite que la coordinación y responsabilidad de cada paciente está a cargo de un Especialista en Medicina Familiar, el cual dispone de la capacidad y suficiencia científica en el manejo de enfermedades crónicas, cuidados preventivos,

mantenimiento de salud y actividades asistenciales en primero y segundo nivel de complejidad, con lo cual constituye el mejor recurso disponible para brindar atención integral y continua del paciente incluyendo a la familia y el contexto como determinante fundamental del bienestar en el proceso de enfermedad, incapacidad y muerte.

1.3 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

El modelo de salud realiza la gestión integral del riesgo basándose en el enfoque preventivo y de medicina familiar, en el que se identifican los riesgos y se manejan los docentes y su familia de una manera integral, interviniendo aquellos riesgos como la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo y los hábitos inadecuados en la alimentación, que causan enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes mellitus, etc. De igual forma estos hábitos de vida no saludables, deben ser intervenidos de manera oportuna, toda vez que son susceptibles de modificación, logrando así el mantenimiento de la salud en el grupo familiar.

Lo anterior, repercute directamente en el manejo del alto costo debido a que impactará directamente en la disminución o el retraso en la aparición de las enfermedades catastróficas, en los casos de aparición de las mismas, el modelo prevé la cobertura total de estas enfermedades a través de un mecanismo solidario de financiación.

Las estrategias para la gestión integral del riesgo y la atención en salud integral, oportuna, pertinente y continua en todas las fases de atención el modelo son las siguientes:

- La aplicación de las normas técnicas y guías de atención según el perfil epidemiológico de los docentes y sus familias. Estas deben incluir un modelo de evaluación del estado de salud al ingreso de los afiliados y sus beneficiarios, cuando son nuevos en el sistema, para así determinar el riesgo en salud al cual está expuesto, iniciar actividades de abordaje de dicho riesgo en forma temprana e ingresarlo a los diferentes programas o modelos de atención según correspondan. Debe implementarse un sistema de información que reporte la clasificación de los riesgos y las actividades realizadas.
- La programación de una matriz de actividades procedimientos e intervenciones de promoción y prevención para enfermedad general con las acciones, planes y programas desarrollados acorde con las normas técnicas y las guías de atención según el perfil epidemiológico de los docentes y sus familias, garantizando una asignación específica de recursos para su financiación.
- La programación de una matriz de actividades de promoción y prevención de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo que desarrolla acciones básicas, los programas de medicina preventiva y del trabajo, programa de vigilancia epidemiológica y programa de higiene y seguridad industrial según el perfil epidemiológico de los docentes, garantizando una asignación específica de recursos para su financiación.

- Implementar modelos de atención integral para patologías críticas y de alto costo que tengan un aval técnico de la especialidad correspondiente, un equipo interdisciplinario para el manejo de dichas patologías acorde con las guías de atención, determinación de impacto en estado de salud, satisfacción y costo. Se debe llevar información estadística que valide dichos resultados de impacto. Todo el modelo debe articularse con los médicos de familia en un proceso de referencia y contra referencia, liderado técnicamente por los líderes de los modelos de atención en salud especializada.

Las patologías objeto de este manejo son entre otras: VIH SIDA, riesgo cardiovascular y renal en pacientes complicados, anticoagulados, cáncer de mama, cérvix, próstata, estómago, colon y pulmón, artritis reumatoide, hemofilia, EPOC, osteoporosis, depresión. Igualmente diseñar e implementar modelos integrales para el manejo de riesgos profesionales, como son entre otros para riesgos ergonómicos, psicológicos (estrés, depresión, sicosis), visuales, vasculares en miembros inferiores, auditivos. Estos modelos deben ser integrales iniciando con modelos de promoción y prevención hasta la rehabilitación laboral y social.

En consecuencia, el modelo prevé la gestión del riesgo con énfasis en: 1) La promoción de la salud, es decir alcanzar el mantenimiento de la salud "paciente sano perdurable". 2) La prevención de la enfermedad interviniendo los factores de riesgo de acuerdo con el perfil epidemiológico de los docentes y sus familias. 3) Una vez se presente la patología se realizará la atención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y recuperación y rehabilitación de la salud de manera integral, oportuna, pertinente y continua.

Igualmente se debe tener implementado un modelo de manejo de riesgo profesional para temas de calificación de origen de la enfermedad y desarrollar todo el proceso de calificación y determinación de secuelas, con especialistas certificados con especialización en salud ocupacional y evaluación del daño respectivamente.

2. ACCESO A LOS SERVICIOS

Para acceder a cualquiera de los servicios del Plan el usuario acreditará sus derechos a través del documento de identidad, previo diligenciamiento del formato de afiliación.

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

Cuando en el municipio de residencia del usuario se tengan la disponibilidad de los servicios, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios.

2.1 ATENCIÓN BÁSICA FAMILIAR

La atención básica familiar es el primer contacto del usuario con los servicios de salud y se garantizará su atención integral en las Sedes Centros donde se deba instalar la Atención Básica Familiar. En estos Centros se debe garantizar como mínimo lo siguiente:

- Servicio de promoción y prevención que debe garantizar las atenciones establecidas según la norma y el plan de promoción y prevención.
- Atención básica médica familiar y odontológica
- Atención prioritaria
- Atención domiciliaria y de urgencias
- Servicios farmacéuticos para todos los servicios derivados de la atención básica familiar
- La referencia de pacientes a otros niveles de mayor complejidad, y la recepción en contra referencia de los pacientes
- Traslado de pacientes a otros niveles de complejidad

2.1.1 Selección de la Sede Centro para la Atención Básica Familiar

Cada afiliado deberá elegir la sede de atención donde desea recibir los servicios básicos familiares de acuerdo con la red ofertada de sedes, así:

- El afiliado que resida en la cabecera municipal deberá elegir su sede de atención en esa cabecera municipal, donde se le garantizarán las atenciones anteriormente descritas y se le suministrará la información necesaria para acceder al resto de la red de acuerdo a sus necesidades.
- Cuando el afiliado resida en el área rural y la dispersión poblacional le facilite en tiempo el acceso geográfico a una cabecera municipal diferente a la de su municipio de residencia, el afiliado podrá escoger para la atención básica una sede de atención del municipio más cercano, independientemente que esta pertenezca a su departamento o región.
- En el caso de requerir cambio de sede de atención para el afiliado o sus

beneficiarios, el usuario debe solicitarlo por escrito a la entidad contratista informando las causas y la sede de atención elegida dentro de la red ofertada por el contratista para continuar siendo atendido. Si la solicitud se dirige a cambio de prestador y región la región donde ha solicitado el cambio deberá remitir la solicitud a Fiduprevisora con el fin de ser estudiado su caso y la viabilidad de autorización.

En cada una de las sedes para la atención básica familiar se tendrá la custodia de la historia clínica y siempre que se presenten a estos centros de atención usuarios objeto de los programas establecidos en el plan de promoción y prevención se deben canalizar hacia estos.

2.2 ATENCIÓN BÁSICA FAMILIAR AMPLIADA

En las ciudades capitales y en todos los casos en que la oferta de servicios de salud así lo permita, los servicios de atención básica familiar se conformarán adicionalmente a los servicios de promoción y prevención, de atención básica médica y odontológica, de atención domiciliaria y de urgencias, a los servicios farmacéuticos, a los servicios de referencia y contra referencia, por servicios médicos especializados en pediatría y ginecología y obstetricia, así como por servicios de apoyo diagnóstico correspondientes a laboratorio clínico e imagenología de primer nivel .

En las grandes ciudades y en otras ciudades que así lo permite la oferta, la selección de la sede de atención se realizará de acuerdo con lo establecido en el numeral anterior.

2.3 OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS

Para dar atención integral a los usuarios y beneficiarios del FNPSM, los servicios de atención básica familiar serán complementados por los siguientes servicios ambulatorios: Consulta de Medicina especializada diferente a pediatría y Ginecobstetricia; Consulta Odontológica Especializada; y servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

2.4 LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Los servicios hospitalarios serán cubiertos en todos los niveles de complejidad de acuerdo con la patología del paciente, lo que incluye hospitalización en casa.

2.5 LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Los servicios quirúrgicos serán cubiertos en todos los niveles de complejidad de acuerdo con la patología del paciente.

2.6 LOS SERVICIOS DE ALTO COSTO

Los servicios de alto costo se prestarán de forma integral en todos los niveles. Para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y VIH SIDA, la atención se prestará de acuerdo con las Guías de atención basadas en la evidencia establecidas por el Ministerio de la Protección Social.

2.7 LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS

Los servicios farmacéuticos se brindarán de acuerdo con todos los servicios contenidos en este Plan.

2.8 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El sistema de referencia y contra referencia es el conjunto de procesos administrativos y asistenciales que permiten garantizar el acceso de los usuarios a los servicios requeridos en los diferentes niveles de complejidad acorde con las condiciones de cada población, ciudad o área metropolitana o distrital.

El contratista debe garantizar la implementación de mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contra referencia ajustado a las directrices y parámetros de las normas legales que regulan la materia y a los que determine FIDUPREVISORA S.A. Estos mecanismos deben ser ágiles, oportunos y deben estar ampliamente divulgados a toda la población usuaria.

El modelo de referencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad y suficiencia; para lo cual los niveles de complejidad deben tener una capacidad de respuesta adecuada y suficiente. La referencia a la red propia o contratada no exonera al contratista de la responsabilidad clínica del paciente.

Aún cuando el acceso a los servicios de salud siempre son por el primer nivel y por el servicio de urgencias, en donde un profesional en medicina general o familiar origina una remisión o una orden de servicio, la respuesta del procedimiento administrativo de autorización, debe ser ágil y sencillo y para que la remisión sea oportuna, no debe tener un control previo de remisiones que retrase la oportunidad de acceder al servicio. Las remisiones y órdenes de servicio del segundo o tercer nivel, no requerirán controles previos por un comité de remisiones o por la jefatura médica siempre y cuando sean realizados por personal de la red presentada por el contratista.

Si en la Región del contratista no se cuenta con servicios suficientes para garantizar el manejo integral del paciente, el contratista debe contratar los servicios con instituciones del país por fuera de su influencia geográfica. La referencia a otros centros de atención de nivel nacional, se realizará cuando se requiera a juicio de los

médicos tratantes adscritos a red ofertada por el contratista, ya sea para: consulta especializada, hospitalización, cirugía y otros.

2.8.1 SUBPROCESOS DEL SISTEMA

Por su parte, dentro del sistema de Referencia y Contrarreferencia encontramos varios subprocesos que pueden explicarse de la siguiente manera:

2.8.1.1 REFERENCIA

Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente, de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

2.8.1.2 INTERCONSULTA

Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

2.8.1.3 CONTRARREFERENCIA

Consiste en que luego de que un usuario es remitido del primer o segundo nivel a cualquiera de los otros niveles, debe, una vez practicados los procedimientos requeridos, regresar al nivel inicial (I o II Nivel), previo diligenciamiento de un registro en la historia clínica, con el fin de garantizar la continuidad en su atención médico asistencial.

Tanto la remisión, como la interconsulta y la contrarreferencia requieren de una respuesta documentada en la historia clínica del paciente, con el fin de no perder la continuidad de su historial médico. Es de resaltar que todo accionar médico debe quedar documentado en la Historia Clínica como soporte de su realización y posterior reconocimiento.

Para garantizar el óptimo funcionamiento del proceso de referencia y contrarreferencia, se requiere de la existencia de un grupo de profesionales dedicado exclusivamente a ejercer control sobre los procesos, generar políticas sobre la pertinencia y racionalidad técnico-científica del uso de los recursos disponibles en la región donde se presten, con el fin de que se cumplan los

estándares exigidos y se dé cabal cumplimiento al contrato.

El contratista no estará obligado a garantizar atenciones fuera el territorio nacional.

2.8.1.4 ATENCIÓN DE USUARIOS CON RADICACIÓN PERMANENTE FUERA DE LA REGIÓN SEDE

Teniendo en cuenta que existen beneficiarios que por fuerza mayor residen por fuera de la región del afiliado activo o pensionado, aquellos deberán inscribirse, para efectos de recibir la prestación de servicios, con el oferente a cargo de la región de residencia.

2.8.1.5 ATENCIÓN DE USUARIOS RESIDENTES EN ÁREAS RURALES CON GEOREFERENCIACIÓN A OTRA REGIÓN

Los afiliados y sus beneficiarios que residen en áreas rurales dispersas, donde el punto de acceso geográfico más cercano sea otro municipio de otra región, podrán escoger, como prestador de sus servicios, al oferente de esta última.

SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud son el conjunto interrelacionado de capacidades tecnológicas, científicas, técnico-administrativas, financieras y de suficiencia patrimonial dispuestos para resolver los problemas de salud específicos de los afiliados y sus beneficiarios con características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad que den respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios.

Para la organización y participación de los profesionales responsables de las atenciones, el contratista auspiciará, por todos los medios a su alcance, su participación activa y consciente en la planeación, organización y funcionamiento de los servicios de salud, como mecanismo coadyuvante para lograr un alto nivel de calidad que redunde en la prestación de buenos servicios y una dinámica de mejoramiento continuo y de capacitación para los profesionales.

El servicio que se presta a los afiliados y beneficiarios debe ser integral, en el sentido que debe incluir todo tipo de atenciones, tecnologías y servicios disponibles en Colombia, que se requieren para conservarlos sanos o para recuperarlos de las afecciones que se presenten.

1. ÁMBITOS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN

El Plan se prestará en los ámbitos ambulatorio, domiciliario, de urgencias y hospitalario. Los ámbitos hacen referencia a la ubicación funcional de realización del procedimiento.

2. LUGARES DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN

Los servicios contenidos en el Plan se prestarán en la red de servicios conformada por todos los Prestadores de Servicios de Salud ofertados por el contratista, que cumplirán con las normas de habilitación exigidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. (Ver Apéndice 4 A del presente Pliego de Condiciones)

3. CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN

Los Servicios de Salud del Plan se prestarán dentro del marco establecido del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo remplacen, adiciones o modifiquen), por lo que estarán sujetos a los estándares de calidad y a las auditorías establecidas en el Apéndice 4 de estos términos de referencia y a la normatividad vigente.

El diligenciamiento y manejo de la historia clínica, se ajustará a las normas expedidas por el Ministerio de la Protección Social y a lo establecido en el Apéndice 4A de este Pliego de Condiciones. La historia clínica debe ser sistematizada y conectada en tiempo real con todos los municipios que tengan una población superior a cien mil (100.000) habitantes

4. CONFORMACIÓN DEL PLAN

El Plan de Atención en Salud para el Magisterio está conformado por los servicios de salud que se indican en el presente pliego de condiciones.

5. CONTENIDOS DEL PLAN

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 la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad y de atención y 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.

5.1 PLAN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Son las acciones, planes y programas desarrollados integralmente con el fin de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad permitiéndoles un estado saludable, un desarrollo humano y pleno disfrute de la prolongación de la vida en condiciones de respeto mutuo y convivencia pacífica familiar y comunitaria.

Se tendrán en cuenta los programas preventivos de acuerdo a las normas técnicas y guías de atención basadas en la evidencia de 2007 que actualizan las establecidas en la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, las demás normas que la modifiquen o actualicen y los demás servicios establecidos por estos términos. Por lo cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Igualmente se aplicará todo lo concerniente al Decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud pública, y Resolución 425 de 2008, en especial en lo relacionado con sus propósitos, así como demás normas que las remplace, complementen y modifiquen.

La realización de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad serán efectuadas a la población con el recurso humano y las metas mínimas establecidas en la programación de la matriz del Apéndice 3 A para pago por evento. Por otra parte, para las demás actividades establecidas en la Resolución 412 de 2000, las cuales se realizarán con cargo a la cápita, se entregarán al prestador la matriz de actividades al momento del inicio del contrato de acuerdo al número de usuarios, estas contribuyen a alcanzar las metas de salud pública establecidas para el país. En todos los casos, los programas se inician con una consulta de primera vez que incluye un examen médico u odontológico, para determinar el estado de salud e identificar los riesgos y referenciarlo al programa que requiera el afiliado o beneficiario.

En los casos de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus e hipercolesterolemia, las actividades establecidas en la matriz del Apéndice 3 A solo se reconocerán en uno solo de los programas.

Adicionalmente, se deberán implementar estrategias de demanda inducida y que garanticen a los afiliados y sus beneficiarios el acceso a las actividades del Plan de Promoción y Prevención, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud.

5.1.1 Objetivo del Programa

Desarrollar y adoptar en forma obligatoria actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de

protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, emanadas por parte del Ministerio de Protección Social.

5.1.2 Protección específica

Se adoptan las normas técnicas basadas en la evidencia así:

- Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Atención Preventiva en Salud Oral
- Atención del Parto
- Atención al Recién Nacido
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

Las acciones preventivas en salud oral se integrarán al programa de clínica del sano de acuerdo los lineamientos de Fiduprevisora S.A.

5.1.3 Detección temprana

Se adoptan las normas técnicas basadas en la evidencia que se enuncian a continuación:

- Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años);
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años);
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo;
- Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años);
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino;
- Detección temprana del cáncer de seno;
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

El programa de detección de las alteraciones de la agudeza visual incluye el suministro de lentes a los usuarios que lo requieran y será por una vez cada año. Cuando el usuario presente alteraciones progresivas en su salud visual, después del primer suministro de lentes, se autorizará el cambio de lentes cada vez que sea ordenado por el profesional adscrito a la entidad.

Los lentes de contacto se suministrarán en los casos clínicos que se requieran,
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUPREVISORA S.A.

certificados por el profesional tratante adscrito y que estén indicados en el tratamiento de la patología en el marco de la racionalidad lógico científica, no obedeciendo a criterios estéticos.

Adicionalmente, se cubre un auxilio para suministro de monturas equivalente al 10% de un salario mínimo mensual legal vigente por una vez durante la ejecución del contrato.

5.1.4 Guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública

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

Para la población objeto es decir menores de 5 años, se utilizará la estrategia AIEPI (atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia) como guía de abordaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes en la Infancia

Así mismo para la atención de la mujer embarazada y los menores durante la primera infancia, el contratista deberá cumplir con la política definida para la atención integral en salud y nutrición de las madres, niños y niñas de la primera infancia, en donde se contemplen los 10 pasos de IAMI para la prevención, promoción y atención de la salud y la nutrición materna e infantil con calidad y calidez a través de intervenciones integrales (Estrategia IAMI (instituciones amigas de la mujer y de la Infancia)

5.1.5 Vigilancia y control

Fiduprevisora S.A., realizará las actividades de vigilancia y control del cumplimiento de las actividades de Promoción y Prevención establecidas en este programa, sin perjuicio de las actividades de vigilancia y control que realicen otras entidades del orden nacional o territorial, según lo establecido en el artículo 18 del Acuerdo 117 del CNSSS.

5.1.6 Seguimiento y monitoreo permanente

Para el seguimiento y el fortalecimiento de la gestión en salud, en relación con las

acciones del Plan de promoción y prevención, se adopta el Anexo No 2 "indicadores de gestión" de la resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Salud, con las metas establecidas en el Apéndice No. 4 A de este Pliego de Condiciones y los lineamientos establecidos en el Anexo Técnico 5-2000 de la resolución 0412 de 2000 del Ministerio de Salud "Sistema de Fortalecimiento de Gestión frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública".

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

5.1.7 Requerimientos para el seguimiento y evaluación de ejecución de las actividades de demanda inducida y obligatorio cumplimiento

El informe de gestión trimestral Se deberá enviar a Fiduprevisora S.A., dentro de los quince días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre, en forma impresa y en medio magnético, de acuerdo con el Anexo No 3 de la Resolución 3384 de 2000 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".

5.2 SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GENERAL

Son las actividades, intervenciones, procedimientos e insumos necesarios para la atención integral de los problemas de salud de los afiliados del fondo en los diferentes niveles de complejidad,

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

5.2.1 Atención básica familiar

5.2.1.1 Atención básica médica familiar

Para la atención básica médica familiar se asignará a los afiliados y su familia un médico especialista en medicina familiar o un médico general con enfoque en medicina familiar asesorado y supervisado por un médico especialista en medicina familiar, en aquellos casos en los que por oferta de la especialidad sea imposible cumplir, por lo menos con una continuidad de la atención de mínimo seis meses.

El médico familiar responderá en último caso por el adecuado estado de salud de cada

uno de los usuarios asignados a él; realizará las actividades de consulta médica general y tratamientos médicos y será el encargado de las referencias de pacientes sin restricciones al segundo nivel de especialidades básicas y de recibir los pacientes en contrarreferencia. La formulación de medicamentos estará sujeta al tipo de patología y no tendrá restricciones.

5.2.1.2 Atención domiciliaria

Es la atención que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales, previa inscripción, con el apoyo de personal médico o paramédico y la participación de su familia y con los recursos necesarios para brindar una atención con calidad.

Se brindará por el médico familiar o el médico asignado para estos programas y de acuerdo a Guías de Atención Integral adoptadas o establecidas por el contratista para tal fin.

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.

5.2.1.3 Atención de urgencias

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

Igualmente se deben atender las urgencias de los afiliados y beneficiarios de otras regiones que requieran este tipo de atención previa acreditación de sus derechos a través del documento de identidad o carné de afiliación, facturando los servicios prestados a las tarifas definidas por la normatividad vigente en este tipo de servicios, cuando no media convenio o contrato con dicha institución.

La atención de urgencias debe ajustarse a los siguientes aspectos:

- Para la atención de urgencias diferente a la vital, el usuario acreditará sus derechos con la presentación documento de identidad, los datos complementarios serán diligenciados por el acompañante del paciente y el usuario será directamente atendido por el médico de urgencias. En todos los casos la atención de urgencias será oportuna e integral, es decir, se deben realizar la totalidad de actividades, procedimientos e intervenciones y suministrar la totalidad de los medicamentos e insumos, ordenados por el médico

tratante de forma inmediata.

- El médico de urgencias realizará la atención en un consultorio, donde diligenciará un formato de historia clínica de urgencias
- En los casos en que el usuario quede en observación, ésta no debe ser mayor a veinticuatro horas, tiempo límite para que se le defina conducta.

Urgencias por fuera de la red

Cuando el usuario haga uso de una red de servicios distinta a la que el contratista haya establecido para el manejo de estos casos, por razones claramente documentadas y justificadas por la entidad tratante o en caso de una urgencia vital, le serán reembolsados los costos de dichas atenciones, siempre y cuando estén dentro de las coberturas previstas. Se debe cumplir con lo definido en el Decreto 4747 de 2007, en relación con el sistema de autorizaciones, referencia y contrareferencia y disponibilidad 24 horas de Call Center entre otras cosas. Los costos de la atención de la urgencia justificada alternativamente, puede ser recobrada por la IPS al Contratista de la Región del Usuario, máximo a tarifas SOAT

5.2.1.4 Atención básica odontológica

La atención odontológica básica es la primera instancia de tratamiento odontológico, que estará constituido por odontólogos generales, los auxiliares de servicios asistenciales y los higienistas orales.

Para el cuidado odontológico básico las actividades centrales serán: La consulta básica; los tratamientos odontológicos de operatoria, endodoncia, odontopediatría (0 - 12 años de edad), periodoncia y cirugía; y la atención de urgencias odontológicas. Las cuales se definen así:

- Urgencias odontológicas para la solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos.
- Operatoria: restauraciones con amalgama, ionómero de vidrio o resinas de fotocurado, entre otras.
- Endodoncia: unirradicular, birradicular o multirradicular.
- Odontopediatría: resina, sellante, ionómero, aplicación tópica de flúor, frenilectomías y exodoncia de temporales, entre otras
- Cirugía: exodoncia simple y quirúrgica, intervenciones y procedimientos de las especialidades de cirugía oral, maxilofacial (funcional) y dental.

- **Periodoncia:** Examen clínico de tejidos periodontales. Mantenimiento en salud al paciente tratado sano de bajo riesgo de reinfección. Atención de casos especiales como pacientes de alto riesgo de infección y reinfección. Pacientes de difícil control por falta de compromiso con el tratamiento, mala higiene bucal, pacientes médicamente comprometidos especialmente con inmunidad disminuida. Terapias a largo plazo. Cirugía periodontal reconstructiva y resectiva que incluye los insumos y materiales necesarios como por ejemplo hueso

Los controles deben ser fijados de acuerdo con la patología y el tratamiento instaurado. El plazo para lograr un tratamiento terminado es de dos meses siguientes a su iniciación, salvo situaciones clínicas que ameriten otra conducta.

5.2.1.5 Suministro de medicamentos

Se deberán suministrar la totalidad de los medicamentos aprobados por el INVIMA o la entidad que haga sus veces y los medicamentos incluidos en el decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles), cumpliendo con todos los estándares de calidad por los que propende el sistema y que hayan sido formulados por los médicos del servicios de promoción y prevención, familiares, domiciliarios y de urgencias y por el odontólogo general, en las sede para la atención básica familiar en el que esté inscrito el afiliado.

Los medicamentos formulados, en principio deberán ser formulados bajo denominación común internacional y su entrega podrá ser bajo presentación genérica o comercial de acuerdo a la disponibilidad en el país por lo que no hay lugar a la realización de Comités técnico científicos.

Se deberá garantizar la entrega inmediata de todos los medicamentos formulados a los usuarios, sin cambio de los medicamentos por parte de los funcionarios de farmacia, en especial aquellos que se derivan de los servicios de urgencias, programas de promoción y prevención, egresos hospitalarios y postquirúrgicos, y atención domiciliaria en los que se tiene la identificación de los pacientes y de sus necesidades terapéuticas.

Cuando se generen medicamentos pendientes, su entrega se realizará dentro de las 24 horas siguientes de un día hábil a la formulación del mismo como caso excepcional. El contratista debe presentar un indicador de faltantes o pendientes al FNPSM y hacerle seguimiento mensual, para el cumplimiento de metas.

En caso de no entregar los medicamentos dentro de las 24 horas, el afiliado al FNPSM o los beneficiarios lo podrán comprar y será reembolsado el total del costo por el Contratista, a través de recobro soportado con original de la fórmula médica expedida por cualquier IPS o médico que pertenece a la red del prestador, con el pendiente de la farmacia y la factura original.

5.2.1.6. Traslado de pacientes:

Los traslados de los pacientes tienen el objetivo de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios y el acceso integral en todos los niveles de atención y

se dan como consecuencia de las remisiones que haga el médico tratante del prestador.

La cobertura de los traslados es la siguiente:

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

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

5.2.1.6.1. Reglas para el traslado de pacientes:

El traslado de pacientes se hará por medio de transporte terrestre, fluvial o aéreo suministrado por el contratista, ida y vuelta.

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, 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 de su municipio de origen
- Entre los municipios conurbados, las áreas metropolitanas y la capital; o Cuando el costo del transporte sea menor o igual a un (1) salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) por trayecto

En los casos de menores de quince (15) añoso 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

contratista.

En los casos en que el docente o sus beneficiarios, NO deseen recibir un servicio habilitado ó prestado por el contratista en el municipio de residencia, el usuario deberá asumir el valor del transporte y de los servicios y se deberá dejar constancia escrita de esa decisión por parte de la entidad contratista y el usuario o su acudiente, en la historia clínica o en algún documento que así lo soporte.

El contratista se obliga a presentar dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, la relación de los pacientes remitidos por fuera del municipio de origen, en el formato establecido por el FNPSM.

5.2.1.6.2 La referencia y contrarreferencia de pacientes

La referencia de pacientes a otros niveles de mayor complejidad y la recepción en contrarreferencia de los pacientes la realiza el médico familiar, de urgencias o el odontólogo general según el caso, acorde con los lineamientos establecidos en el pliego.

5.2.2 Atención básica familiar ampliada

Además de las coberturas establecidas en la atención básica familiar se exigen las que se relacionan a continuación:

5.2.2.1 Atención médica especializada en ginecología y obstetricia

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 implementará el modelo de consulta y lo divulgará oportunamente.

El control del embarazo se hará de conformidad con lo estipulado en los protocolos y guías de manejo establecidas por el Ministerio de Protección Social o de acuerdo con los desarrollos de la ciencia médica en materia de control prenatal, atención de parto y posparto. Será de obligatorio cumplimiento la adopción de ficha CLAP.

La atención del parto la realizará el especialista en los casos de embarazo de mediano y alto riesgo y en todos los casos en las ciudades capitales y en las que se encuentre disponibilidad de estos servicios de acuerdo con la evaluación de riesgo y de conformidad con lo estipulado en los protocolos y guías de manejo establecidas por el Ministerio de Protección Social o con los desarrollos de la ciencia médica en materia de control prenatal, atención de parto y posparto.

5.2.2.2 Atención médica especializada en pediatría

En los municipios de la región donde exista oferta de la consulta de pediatría, esta consulta no requerirá referencia de médico general, 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.

El control de crecimiento y desarrollo se realizará de acuerdo con lo estipulado en los protocolos y guías de manejo establecidas por el Ministerio de Protección Social o de acuerdo con los desarrollos de la ciencia médica en materia de crecimiento y desarrollo.

5.2.2.3 Servicios de apoyo diagnóstico

Como parte de los servicios de apoyo diagnóstico se programarán y ejecutarán todos los procedimientos que se requieran para complementar el diagnóstico del paciente que incluye: procedimientos y estudios de laboratorio clínico y patológico e imagenología del primer nivel de complejidad.

5.2.3 Otros servicios ambulatorios

5.2.3.1 Atención médica especializada de II Y III nivel

Estos servicios están conformados por las diferentes especialidades y subespecialidades médicas. El contratista debe disponer de todas las especialidades y subespecialidades que le permitan garantizar de manera óptima y oportuna la prestación de los servicios objeto del contrato. Si existe oferta de especialidades en cualquiera de los municipios diferentes a los establecidos en la red mínima exigida, se deberá garantizar la prestación de los mismos en dichas zonas del país.

Si estando el contrato en ejecución se habilita por parte de la entidad competente, un servicio con el que no se contaba en la red mínima exigida y presentada al momento de participar del proceso de selección, el contratista deberá adicionarlo a su red.

Los servicios de salud ocupacional estarán disponibles como cualquier otro servicio en todas las capitales de los departamentos para la atención de las enfermedades de origen profesional.

Los servicios de medicina alternativa estarán disponibles como cualquier otro servicio médico especializado, siempre y cuando sean ofertados por el contratista, realizadas por médicos reconocidos por el Ministerio de Protección Social, acreditados para ejercer dichos servicios y previo consentimiento escrito por parte del paciente. Los medicamentos y procedimientos que se deriven de esta atención serán a cargo del usuario.

5.2.3.2 Atención odontológica especializada

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

5.2.3.3 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 que se requieran para complementar el diagnóstico y el tratamiento de los paciente, entre otros:

- Nutrición y dietética
- Terapias y consejería psicológica
- Ortóptica y pleóptica
- Aplicación de tratamientos y productos biológicos
- Suministro y aplicación de sangre y sus derivados
- Laboratorio clínico, general y especializado
- Imagenología rayos X general y especializada, ultrasonido o ecografía, gammagrafía.
- Electro diagnóstico: electrocardiogramas, electroencefalogramas, Hollter, respuestas evocadas, entre otros.
- Exámenes especializados: Según recomendación del especialista de la red y con la tecnología de punta que esté aprobada por las sociedades científicas y que se realicen en Colombia.

Cualquier complementación terapéutica, tales como vendajes, sondas, material para colostomías y cystofló, estará incluido dentro del Plan, siempre que se cumplan con atributos de calidad y racionalidad técnico científica.

5.2.3.4 Servicios de rehabilitación

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

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

El médico especialista en rehabilitación o fisioterapia orientará, prestará la asistencia y supervisará, según el caso, las actividades de rehabilitación.

5.2.4 Servicios hospitalarios

Los servicios hospitalarios serán cubiertos en todos los niveles de complejidad de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de acuerdo con la oferta y los niveles de atención de los servicios. En la hospitalización se incluyen todos los servicios que se necesiten y deriven de ésta para dar atención integral al paciente, al igual que las unidades de cuidados básicos, intermedios y especiales.

El paciente hospitalizado debe estar a cargo de un especialista tratante, en ausencia de este, asumirá otro médico especialista y solamente se delega el cuidado intrahospitalario a un médico general debidamente acreditado, en casos en los que sea imposible disponer de recurso especializado.

La hospitalización se garantizará en habitaciones unipersonales de conformidad con lo señalado en el presente pliego de condiciones, de todas maneras, de no contarse con recursos en el municipio de origen de habitación individual se hospitalizará en habitación bipersonal.

La hospitalización de pacientes requerirá de un consentimiento informado firmado por el paciente para ser sometido al tratamiento hospitalario o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que se requieran para preservar, mejorar o restaurar la salud del paciente.

En caso de un beneficiario menor de edad o de adultos con deterioro mental o imposibilidad para actuar por sí mismos, el afiliado, o en su defecto un adulto representante del paciente, firmará el respectivo consentimiento informado. El consentimiento debe ser diligenciado en un formato, observando las especificaciones definidas en las normas que lo regulan.

La hospitalización domiciliaria de cualquier nivel está cubierta, se brindará bajo el

FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUPREVISORA S.A.

marco de un programa adoptado o establecido por el contratista para tal fin, con el apoyo del médico del programa, el personal paramédico y la participación de su familia, con los recursos necesarios para brindar una atención de calidad.

5.2.5 Servicios quirúrgicos

Los servicios quirúrgicos serán cubiertos en todos los niveles de complejidad de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de conformidad con la oferta y los niveles de atención de los servicios, 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.

Se deben garantizar las intervenciones quirúrgicas inmediatas en caso de urgencias, y en caso de cirugías programadas ambulatorias u hospitalarias en un término no mayor a 20 días hábiles posterior a la solicitud del médico especialista y para las actividades de cuarto nivel de complejidad según el artículo 21 de la Resolución 5261 de 1994, 20 días hábiles contados a partir del día de aprobación en la junta médico quirúrgica, la cual debe reunirse como mínimo dos veces al mes. Sólo en casos en que el paciente solicite aplazamiento, ésta podrá postergarse siempre y cuando exista evidencia escrita firmada por el paciente en la historia clínica, al igual que el registro de los posibles riesgos de ésta decisión firmados por el médico tratante. Todo lo anterior siempre y cuando no sea un procedimiento urgente o prioritario, para lo cual se debe dar la orden e intervenir inmediatamente.

Las intervenciones quirúrgicas de pacientes requieren de un consentimiento informado suscrito por el paciente para ser sometido al procedimiento que se requiere para preservar, mejorar o restaurar la salud. En caso de un beneficiario menor de edad o de adultos con deterioro mental o imposibilidad para actuar por sí mismos, el afiliado, o en su defecto un adulto representante del paciente, firmará el consentimiento. Dicho consentimiento deberá ser diligenciado en un formato y según especificaciones definidas por las normas que lo regulen salvo en los casos de urgencia o impotencia absoluta del paciente.

Hacen parte de las coberturas del Plan las cirugías de índole reconstructiva, prótesis y ortodoncia encaminadas a restaurar la integridad perdida por enfermedad profesional o accidente de trabajo, para los docentes.

5.2.6 Servicios de alto costo

Los servicios de alto costo se prestarán de manera integral en todos los niveles, por lo que incluye cualquier procedimiento que se realice o pueda realizarse en el país, avalado por las sociedades médicas acreditadas en Colombia, y basado en la evidencia científica disponible y documentada en la literatura médica.

Todas las actividades de alta complejidad, estarán incluidas dentro del plan de

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

Harán parte de estos servicios:

- Quimioterapia y Radioterapia para oncología
- Tratamiento integral del VIH
- Gran quemado
- Trauma Mayor
- Diálisis, Hemodiálisis para Insuficiencia Renal Crónica
- Procedimientos Quirúrgicos de enfermedades congénitas
- Procedimientos Quirúrgicos del Sistema Nervioso Central
- Cirugía Cardiovascular y Grandes Vasos
- Trasplante de órganos
- Reemplazos articulares

A los pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH SIDA se les prestará la atención de acuerdo con las Guías de atención basadas en la evidencia establecidas por el Ministerio de la Protección Social.

Las atenciones derivadas de estos servicios, deberán ser reportadas en los 5 primeros días de cada mes en el formato que para tal efecto establezca FIDUPREVISORA S.A.

5.2.7 Servicios farmacéuticos

Se deberán suministrar la totalidad de los medicamentos que hayan sido derivados por cualquiera de los servicios contemplados en este Plan y en los Prestadores que conformen la red del contratista y que estén aprobados por el INVIMA o la entidad que haga sus veces, y los medicamentos incluidos en el decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles) provenientes de laboratorios con certificado de buenas prácticas de manufactura. El servicio debe cumplir con todos los estándares de calidad por los que propende el sistema.

Los medicamentos formulados, en principio deberán ser genéricos de conformidad a la normatividad vigente, pero de acuerdo con la justificación médico científica del especialista y oferta de mercado podrá ser en presentación comercial. No hay lugar a la realización de Comités técnico científicos para la autorización y entrega de medicamentos

en cualquiera de sus presentaciones.

Se deberá garantizar la entrega inmediata de todos los medicamentos formulados a los usuarios, en especial aquellos que se derivan de los servicios de urgencias y hospitalarios. En caso de medicamentos pendientes, la entrega de medicamentos se realizará dentro de las 24 horas siguientes al día hábil de la formulación del mismo como caso excepcional.

Se garantizará puntos de entrega de medicamentos derivados de la atención ambulatoria especializada ubicados, en los centros de atención familiar y acorde con el horario de funcionamiento de la sede.

5.2.8 Suministro de Tirillas para glucómetro

Se suministrarán las tirillas para glucómetro con un límite de 150 mensuales por usuario diabético insulino dependiente y 50 mensuales en los demás usuarios diabéticos en tratamiento.

5.3 EXCLUSIONES

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

- Tratamientos de infertilidad. Entiéndase como los tratamientos y exámenes cuyo fin único y esencial sea el embarazo y la procreación.
- Tratamientos y medicamentos relacionados con la disfunción sexual masculina y femenina.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios y los no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad.
- 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. Exceptuando los incluidos en el decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles)
- Tratamientos de ortodoncia.

- Tratamientos de rehabilitación oral.
- Tratamientos con Prótesis Dentales.
- Tratamientos para la obesidad, con fines estéticos, entendiéndose en estos las intervenciones de todo tipo que no sean indicadas para el tratamiento de la obesidad mórbida o los encaminados a restituir la funcionalidad endocrina de acuerdo a las Guías de Atención que se establezcan por el Ministerio de Salud o la Sociedad Científica.
- El contratista no podrá formular o suministrar medicamentos cuya comercialización haya sido suspendida por una autoridad competente a nivel nacional.
- 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, leches, cremas hidratantes, anti solares, drogas para la memoria o impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental. Los anti solares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente.
- Glucómetro, y calzado Ortopédico.
- Los pañales de niños y adultos.
- Medicamentos y procedimientos derivados de la atención por medicina alternativa
- Todo lo que no está explícitamente excluido se considera incluido

En caso de existir complicaciones posteriores a la realización de cualquier actividad, intervención o procedimiento derivados de las exclusiones del pliego de condiciones, el usuario asumirá los costos de la misma, ejemplo complicaciones de las Cirugías estéticas.

5.4 INDICADORES ADICIONALES

NOMBRE INDICADOR	FAMILIAS ASIGNADAS A MEDICO GENERAL
MEDICIÓN:	Asignación de familias a médicos de cabecera
FORMULA:	$[\text{Número Familias Asignadas a Médicos Generales}/\text{Población total de cotizantes}] * 100$
VALOR ESPERADO:	50% (Rango del 40 al 60%)
FRECUENCIA:	Mensual

NOMBRE INDICADOR	COBERTURA
MEDICIÓN:	Cobertura del Subprograma en la población general
FORMULA:	$[\text{Número inscritos a Control RCV}/\text{Población total}] * 100$
VALOR ESPERADO:	15% (Rango de 10 al 20%)
FRECUENCIA:	Mensual

NOMBRE INDICADOR	IMPACTO
MEDICIÓN:	Impacto del Subprograma en la población general
FORMULA:	$100 - [\text{Número hospitalizados por patologías de RCV}/\text{Población total}] * 100$
VALOR ESPERADO:	98,0% (Rango de 97 al 99%)
FRECUENCIA:	Mensual

TASA DE POLIMEDICADOS

- 1- Tasa de Polimedicados de pacientes crónicos/ total de pacientes crónicos: 5%
- 2- Tasa de Polimedicados de pacientes no crónicos 0%
- 3- Tasa de Polimedicados en el programa de Riesgo cardiovascular/ total de usuarios del programa de RCV: 5%

TASA DE POLICONSULTADORES

Número de pacientes del programa de crónicos que consultaron más de 12 veces al año o más de 3 veces durante el mes / Total de consultas de paciente crónico en el mes.

TASA DE RESOLUCION

Número de consultas enviadas a Especialistas de primera vez mes sobre el número de consultas del médico general