

MODELO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG



FOMAG

AÑO 2025

EQUIPO FORMULADOR

ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
VICEPRESIDENTE FIDUPREVISORA
ASUNTOS FOMAG

MARIA MARCELA ARRIOLA SALGADO
Directivo
Fiduprevisora – FOMAG

Proyectó:

Luz Angelica Medellín Gutierrez
DIRECTOR RED NACIONAL
Gerencia de Servicios Salud FOMAG

Andres Felipe Galindo Ángel
SUBDIRECTOR NOTA TECNICA Y SUFICIENCIA
Dirección Nacional Red Servicios Salud
Gerencia de Servicios Salud FOMAG

Equipo apoyo técnico

Leidy Vanessa Roberto Diaz
Nota Técnica y Suficiencia de red

Contenido

1.	MODELO DE ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG	5
2.	CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DETERMINANTES DE PRIORIDADES EN SALUD	5
3.	Sistema de Atención por Capas en el Sistema de Salud Colombiano Integrado con el Modelo FOMAG y la Ley Estatutaria 1751	6
3.1	Introducción.....	6
3.2.	Contexto General del Sistema de Salud en Colombia	7
3.3.	Sistema de Atención por 4 Capas	7
3.4	Capa 1: Atención Primaria y Gestión del Riesgo	8
3.4.1.	Definición y Enfoque Técnico	8
3.4.2.	Servicios Incluidos	8
3.4.3.	Enfoque Preventivo.....	8
3.4.4.	Estadísticas	9
3.4.5	Fortalecimiento Operativo	9
3.4.6	Desafíos	9
3.5.	Capa 2: Especialidades con Procedimientos Ambulatorios o de Baja Complejidad	9
3.5.1	Definición y Enfoque Técnico	9
3.5.2	Servicios Incluidos	10
3.5.3	Estadísticas	10
3.5.4	Despliegue Operativo.....	10
3.5.5	Desafíos	10
3.6.	Capa 3: Atención Hospitalaria.....	10
3.6.1	Definición y Enfoque Técnico	11
3.6.2	Servicios Incluidos	11
3.6.3	Estadísticas	11
3.6.4	Gestión Intersectorial.....	11
3.6.5	Desafíos	11
3.7.	Capa 4: Patologías de Alto Costo	11

3.7.1 Definición y Enfoque Técnico	12
3.7.2 Servicios Incluidos	12
3.7.3 Estadísticas	12
3.7.4 Seguimiento y Monitoreo	12
3.7.5 Desafíos	12
4 Modelo General de Contratación	13
4.1 Objetivos y Fundamentos.....	14
4.2 Estructura Contractual y Modalidad de Pago	14
4.3 Componentes del Modelo.....	15
4.4 Implementación y Optimización	16
4.5 Relación con el Contexto Nacional.....	17
4.6 Modelamiento de Nota Técnica.....	18
4.7 Métricas Operativas y Financieras	18
4.8 Análisis de Riesgos.....	20
4.9 Construcción de la Nota Técnica	22
4.10 UPC FOMAG para Zonas Especiales.	23
4.11 UPC FOMAG para Ciudades Principales.	23
4.12 UPC FOMAG para Zonas Apartadas.	24
5 Análisis de Redes de servicios de Salud.	24
5.1 Estructuración.....	24
5.2 Estrategias para mantener la Suficiencia de la Red.....	25
5.3 Proceso de Seguimiento y Evaluación	29
5.4 Análisis de la Oferta	30
5.5 Análisis de la Demanda	31
5.6 Organización de Red de Servicios	32

1. MODELO DE ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG

Define los **requerimientos exigibles** a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, para la entrega de los servicios incluidos en el plan de beneficios a los docentes, pensionados y beneficiarios del Régimen de Excepción del Magisterio; cumpliendo con los **atributos de calidad y principios del modelo** desde la **promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna** en los **ámbitos de atención** ambulatorio, urgencias, hospitalario y domiciliario, con enfoque **diferencial, preventivo y resolutivo**.

Que enmarca unas políticas para la gestión, basados en:

- Gestión clínica y seguridad del paciente
- Humanización
- Gestión del riesgo
- Gestión de la tecnología
- Atención centrada en el usuario

Con Rutas del paciente para la gestión clínica efectiva, que determinen la ruta de acceso, gestión y egreso para el ámbito ambulatorio, urgencias, hospitalario y domiciliario, Telemedicina y Telesalud. El detalle de los mecanismos determinados por el Fomag para cumplir con el Modelo de Atención y Prestación de Servicios de Salud se encontrarán registrados en documento oficial Publicado por la entidad en la Página Web <https://www.fomag.gov.co/>.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DETERMINANTES DE PRIORIDADES EN SALUD

A partir del “**ANÁLISIS DE CONDICIONES DE SALUD CON EL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**” se determina la caracterización poblacional en los componentes de configuración del territorio; las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde

la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, los enfoques diferenciales y territoriales, así como la situación epidemiológica.

A partir de estos componentes se establece la respuesta intersectorial a las necesidades en salud y se determinan las prioridades para intervención en la población afiliada al Fomag.

Teniendo en cuenta el mencionado análisis, se determinaron para la población afiliada al Fomag las siguientes prioridades a intervenir desde el modelo de atención y su despliegue en la red integral de prestadores de servicios de salud:

- Alta prevalencia cáncer
- Concentración alta de población en cursos de vida adultez y vejez
- Prevalencias HTA y DM más altas que las del país
- Razón de mortalidad materna por encima del referente nacional
- Alteraciones de la salud mental
- Alteraciones de los órganos de los sentidos
- Alteraciones musculoesqueléticas

El detalle de los mecanismos determinados en el Análisis de Condiciones de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de la Población Afiliada al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que se encontrarán registrados en documento oficial Publicado por la entidad en la Página Web <https://www.fomag.gov.co/>.

3. Sistema de Atención por Capas en el Sistema de Salud Colombiano Integrado con el Modelo FOMAG y la Ley Estatutaria 1751

3.1 Introducción

El sistema de salud en Colombia es uno de los más complejos de América Latina, caracterizado por su esquema de aseguramiento basado en la Ley 100 de 1993. Este sistema ha permitido una cobertura cercana al 97% de la población, pero presenta desafíos significativos en términos de accesibilidad, calidad y equidad en la atención. La diversidad geográfica del país, las diferencias socioeconómicas y la concentración de servicios en las zonas urbanas son algunos de los factores que generan brechas en el acceso a los servicios de salud, especialmente en las regiones rurales.

Para abordar estas problemáticas, se propone un **Sistema de Atención por Capas**, que organiza los servicios de salud en cuatro niveles de complejidad: atención primaria y gestión del riesgo, especialidades ambulatorias, atención hospitalaria y manejo de patologías de alto costo. Este sistema se integra con los lineamientos del Modelo de Salud del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con un enfoque preventivo, predictivo y resolutivo que garantiza la protección integral en salud.

3.2. Contexto General del Sistema de Salud en Colombia

La Ley 100 de 1993 estableció un esquema de aseguramiento en salud que busca ofrecer acceso universal a través de dos regímenes: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. A pesar de los avances en términos de cobertura, el sistema enfrenta críticas por la fragmentación de los servicios, la inequidad en el acceso y los problemas de sostenibilidad financiera.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que la salud es un derecho fundamental autónomo, inalienable e irrenunciable, y que debe ser garantizado por el Estado mediante acciones de protección y promoción de la salud. Esta ley también promueve la participación activa de las personas en la toma de decisiones relacionadas con su salud, y enfatiza la importancia de un sistema de atención integral y continuo.

El enfoque de atención primaria en salud (APS) es fundamental para superar estas brechas. La integración del esquema FOMAG y los principios de la Ley Estatutaria 1751 a este Sistema por Capas permitirá fortalecer la gestión territorial, mejorar la continuidad en la atención y optimizar los recursos disponibles, especialmente en las zonas rurales y dispersas.

3.3. Sistema de Atención por 4 Capas

El Sistema de Atención por Capas está diseñado para ordenar la prestación de servicios de salud según el nivel de complejidad necesario para cada paciente. Cada capa incluye conceptos del esquema FOMAG y los principios de la Ley Estatutaria 1751 para fortalecer la articulación de los servicios y garantizar un acceso efectivo y equitativo.

Es importante aclarar que la gestión del riesgo constituye un componente fundamental en la prestación de los servicios de salud en cada una de las capas del modelo. Esto responde al principio de transversalidad, que busca garantizar una gestión integral del riesgo, alineada con las necesidades y los resultados en salud.

3.4 Capa 1: Atención Primaria y Gestión del Riesgo

La primera capa del modelo se enfoca en la atención primaria, que es el primer punto de contacto de los ciudadanos con el sistema de salud. Su objetivo es prevenir enfermedades, promover la salud y manejar enfermedades crónicas no complicadas. Esta capa es fundamental para reducir la carga sobre los niveles superiores de atención y mejorar los indicadores de salud de la población.

3.4.1. Definición y Enfoque Técnico

Integrando el enfoque del esquema FOMAG y los principios de la Ley 1751, la atención primaria se desarrolla con Equipos de Cuidado Integral en Salud (ECIS), que realizan acciones de prevención, promoción y detección temprana, tanto en entornos intramurales como extramurales. Además, se enfatiza la participación activa de las comunidades en la gestión de su propia salud.

3.4.2. Servicios Incluidos

- Consultas médicas generales.
- Atención en salud mental básica.
- Programas de vacunación.
- Control prenatal y atención del parto de bajo riesgo.
- Manejo de enfermedades crónicas como hipertensión, EPOC y diabetes.
- Especialidades básicas como medicina interna, medicina familiar, pediatría y ginecología.

3.4.3. Enfoque Preventivo

El manejo del riesgo es una de las principales estrategias en esta capa. Se busca identificar factores de riesgo en la población, aplicar medidas preventivas y promover estilos de vida saludables. Las intervenciones preventivas incluyen educación en salud, vacunación masiva y control de enfermedades crónicas.

3.4.4. Estadísticas

- El 85% de los servicios de salud en las zonas urbanas corresponden a esta capa, mientras que en zonas rurales solo alcanza el 60% debido a la falta de infraestructura y personal médico.
- En las zonas rurales, cerca del 40% de la población debe desplazarse más de 10 kilómetros para acceder a un centro de atención primaria.

3.4.5 Fortalecimiento Operativo

El Sistema Unificado de Información Interoperable del Magisterio (SUIM) propuesto en el esquema FOMAG servirá como plataforma para gestionar los datos de los pacientes y optimizar las acciones preventivas. Además, se recomienda incluir servicios de telesalud y telemedicina para las áreas rurales, garantizando el derecho a la salud tal como lo establece la Ley 1751.

3.4.6 Desafíos

- Falta de infraestructura en zonas rurales.
- Dificultades en la captación y retención de personal médico en regiones apartadas.
- Necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva de los EBS.

3.5. Capa 2: Especialidades con Procedimientos Ambulatorios o de Baja Complejidad

Esta capa se enfoca en servicios especializados que no requieren hospitalización prolongada. Los procedimientos diagnósticos y las consultas con especialistas son fundamentales para manejar enfermedades que superan las capacidades de la atención primaria.

3.5.1 Definición y Enfoque Técnico

El esquema FOMAG plantea la necesidad de fortalecer la red de prestadores especializados mediante la creación de nodos subregionales, que garantizan el acceso a estos servicios en todas las regiones del país. La Ley 1751 refuerza este principio al garantizar que los servicios de salud sean oportunos, accesibles y de calidad.

3.5.2 Servicios Incluidos

- Consultas especializadas en cardiología, neurología, gastroenterología, medicina física y rehabilitación, neurología, etc.
- Procedimientos diagnósticos como endoscopias, colonoscopias, estudios de electrofisiología y ecografías avanzadas.
- Cirugías ambulatorias de baja complejidad.
- Manejo de enfermedades crónicas más complejas que no requieren hospitalización.

3.5.3 Estadísticas

- En las zonas urbanas hay un promedio de 20 especialistas por cada 10,000 habitantes. En las zonas rurales, esta cifra se reduce a menos de 5 por cada 10,000 habitantes.
- El acceso a consultas especializadas en zonas rurales es limitado; se estima que un 30% de los pacientes deben trasladarse a ciudades para recibir atención de especialistas.

3.5.4 Despliegue Operativo

Los EBS deben coordinar con las redes integradas de prestadores de servicios de salud (RIIPSS) para facilitar el acceso a especialidades mediante jornadas de atención extramural, unidades móviles y telesalud. La planeación territorial debe considerar la dispersión geográfica y la priorización de necesidades específicas del territorio.

3.5.5 Desafíos

- Falta de acceso oportuno a consultas especializadas en zonas rurales.
- Necesidad de integrar herramientas tecnológicas como la telemedicina para reducir barreras geográficas.

3.6. Capa 3: Atención Hospitalaria

La tercera capa del modelo se centra en la atención hospitalaria de mediana y alta complejidad, que requiere hospitalización y manejo integral del paciente. Esta capa es fundamental para tratar condiciones agudas, intervenciones quirúrgicas complejas y situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

3.6.1 Definición y Enfoque Técnico

El esquema FOMAG sugiere una red nacional de prestadores con centros de alta especialización que permitan el acceso a servicios de alta complejidad, articulados mediante un sistema de referencia y contrarreferencia. La Ley 1751 garantiza que los pacientes reciban atención en todas las etapas de su proceso de salud y enfermedad.

3.6.2 Servicios Incluidos

- Hospitalización general.
- Unidades de cuidados intensivos (UCI).
- Cirugías de mediana y alta complejidad.
- Tratamiento de infecciones graves y enfermedades agudas.

3.6.3 Estadísticas

- La disponibilidad de camas hospitalarias en zonas rurales es de menos de 1 cama por cada 1,000 habitantes, mientras que en zonas urbanas es superior a 3 camas por cada 1,000 habitantes.
- El 25% de los pacientes en zonas rurales reportan dificultades para acceder a servicios hospitalarios debido a la lejanía y la falta de transporte.

3.6.4 Gestión Intersectorial

La operación de los servicios hospitalarios debe estar alineada con la estrategia de gestión intersectorial y transectorial para garantizar la disponibilidad de transporte, albergues y mecanismos de referencia y contrarreferencia que faciliten el acceso a los servicios hospitalarios desde las zonas rurales.

3.6.5 Desafíos

- Infraestructura hospitalaria insuficiente en áreas rurales.
- Escasez de personal especializado en hospitales regionales.
- Falta de coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención.

3.7. Capa 4: Patologías de Alto Costo

La cuarta capa del modelo se enfoca en el manejo integral de patologías de alto costo y enfermedades crónicas que requieren tratamientos prolongados y especializados. Entre estas patologías se incluyen el Cáncer, las Enfermedad Renal Crónica (ERC),

Artritis Reumatoidea, Epilepsia, Enfermedades Huérfanas y Raras, Enfermedades Autoinmunes, Prótesis, Neumopatía Crónica (CPAP) y el VIH/SIDA.

3.7.1 Definición y Enfoque Técnico

Se prioriza la atención en centros de excelencia especializados en patologías de alto costo, según el esquema FOMAG, con un enfoque de atención integral y continuo. La Ley 1751 refuerza el derecho de los pacientes a recibir atención integral sin discriminación alguna.

3.7.2 Servicios Incluidos

- Tratamientos oncológicos avanzados.
- Terapias de reemplazo renal (diálisis y trasplantes).
- Manejo de enfermedades autoinmunes complejas.
- Tratamientos de VIH/SIDA y enfermedades huérfanas.
- Hemofilia
- CPAP

3.7.3 Estadísticas

- Solo el 20% de los pacientes con enfermedades de alto costo en zonas rurales reciben atención oportuna.
- La centralización de los servicios en grandes ciudades dificulta el acceso a pacientes que viven en zonas alejadas.

3.7.4 Seguimiento y Monitoreo

El seguimiento a los pacientes con patologías de alto costo debe ser exhaustivo, utilizando herramientas tecnológicas como la telemedicina y registros electrónicos de salud para garantizar la continuidad del cuidado.

3.7.5 Desafíos

- Alta concentración de servicios en grandes ciudades.
- Falta de protocolos unificados para el manejo de estas patologías.
- Necesidad de fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

Se plantean modalidades contratación que permitan eficiencia de los recursos financieros del Fomag, para la cual se proponen las siguientes listados de PGP y Paquetes

Listado de PGP's – FOMAG

- PGP Oncología
- PGP Cardiología y/o Cirugía Cardiovascular
- PGP Cirugía Vascular Periférica
- PGP Neurología
- PGP Medicina Física y Rehabilitación
- PGP Urología
- PGP Gastroenterología y Coloproctología
- PGP Dermatología
- PGP Ortopedia de baja complejidad
- PGP Oftalmología y Salud Visual

Listado de atención por paquetes – FOMAG

- VIH
- Neumopatía crónica – Sistema de O2 domiciliario
- Enfermedades huérfanas
- Reumatología PGP o paquete
- Diabetes – Bomba de Insulina
- ERC – Diálisis y hemodialisis
- Trasplante de Medula Ósea – TMO
- Clínica de heridas
- Atención Domiciliaria
- Transporte No asistencial Paquete o PGP

4 Modelo General de Contratación

El modelo general de contratación descrito corresponde a la estructura diseñada para operacionalizar el Modelo de Atención Integral en Salud y Seguridad en el Trabajo (SST) dirigido a la población afiliada al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), una entidad que gestiona las prestaciones sociales de los docentes del sector público en Colombia. Este modelo se enmarca dentro de las políticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), adaptadas a las particularidades del magisterio, y busca garantizar el acceso universal a servicios de salud y SST con criterios de calidad, equidad, oportunidad y sostenibilidad financiera. Su diseño responde a la necesidad de articular una red de prestadores eficiente, optimizar los recursos asignados y alinear la atención con las prioridades epidemiológicas y demográficas de esta población específica.

4.1 Objetivos y Fundamentos

El modelo tiene como propósito principal estructurar un esquema contractual que:

- Asegure la cobertura integral en los distintos niveles de atención (primario, secundario y terciario), priorizando la atención primaria como puerta de entrada al sistema.
- Optimice los procesos de selección y contratación de la red de prestadores, promoviendo la transparencia, la competencia y la eficiencia en la asignación de recursos financieros, conforme a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias.
- Responda a las necesidades de salud identificadas mediante análisis epidemiológicos y demográficos del FOMAG, considerando factores como el envejecimiento de los docentes, la prevalencia de enfermedades crónicas (e.g., hipertensión, diabetes) y los riesgos laborales asociados a su profesión (e.g., estrés, trastornos musculoesqueléticos).
- Integre las disposiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) establecidas en el Decreto 1072 de 2015 y otras normativas del Ministerio de Trabajo, adaptándolas al contexto educativo.

Las modificaciones introducidas al modelo buscan perfeccionar la gestión contractual, alineándola con los principios de la Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, que define el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Este enfoque enfatiza la atención primaria renovada, la gestión del riesgo en salud y la coordinación entre actores del sistema para mejorar los resultados sanitarios y financieros.

4.2 Estructura Contractual y Modalidad de Pago

El modelo adopta la contratación por capitación como modalidad principal para el nivel primario de atención, un sistema de financiamiento ampliamente utilizado en el SGSSS y regulado por el Ministerio de Salud. Bajo este esquema:

- Los prestadores de salud reciben un pago fijo per cápita por cada afiliado asignado, independientemente de la cantidad o tipo de servicios que este utilice durante un período determinado.
- El monto se calcula con base en el Manual Tarifario Único, avalado por el Consejo Directivo del FOMAG, que establece tarifas estandarizadas ajustadas

a las necesidades de la población docente y a los costos operativos de los servicios garantizados.

- Esta modalidad incentiva la gestión integral del cuidado, fomenta la prevención y reduce el uso innecesario de servicios de mayor complejidad, alineándose con los objetivos de sostenibilidad financiera del SGSSS.

La capitación se complementa con otras modalidades de pago (e.g., evento o paquete) para niveles de atención secundaria y terciaria, según lo requieran las condiciones de salud más complejas o los servicios especializados no cubiertos en el nivel primario. Esta combinación asegura flexibilidad y cobertura integral.

4.3 Componentes del Modelo

El modelo detalla los servicios y acciones garantizados, estructurados en dos grandes categorías:

- Servicios Garantizados en Salud
 - o Prevención y Promoción:
 - Protección específica y detección temprana: Incluye vacunaciones, tamizajes (e.g., citología cervical, PSA para próstata) y programas de control prenatal, ajustados a las guías del Plan de Beneficios en Salud (PBS) y la Resolución 3280 de 2018.
 - Telemedicina y seguimiento de condiciones crónicas o discapacidad: Uso de tecnologías digitales para monitoreo remoto (e.g., hipertensión, diabetes) y continuidad del cuidado, especialmente en zonas rurales donde los docentes tienen menor acceso a servicios presenciales.
 - o Atención Intramural y Extramural:
 - Consulta de medicina general, odontología y psicología, respondiendo a las necesidades básicas y a los riesgos psicosociales del magisterio.
 - Exámenes médicos ocupacionales y rehabilitación, alineados con la normativa SST para evaluar y mitigar riesgos laborales.
 - Apoyo diagnóstico: Laboratorio clínico (e.g., hemogramas, perfil lipídico) y radiografías simples, esenciales para el diagnóstico oportuno.

- Especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cubriendo las necesidades frecuentes en docentes y sus familias.
- Entrega de medicamentos: Según el listado del PBS, con énfasis en tratamientos crónicos.
- Servicios de urgencias y transporte asistencial: Garantizando respuesta inmediata y traslado en emergencias, especialmente en áreas dispersas.
- Acciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)
 - Caracterización y planes de cuidado familiar: Análisis de las condiciones de salud y riesgos laborales de los docentes y sus núcleos familiares, con planes personalizados.
 - Mapas de condiciones laborales y comités paritarios: Identificación de factores de riesgo en el entorno escolar (e.g., ruido, posturas prolongadas) y fortalecimiento de los Comités Paritarios de SST, conforme al Decreto 1072 de 2015.
 - Brigadas de emergencias en instituciones escolares: Capacitación y organización de docentes y personal para responder a situaciones críticas (e.g., incendios, sismos), integrando la salud ocupacional con la gestión de desastres.

4.4 Implementación y Optimización

La implementación del modelo requiere:

- Un proceso de selección de prestadores basado en criterios de capacidad instalada, cobertura geográfica y calidad acreditada, conforme a la Resolución 1441 de 2016 (Sistema de Habilitación).
- La articulación con las Secretarías de Salud departamentales y municipales para garantizar la disponibilidad de la red en todas las regiones donde opera el FOMAG.
- Monitoreo continuo mediante indicadores de desempeño (e.g., tasa de atención oportuna, satisfacción del usuario), reportados al Consejo FOMAG y al Ministerio de Salud.
- Las modificaciones al modelo optimizan la contratación al reducir tiempos de negociación, estandarizar contratos y priorizar prestadores con experiencia en atención primaria y SST. Esto asegura que los recursos se asignen de manera

eficiente, evitando duplicidades y fortaleciendo la capacidad resolutiva del sistema.

4.5 Relación con el Contexto Nacional

La contratación en salud en Colombia constituye el eje operativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, que articula las relaciones entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y los proveedores de tecnologías en salud. Este proceso está regulado por un marco normativo robusto que incluye la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), el Decreto 780 de 2016 (compilación de normas del SGSSS), y el Acuerdo 032 de 2017 de la extinta Comisión de Regulación en Salud (CRES), que establecen requisitos mínimos como claridad en servicios, tarifas y responsabilidades. Además, la Circular 030 de 2019 de la Superintendencia Nacional de Salud refuerza la transparencia y el flujo de recursos, mientras que la Resolución 932 de 2023 actualiza las condiciones de contratación para alinearlas con las necesidades actuales.

Un hito reciente en esta evolución normativa es el Decreto 441 de 2022, publicado el 28 de marzo de 2022 y vigente desde el 1 de mayo de ese año, que sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016. Este decreto introduce los "acuerdos de voluntades" como el nuevo modelo de contratación entre las Entidades Responsables de Pago (ERP), prestadores y proveedores, aplicable en las etapas precontractual, contractual y postcontractual. Busca mejorar el acceso a servicios, garantizar la atención integral y optimizar el flujo de recursos, estableciendo requisitos mínimos como la definición del modelo de atención, la capacidad instalada, indicadores de calidad (SOGCS y RIAs), y la identificación de riesgos previsibles. Entre sus conceptos clave están la estandarización de contenidos contractuales, la inclusión de notas técnicas como herramientas de transparencia, y la flexibilidad para pactar modalidades de pago según el objeto del contrato.

En este contexto, los contratos de pago prospectivo (Capita), asociados a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), implican un pago fijo mensual por afiliado para cubrir el PBS, ajustado por factores demográficos y geográficos. Por otro lado, el Pago Global Prospectivo (PGP) establece una suma fija anticipada por un conjunto de servicios o una población específica durante un período, transfiriendo mayor riesgo a los prestadores pero ofreciendo flexibilidad operativa. Ambos modelos, regulados bajo el Decreto 441, contrastan con sistemas retrospectivos (e.g., pago por evento) al priorizar la planificación y la eficiencia. Este capítulo desarrolla una nota técnica en

salud que integra estos modelos, con fórmulas y métricas como frecuencias de uso, costo medio por evento y costo medio por usuario, para apoyar la gestión estratégica en el SGSSS.

4.6 Modelamiento de Nota Técnica

Una nota técnica en salud, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, es un documento estructurado que sintetiza información técnica, operativa y normativa para orientar la contratación y gestión de servicios de salud entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y otros actores. Inspirada en la reglamentación del Decreto 441 de 2022, que promueve acuerdos de voluntades transparentes, la nota técnica sirve como herramienta analítica y de planeación para modelos de pago como los contratos de pago prospectivo (Capita) y el Pago Global Prospectivo (PGP). Su propósito es garantizar la eficiencia financiera, la calidad del servicio y el cumplimiento de las obligaciones contractuales, alineándose con el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y las necesidades de la población atendida.

En esencia, la nota técnica traduce datos complejos (costos, frecuencias de uso, riesgos) en una guía práctica que facilita la toma de decisiones. Por ejemplo, en el marco de los contratos de pago prospectivo, detalla cómo la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se distribuye entre prestadores, mientras que en el PGP, define el alcance del monto global acordado para un conjunto de servicios. Este enfoque responde a la exigencia de transparencia y estandarización establecida por la Circular 030 de 2019 y los indicadores de calidad del Decreto 441.

4.7 Métricas Operativas y Financieras

Las métricas operativas y financieras son el núcleo cuantitativo de la nota técnica, permitiendo evaluar el desempeño y la sostenibilidad de los contratos de salud. En el contexto colombiano, estas métricas se basan en datos históricos reportados al SISPRO, estudios de suficiencia de la UPC y análisis de las EPS/IPS. A continuación, se detallan las principales métricas con fórmulas, rangos y descripciones amplias:

A. Frecuencias de Uso.

La frecuencia de uso mide la utilización promedio de servicios de salud por afiliado en un período definido, generalmente un año, expresada como el número de eventos (consultas, hospitalizaciones, procedimientos) por persona. Es un indicador crítico

para proyectar la demanda de servicios, dimensionar la capacidad de las IPS, y estimar los recursos necesarios en contratos de pago prospectivo. En el contexto colombiano, refleja el perfil epidemiológico de la población (e.g., alta incidencia de enfermedades crónicas) y las políticas de atención primaria promovidas por la Ley 1751 de 2015. En Capita, determina si la UPC cubre la demanda esperada; en PGP, define el volumen de servicios incluidos en el monto global, influyendo en la gestión del riesgo por parte de los prestadores.

Fórmula General:

$$Frecuencia de Uso (FU) = \frac{\text{Número Total de Eventos}}{\text{Número de Afiliados}}$$

B. Costo Medio por Evento

El costo medio por evento es el valor promedio de un servicio de salud específico (e.g., consulta, hospitalización, procedimiento quirúrgico), calculado dividiendo el costo total de esos eventos entre su número total. Este indicador es esencial para determinar la estructura de costos en los contratos de salud, permitiendo a las EPS e IPS evaluar si los recursos asignados (UPC en Capita o monto global en PGP) cubren los servicios prestados. En Colombia, varía según el nivel de complejidad (primario, secundario, terciario), la región (urbana vs. rural), y el tipo de prestador (público vs. privado). Refleja también los ajustes por inflación médica y las tarifas negociadas bajo el Decreto 441 de 2022, que exige transparencia en los acuerdos de voluntades.

Fórmula General:

$$Costo Medio por Evento (CME) = \frac{\text{Costo Total de Eventos}}{\text{Número Total de Eventos}}$$

C. Costo Medio por Usuario

El costo medio por usuario es el gasto promedio anual por afiliado en el sistema de salud, calculado dividiendo el costo total anual entre el número de afiliados. En contratos de pago prospectivo (Capita), suele corresponder a la UPC ajustada por factores como edad, sexo y región, representando el presupuesto disponible por persona para todos los servicios del PBS. En Pago Global Prospectivo (PGP), refleja el monto acordado por afiliado dentro del paquete de servicios pactado, transfiriendo el riesgo financiero a la IPS si los costos reales superan esta cifra. Es un indicador de

sostenibilidad financiera y equidad, alineado con los principios de la Ley 100 de 1993 y los ajustes de riesgo del Decreto 441 de 2022.

Fórmula General:

$$\text{Costo Medio por Usuario (CMU)} = \frac{\text{Costo Total Anual}}{\text{Número de Afiliados}}$$

4.8 Análisis de Riesgos

El análisis de riesgos en una nota técnica en salud es un proceso sistemático y estructurado que identifica, evalúa, prioriza y gestiona los factores de incertidumbre que pueden comprometer los objetivos financieros, operativos y de calidad en los contratos de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este análisis trasciende la mera identificación de problemas potenciales, integrando un enfoque predictivo y preventivo que permite a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y otros actores anticiparse a desviaciones en el desempeño contractual. En el marco de los contratos de pago prospectivo (Capita) y el Pago Global Prospectivo (PGP), se convierte en una herramienta estratégica para garantizar la sostenibilidad del sistema, alineándose con los principios de equidad, eficiencia y calidad establecidos en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015.

El Decreto 441 de 2022 lo posiciona como un requisito obligatorio en los acuerdos de voluntades, exigiendo la identificación de "riesgos previsibles" asociados al modelo de atención, la capacidad instalada, las Redes Integradas de Atención en Salud (RIAS), y los indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Este análisis no solo aborda riesgos financieros (e.g., insuficiencia de recursos), sino también operativos (e.g., fallas en la prestación) y regulatorios (e.g., incumplimiento de estándares), considerando las dinámicas específicas de los modelos de pago prospectivo, donde los recursos se asignan de manera anticipada y el riesgo se traslada parcialmente o totalmente a los prestadores. Su propósito es doble: proteger la viabilidad económica del contrato y asegurar que los afiliados reciban atención integral conforme al Plan de Beneficios en Salud (PBS), evitando interrupciones o deterioro en el servicio. El análisis de riesgos se estructura como un componente técnico que combina metodologías cuantitativas y cualitativas, basadas en datos del SGSSS y herramientas estadísticas para modelar escenarios de incertidumbre. A continuación, se detallan sus aspectos técnicos clave en el contexto de Capita y PGP:

A. Identificación de Riesgos:

- **Enfoque Multidimensional:** Se evalúan riesgos financieros (e.g., desbalance entre costos reales y asignación prospectiva), operativos (e.g., limitaciones en infraestructura o personal), clínicos (e.g., aumento de la carga de enfermedad) y regulatorios (e.g., sanciones por incumplimiento de indicadores SOGCS).
- **Fuentes de Datos:** Incluyen el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), reportes de suficiencia de la UPC, estudios epidemiológicos regionales, y auditorías internas de los prestadores.
- **Criterios del Decreto 441:** Se priorizan riesgos relacionados con la capacidad instalada (e.g., número de camas, especialistas), la continuidad del servicio, y la adherencia a las RIAs.

B. Cuantificación de Riesgos:

- **Modelos Predictivos:** Se emplean análisis estadísticos como distribuciones de probabilidad (e.g., Poisson para frecuencias de uso) y simulaciones Monte Carlo para estimar la variabilidad de costos y demandas.
- **Relación con Métricas:**
 - **Frecuencia de Uso:** Se calcula la desviación estándar de las frecuencias históricas para prever picos de demanda (e.g., $\delta = \sqrt{\text{varianza}}$).
 - **Costo Medio por Evento:** Se ajusta por inflación médica (IPC salud) y se modela con intervalos de confianza (e.g., 95% CI: 50,000-100,000 COP para consultas).
 - **Costo Medio por Usuario:** Se compara con la UPC o el monto PGP, identificando brechas potenciales mediante análisis de sensibilidad.
- **Riesgos Específicos por Modelo:**
 - **Capita:**
 - **Insuficiencia Financiera:** La UPC fija (e.g., 1,289,246.40 COP/año en 2023) no se ajusta dinámicamente a cambios en la demanda o costos, generando déficits en poblaciones de alto riesgo.
 - **Subutilización:** Incentivos para reducir servicios y mantenerse dentro de la UPC, afectando indicadores de oportunidad y satisfacción.
 - **Riesgo Externo:** Incremento de tutelas por servicios no PBS, elevando costos no previstos.
 - **PGP:**

- **Sobreestimación/Subestimación:** Errores en la proyección de frecuencias o costos agotan o desperdician el monto global.
 - **Riesgo Operativo:** Dependencia de la capacidad instalada para cumplir el paquete de servicios acordado, vulnerable a fallas logísticas.
 - **Transferencia de Riesgo:** La IPS asume plenamente las pérdidas si los costos exceden el monto, a diferencia de Capita, donde el riesgo es compartido con la EPS.
- **Mitigación Técnica:**
 - **Reservas Financieras:** Establecimiento de un fondo de contingencia (e.g., 5-10% del presupuesto prospectivo) basado en la varianza de costos históricos.
 - **Ajustes Dinámicos:** Cláusulas contractuales para revisar la UPC o el monto PGP ante cambios significativos (e.g., brotes epidemiológicos), conforme al Decreto 441.
 - **Gestión Preventiva:** Implementación de modelos de atención primaria (Resolución 429 de 2016) para reducir frecuencias de uso de alto costo (hospitalizaciones).
 - **Monitoreo Continuo:** Uso de tableros de control con indicadores en tiempo real (e.g., tasa de ocupación, costos por evento) para detectar desviaciones tempranas.

El análisis de riesgos debe alinearse con las políticas de la Resolución 932 de 2023 (condiciones de contratación) y la Resolución 2366 de 2023 (actualización del PBS), asegurando que los riesgos identificados no comprometan el acceso universal ni la calidad. Además, responde a la Circular 030 de 2019 de la Supersalud, que exige transparencia en la gestión de recursos, integrando este análisis como un elemento de auditoría y rendición de cuentas.

4.9 Construcción de la Nota Técnica

Se modela la nota técnica con base en un análisis financiero y de prestación de servicios, que contempla una tarifa única de referencia propuesta para el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG). Esta tarifa responde a un valor competitivo en el mercado y se ajusta a las necesidades generales de la población afiliada

al FOMAG, así como a las condiciones particulares del territorio en donde se presta el servicio. La distribución del valor estimado contempla un 40% para servicios de salud y un 60% para medicamentos, resultando en una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que supera la UPC nacional definida para el régimen contributivo, según la Resolución 2717 de 2024.

Es importante señalar que este ejercicio técnico ha sido revisado y ajustado con la asistencia técnica de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento del Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, considerando lineamientos metodológicos y parámetros definidos en la Decreto 441 de 2022, así como referencias comparativas de prestadores y aseguradores a nivel nacional para garantizar pertinencia y solidez técnica en la estimación del valor proyectado.

Así mismo, se contempla la aplicación del mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica, que garanticen su gestión, seguimiento, eficiencia y eficacia frente a la prestación de los servicios.

4.10 UPC FOMAG para Zonas Especiales.

La Unidad de Pago por Capitación del FOMAG (UPC-FOMAG) para la vigencia 2025 incorporará un ajuste específico del 10% adicional, destinado a las zonas especiales de dispersión geográfica identificadas en el Anexo 1 de la Resolución 2717 de 2024 del Ministerio de protección Social. Este incremento se aplica sobre la UPC-C base fijada en el artículo 1 del acto administrativo, con el objetivo de compensar los costos adicionales derivados de las condiciones logísticas y operativas propias de estas regiones, como el transporte de insumos y pacientes, la menor densidad poblacional y la limitada infraestructura de prestación de servicios. El ajuste asegura la equidad en el acceso a servicios de salud, garantizando que los recursos asignados permitan atender las necesidades de estas localidades con calidad y continuidad, alineándose con los principios de sostenibilidad y cobertura universal del sistema de salud.

4.11 UPC FOMAG para Ciudades Principales.

Para la vigencia 2025, a la Unidad de Pago por Capitación del FOMAG (UPC-FOMAG) establecida anteriormente, se le reconocerá una prima adicional del 9,86% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá, Bucaramanga, Buenaventura, Cartagena, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca,

Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio. Este ajuste responde a las características socioeconómicas y operativas de estas localidades, como su alta densidad poblacional, demanda de servicios especializados y dinámicas urbanas particulares, asegurando la equidad y sostenibilidad en la asignación de recursos. El cálculo del ajuste se realiza sobre el valor base de la UPC-FOMAG mediante un incremento del 9,86%, garantizando fondos proporcionales a las necesidades de atención médica de estas regiones.

4.12 UPC FOMAG para Zonas Apartadas.

Para la vigencia 2025, a la Unidad de Pago por Capitación del FOMAG (UPC-FOMAG) se le reconocerá una prima adicional del 37,9% para la cobertura del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en atención a su condición de zona alejada del continente. Este ajuste busca compensar los mayores costos logísticos y operativos asociados a su ubicación geográfica, garantizando recursos adecuados para atender las necesidades de salud de esta región. El cálculo del ajuste incrementa el valor base de la UPC FOMAG en un 37,9%, asegurando la sostenibilidad y equidad en la prestación de los servicios.

5 Análisis de Redes de servicios de Salud.

Para el dimensionamiento y organización de la Red de Atención de la población del Magisterio la Dirección de Red ha documentado y desplegado a los territorios la **METODOLOGÍA PARA LA DETERMINACIÓN DE DEMANDA, OFERTA, SUFICIENCIA Y EVALUACIÓN DE LA RED** con el **FORMATO CAPACIDAD INSTALADA FOMAG e INSTRUMENTO ANALISIS DE SUFICIENCIA**, que tiene como objetivo definir una metodología sistemática y estandarizada para la evaluación de la oferta, demanda, suficiencia, y desempeño de la red de prestadores contratados para la atención de la población docente afiliada al FOMAG (Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio), garantizando la integralidad, oportunidad, calidad y accesibilidad en la prestación de servicios de salud.

5.1 Estructuración.

Con el fin de estructurar una red de prestadores suficiente frente a la demanda de servicios que generan los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del

Magisterio en función de las características epidemiológicas, demográficas y ubicación geográfica. Así como generar mecanismo de mejoramiento continuo y garantía para el sostenimiento de las condiciones óptimas de los servicios que se pactan a través de la Red contratada quienes permiten definir la capacidad de oferta vs la demanda, para que los usuarios afiliados al FOMAG tengan acceso a los servicios de salud con los atributos de calidad.

Con unos Objetivos Específicos, encaminados a:

- Definir la real demanda de servicios de la población afiliada al FOMAG, comparándola con el tipo de oferta para dar respuesta a las necesidades en salud de esta población en el marco del Modelo de Atención en Salud del Magisterio Colombiano.
- Realizar un análisis sobre la suficiencia de la red de servicios con la contratación realizada para la prestación de los servicios en forma humanizada e integral con características de oportunidad, accesibilidad y suficiencia respondiendo así a sus necesidades de salud.
- Evaluar la disponibilidad y calidad técnica y científica, declarada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en los municipios en donde se tiene cobertura, para disponer de una red de prestadores de servicios de salud suficiente frente a la demanda de servicios que generan los afiliados al FOMAG en función de sus características demográficas y su ubicación geográfica.
- Articular el Modelo de salud establecido para la atención integral a los usuarios del FOMAG, en relación con la oferta y demanda de los servicios de salud.
- Velar porque la contratación de los prestadores de servicios de baja, media y alta complejidad se ajuste a las necesidades de salud establecidas para la atención de los afiliados al FOMAG.

5.2 Estrategias para mantener la Suficiencia de la Red

Para garantizar la **suficiencia de la red** de servicios de salud, es fundamental implementar estrategias que aseguren la disponibilidad, accesibilidad y capacidad

resolutiva de los prestadores en todos los niveles de atención. Estas estrategias deben enfocarse en fortalecer la red de atención primaria como primer punto de contacto, optimizar la asignación de recursos y mejorar los procesos de contratación y seguimiento de los prestadores de servicios. Asimismo, es necesario establecer acuerdos con instituciones especializadas para garantizar el manejo de patologías de alto costo y enfermedades crónicas.

La suficiencia de la red también implica promover el uso eficiente de los servicios mediante herramientas tecnológicas, como la **telemedicina** y los **sistemas de referencia y contrarreferencia**, que permitan una mejor gestión de la demanda y aseguren que los pacientes accedan oportunamente a los servicios requeridos. Por último, es esencial monitorear de forma continua la capacidad instalada de la red, identificando brechas en la cobertura y tomando medidas para corregirlas, garantizando así que la población afiliada cuente con una red de atención suficiente, integral y de calidad.

Dichas estrategias se basan en lo siguiente:

- Se realizará la medición de la capacidad de la red posterior a la contratación.
- Se priorizarán las IPS que oferten el mayor número de servicios con el fin de facilitar al afiliado la integralidad de los servicios.
- Se ejercerá una vigilancia permanente del cumplimiento y estándares pactados con la red servicios.
- La ubicación de la entrega de medicamentos estará en la zona de influencia del afiliado.
- El componente Operativo se debe garantizar conforme estable el Modelo de Salud del Magisterio a través las arquitecturas territorial y prestación de servicios de la siguiente manera:

- ✓ La prestación de servicios correspondiente al primer nivel de complejidad será de orden municipal y equipos para el cuidado integral de la salud ECIS (capa atención 1).
- ✓ La prestación de servicios de mediana y alta complejidad será del orden departamental y nodos subregionales, que deberá ser garantizada mediante IPS contratadas que conforman la red de servicios y centros altamente especializados (capa atención 2,3,4).

En el **ANALISIS DE SUFICIENCIA DE RED DE SERVICIOS**, los hallazgos a nivel general muestran la insuficiencia de información para dar alcance a los elementos definidos, por lo que se realiza su delimitación a nivel metodológico en razón a las siguientes consideraciones:

- La información de oferta de servicios de salud posibilita la obtención de algunos elementos asociados con la capacidad instalada. Sin embargo, no se puede contabilizar la capacidad instalada total cuando se analizan los prestadores públicos y privados.
- No se cuenta con información continua sobre el estado de la infraestructura pública y privada de los prestadores de servicios de salud, que permita visibilizar las condiciones y las necesidades de adecuación requeridas.
- No se cuenta con un registro continuo del talento humano en salud, teniendo en cuenta la disponibilidad, cantidad y concentración en los prestadores de servicios de salud.
- La información de las prestaciones individuales de servicios de salud se realiza con retrasos significativos, lo cual incide en los aspectos relacionados con completitud, oportunidad, pertinencia y calidad de los registros.

Estas limitaciones en la información han requerido ajustes sobre la metodología, con el fin de realizar una aproximación al estado actual de los territorios en torno a la oferta y la demanda de servicios de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- La oferta de servicios de salud solamente se contabiliza a partir de la capacidad instalada reportada a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- La información de demanda se genera a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, realizando ajustes con relación al sobre-gistro y cobertura de la información.

Los RIPS permiten estimar la demanda efectiva para efectos de establecer la demanda agregada al igual que abordar la trazabilidad de la gestión de los servicios de salud, al brindar información sobre las atenciones en salud para la estimación de la demanda y la reconstrucción de las condiciones en que se prestaron las mismas, mediante la recuperación de datos que contienen la identificación de la persona, diagnósticos, procedimientos realizados, lugar de residencia, asegurador, prestador del servicio, entre otros. En tal sentido, posibilitan realizar un análisis retrospectivo con la cualificación y gestión de los servicios, tanto a nivel individual como mediante la priorización de eventos trazadores o grupos de interés.

No obstante, los RIPS presentan en la actualidad debilidades que afectan el proceso para la determinación de la gestión de los servicios de salud, relacionadas con:

- Subregistro de información por falta del registro del volumen del total de las atenciones.
- Mala calidad de los datos por inconsistencias en el reporte.
- Baja cobertura de registros de los prestadores por municipios, con concentración en el reporte en ciudades capitales.

En relación con la **ESTRUCTURACION DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SALUD**, se identifica que para estructurar de manera adecuada una red prestadora de servicios de salud, es necesario analizar la suficiencia de la capacidad instalada de la red existente, estudiar el comportamiento del consumo de servicios de salud por grupos demográficos de riesgo y dimensionar la red requerida por departamento a partir de un estudio de demanda potencial de servicios.

Por lo que se estableció el formato de análisis de suficiencia de red que permita:

- Evaluar la demanda potencial de servicios de salud o necesidad de servicios a partir del análisis demográfico y el levantamiento de indicadores de frecuencia de uso de servicios.
- Evaluar la red prestadora de servicios contratados en el territorio nacional para determinar la suficiencia de: servicios ambulatorios, Urgencias, Hospitalización adultos, Hospitalización pediátrica, Hospitalización obstétrica, UCI adultos, UCI neonatal.
- Determinar el faltante o exceso de servicios existente en los departamentos y generar las recomendaciones y planes de acción para generar los ajustes a la red prestadora de servicios que deben incluirse en el Plan de acción inmediato.

5.3 Proceso de Seguimiento y Evaluación

Para dar alcance a los objetivos perseguidos con la prestación de servicios de salud mediante las redes y con el fin de establecer un marco general de política sectorial, se requiere definir lineamientos que posibiliten la planificación, gestión, seguimiento y evaluación del proceso de atención en el marco de las redes, que permita que tanto los actores como los insumos asociados confluyan adecuada y funcionalmente al logro de los objetivos propuestos en la gestión de los servicios y los resultados perseguidos. En el contexto anterior, resulta fundamental la definición explícita de los criterios y procesos que propicien una prestación de servicios de salud configurada.

Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación de Redes de Prestación de Servicios de Salud desde los requerimientos de la demanda y su correspondiente arreglo institucional, que permita responder de forma adecuada a las necesidades, en el marco del Modelo Integral en Atención en Salud. Bajo estas consideraciones se viene configurando el modelo de prestación de servicios de salud, el cual se sustenta en las redes integrales de prestadores de servicios de salud, estableciendo que en su conformación, organización y gestión se tomen en cuenta los siguientes elementos que deben ser garantizados, según las competencias de cada actor:

- La determinación de las demandas de salud de la población a nivel territorial, tomando en consideración sus características demográficas, epidemiológicas y demás.
- La definición del portafolio de servicios que se podrá garantizar en el territorio, a partir de los servicios y organizaciones funcionales habilitadas por los prestadores de servicios de salud ante la respectiva entidad territorial competente, lo cual implica a su vez, precisar los déficits de oferta en el territorio, que deban ser cubiertos mediante nuevas inversiones y los instrumentos que promoverán su desarrollo, como aquellos que eventualmente puedan ser garantizados a través de la oferta disponible en otro territorio.

En el marco de lo anterior, se deberán definir los procesos y procedimientos para la atención bajo modalidades intramurales, extramurales, telemedicina y otras pertinentes para cada territorio, que deberán ser gestionados por el respectivo asegurador.

- La adecuación de los procesos y procedimientos de atención en salud de los prestadores, de manera que resulten concordantes con los requerimientos de la red integral de prestadores de servicios del respectivo asegurador y con la aplicación del Modelo Integral de Atención en Salud.
- La adecuación y coordinación de los sistemas de referencia y contrarreferencia al interior de las redes conformadas.

Para el **ANALISIS, DIMENSIONAMIENTO Y ORGANIZACION DE LA RED**, se tendrá en cuenta la conformación de las regiones, para lo cual es necesario organizar el análisis de la red por departamento, teniendo en cuenta las particularidades del territorio que contemplen:

- Mapa de Georreferenciación del departamento, donde se establezca la extensión territorial, conformación de municipios y las subregiones y/o provincias. Identificación poblacional del territorio
- Accesibilidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta las variables geográficas y vías de comunicación del territorio la relación existente entre la disponibilidad de vías de comunicación y el nivel de desarrollo de la población. Identificación de los municipios de mayor concentración de servicios de salud y niveles de complejidad.
- Análisis de Caracterización de la población Asignada que contenga la pirámide poblacional, así como la distribución poblacional por municipio con las siguientes variables.

Distribución Poblacional por Municipio - Departamento							
FOMAG - REGIÓN XX							
Provincia	Total población	Representación provincia Dpto.	Municipio	IPS Atención	Población Asignada IPS Atención	Concentración población municipio en el Dpto.	Concentración Población MUN en la provincia

De igual modo, se debe identificar las principales causas de muertes, morbilidad por grandes causas y causas específicas, eventos de alto costo.

5.4 Análisis de la Oferta

En el análisis de la oferta de red de servicios en el departamento, se deberá, a través del presente modelo de prestación de servicios de salud, definirse las rutas para la

atención de los usuarios, el cual inicia en cada uno de los diferentes servicios ambulatorios habilitados en las sedes establecidas en cada Departamento.

El modelo de prestación de servicios de salud busca brindar a todos los usuarios una atención integral, basada en principios de ética, racionalidad y altos estándares de atención técnico-científica, con profesionales idóneos, identificando los riesgos y valorando el estado de salud de los usuarios.

La prestación de servicios básicos es la puerta de entrada al sistema de salud. las sedes establecidas para servicios al programa magisterio, cuentan con atención de baja complejidad como, (Consulta de Medicina General, Odontología General, Enfermería, Nutrición, Psicología, Servicio farmacéutico, Actividades de PyMS). Igualmente se atienden servicios de mediana complejidad (Consulta de Medicina interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Dermatología, Genética, Neurología, Fisiatría, Medicina Laboral, Medicina Familiar, Ortopedia, Cardiología, Cirugía general y Cirugía vascular) orientados a brindar atención integral. De igual modo se debe establecer:

- Oferta de Red de servicios a nivel departamental por tipo de prestadores (Municipio, IPS públicas, privadas o mixtas, profesionales independientes y transporte especial de pacientes).
- Oferta de Red de servicios a nivel departamental por grupo de servicios, servicios habilitados y número de IPS habilitadas por servicios.
- Red de servicios por municipio según nivel de complejidad de sus servicios habilitados.
- Red de servicios Hospitalaria – Capacidad física e infraestructura.

5.5 Análisis de la Demanda

Para el análisis de la demanda de servicios de salud se contempla:

- **Demandas Potencial de Servicios de salud** en donde se identifican el número de atenciones que demandará la población afiliada objeto por cada servicio en el periodo. Para este análisis se determinaron las frecuencias de uso históricas de los principales servicios de atención por ámbito ambulatorio y hospitalario.
- **Demandas Ex ante – Contingente y – Ex pos de Servicios de salud**, que corresponde a la planeación sobre los riesgos gestionados de la población asignada y caracterizada, de acuerdo con las rutas integrales de atención para cada municipio

y actividades de protección específica y detección temprana planificadas a realizar. Por lo que se debe establecer las Estimaciones de Actividades Promoción y Mantenimientos de la salud (Resolución 3280) de cada departamento.

- El objetivo principal de los programas de promoción y mantenimiento es promover la salud, prevenir el riesgo, y generar cultura del cuidado en las personas, familias y comunidades, incluyendo atención obligatoria para toda la población afiliada al Magisterio, en el cual se tiene en cuenta la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud. De igual manera se realizará la socialización de las estimaciones por curso de vida según resolución 3280 para la ejecución y cumplimiento a toda red de prestadores de primer nivel contratados bajo modalidad de cápita y/o evento.
- **Demand Real de Servicios de salud**, las estimaciones de la demanda real se calcularon con base en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y fuentes de gestión de órdenes de servicio con el fin de dimensionar el comportamiento de los servicios de atención.

5.6 Organización de Red de Servicios

Para organización red de servicios y atención, se deberán clasificar las sedes de atención exclusivas y no exclusivas con las cuales se garantizará la atención.

Establecer el Mapa de Direccionamiento de servicios en la red de atención se deberá estructurar la organización de la red, teniendo en cuenta la oferta de servicios y contratación, que permite planificar y desarrollar las estrategias y los procesos para cubrir los déficits de oferta de servicios a partir de las necesidades de su población y el análisis de suficiencia de oferta. Así mismo permite identificar en cada territorio su población afiliada y prever su potencial dinámica o modificación.

La organización de la red tanto en lo ambulatorio como en lo hospitalario se realizó conforme a la ubicación geográfica para facilitar la accesibilidad a los servicios y acorde a los puntos de referencia con servicios habilitados para cubrir las necesidades de la población.

El acceso a los servicios de la red ambulatoria básica por municipio y departamento, de conformidad con lo habilitado por cada prestador.

MAPA DE DIRECCIONAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS								
DEPARTAMENTO			Ambulatorio					
			Servicios de I nivel		Servicios de II Nivel		Servicios de III Nivel	
Provincia	Municipio	Población	Municipio	Nombre IPS	Municipio	Nombre IPS	Municipio	Nombre IPS

MAPA DE DIRECCIONAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS									
DEPARTAMENTO			Urgencias - Baja complejidad		hospitalización Mediana complejidad		Hospitalización Alta complejidad		
Provin	Munici	Poblaci	Munic	Nomb	Municipi	Nombre IPS	Munici	Nombre IPS	
cia	pio	ón	pio	re IPS	o		pio	re IPS	