



PLIEGOS DE CONDICIONES

**CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS AFILIADOS AL
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y SUS
BENEFICIARIOS EN LA REGION 8**

CONVOCATORIA PÚBLICA - SELECCIÓN ABREVIADA No. 003 de 2008

ANEXO 7

SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

Bogotá, Diciembre de 2008

CONTENIDO

1. DEFINICIONES	1
2. OBJETIVOS	2
2.1 OBJETIVO GENERAL	2
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO	2
3. CARACTERÍSTICAS	3
4. RESPONSABLES	4
5. COMPONENTES	4
5.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	5
5.1.1 EN LA ESTRUCTURA	5
5.1.1.1 Normas para las instalaciones físicas	5
5.1.1.2 Programa de mantenimiento de equipos	6
5.1.2 EN EL PROCESO DE ATENCIÓN	6
5.1.2.1 Proceso individual atención	6
5.1.2.2 Procesos administrativos de atención	10
5.1.2.3 Proceso de selección y seguimiento a subcontratistas	12
5.1.3 EN LOS RESULTADOS	13
5.1.3.1 Efectos en el estado de salud del paciente	13
5.1.3.2 Evaluación de satisfacción de usuarios	13
5.2 INDICADORES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE ATENCIÓN	14
5.3 PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	17
5.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	20
5.5 SISTEMA DE PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	21
5.5.1 DEBERES DE LOS AFILIADOS AL FNPSM Y BENEFICIARIOS	21
5.5.2 MANUAL DEL USUARIO	22
5.5.3 OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	22
5.5.3.1 Condiciones de la Oficina de Atención al Usuario	22
5.5.3.2 Call center	22

5.5.4	INFORMACIÓN PARA LOS USUARIOS	23
5.5.5	ATENCIÓN DE QUEJAS	24
5.5.5.1	Objetivos	24
5.5.5.2	Competencia y responsabilidades	25
5.5.5.3	Clasificación de las quejas	26
5.5.5.4	Trámites para la atención de quejas	27
5.5.5.5	Documentos necesarios al presentar una queja	28
5.5.5.6	Seguimiento a las quejas atendidas por el contratista	28
5.5.6	SISTEMA DE CAPACITACIÓN	29
5.5.6.1	Proveedores	29
5.5.6.2	Cliente interno	30
5.5.6.3	Veedores	30
5.5.6.4	Afiliados al FNPSM y sus beneficiarios	31

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD PARA LOS AFILIADOS AL FNPSM Y SUS BENEFICIARIOS. COLOMBIA 2007	8
TABLA 2 LAS 15 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA PARA LOS AFILIADOS AL FNPSM Y SUS BENEFICIARIOS. COLOMBIA 2007	8
TABLA 3 LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN URGENCIAS PARA LOS AFILIADOS AL FNPSM Y SUS BENEFICIARIOS. COLOMBIA 2007	9
TABLA 4 LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN PARA LOS AFILIADOS AL FNPSM Y SUS BENEFICIARIOS. COLOMBIA 2007	9
TABLA 5 INDICADORES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DEL FNPSM	14
TABLA 6 CLASIFICACIÓN DE QUEJAS	26

ANEXO 7 SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

El contratista debe responder de manera integral por el manejo del riesgo y la garantía de los servicios médicos asistenciales incluidos en estos Términos, por tanto será responsable de la atención en salud de la población asignada de acuerdo con las coberturas del Plan de Atención en Salud del Magisterio.

Para la prestación adecuada del servicio el contratista buscará la satisfacción de las necesidades de salud de los afiliados al FNPSM y beneficiarios, mediante el cumplimiento, entre otros, de los siguientes parámetros:

- La prestación de servicios ajustado a estándares de calidad e indicadores exigidos por el contratante.
- La implementación de una dinámica de mejoramiento continuo en el sistema de prestación de servicios.
- Promoción del compromiso responsable y la participación activa de los afiliados al FNPSM y beneficiarios en el mantenimiento y cuidado de su salud en el proceso de atención.

El contratista, atenderá las necesidades de salud de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios, según la oferta que presente durante el proceso de convocatoria, respondiendo a los estándares exigidos, además de las condiciones establecidas en los Términos de Referencia y las normas vigentes con el fin de responder de manera integral por el manejo del riesgo y la garantía de los servicios médico asistenciales

Para el desarrollo de los servicios médico asistenciales el contratista contará dentro de la organización administrativa y funcional que se establezca con un Sistema de Garantía de la Calidad en Salud.

1. DEFINICIONES

El Sistema de Garantía de la Calidad en Salud. Es el conjunto procesos, procedimientos y acciones sistemáticas que se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud centrados en el usuario, con que debe contar el contratista. La implementación del Sistema permite generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud, a través del ciclo de planear, hacer, verificar y actuar.

Calidad de la atención de salud. Es la provisión de servicios de salud individuales y colectivos, a los afiliados al FNPSM y beneficiarios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos afiliados al FNPSM y beneficiarios.

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los afiliados al FNPSM y beneficiarios.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Asegurar el mejoramiento continuo de la calidad y aportar al mejoramiento de la salud y la satisfacción de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios, con un uso eficiente de los recursos y una adecuada gestión.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO

- ✓ Garantizar la calidad de los servicios de salud que se prestan a los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios, en términos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad.
- ✓ Promover un proceso permanente de mejoramiento y calidad de los servicios de salud prestados.
- ✓ Detectar y corregir los comportamientos que afectan negativamente los resultados del proceso de atención en salud.
- ✓ Implementar acciones que reduzcan el delta entre la calidad esperada y la calidad observada de los procesos priorizados.

3. CARACTERÍSTICAS

Las características que debe cumplir este Sistema Garantía de Calidad en Salud son:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los afiliados al FNPSM y beneficiarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los afiliados al FNPSM y beneficiarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
6. **Integralidad.** Es la satisfacción adecuada a las necesidades de salud de los afiliados y beneficiarios mediante el suministro de los recursos indispensables para atenderlas de manera integral, en sus aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación y de asistencia social.
7. **Calidad Humana.** Dimensión de la calidad, la cual enmarca el aspecto humanístico en el proceso individual de atención, tanto en la parte administrativa como en la asistencial.
8. **Amenidades.** Se relaciona con las comodidades o condiciones mínimas en la que se prestan los servicios, las que deben generar los requisitos de contexto que favorezcan la adherencia del usuario al tratamiento y el mejoramiento de su situación de salud. Es todo el contexto de la atención, las características de las instalaciones físicas, la comodidad en

el diseño del servicio, el ruido, la funcionalidad, la intimidad, la seguridad etc.

4. RESPONSABLES

El contratista debe diseñar y aplicar un sistema de garantía de la calidad en salud, el cual tendrá una coordinación encargada de la implementación, desarrollo y evaluación del Sistema y los siguientes comités:

- ✓ Comité de calidad
- ✓ Comité de trabajo primario

5. COMPONENTES

El Sistema de Garantía de la Calidad en Salud tiene los siguientes componentes:

1. **El Sistema Único de Habilitación.** Está relacionado con el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los afiliados al FNPSM y beneficiarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios
2. **La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.** Está relacionado con el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar sobre las condiciones y requisitos con los que debe cumplir el contratista para alcanzar y superar los estándares de calidad exigidos en estos Pliego de Condiciones y evitar o prevenir posibles riesgos que afecten el cumplimiento de los fines esenciales de la atención en salud, como son la mejoría de la condición de salud perdida y la satisfacción de las expectativas y necesidades de salud de los afiliados al FNPSM y beneficiarios del sistema.
3. **El Sistema de Información para la Calidad.** Tiene como objeto estimular la competencia por calidad entre los diferentes contratistas y al mismo tiempo, permita orientar a los afiliados al FNPSM en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los contratistas, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer el derecho de libre elección.

4. **El Sistema de Atención al Usuario.** Busca atender todas las inquietudes, planteamientos y necesidades del usuario y traducir todas sus expectativas y necesidades en estándares operativos del servicio, de tal forma que se dé una atención accesible, oportuna e integral.

5.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

El servicio y atención de salud que se ofrece, deben tener las siguientes características:

5.1.1 En la estructura

El recurso humano, las instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales, interdependencia de servicios, referencia y contrarreferencia y seguimiento a riesgos son los nueve estándares establecidos por el Ministerio de Protección Social que deben cumplir las IPS para la prestación de los servicios de acuerdo con el nivel de complejidad.

El contratista debe garantizar que las instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos funcionen con niveles adecuados de calidad, según los atributos de calidad definidos a continuación:

- ✓ **Adecuación.** Debe existir concordancia entre lo disponible y lo necesario. Esto es una relación armónica oferta - demanda en Términos de adecuación funcional, técnica y de volumen.
- ✓ **Seguridad.** Para garantizar el control de riesgos de accidente a los afiliados al FNPSM y beneficiarios, que podrían ser ocasionados por el estado de las instalaciones físicas, los equipos y en general por los elementos y materiales dispuestos en los centros de atención.
- ✓ **Comodidad.** Todas las instalaciones físicas de las unidades de atención deben tener espacios para circulación adecuados, espacios amplios y ventilados, buena iluminación, mínimo ruido, privacidad en la atención y en general condiciones agradables.

5.1.1.1 Normas para las instalaciones físicas

Las condiciones físicas que deben reunir, en cuanto a construcción y dotación, los consultorios, salas de hospitalización, quirófanos, farmacias, laboratorios y

demás dependencias asistenciales se ajustarán a las normas técnico administrativas que defina el Ministerio de Protección Social, teniendo en cuenta el volumen de actividades y los niveles de complejidad de la atención.

Las normas técnico administrativas de que se trata, hacen referencia, entre otros aspectos, a la ubicación, el espacio, la temperatura y la iluminación de las instalaciones, así como a las características de los equipos, propiciando unas condiciones ambientales adecuadas que faciliten la accesibilidad y la oportunidad de las atenciones y que procuren la comodidad y seguridad de los afiliados al FNPSM y beneficiarios.

La infraestructura física y arquitectura hospitalaria, deben ser concordantes con las normas vigentes que regulan la materia.

5.1.1.2 Programa de mantenimiento de equipos

El proponente a quien le sea adjudicado el contrato adelantará en las IPS propias un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos orientado a garantizar que en la red propia y subcontratada se adelanten las acciones pertinentes y necesarias para el óptimo funcionamiento de los mismos y la garantía de resultados confiables de su uso.

En los casos de red contratada, realizará el seguimiento y monitoreo del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.

5.1.2 En el proceso de atención

Corresponde a la aplicación de conocimientos y destrezas de los agentes que participan en la prestación de los servicios salud, en la atención de los problemas físicos o emocionales de los afiliados al FNPSM y beneficiarios.

5.1.2.1 Proceso individual atención

El proceso individual de atención es el más importante en la dinámica de prestación de servicios, en cuanto se relaciona directamente con el mejoramiento en la situación de salud y la satisfacción del usuario.

Depende fundamentalmente de que al usuario se le garanticen las condiciones mínimas de comodidades en las instalaciones en que se prestan los servicios, las cuales deben generar unos requisitos de contexto que favorezcan la adherencia del usuario al tratamiento y el mejoramiento de su situación de salud. Es todo el contexto de la atención, las características de las instalaciones físicas, la comodidad en el diseño del servicio, el ruido, la

funcionalidad, la intimidad, la seguridad etc.

Igualmente, se refiere a la existencia de unas adecuadas relaciones interpersonales que se dan por la capacidad del profesional de la salud, para lograr la empatía necesaria con el usuario y en consecuencia su cooperación con el tratamiento, se ajusta a las variables culturales y a condiciones propias de cada persona. Se conoce como el arte del cuidado y compromete la sensibilidad y en general los principios y valores de la práctica médica.

También es indispensable que en el proceso individual de atención, la práctica médica se ajuste a parámetros de racionalidad lógico - científica. Por lo tanto, el contratista debe implementar normas técnicas, protocolos o guías de atención de las principales y más frecuentes patologías.

Por último, pero no menos importante es la dimensión humana de la atención que integra factores que se relacionan con el trato personal, el respeto, la información, la capacidad de gestión del funcionario y el conocimiento de sus funciones, permitiendo una atención satisfactoria para el usuario y, llenando sus expectativas.

El aspecto humanístico en el proceso, es la presencia del “servicio” como valor agregado al servicio que se presta. Es el trato que se dispensa al paciente o sus familiares o allegados, en las diferentes áreas de la entidad.

Por lo tanto una entidad tendrá calidad humana cuando, el personal vinculado al contratista tanto administrativo como asistencial, tiene actitud de servicio y su trato es respetuoso, amable, con respuestas claras, concretas y precisas a la información solicitada.

El horario de atención a los usuarios de lunes a viernes debe ser como mínimo de 8 a.m. a 6 p.m. en los municipios y de 7 a.m. a 7 p.m. en las ciudades capitales. Los sábados de 8 a.m. a 12 p.m. en los municipios y de 7 a.m. a 1 p.m. en las ciudades capitales.

- **Guías de atención integral**

Todas las entidades que prestan servicios de salud deben contar con guías de atención integral basadas en la evidencia, al menos para cada una de las 10 primeras causas de mortalidad y morbilidad de urgencia y hospitalaria y para cada una de las 15 primeras causas de morbilidad en consulta externa. Dichas guías son marco de referencia para evaluar los casos de auditoría que se presenten.

Tabla 1 Las 10 primeras causas de mortalidad para los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. Colombia 2007

CÓDIGO CIE 10	DIAGNOSTICO
I210/211/219/228/229	Infarto transmural agudo del miocardio
G936	Edema cerebral
A327/A418/A419	Septicemia
I469	Paro cardiaco, no especificado
C73X	Tumor maligno de la glándula tiroides
I500/509/519	Insuficiencia cardiaca congestiva
J960/969	Insuficiencia respiratoria aguda
N170/179/180/189	Insuficiencia renal
C505/509/D059	Tumor maligno de mama carcinoma de mama
I10X	Hipertensión esencial (primaria)

Fuente: FIAS 2007

Tabla 2 Las 15 primeras causas de morbilidad en consulta externa para los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. Colombia 2007

CÓDIGO CIE 10	DIAGNOSTICO
I10X	Hipertensión esencial primaria
J00X	Rinofaringitis aguda resfriado común
N390	Infección de vías urinarias
M545	Lumbago no especificado
B829	Poliparasitismo intestinal sin otra especificación
K297/K295	Gastritis
M255	Dolor en articulación
A09	Diarrea y gastroenteritis
R51X	Cefalea
J029	Faringitis aguda
E039/038	Hipotiroidismo
E782	Hiperlipidemia mixta
E119	Diabetes mellitus
K589	Síndrome del colon irritable sin diarrea
J459	Asma no especificada

Fuente: FIAS 2007

Tabla 3 Las 10 primeras causas de morbilidad en urgencias para los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. Colombia 2007

CÓDIGO CIE 10	DIAGNOSTICO
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
R509	Fiebre, no especificada
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados
J039	Amigdalitis aguda, no especificada
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
R51X	Cefalea
M545	Lumbago no especificado
B349	Infección viral, no especificada
J029	Faringitis aguda, no especificada

Fuente: FIAS 2007

Tabla 4 Las 10 primeras causas de morbilidad en hospitalización para los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios. Colombia 2007

CÓDIGO CIE 10	DIAGNOSTICO
O820	Cesárea
O808	Embarazo a termino
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
N390	Infección vías urinarias
I200	Enfermedad coronaria
J180	Bronconeumonía, no especificada
I10X	Hipertensión arterial
D259	Miomatosis uterina
R101	Dolor abdominal
K800	Colecistitis

Fuente: FIAS 2007

El contratista promoverá una dinámica de evaluación permanente y sistemática de las mismas en aras de garantizar el soporte técnico científico de las atenciones. Se podrá tomar como base las guías de atención integral elaboradas por el Ministerio de la Protección Social, las asociaciones, federaciones o grupos de prácticas profesional existentes en el país. Las guías deben explicitar en qué casos el paciente debe ser atendido en los diferentes niveles de complejidad. Adicionalmente el contratista deberá aportar los protocolos de manejo de los servicios de Quimioterapia y la unidad de Radioterapia.

5.1.2.2 Procesos administrativos de atención

Estas actividades están dirigidas a la identificación, recepción e información de los afiliados al FNPSM y beneficiarios, a la distribución y asignación de citas para las atenciones en salud, a su orientación sobre el uso adecuado de los servicios, a su motivación sobre las maneras de coadyuvar al cuidado de su propia salud y a la de su familia. Con su implementación la entidad contratista debe garantizar el cumplimiento de los atributos de la calidad y de los estándares definidos en estos Términos de Referencia. Entre otros están:

- **Recepción**

Es la orientación que se le brinda al usuario para ingresar a la institución y solicitar un servicio específico. El objetivo principal es facilitar al usuario el acceso a las unidades específicas del servicio que el requiere.

El proceso incluya la presencia de un funcionario comprometido con la labor asignada, con actitud de servicio y con la información disponible y precisa para orientar sobre la ubicación de los servicios y requisitos.

El contratista, se obliga a tener implementado, como mínimo, en cada una de sus sedes este proceso, con un espacio definido y personal exclusivo.

- **Información**

Proceso en el cual se informa al usuario de manera verbal o escrita todo lo pertinente sobre la unidad de atención o institución para hacer uso adecuado del servicio. El proceso incluye entre otros: la divulgación masiva sobre plan de beneficios, red de servicios, servicios, el personal de la institución, las oficinas administrativas, las normas generales, deberes y derechos de los afiliados al FNPSM y beneficiarios, trámites o procedimientos administrativos para la atención. Cada una de las sedes cuenta con su sistema de información, orientación y atención a afiliados al FNPSM y beneficiarios, donde se incluye el manejo y repuesta ágil a quejas.

- **Acreditación de derechos – inscripciones**

Este proceso involucra las actividades y procedimientos orientados a precisar la calidad de afiliado o beneficiario de quien requiere o solicita el servicio, de tal forma que se evite atender y en consecuencia asignar recursos para prestar servicios a personas sin derecho de pertenecer a éste régimen, dado el marco normativo y el establecido en estos Términos.

- **Asignación de citas**

Como parte integral del proceso de atención y de apoyo asistencial, el contratista dispondrá de una estructura organizacional exclusiva e

independiente para la asignación de citas y para la atención de los afiliados al FNPSM y beneficiarios.

El usuario accederá directamente a este servicio previa solicitud de la cita, de manera personal, telefónica y por terceros. Para la acreditación de los derechos los afiliados al FNPSM y beneficiarios utilizarán el mecanismo que para tales efectos haya designado el contratista.

El modelo de asignación de citas será sistematizado en la capital del departamento y en las principales ciudades intermedias, definidas por el contratante. El sistema idealmente debe estar en red, en la mayor cantidad de unidades de atención. El horario para la asignación de citas de lunes a viernes debe ser como mínimo de 8 a.m. a 6 p.m. en los municipios y de 7 a.m. a 7 p.m. en las ciudades capitales. Los sábados de 8 a.m. a 12 p.m. en los municipios y de 7 a.m. a 1 p.m. en las ciudades capitales.

El recurso humano y la infraestructura tecnológica deben ser suficientes para la demanda, garantizando que el trámite, desde el momento en que llega el usuario a la entidad hasta que se le asigna la cita, no sea mayor a diez (10) minutos. En el caso de cita telefónica el trámite no será mayor a tres (3) minutos.

La atención a los afiliados al FNPSM y beneficiarios por parte de los funcionarios será cálida, y la información brindada deberá ser responsable, precisa y clara. La entidad tendrá diseñado un mecanismo telefónico para la confirmación y cancelación de citas. Al usuario se le entregará por escrito la fecha y hora de la cita, así como también el nombre y dirección del profesional que lo atenderá.

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

Las citas médicas y odontológicas, se asignarán de acuerdo a los estándares de oportunidad establecidos en estos Términos de Referencia.

La consulta médica especializada se asignará, previa acreditación de derechos por parte del usuario mediante la presentación de los documentos correspondientes (carné, cédula de ciudadanía), y la orden de remisión o de interconsulta elaborada por el correspondiente médico general de la entidad. Tendrán acceso directo las consultas para pediatría y gineco-obstetricia.

- **Autorizaciones**

Para lograr un servicio óptimo y oportuno, el contratista debe adecuar sus procesos e infraestructura para garantizar un mecanismo de autorizaciones ágil

y sencillo para que la remisión sea oportuna. Así mismo los afiliados al FNPSM y beneficiarios deben tener la información sobre el funcionamiento del modelo.

Toda remisión o interconsulta debe tener una respuesta en donde se consigne los juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir.

Características del proceso de autorizaciones:

- ✓ Procedimientos ágiles y con el mínimo de trámites.
- ✓ Áreas determinadas, específicas, en diferentes sitios geográficos de fácil acceso para la población usuaria y con recurso humano responsable, capacitado, con actitud de servicio, permanente, estable, y que dispongan de canales de comunicación efectivos con los diferentes proveedores (Teléfono y fax).
- ✓ Los servicios que requieran autorización deben ser los mínimos, específicamente los más infrecuentes como son los de alta tecnología y subespecialización.
- ✓ Flujogramas específicos y divulgados entre el personal de la entidad, los subcontratistas y lógicamente los afiliados al FNPSM y beneficiarios.
- ✓ Criterios para autorización, plasmados en protocolos, guías de atención o normas técnicas que deben estar al conocimiento de todo el personal médico.
- ✓ Los tiempos de respuesta institucional entre solicitud de remisión o autorización o asignación de citas ágiles, deben ser dadas de inmediato o 24 horas como máximo.
- ✓ En los casos de referencias muy especializadas se debe contar con un comité técnico con funciones y criterios definidos para el estudio de casos donde se concretarán las conductas a seguir, el cual deberá sesionar como mínimo una vez por semana. Este comité deberá contar entre sus componentes especialistas en los temas a tratar.

5.1.2.3 Proceso de selección y seguimiento a subcontratistas

Al contratista debe asegurar que los productos y servicios que adquiera para la prestación de los servicios médico asistenciales, cumplan con todos los requisitos definidos y especificados por el FNPSM.

Con lo anterior, el contratista debe tener documentado e implementado

procesos y procedimientos de selección y evaluación de sus proveedores, en función de su capacidad para suministrar productos y servicios de acuerdo con los requisitos definidos en éstos Términos de Referencia y los propios de la organización. Estos procesos deben precisar los mecanismos de evaluación y seguimiento de la subcontratación de estos proveedores, su periodicidad y acciones correctivas y preventivas.

Igualmente, todo el personal que realice trabajos que afecten la calidad del sistema y del servicio o producto ofertado, debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas, que deberán ser definidas por la entidad contratista.

5.1.3 En los resultados

5.1.3.1 Efectos en el estado de salud del paciente

El principal objetivo de cualquier sistema de salud, es el de promover, mantener y mejorar los niveles de salud de los pacientes, esto es restablecer la situación de salud perdida, disminuyendo o quitando los miedos, la enfermedad, la incapacidad, el dolor y la angustia que afectan eventualmente a las personas y disminuyen su calidad de vida.

El contratista deberá implementar mecanismos para evaluar la eficacia y eficiencia de los tratamientos y medidas implementadas sobre los pacientes para mejorar su condición de salud perdida.

5.1.3.2 Evaluación de satisfacción de usuarios

El contratista debe establecer procedimientos que permitan cualificar y cuantificar en forma sistemática el nivel de complacencia de los afiliados al FNPSM y beneficiarios con los servicios que le son prestados, atención y trámite oportuno a sus quejas y reclamos, proporcionando además la información que éstos requieran con relación a sus derechos y deberes, en su condición de afiliados al FNPSM y beneficiarios del programa.

Implica la conformación de una dependencia de atención al usuario que dé el trámite pertinente a las quejas y reclamos y suministre la información que estos requieran. La atención de quejas y reclamos debe constituirse en una estrategia que permita aplicar correctivos en la estructura y procesos de atención.

5.2 INDICADORES DE CALIDAD DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

Los indicadores de calidad se dividen según la clasificación de las sedes, teniendo en cuenta la accesibilidad del departamento, la oferta existente de conformidad con los servicios habilitados por las respectivas Secretarías de Salud de cada uno de los Departamentos.

Los resultados exigidos para el cumplimiento y verificación por parte de auditoría son los que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 5 Indicadores de calidad del sistema de atención del FNPSM

DIMENSIÓN	PROCESO	INDICADOR	ESTÁNDAR CAPITALES	ESTÁNDAR MUNICIPIOS ¹
Accesibilidad/ oportunidad	Sistema de información	Accesibilidad/ oportunidad Telefónica en el número de llamadas para comunicarse	3 llamadas	3 llamadas
Accesibilidad/ oportunidad	Sistema de información	Accesibilidad/ oportunidad Telefónica en el número de timbres para que se conteste	5 timbres máximo	5 timbres máximo
Accesibilidad/ oportunidad	Sistema de información	Accesibilidad/ oportunidad Telefónica en el tiempo de espera hasta que una persona atiende la llamada	20 segundos	20 segundos
Accesibilidad/ oportunidad	Sistema de información	Accesibilidad/ oportunidad Telefónica en el tiempo de espera para la asignación de la cita	3 minutos	3 minutos
Accesibilidad/ oportunidad	Atención médica y odontológica	Accesibilidad / oportunidad en Medicina general, odontología	1 día	1 día
Accesibilidad/ oportunidad	Atención médica y odontológica	Accesibilidad / oportunidad en Medicina especializada básica (Medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología y obstetricia)	3 día	7 día
Accesibilidad/ oportunidad	Atención médica y odontológica	Accesibilidad / oportunidad en Medicina especializada no básica (Dermatología, fisiatría, neurología, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, psiquiatría, urología, salud ocupacional y demás no mencionadas en los demás grupos)	5 día	15 día

¹ Los indicadores de los municipios son los que se exigen tanto a las capitales como a los municipios de los departamentos de los territorios nacionales

DIMENSIÓN	PROCESO	INDICADOR	ESTÁNDAR CAPITALES	ESTÁNDAR MUNICIPIOS ¹
Accesibilidad/ oportunidad	Atención médica y odontológica	Accesibilidad / oportunidad en Medicina subespecializada (Alergología, cardiología, endocrinología, infectología, nefrología, neumología, neurocirugía, oncología, reumatología)	7 día	20 día
Accesibilidad/ oportunidad	Atención médica y odontológica	Accesibilidad / oportunidad en Odontología general	1 día	1 día
Accesibilidad/ oportunidad	Atención médica y odontológica	Demanda insatisfecha en consulta externa de medicina general	0 personas	0 personas
Accesibilidad/ oportunidad	Apoyo asistencial terapéutico	y Accesibilidad / oportunidad en Imaginología básica	1 día	3 día
Accesibilidad/ oportunidad	Apoyo asistencial terapéutico	y Accesibilidad / oportunidad en Imaginología especializada	3 día	15 día
Accesibilidad/ oportunidad	Apoyo asistencial terapéutico	y Accesibilidad / oportunidad en Laboratorio Clínico básico	1 día	3 día
Accesibilidad/ oportunidad	Apoyo asistencial terapéutico	y Accesibilidad / oportunidad en Laboratorio Clínico especializada	1 día	15 día
Accesibilidad/ oportunidad	Apoyo asistencial terapéutico	y Accesibilidad / oportunidad en servicios de apoyo diagnostico y terapéutico no intervencionista	5 día	20 día
Accesibilidad/ oportunidad	Apoyo asistencial terapéutico	y Accesibilidad / oportunidad en servicios de apoyo diagnostico y terapéutico intervencionista	20 día	30 día
Accesibilidad/ oportunidad	Hospitalización y cirugía	Accesibilidad / oportunidad en Cirugías programadas de los grupos quirúrgicos menores al 8	20 días	20 días
Accesibilidad/ oportunidad	Hospitalización y cirugía	Accesibilidad / oportunidad en Cirugías programadas de los grupos quirúrgicos del 8 al 23 en adelante	20 días	20 días
Accesibilidad/ oportunidad	Quimioterapias	Accesibilidad / oportunidad en Quimioterapias ambulatorias	10 días	5 días
Accesibilidad/ oportunidad	Atención de todos los servicios	Porcentaje de tutelas con fallo en contra de la IPS por no prestación de servicios de salud	0%	0%
Accesibilidad/ oportunidad	Medicamentos	Oportunidad en la entrega de medicamentos de urgencias, consulta externa de programas y hospitalización	Inmediato	Inmediato

PLIEGOS DE CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CONVOCATORIA PÚBLICA No. 003 de 2008

DIMENSIÓN	PROCESO	INDICADOR	ESTÁNDAR CAPITALES	ESTÁNDAR MUNICIPIOS ¹
Accesibilidad/ oportunidad	Medicamentos	Oportunidad en la entrega de medicamentos pendientes de difícil consecución	24 horas	24 horas
Accesibilidad/ oportunidad	Medicamentos	Porcentaje de formulas pendientes	0%	0%
Calidad técnica	Atención de todos los servicios	Porcentaje de nacidos vivos con VIH positivo	0%	0%
Gerencia de riesgo	Sistema de referencia y contrarreferencia	Porcentaje de continuidad de los servicios de medicina interna en el primer nivel	100%	100%
Gerencia de riesgo	Sistema de referencia y contrarreferencia	Porcentaje de continuidad de los servicios de odontología especializada en el primer nivel	100%	100%
Gerencia de riesgo	Medicamentos	Buenas prácticas de conservación de medicamentos	Menor a 28°C	Menor a 28°C
Gerencia de riesgo	Atención de todos los servicios	Razón de mortalidad materna	62,4 por 100.000 nv	62,4 por 100.000 nv
Gerencia de riesgo	Atención de todos los servicios	Tasa de mortalidad infantil	15 por 1.000 nv	15 por 1.000 nv
Gerencia de riesgo	Atención de todos los servicios	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA	17 por 1.000 nv	17 por 1.000 nv
Gerencia de riesgo	Atención de todos los servicios	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA	17 por 1.000 nv	17 por 1.000 nv
Gerencia de riesgo	Atención de todos los servicios	Tasa de mortalidad general	5,45 por 1.000	5,45 por 1.000
Satisfacción	Atención usuario	al Porcentaje de quejas urgente resueltas inmediatamente	100%	100%
Satisfacción	Atención usuario	al Porcentaje de quejas prioritarias resueltas antes de 5 días	100%	100%
Satisfacción	Atención usuario	al Porcentaje de quejas no prioritarias resueltas antes de 15 días	100%	100%
Satisfacción	Atención usuario	al Distribución porcentual de quejas por atributo de calidad	100%	100%
Satisfacción	Atención usuario	al Distribución porcentual de quejas por área administrativa y asistencial	100%	100%
Programas especiales	Promoción y prevención	Porcentaje de actividades bien programadas	100%	100%
Programas especiales	Promoción y prevención	Porcentaje de cumplimiento de la programación de matrices	100%	100%

DIMENSIÓN	PROCESO	INDICADOR	ESTÁNDAR CAPITALES	ESTÁNDAR MUNICIPIOS ¹
Programas especiales	Promoción y prevención	Porcentaje de rellamado de pacientes en clínica del sano	100%	100%
Programas especiales	Salud ocupacional	Porcentaje de cumplimiento en la elaboración de panoramas de riesgo	100%	100%
Programas especiales	Salud ocupacional	Porcentaje de revaloraciones de los pensionados por invalidez	100%	100%
Programas especiales	Salud ocupacional	Porcentaje de valoración por salud ocupacional de pacientes con incapacidad mayor de 180 días	100%	100%
Sistema de garantía de la calidad	Sistema de garantía de la calidad	Porcentaje de cumplimiento de protocolos de manejo en los casos de mortalidad general	100%	100%
Sistema de garantía de la calidad	Sistema de garantía de la calidad	Porcentaje de correlación diagnóstico vs Plan de tratamiento en los casos de mortalidad general	100%	100%
Sistema de garantía de la calidad	Auditoría de los servicios de salud	Porcentaje de cumplimiento de cronogramas de auditoría interna	100%	100%

5.3 PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El contratista se obliga a realizar acciones de control para asegurar la prestación adecuada de los servicios de salud de acuerdo a las condiciones descritas en estos Términos, evaluando sistemáticamente sus procesos y los efectos de las atenciones en el estado de salud y en la percepción y actitud de los afiliados al FNPSM y beneficiarios expresados como satisfacción e insatisfacción.

El contratista, debe contar con un Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad basado en la evaluación sistemática de la calidad del recurso de la atención en salud y de la racionalización, enfocada en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud.

Significa la comparación entre la calidad observada y calidad deseada, de acuerdo con los estándares previamente establecidos para los diferentes procesos, para tal efecto podrán ser utilizados diferentes herramientas como el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar, acorde con la normatividad vigente.

Adicionalmente, el contratista deberá constituir, dado caso que no los tenga, los

siguientes comités:

- ✓ **Comité de calidad.** Está definido por el coordinador e incluirá personal asistencial, administrativo y de calidad. Será el apoyo, en calidad de la institución. La responsabilidad de este equipo es la de diseñar el abordaje que la institución utilizará para lograr un sistema de autocontrol en las áreas asistenciales o administrativas, según sea el caso.
- ✓ **Comité de trabajo primario.** Está constituido por los miembros del área a la que pertenece los procesos a evaluar, es decir el personal asistencial e incluye los administrativos. La responsabilidad de este grupo, dentro del proceso de la auditoría, es definir los estándares e indicadores del proceso prioritario, y realizar el proceso de monitoreo, evaluación y seguimiento a los indicadores propuestos.

La auditoría médica que adelanta Fiduprevisora S.A. implica las siguientes obligaciones para el contratista:

- ✓ Facilitar la operatividad al contratante dentro de las sedes del contratista cuando se adelanten gestiones relacionadas con la auditoría médica de Fiduprevisora S.A.
- ✓ El envío de toda la documentación e informes, cumpliendo las características que solicite Fiduprevisora S.A.
- ✓ Participar activamente en las reuniones de presentación de informes y establecimiento de compromisos con Fiduprevisora S.A. a través de la suscripción del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.
- ✓ Facilitar el desarrollo de las visitas de auditoría que se adelantarán al contratista, por parte de Fiduprevisora S.A. las cuales podrán realizarse sin previo aviso a la entidad contratista.
- ✓ Asignar auditores médico y odontológico para adelantar actividades de auditoría interna, el que deberá trabajar coordinadamente con la auditoría de Fiduprevisora S.A. para promover una óptima vigilancia del contrato.
- ✓ La auditoría interna deberá desarrollarse alrededor de la prestación de los servicios.
- ✓ Asistir a las capacitaciones, reuniones y citaciones que formule y que programe Fiduprevisora S.A.
- ✓ Cumplir cabal y estrictamente con los requerimientos, instrucciones, ordenes y plazo indicados por Fiduprevisora S.A..
- ✓ La auditoría médica interna, atenderá efectivamente en los Términos y

de acuerdo a las directrices definidas por Fiduprevisora S.A., las quejas presentadas por los afiliados al FNPSM y beneficiarios. La entidad contratista desarrollará una aplicación para el monitoreo de las quejas y para la realización de informes que deberán ser enviados a Fiduprevisora S.A., mensualmente.

- ✓ Ajustarse en su integralidad a lo establecido en el Decreto 1011/06 y sus normas reglamentarias.
- ✓ Presentar informes mensuales al Comité Regional sobre el desempeño asistencial en los formatos y de acuerdo con los indicadores definidos por Fiduprevisora S.A.
- ✓ Obtener y reportar los indicadores críticos que defina Fiduprevisora S.A., para lo que implementará un óptimo sistema de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Atender recomendaciones dadas, sobre mejoramiento de servicios, dentro de los plazos fijados por Fiduprevisora S.A. o mediante la suscripción del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.
- ✓ Implementar los estándares de servicios y modelos de atención establecidos en los presentes Términos de Referencia y las modificaciones que determine Fiduprevisora S.A.
- ✓ Adelantar las investigaciones sobre el desempeño asistencial que solicite Fiduprevisora S.A.
- ✓ Adelantar evaluaciones de estructura, procesos y resultados en todas las entidades propias y subcontratadas, realizando seguimiento y monitoreo sistemático y periódico a los Planes de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Con la red subcontratada generará espacios de supervisión formativa.
- ✓ Controlar las características de los modelos de atención, fundamentalmente en los puntos de interacción de los afiliados al FNPSM y beneficiarios con el sistema de prestación de servicios como son: información al público, acreditación de derechos, asignación de citas, atenciones, autorizaciones y controles de tal forma que se satisfagan las expectativas y necesidades de los afiliados al FNPSM y beneficiarios.
- ✓ Cumplir los estándares que en materia de atributos y dimensiones de la calidad del servicio y del proceso individual de atención definidos en los presentes términos y los que establezca Fiduprevisora S.A.
- ✓ Establecer una línea telefónica y correo electrónico que facilite la comunicación ágil y eficiente con la Gerencia de Servicios de Salud de

Fiduprevisora S.A. Los correos electrónicos dirigidos a la cuenta indicada por cada contratista, tendrán y gozarán del valor de cualquier escrito formal.

- ✓ Deberá desarrollar procesos de calidad que permitan mantener los niveles de ésta en los rangos establecidos por el contratante y en una dinámica de mejoramiento continuo se priorizarán las siguientes variables:
 - Accesibilidad y oportunidad
 - Red de servicios – capacidad instalada
 - Sistema de referencia y contrarreferencia
 - Información y atención al usuario
 - Programas de promoción y prevención
 - Satisfacción de los usuarios
 - Suministro de medicamentos
 - Programas de garantía y auditoría de la calidad
 - Requisitos de habilitación
 - Procesos administrativos
 - Subsistemas de información
 - Pago a proveedores
 - Monitoreo de indicadores

Deberán realizar auditorías mensuales para toda su población de afiliados y beneficiarios, con el objeto de verificar la perdurabilidad de las calidades acreditadas al momento de la inscripción y, establecer las medidas correctivas que haya lugar en forma inmediata.

5.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

La entidad contratista deberá desarrollar procesos de auto evaluación a través de control de gestión, entendiéndose éste como los mecanismos de verificación y evaluación con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas, dentro de los planes y las políticas trazadas por la dirección de cada entidad y en atención a sus metas y objetivos.

Para lograr un adecuado desarrollo del control de la gestión realizada por la entidad contratista seleccionada, esta deberá implementar y manejar como mínimo los indicadores contenidos en el numeral 5.2 de acuerdo y los demás que considere necesarios acorde a sus necesidades estableciendo su periodicidad, análisis y conducta a tomar o desarrollar de acuerdo a los resultados obtenidos.

La entidad contratista deberá implementar mecanismos de diseño, recolección y análisis de la información necesaria con el fin de obtener los indicadores y

entregar a Fiduprevisora S.A. la información periódica.

Nota: La Gerencia de Servicios en Salud de Fiduprevisora S.A. realizará periódicamente auditorias presenciales y revisará la información contenida en estos pliegos y las adicionales que se soliciten, siendo estas de obligatorio cumplimiento en los tiempos establecidos. La entidad contratista a la que le sea adjudicado el contrato deberá cumplir con todos los estándares estipulados en estos Términos.

5.5 SISTEMA DE PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

En consonancia con los principios del sistema de prestación de servicios, que considera al usuario como el eje central de los servicios de salud, se ha implementado el sistema que recoge y plasma tal principio y el cual debe desarrollar e implementar la entidad a la cual se le adjudique el contrato.

5.5.1 Deberes de los afiliados al FNPSM y beneficiarios

Todo usuario debe observar un comportamiento correcto en el proceso de atención, el cual incluye:

- ✓ La solicitud del servicio y el uso adecuado del mismo
- ✓ El cumplimiento de las citas
- ✓ El seguimiento de los tratamientos instaurados
- ✓ La aplicación de las indicaciones dadas y formas de autocuidado
- ✓ La relación respetuosa con el personal que presta la atención
- ✓ La cooperación en la conservación de las instalaciones y equipos de los sitios de atención
- ✓ Sin perjuicio de la responsabilidad del contratista, los afiliados al FNPSM y beneficiarios además de la obligación de suministrar los soportes que acreditan la calidad de afiliado o beneficiario de su grupo familiar cuando les sea requerida, deben como responsabilidad del afiliado o subsidiariamente del beneficiario reportar las novedades que se presenten en su grupo familiar y que constituyan causal de extinción del derecho, tales como fallecimientos, discapacidad, pérdida de la calidad de estudiante, independencia económica, cumplimiento de la edad máxima legal establecida y demás que puedan afectar la calidad del afiliado o beneficiario.
- ✓ Informar a los Comités Regionales y una vez agotado esta vía sin respuesta satisfactoria, en última instancia a Fiduprevisora S.A. cualquier anomalía, inconsistencia o desavenencia sufrida con ocasión de la utilización o acceso al sistema de salud.

5.5.2 Manual del usuario

La IPS deberá entregar el Manual del Usuario a cada uno de los afiliado al FNPSM durante los tres (3) meses de siguientes a todos y cada uno de los afiliados, previa constancia de recibido por parte de los mismos.

El Manual contendrá un directorio que contenga nombre del profesional, instituciones y sedes, servicios que presta, teléfono y dirección, con el objeto de proporcionar a los afiliados al FNPSM y beneficiarios elementos de juicio para la selección de los profesionales de la red por quien ser atendidos.

5.5.3 Oficina de atención al usuario

Para garantizar el adecuado funcionamiento del sistema con cada uno de los subsistemas, el contratista se obliga a garantizar en cada una de las sedes la existencia de la Oficina de atención al usuario con los recursos y áreas necesarias, con identificación visible, fácil acceso y con la señalización que permita llegar fácil a ella.

El contratista dispondrá de recurso humano, coordinados por un funcionario de la entidad, capacitados en atención al cliente, estrategias de atención al público, relaciones humanas y los procedimientos propios del área a atender.

5.5.3.1 Condiciones de la Oficina de Atención al Usuario

Los espacios deben ser amplios y permitir que el usuario pueda sentarse a referir sus expectativas o inquietudes, a diligenciar las encuestas de satisfacción o los formatos de quejas.

La oficina debe contar mínimo con una dotación de escritorio, 2 sillas y libro de registro o radicación

5.5.3.2 Call center

El proponente al que se le adjudique el contrato deberá implementar y poner en funcionamiento un Call Center, que es una la línea telefónica de uso exclusivo para atención al usuario de la región en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud, funcionando las 24 horas.

El call center permite una difusión permanente de las condiciones de acceso a los servicios de salud, ubicación de la red de servicios, calidad de estos y que de igual forma facilita la selección de los prestadores de servicios de salud por

parte de los afiliados al FNPSM y beneficiarios.

5.5.4 Información para los usuarios

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

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

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

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

- ✓ Dar respuesta por escrito a las solicitudes planteadas por esta vía y de manera verbal por parte de los usuarios, de acuerdo a la urgencia de la misma y ajustado a criterios establecidos por Fiduprevisora S.A..
- ✓ Desarrollar en coordinación con las instancias pertinentes, las estrategias de información a fin de difundir amplia y periódicamente las

características y modelos de prestación de servicios.

- ✓ Realizar actividades extramurales de información (centros educativos) de tal forma que se facilite el acceso de los afiliados al FNPSM y beneficiarios y la escogencia de los prestadores de los servicios.
- ✓ Proveer retroalimentación a los diferentes actores del sistema (usuarios, Sindicato, Entidades subcontratistas). Con estas últimas observará y realizará el seguimiento de tal forma, que la información consolidada afecte positivamente la dinámica de servicios.
- ✓ Verificar trimestralmente la puesta en marcha de las mejoras establecidas como resultado de su labor, documentando a Fiduprevisora S.A., dichos logros o dificultades.

5.5.5 Atención de quejas

La atención de quejas y sugerencias de los afiliados al FNPSM y 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, flujo gramas e indicadores de gestión. Igualmente, debe tener determinados los horarios de atención, los tiempos de respuesta de quejas, el recurso humano y las responsabilidades.

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

5.5.5.1 Objetivos

- ✓ Dar respuesta oportuna, objetiva, concreta y precisa a los afiliados al FNPSM y beneficiarios que utilizan su derecho de quejarse.
- ✓ Estudiar y analizar las quejas y denuncias que sobre el ejercicio de la medicina, el comportamiento médico y la atención integral se presenten ante la institución.
- ✓ Implementar correctivos en la prestación de los servicios, mejorando la calidad de estos y la satisfacción del usuario, a partir de las quejas.

5.5.5.2 Competencia y responsabilidades

- **Del contratista**

A través de la Oficina de Atención del Usuario, el contratista dará respuesta oportuna a las quejas de los afiliados al FNPSM y beneficiarios de acuerdo a lo establecido en los Términos de referencia y las directrices determinadas por la Fiduprevisora S. A. y realizará un monitoreo y evaluación de las mismas.

Adicionalmente, asistirá mensualmente y cada vez que sea convocado de manera extraordinaria a los Comités Regionales y enviará el consolidado de las quejas mensualmente al mismo Comité para seguimiento y el total de las tutelas de tal forma que se dé la trazabilidad de las quejas.

- **De los Comités Regionales**

Dentro del marco legal Decreto 2831 de 2005 deben desarrollar entre otras actividades, la de velar por el cumplimiento en la prestación de los servicios medico-asistenciales, para lo cual podrá contar con la asesoría de Fiduprevisora S.A.

El usuario canaliza sus planteamientos ante esa instancia cuando no recibe respuesta oportuna o satisfactoria del contratista.

El Comité Regional recibe, analiza y evalúa las quejas que presente los docentes y el consolidado de quejas aportado por el contratista, mensualmente, y las medidas correctivas planteadas o ejecutadas por el contratista, validando su efectividad o pudiendo también aportar información adicional aclaratoria, útil para concluir los casos.

De igual forma, canaliza hacia FIDUPREVISORA S.A. las quejas presentadas en relación con el trámite de reconocimiento de las prestaciones sociales del magisterio y realiza un seguimiento de las mismas.

Por último, el Comité Regional difundirá en las instituciones educativas las fechas en las cuales se reúne el comité, quienes son sus representantes en el Comité y los avances de los mismos.

- **De FIDUPREVISORA S.A.**

Cuando llega directamente una queja a FIDUPREVISORA S.A. o no se concluye una queja dada la complejidad de la misma, entonces se realizan investigaciones por parte de la Dirección encargada del tema, a través de su módulo de quejas, donde se aportan elementos concluyentes sobre los casos.

Teniendo en cuenta el procedimiento de quejas de FIDUPREVISORA S.A., se realiza todo el trámite de la queja que involucra en primera instancia la respuesta del contratista como directa responsable de los servicios a los docentes.

El módulo dispone de recurso humano y técnico capacitado y responsable. Se contará con un Comité de Expertos, el cual en los casos necesarios analizará y evaluará la queja, los soportes e historia clínica respectiva y emitirán el concepto.

De acuerdo a los hallazgos de auditoría y la responsabilidad que se determine, el caso puede ser enviado a la Superintendencia Nacional de Salud o al Tribunal de Ética Médica.

Igualmente Fiduprevisora S.A., adelanta evaluaciones periódicas sobre la eficiencia y efectividad del contratista para analizar y responder las quejas al usuario e implementar los correctivos relacionados con estas.

Las conclusiones o decisiones que FIDUPREVISORA S.A. tome posterior al análisis de una queja son de obligatorio cumplimiento, en cuanto a los tiempos de acato y la directriz que se imparta.

5.5.5.3 Clasificación de las quejas

El contratista deberá tener en cuenta para el registro, trámite y respuestas de las quejas la siguiente clasificación de acuerdo a:

Tabla 6 Clasificación de quejas

TRASCENDENCIA ²	CAUSAS	ÁREA	ATRIBUTO DE CALIDAD
Urgente ³	Proceso institucional ⁴	Área asistencial ⁵	Accesibilidad
Prioritaria ⁶	Cumplimiento del contrato ⁷	del Área administrativa ⁸	Oportunidad

² Con el objetivo de definir tiempos de respuesta

³ De trámite inmediato

⁴ Ej. Oportunidad en citas

⁵ Las áreas asistenciales son: promoción y prevención, urgencias, atención médica básica familiar, odontología general, consulta especializada, hospitalización, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, servicios de rehabilitación, farmacia y servicios de alto costo.

⁶ La respuesta se tramita en cinco (5) días hábiles

⁷ Ej. Suspensión de servicios médicos

⁸ Las áreas administrativas son: acreditación de derechos, asignación de citas, información al usuario, autorizaciones y referencia y contrarreferencia.

TRASCENDENCIA ²	CAUSAS	ÁREA	ATRIBUTO DE CALIDAD
No prioritaria ⁹			Pertinencia
			Seguridad
			Continuidad
			Integralidad
			Calidad Humana
			Suficiencia de recursos

5.5.5.4 Trámites para la atención de quejas

Una vez recibida la queja se debe radicar en el libro de registro, planilla o sistema y se comienza a realizar el trámite pertinente.

El registro de quejas debe contener como mínimo los siguientes datos: Número de consecutivo, nombre del quejoso, número de identificación, dirección y teléfono, municipio, fecha del suceso, fecha de recibido de la queja (ingreso), resumen causa de la queja, atributo de la calidad afectado, área o proceso comprometido, determinar si el área es de la sede o de proveedor subcontratado, clasificación de la queja (urgente, prioritaria, no prioritaria), categoría (problema administrativo, problema asistencial), requiere o no concepto de Comité Médico.

Este registro es un documento soporte y de control de gestión por lo cual debe ser siempre diligenciado.

La respuesta al usuario debe enviarse dentro de los plazos estipulados de acuerdo a la clasificación de la queja, en caso de no recibirse respuesta o recibirse incompleta se entenderá como incumplida o desatendida.

La queja puede ser enviada por: el usuario quejoso directamente, un familiar, o a través del Sindicato, Comité Regional, Fiduprevisora S.A. o cualquiera de los organismos de control. Cuando la queja es enviada a través de alguna de las entidades anteriormente presentadas, la respuesta se debe hacer tanto para el quejoso como para la entidad remitente.

En los casos de las quejas que se envíen a través de Fiduprevisora S.A., la entidad contratista debe hacer llegar en los tiempos estipulados no solo la copia de la respuesta al usuario con los documentos soportes de dicha respuesta, si no también concepto de auditoría médica y correctivos o mejoras implementadas al respecto. En caso de no llegar todos los soportes solicitados no se cerrará el caso.

La respuesta de la entidad al quejoso debe ser escrita, fechada, con dirección

⁹ La respuesta se tramita en un plazo no mayor a quince (15) días calendario

correcta, ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales, contractuales o reglamentarios que soporten su posición, además debe ir acompañado de copia de los documentos que de acuerdo con las circunstancias se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones sostenidas por la institución.

Para quejas donde se presume mala práctica médica y que ameriten dilucidarse bien sea por la gravedad del desenlace o porque medie un Derecho de Petición, se debe tramitar por un equipo de auditoría médica constituido por un profesional de auditoría médica y tres especialistas afines al caso a tratar.

El estudio de una queja debe reunir unos requisitos mínimos como son: racionalidad técnico-científica y objetividad, para su logro no debe ser aceptable el concepto técnico científico de un galeno en forma individual, por experto que éste sea, ni por un comité técnico científico conformado por profesionales en razón de su autoridad. Para ese estudio, y conceptuar si hubo o no pertinencia se hace indispensable comparar el quehacer médico descrito o expreso en la historia clínica frente a un protocolo que previamente ha sido aprobado por consenso o en su ausencia por un grupo de médicos expertos específicamente en el caso, el cual se constituye en el Comité AD HOC.

Estos Comités AD HOC integrados por profesionales de las diferentes disciplinas de los servicios de atención en salud contarán con un número impar de integrantes que no podrá ser inferior a tres (3), ni superior a siete (7), según la complejidad del caso y recurso humano disponible.

Cuando exista una diferencia de opinión entre el usuario y el contratista, el concepto final será el de Fiduprevisora S.A., y es de cumplimiento obligatorio. En los casos que se determine una falla en la dinámica de prestación del servicio que genere reembolsos a los afiliados al FNPSM y beneficiarios se aplicara lo establecido al respecto en el numeral

5.5.5.5 Documentos necesarios al presentar una queja

Oficio remisorio, el cual debe ser diligenciado con letra clara y legible y contenido concreto y preciso, se debe presentar en la oficina de atención al usuario o área de recepción. Se pueden anexar documentos soportes de la queja. En todos los casos el usuario debe anotar la dirección y el teléfono en donde se puede localizar.

5.5.5.6 Seguimiento a las quejas atendidas por el contratista

Fiduprevisora S.A., a través de sus auditores médicos realizara un control continuo al trámite de quejas o reclamos que los afiliados al FNPSM y beneficiarios hacen directamente a las entidades contratistas y deben a través

de la asesoría fortalecer en esas entidades la necesidad de dar una respuesta oportuna, con calidad humana y respetuosa al usuario.

Para el seguimiento a esos trámites el contratista mensualmente diligencia su formato (libro de registro) manual o sistematizado y el auditor verificara al azar algunos de los casos allí diligenciados, revisando el expediente y entrevistándose con el quejoso.

Igualmente, el contratista debe en cada reunión de Comité Regional presentar el consolidado de los casos de quejas tramitados, así como enviar a Fiduprevisora S.A. mensualmente en medio magnético el reporte de las quejas con las variables ya descritas por la Gerencia de Servicios en Salud de Fiduprevisora S.A..

5.5.6 Sistema de Capacitación

El contratista debe implementar programas de capacitación con el fin de que los diferentes actores del sistema conozcan el funcionamiento del régimen y por lo tanto participen activa y decididamente e influyan positivamente dentro de los servicios que se prestan. Los costos de esas capacitaciones estarán a cargo del contratista.

Los programas de capacitación se dirigen a:

- ✓ Entidad nominadora
- ✓ Proveedores
- ✓ Cliente Interno
- ✓ Veedores
- ✓ Afiliados al FNPSM y beneficiarios

5.5.6.1 Proveedores

El contratista debe realizar capacitaciones presenciales o por medio escrito al inicio del contrato y posteriormente, de manera trimestral de los siguientes temas:

- ✓ Los beneficios de éste régimen de excepción
- ✓ Acreditación de derechos
- ✓ Contenidos del sistema de información, entre otros: Base de datos, RIPS, información actividades Promoción y Prevención
 - Estándares de calidad del programa
 - Referencia y Contrarreferencia
 - Guías de protocolo y manejo de las principales patologías
 - Modelo de suministro de medicamentos
 - Programas de participación Social (Veedurías – Comités de usuarios)

- Facturación

5.5.6.2 Cliente interno

- ✓ Los beneficios de éste régimen de excepción
- ✓ Acreditación de derechos
- ✓ Programas de educación médica continuada
- ✓ Programas calidad y atención al cliente
- ✓ Contenidos del sistema de información, entre otros: Base de datos, RIPS, información actividades Promoción y Prevención
- ✓ Estándares de calidad del programa
- ✓ Modelo de Referencia y Contrarreferencia
- ✓ Guías de protocolo y manejo de las principales patologías
- ✓ Modelo de suministro de medicamentos
- ✓ Programas de participación Social (Veedurías – Comités de usuarios)

5.5.6.3 Veedores

Facilitar y apoyar el ejercicio de la veeduría a través de:

- ✓ Establecimiento de una red de veedores a nivel departamental que permita la verificación de la calidad de la atención brindada por los proveedores de los servicios.
- ✓ Planear y establecer junto con los sindicatos de educadores de la Región, como con los Comités Regionales, las actividades a realizar durante cada uno de los semestres del año.
- ✓ Establecer trimestralmente reuniones de capacitación y actualización a la red de veedores a nivel Regional, donde se provean los elementos técnicos necesarios para el desarrollo de sus funciones.
- ✓ Consolidar mensualmente un estado de las características de la red de servicios reportado por parte de los veedores de los servicios, de tal forma que le permita a la entidad médica contratista, como a los demás actores del sistema, conocer el desarrollo de los servicios, y tomar las medidas requeridas para garantizar la adecuada prestación de servicios.
- ✓ Informar periódicamente – de acuerdo con las novedades – a todos los veedores de los servicios, mediante comunicación escrita las modificaciones de la red de servicios, que haya sido previamente autorizada por Fiduprevisora S.A., modelos de atención y demás características del sistema que requiera ser difundido a los docentes a nivel departamental o municipal.
- ✓ Articular con la Auditoría Interna, de tal forma que las actividades que esta realice a escala municipal cuenten con el apoyo y soporte de la red de veedores.

5.5.6.4 Afiliados al FNPSM y sus beneficiarios

Para que el contratista desarrolle satisfactoriamente los programas de capacitación de veedores y afiliados al FNPSM y beneficiarios deberá realizar:

- ✓ Actividades de capacitación e información en salud presenciales y por escrito en la observancia y mantenimiento de adecuadas conductas como responsable de su estado de salud y del mejoramiento de está.
- ✓ Proveer de manera sistemática y periódica (bimensual) información y capacitación sobre los derechos y deberes de los afiliados al FNPSM y beneficiarios, que les permitan a estos hacer un adecuado uso de los servicios de salud (Manual del usuario, talleres, boletines, volantes, etc.).
- ✓ Facilitar a través del docente la enseñanza de adecuadas pautas de salud, como facilitador dentro de su área de influencia.
- ✓ Servir de canal de información entre las necesidades de los afiliados al FNPSM y beneficiarios y los demás actores del sistema (Comité Regional, Sindicato, Proveedores, Fiduprevisora S.A., Consejo Directivo), que permitan mejorar y ajustar la calidad de los servicios prestados.