

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



FOMAG

AÑO 2024

EQUIPO FORMULADOR

ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
VICEPRESIDENTE FIDUPREVISORA
ASUNTOS FOMAG

MARIA MARCELA ARRIOLA SALGADO
Directivo
Fiduprevisora – FOMAG

EQUIPO APOYO TÉCNICO:

Fredy Yesid Jiménez Montaña

Director para la Automatización y la Gestión de la Información – Fiduprevisora S.A

Luz Angélica Medellín Gutiérrez

Directora Nacional de Red de Prestadores – Fiduprevisora – FOMAG

Diana Maritza Casallas López

Subdirectora Prestación Servicios de Salud – Fiduprevisora – FOMAG

Janeth Motta Martínez

Directora de Participación Social – Fiduprevisora – FOMAG

Carlos Sanabria Buitrago

Director Sistemas de Información – Fiduprevisora – FOMAG

Marcela Tafur Jiménez

Profesional Líder de Calidad – Fiduprevisora – FOMAG

Marco Aurelio Reina

Director Administrativo y Financiero – Fiduprevisora – FOMAG

Nidia Rocío Sotelo Suárez

Coordinadora de Operación y gestión territorial Fiduprevisora – FOMAG

Gisella Paola Martínez Rudas

Directora de Auditoría – Fiduprevisora – FOMAG

Luz Andrea Burgos Acosta

Coordinación de Prestación de Servicios de Salud Fiduprevisora – FOMAG

CONTENIDO

1. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	6
1.1 ALCANCE	6
1.2 OBJETIVO	6
1.3 PRINCIPIOS DEL MODELO	6
1.4 AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN	8
1.5 COBERTURA Y EXCLUSIONES DEL MODELO DE ATENCIÓN	10
1.6 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DETERMINANTES DE PRIORIDADES EN SALUD	12
1.7 DISTRIBUCIÓN GEORREFERENCIADA DE LA POBLACIÓN AFILIADA	13
1.8 ESTRATEGIAS Y ENFOQUES DEL MODELO DE ATENCIÓN	17
1.8.1 Estrategias del Modelo de Atención.....	17
1.8.2 Enfoques del Modelo de Atención	18
1.9 ACTORES DEL MODELO DE ATENCIÓN	21
1.10 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO ACORDE A PRIORIDADES DEL ASIS	22
1.10.1 Riesgo en salud	22
1.10.1.1 Identificación del Riesgo en Salud.....	23
1.10.1.2 Identificación del Riesgo Ocupacional	24
1.10.1.3 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo en salud	25
1.10.1.3 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo ocupacional:	41
1.10.2 Riesgo Operacional	43
1.10.2.1 Identificación del Riesgo Operacional.....	43
1.10.2.2 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo operacional.....	45
1.10.3 Riesgo Financiero	59
1.10.3.1 Identificación del Riesgo Financiero	59
1.10.3.2 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo financiero.....	61
1.11 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN	63
2. MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	65
2.1 ALCANCE.....	65
2.2 OBJETIVO	66

2.3	RESPONSABLES DEL MODELO DE PRESTACIÓN	66
2.4	ATRIBUTOS DE CALIDAD	66
2.5	POLÍTICAS PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	66
2.6	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO.....	69
2.7	ACCESO A LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN	70
2.8	SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS	83
2.9	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO.....	85
2.10	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	95
2.11	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL	96
2.12	ELEMENTOS DE APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE PRESTACIÓN .	100
2.12.1	MECANISMOS Y CANALES DE COMUNICACIÓN CON LOS USUARIOS	100
2.12.2	SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN INTEROPERABLE DEL MAGISTERIO.....	102
2.12.3	RECURSO FÍSICO Y HUMANO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....	103
2.13	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE PRESTACIÓN.....	105

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Actores del modelo de atención.....	21
Ilustración 2. Articulación ECIS laboral y familiar.....	27
Ilustración 3. Articulación otros equipos territoriales	28
Ilustración 4. Implementación del SGSST	42
Ilustración 5. Componentes de los Planes para el cuidado de la salud laboral docente	42
Ilustración 6. Plataforma SUIM	56
Ilustración 7. Proceso de telemedicina – telesalud Fiduprevisora S.A	80
Ilustración 8. Los ECIS básicos: Funciones por perfil profesional	82
Ilustración 9. ECI Complementario. Funciones por perfil profesional especializado	83
Ilustración 10. Proceso para la Vigilancia Epidemiológica	99

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución georreferenciada de la población afiliada por Región y departamento. Año 2024.....	14
Tabla 2. Establecimientos educativos por departamento. Septiembre 2024	15
Tabla 3. Grupos de Riesgo y Eventos Priorizados en el Modelo de Atención	29
Tabla 4. Ejes estratégicos, elementos orientadores y estrategias en salud pública priorizadas en el modelo de atención	40
Tabla 5. Distribución de la población eventos priorizados según ciclo de vida Magisterio 2024.....	69
Tabla 6. Tiempos de asignación de citas para servicios puerta de entrada	72
Tabla 7. Principales grupos de enfermedades en docentes escolares	97

1. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

1.1 ALCANCE

Mediante el Modelo de atención en salud y seguridad y salud en el trabajo para los afiliados al FOMAG, Fiduprevisora S.A como vocera y administradora de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (en adelante Fiduprevisora S.A), determina los lineamientos para gestionar de forma integral el riesgo en salud, operacional y financiero que asegure la atención de los afiliados en todo el territorio nacional acorde al plan de beneficios, en el marco normativo del **Acuerdo 03 de abril del 2024**.

Asimismo, tiene la finalidad de mantener y mejorar los resultados en salud mediante el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y la salud familiar y comunitaria a través de la apropiación de políticas, estrategias, lineamientos, el diseño de programas, procesos y procedimientos para la prestación de los servicios de salud con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo.

Este modelo de atención incluye en su alcance las directrices de gestión del riesgo en las etapas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, pa- liación y muerte digna cumpliendo con los atributos de calidad, en los ámbitos ambulatorio, urgen- cias, domiciliario, hospitalario y en el entorno laboral.

Teniendo en cuenta lo anterior y para cumplir con la gestión integral del riesgo normativamente establecida, el alcance del Modelo de Atención se enmarca en gestionar los subsistemas de riesgo acorde lo define la Superintendencia Nacional de Salud en la **Circular 2022151000000050-5 de 2022** o las normas que la sustituyan, actualicen o complementen; la cual tiene por objeto establecer las disposiciones generales (criterios, parámetros y lineamientos mínimos) que desde el Régimen de Excepción se debe incorporar en el diseño del sistema de administración de riesgos y sus subsiste- mas asociados en sus actividades en salud.

1.2 OBJETIVO

Asegurar el derecho fundamental a la salud y el logro de óptimos resultados en salud de los afiliados al Fomag y su experiencia participativa durante el proceso de atención, mediante la generación de lineamientos, políticas, estrategias y procedimientos innovadores y sostenibles centrados en el usuario y en la humanización de su atención, para su exigencia y despliegue en la red integral de prestadores de servicios de salud, de tal manera que se gestione integralmente el riesgo a nivel la institucional así como en los entornos familiar y laboral, cumpliendo con la calidad esperada, la sa- tisfacción de la población y la sostenibilidad financiera.

1.3 PRINCIPIOS DEL MODELO

El modelo de salud del Fomag derivado del Acuerdo 03 de 2024 del Consejo Directivo contiene los siguientes principios:

Territorialización: Proceso mediante el cual se organizan y adaptan los servicios de salud para responder a las necesidades específicas de nuestros afiliados y beneficiarios de salud del FOMAG, en diferentes áreas geográficas según organización regional, nodos subregionales y municipios. En otras palabras, la territorialización busca identificar y abordar las particularidades del entorno, la población y las condiciones locales para proporcionar un acceso más efectivo y adecuado a los servicios de salud para los usuarios.

Participación: Asegurar la participación de los docentes en los distintos espacios de diálogo y análisis para la intervención y toma de decisiones conjuntas para el correcto funcionamiento del modelo. En este proceso se involucrarán instancias como el Defensor del Usuario, quien tendrá el rol de defender los derechos de los docentes, además de realizar seguimiento, evaluación, monitoreo y coordinación de acciones relacionadas con la atención y el servicio, garantizando la transparencia y efectividad en la gestión del modelo.

Universalidad: Garantía efectiva del derecho fundamental de la salud en todas las etapas de la vida.

Equidad: Prestación del servicio de salud teniendo en cuenta grupos vulnerables y personas de especial atención.

Integralidad: Se refiere a la concepción de la salud como un derecho integral y global que va más allá de la atención médica individual. Este principio implica que la atención de salud no debe limitarse únicamente al tratamiento de enfermedades o afecciones, sino que debe considerar todos los aspectos relacionados con el bienestar físico, mental y social de las personas.

Progresividad del derecho: Ordena ampliar el alcance y la protección de los derechos hasta lograr su plena efectividad.

Libre elección: Derecho de las personas a elegir quién les prestará los servicios de salud dentro de los prestadores disponibles que cumplan con la calidad esperada.

Sostenibilidad: Disposición de los recursos necesarios y suficientes para asegurar el derecho a la salud.

Solidaridad: Mutuo apoyo entre las personas, sectores, regiones y comunidades.

Eficiencia: Capacidad de lograr los resultados en salud esperados con los recursos disponibles.

Interculturalidad: Reconocer la diversidad cultural en los servicios.

Partiendo de esos principios y adaptando los determinados en la Ley Estatutaria 1751 de 2015; para el modelo de atención en salud se determinan los atributos de calidad que deben ser garantizados en todas las intervenciones definidas desde el modelo los cuales se describen a continuación:

- **Accesibilidad:** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en todas las etapas de la vida, en condiciones de igualdad y equidad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural y la solidaridad. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información teniendo en cuenta su derecho de libre elección.
- **Continuidad:** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
- **Integralidad:** Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud.
- **Suficiencia:** diferencia entre la capacidad instalada de servicios disponibles a proveer por la red de prestadores y la demanda potencial de la población afiliada, teniendo en cuenta la territorialización del modelo.
- **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Eficacia:** capacidad de lograr el resultado deseado en un tiempo determinado, acorde a la progresividad del modelo.
- **Eficiencia:** el modelo de atención de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población, garantizando su sostenibilidad.
- **Efectividad:** capacidad de lograr el resultado deseado equilibrando la eficacia y eficiencia.
- **Satisfacción:** nivel de respuesta para cumplir y superar las expectativas de los docentes, pensionados y sus familias y demás partes interesadas en el marco de la gestión institucional y en congruencia con el derecho de la participación en la implementación del modelo.
- **Oportunidad:** es la posibilidad que tiene el afiliado de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos o dilaciones que pongan en riesgo su vida o su salud.

1.4 AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN

El objetivo del proceso de afiliaciones y novedades es garantizar el aseguramiento de los docentes, pensionados y beneficiarios en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), asegurando el primer requisito para su acceso oportuno a los servicios de salud y el reconocimiento

de sus prestaciones económicas. Para ello, se gestiona la afiliación y actualización de novedades de cotizantes y beneficiarios, garantizando la correcta validación del régimen legal en pensión y cesantías.

Así mismo, se administra y actualiza la base de datos del FOMAG con un enfoque de calidad, brindando respuestas oportunas a los requerimientos de secretarías de educación, sindicatos, entes de control y afiliados, fortaleciendo así la gestión y confianza en el sistema.

A continuación, se describen los diferentes tipos de afiliados en el FOMAG:

Cotizantes:

- Los docentes de conformidad con la información oficial de la nómina de maestros reportada por las Secretarías de Educación a Fiduprevisora.
- Los docentes pensionados, de conformidad con la nómina de pensionados del FOMAG reportada por Fiduprevisora.
- Los padres de un docente a través del pago de una Unidad de Pago por Capitación del Magisterio adicional, teniendo en cuenta que el docente tiene afiliado a su cónyuge o compañero (a) permanente y/o a los hijos de acuerdo con lo establecido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Para acceder a estos servicios el docente debe surtir el procedimiento establecido por la Fiduprevisora para la vinculación de padres cotizantes dependientes y realizar los aportes mensuales al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Cotizante Docente: Educador afiliado por la Secretaría de Educación Certificada a través del aplicativo Humano, formando parte de la base de datos de Docentes Activos del FOMAG.

Cotizante Pensionado: Docente que ha adquirido su estatus pensional y ha sido pensionado por el FOMAG.

Cotizante Fallecido: Docente o pensionado que ha fallecido, causando la terminación de su afiliación como cotizante.

Cotizante Dependiente: Persona inscrita como beneficiaria del servicio de salud por parte de un docente activo o pensionado. Por cada dependiente registrado, se cancela una cuota moderadora adicional correspondiente a una Unidad Per Cápita (UPC).

Sustituto Pensional: Persona que, tras el fallecimiento de un cotizante pensionado, recibe la pensión en calidad de sustituto conforme a la normatividad vigente.

Beneficiarios: son aquellas personas que, por su vínculo con un **cotizante docente o pensionado del FOMAG**, tienen derecho a acceder a los servicios de salud a través del sistema de aseguramiento del Fondo. Su afiliación se realiza conforme a la normativa vigente y garantiza la prestación de servicios médicos bajo las condiciones establecidas.

Los beneficiarios pueden ser:

Oficina de salud: Carrera 15 #100-83, Bogotá D.C. **Oficina de pensiones y cesantías:** Calle 72 No.10-03, Bogotá D.C. **Teléfono de servicio al cliente en Bogotá:** (601) 919042205 **Línea de Atención Nacional:** 01 8000 180510 **Líneas de Salud:** (01800) 016-0500 - (601) 9169223
Horarios de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.

- a.) El cónyuge o compañero permanente del afiliado cotizante, sin discriminación de sexo o género.
- b.) Los hijos del afiliado cotizante hasta el día que cumplan los 26 años.
- c.) Los hijos del afiliado cotizante, sin límite de edad, cuando se haya certificado su incapacidad permanente y la dependencia económica del afiliado
- d.) Los hijos del cónyuge o compañero permanente del afiliado cotizante que cumplan lo establecido en los numerales b.) y c.)
- e.) Los padres del docente sin beneficiarios, cuando dependan económicamente de éste.
- f.) Los hijos de los beneficiarios descritos en los literales b.) y c.) del presente artículo hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.
- g.) Los menores de edad entregados en custodia legal por la autoridad competente.

El detalle de esta gestión se encuentra descrito en el Procedimiento **MP-GNE-06-001 AFILIACIONES FOMAG**.

1.5 COBERTURA Y EXCLUSIONES DEL MODELO DE ATENCIÓN

El plan de beneficios en salud para los afiliados al FOMAG es integral y tendrá como base los servicios y tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales se actualizan anualmente.

Una característica clave de este plan es que no aplica preexistencias, períodos de carencia, copagos, cuotas moderadoras ni exclusiones, excepto aquellas expresadas explícitamente en la normatividad vigente. Todo lo que no esté tipificado como exclusión está cubierto por el Plan de Beneficios del Magisterio. Por lo tanto y adoptando lo determinado en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente
- e) Que se encuentren en fase de experimentación
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior

El plan de beneficios asegura que los servicios de salud sean proporcionados bajo condiciones que garanticen una atención adecuada, integral y oportuna, adaptándose a las necesidades de los afiliados. Además, cuenta con un enfoque de gestión del riesgo y pone énfasis en la atención primaria en salud, cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Esto incluye garantizar la accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la atención de los afiliados, en los diferentes ámbitos de atención, ambulatoria, hospitalaria, urgencias, domiciliario, adaptando y distribuyendo los servicios de salud según las características, necesidades y particularidades de las distintas regiones o territorios a nivel Nacional.

Se precisa que todas aquellas tecnologías o servicios de salud que se actualicen a través de disposiciones normativas dejarán de ser exclusiones en los acuerdos de voluntades con los prestadores contratados y serán asumidas por el contratista, teniendo en cuenta que la Ley estatutaria prevé la actualización progresiva de los servicios y tecnologías hoy señalados como exclusiones.

Consideraciones especiales en cobertura:

Lentes y monturas:

Incluye: Está incluido el reconocimiento de monturas, lentes de contacto y lentes progresivos con fórmula médica, bajo las condiciones y procedimiento determinado por Fiduprevisora S.A para su suministro.

Atención en salud oral:

Tendrán cobertura los procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante.

Incluyen las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante, así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

Los tratamientos de periodoncia, endodoncia, ortodoncia, las prótesis dentales, así como todos los procedimientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social mediante actos administrativos de actualización de servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC, estarán cubiertos siempre y cuando no tengan una finalidad principal cosmética o suntuaria.

Ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos, financiados con recursos de la UPC-M.
2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis), para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros), para los procedimientos financiados con recursos de la UPC-M.
4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Están incluidos en la cobertura del plan de beneficios las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales, se darán en calidad de préstamo, en los casos en que aplique, incluye entrenamiento de uso, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Cobertura del proceso de Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST.

Las actividades del SG-SST llegarán a los docentes y directivos docentes afiliados al FOMAG que laboran en los 8.004 Establecimientos Educativos con sus 40.896 sedes en todo el territorio Nacional. Las actividades aportarán para el diseño e Implementación del SG-SST que de acuerdo a la normatividad laboral vigente debe estar bajo el liderazgo de los directivos docentes y que debe cubrir a todos los trabajadores que desarrollen actividades laborales en el establecimiento educativo independiente de su afiliación a la seguridad social. Es por ello que deberán buscarse acuerdos para su implementación con las Administradoras de Riesgos Laborales a las cuales están afiliados el resto de trabajadores del centro de trabajo.

1.6 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 de las enfermedades relacionadas con los grupos de riesgo No Trasmisibles (HTA y DM), Salud Maternoperinatal, Salud Mental, Trastornos de los Órganos de los Sentidos y Trastornos Musculoesqueléticos.
- Carga de la enfermedad relacionada con enfermedades de alto costo: Cáncer, Enfermedad Renal Crónica, Artritis Reumatoidea, VIH y Enfermedades Huérfanas
- Diferencias poblacionales, ambientales, sociales, que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población.
- Baja respuesta ante alertas sanitarias emitidas por los entes de control del País
- Debilidad de la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud
- Adopción y Adherencia a las Políticas públicas nacionales e internacionales

Frente a las **condiciones de salud relacionadas con el trabajo**, se determina priorizar los centros de trabajo cuyos docentes presenten alguna de las siguientes condiciones para la implementación del SG-SST:

- Estrés laboral

- Exposición a radiaciones no ionizantes (sol)
- Dolores o síntomas osteomusculares por movimientos repetitivos, posturas inadecuadas o manejo de cargas
- Afecciones de la voz
- Enfermedades respiratorias por agentes respiratorios presentes en el lugar de trabajo
- Exposición a virus y bacterias
- Accidentes en el trabajo por condiciones inseguras en los lugares de trabajo
- Afecciones en el oído por exceso de ruido en el lugar de trabajo
- Otras afecciones o síntomas asociadas con el estrés (dolor gástrico, migraña, dolores osteomusculares crónicos, entre otros)
- Cargas de trabajo excesivas
- Exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones
- Falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador
- Falta de influencia en la manera de realizar el trabajo
- Cambios organizativos mal gestionados
- Comunicación ineficaz
- Falta de apoyo por parte de la dirección o de los compañeros
- Acoso psicológico y sexual
- Padres de familia, compañeros de trabajo o alumnos de manejo difícil
- Violencia, acoso laboral, acoso sexual, burnout o desgaste

1.7 DISTRIBUCIÓN GEORREFERENCIADA DE LA POBLACIÓN AFILIADA

La población del régimen de excepción presentada corresponde al cierre de la vigencia del año 2024, según base de afiliados entregada por el área de afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios. Para este corte el total de afiliados activos era de 819.827, distribuidos en 10 regiones conformadas para el territorio nacional, 32 departamentos, el distrito de Bogotá D.C y 1.104 municipios de los cuales en el 7,2% (79) contamos con menos de 5 usuarios activos, dentro de los municipios se cuentan lo que en Colombia se tiene definido como zonas no municipalizadas o corregimientos. En total la población del magisterio aporta así desde el régimen de excepción el 1,7% al total de la población del país.

En cuanto a lo relacionado con el género, se observa que el magisterio al igual que para el país cuenta con un mayor porcentaje de población del sexo femenino, donde el 59,6% de la población afiliada pertenece a este género, estando por encima en un 8,4% del porcentaje femenino del país que está representado con el 51,2%, llevando así al magisterio a enfocarse en los programas de promoción y prevención relacionados con la mujer y la infancia, donde se deben fortalecer las acciones de las rutas de promoción y mantenimiento y materno perinatal.

A nivel regional, la región 8 con un total de 118.750 afiliados y constituida actualmente por los departamentos de Cauca, Nariño, Putumayo y Valle del Cauca cuenta con el 14,5% del total de la

población afiliada, siendo la región con mayor población asignada según el corte presentado. Al desagregar por departamento para esta región el 45% de la población está asignada al departamento de Valle del Cauca con un total de 53.868 afiliados.

En cuanto a la región con menos población asignada está la región 6 con 2 departamentos asignados Meta y Vichada, cuenta con 18.129 afiliados lo que corresponde al 2,2% del total de la población activa, donde el 93,2% de la población está concentrada en el departamento del Meta.

A continuación, se relaciona la distribución georreferenciada de la población para el magisterio:

Tabla 1. Distribución georreferenciada de la población afiliada por Región y departamento. Año 2024.

Región	Departamento ó Distrito	Número de personas afiliadas al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio			Porcentaje de la población afiliada al Fomag en la región por departamento
		Femenino	Masculino	Total general	
Región 1	AMAZONAS	955	907	1862	1,8
	DISTRITO CAPITAL	61571	35189	96760	94,4
	GUAINÍA	457	494	951	0,9
	GUAVIARE	1001	916	1917	1,9
	VAUPÉS	481	526	1007	1,0
Región 1	Total	64465	38032	102497	100
Región 2	ATLÁNTICO	24959	16188	41147	35,9
	CESAR	13451	9891	23342	20,4
	GUAJIRA	11516	7635	19151	16,7
	MAGDALENA	17222	12877	30099	26,3
	SAN ANDRÉS	567	287	854	0,7
Región 2	Total	67715	46878	114593	100
Región 3	BOLÍVAR	20018	14755	34773	35,8
	CÓRDOBA	22141	18758	40899	42,1
	SUCRE	11752	9732	21484	22,1
Región 3	Total	53911	43245	97156	100
Región 4	CAQUETÁ	5870	5029	10899	17,8
	HUILA	14317	10482	24799	40,5
	TOLIMA	14954	10601	25555	41,7
Región 4	Total	35141	26112	61253	100
Región 5	CALDAS	12063	7474	19537	39,6
	QUINDIO	7092	4532	11624	23,6
	RISARALDA	10883	7274	18157	36,8
Región 5	Total	30038	19280	49318	100
Región 6	META	9884	7005	16889	93,2

Región	Departamento ó Distrito	Número de personas afiliadas al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio			Porcentaje de la población afiliada al Fomag en la región por departamento
		Femenino	Masculino	Total general	
	VICHADA	588	652	1240	6,8
Región 6	Total	10472	7657	18129	100
Región 7	BOYACA	17656	11152	28808	40,6
	CASANARE	4877	3817	8694	12,3
	CUNDINAMARCA	20166	13237	33403	47,1
Región 7	Total	42699	28206	70905	100
Región 8	CAUCA	14288	10552	24840	20,9
	NARIÑO	18295	13754	32049	27,0
	PUTUMAYO	4320	3673	7993	6,7
	VALLE DEL CAUCA	33459	20409	53868	45,4
Región 8	Total	70362	48388	118750	100
Región 9	ARAUCA	3282	2545	5827	7,3
	NORTE DE SANTANDER	16817	11546	28363	35,6
	SANTANDER	27740	17768	45508	57,1
Total Región 9		47839	31859	79698	100
Región 10	ANTIOQUIA	58975	37200	96175	89,4
	CHOCÓ	6944	4409	11353	10,6
Región	Total	65919	41609	107528	100
País	Total	488.561	331.266	819.827	

Fuente: Base afiliados activos. Área afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios - corte 31 diciembre 2024

Distribución de los cotizantes activos por centros educativos

Tabla 2. Establecimientos educativos por departamento. Septiembre 2024

Departamento	Establecimientos Educativos			
	No. EE	No. Sedes	Participación	Promedio sedes EE
AMAZONAS	10	102	0,1%	10
ANTIOQUIA	948	5.363	11,8%	6

Departamento	Establecimientos Educativos			
	No. EE	No. Sedes	Participación	Promedio sedes EE
ARAUCA	67	467	0,8%	7
ATLANTICO	283	496	3,5%	2
BOGOTA	377	725	4,7%	2
BOLIVAR	336	1.397	4,2%	4
BOYACA	297	2.084	3,7%	7
CALDAS	208	1.036	2,6%	5
CAQUETA	184	1.440	2,3%	8
CASANARE	93	506	1,2%	5
CAUCA	598	2.503	7,5%	4
CESAR	212	1.287	2,6%	6
CHOCO	237	839	3,0%	4
CORDOBA	433	1.842	5,4%	4
CUNDINAMARCA	354	2.643	4,4%	7
GUAINIA	17	80	0,2%	5
GUAVIARE	43	258	0,5%	6
HUILA	229	1.999	2,9%	9
LA GUAJIRA	208	1.491	2,6%	7
MAGDALENA	251	1.131	3,1%	5
META	188	1.061	2,3%	6
N. DE SANTANDER	325	1.997	4,1%	6
NARIÑO	281	2.023	3,5%	7
PUTUMAYO	146	892	1,8%	6
QUINDIO	82	484	1,0%	6
RISARALDA	152	738	1,9%	5
SAN ANDRES	11	18	0,1%	2
SANTANDER	401	625	5,0%	2
SUCRE	302	887	3,8%	3
TOLIMA	271	1.980	3,4%	7
VALLE DEL CAUCA	386	2.117	4,8%	5
VAUPES	17	127	0,2%	7
VICHADA	57	257	0,7%	5
Total general	8.004	40.895	100%	5

Fuente: Elaboración propia con base en información de las 97 ETC.

La Tabla 2 relaciona los 8.004 Establecimientos Educativos por departamento con sus 40.896 sedes, de acuerdo con la información reportada por las 97 Entidades Territoriales Certificadas

en Educación, a corte de septiembre de 2024 que corresponden al objeto de intervención para la implementación del SG-SST.

La mayor concentración de Establecimientos Educativos se encuentra en los departamentos de Antioquia, Cauca, Córdoba, Santander, Valle del Cauca, Bogotá D.C, Cundinamarca, Bolívar, Nariño y Sucre con 3.995 equivalentes al 49,4% de los 8.004 existentes en el país, a septiembre de 2024.

Mientras que los departamentos de Guaviare, Guainía, Vaupés, Amazonas y el Archipiélago de San Andrés y Providencia, no superan los cincuenta (50) Establecimientos Educativos, cada uno.

1.8 ESTRATEGIAS Y ENFOQUES DEL MODELO DE ATENCIÓN

La Resolución 2626 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la Política de Atención Integral en Salud, determina el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE el cual cuenta con unas estrategias y enfoques. Estos a su vez hacen parte del Acuerdo 03 de 2024 del Consejo Directivo del Fomag y se reiteran en el Modelo de Salud que hace parte del mismo Acuerdo. Por lo anterior, a continuación, se describen las estrategias y enfoques que deben ser apropiados por Fiduprevisora S.A, en la definición de sus lineamientos e implementados en la red de prestadores contratada para la atención de los afiliados

1.8.1 Estrategias del Modelo de Atención

Atención Primaria en Salud: Promueve la coordinación intersectorial para brindar una atención integral e integrada a partir de acciones de salud pública, promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación mediante acciones individuales y poblacionales según el riesgo identificado a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar de los docentes, pensionados y sus familias de manera preventiva, predictiva y resolutiva. Esta estrategia incluye en su implementación la prestación propiamente dicha de los servicios de salud, la participación social y comunitaria, así como la articulación con otros sectores complementarios al sector salud mediante con las Entidades Territoriales y su participación en las actividades que se concerten con dicha instancia, lo anterior en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud de la población según prioridades identificadas en cada territorio.

La estrategia de Atención Primaria en Salud se convierte en el eje fundamental del Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, por lo cual se formulan acciones que promuevan los elementos anteriormente descritos mediante la implementación de la APS Institucional, APS Extramural y APS Intersectorial y lo referente a la promoción y prevención de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral del componente del SGSSTM.

Gestión Integral del Riesgo en Salud: La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, es una estrategia transversal del modelo de atención, que se fundamenta en la articulación e interacción de los

agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

Es una estrategia de articulación entre la salud pública, la estructura orgánica de Fiduprevisora S.A y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo oportuno u pertinente de enfermedad.

Gestión del Riesgo Ocupacional: es un proceso sistemático para identificar, evaluar y controlar los riesgos asociados con el trabajo, con el objetivo de prevenir lesiones y enfermedades ocupacionales. Incluye las siguientes etapas:

Etapa 1: Identificación de Riesgos: Reconocer los peligros y riesgos en el lugar de trabajo e Identificar las actividades y tareas que involucran riesgos

Etapa 2: Evaluación de Riesgos: Analizar la gravedad y probabilidad de cada riesgo y Clasificar los riesgos en alta, media o baja prioridad

Etapa 3: Control de Riesgos: Implementar medidas de control para reducir o eliminar los riesgos y Establecer procedimientos y protocolos de seguridad

Etapa 4: Monitoreo y Revisión: Realizar seguimiento y evaluación continua de los riesgos y Revisar y actualizar los controles y procedimientos de seguridad

1.8.2 Enfoques del Modelo de Atención

Cuidado de la Salud: El enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que se esperan que los docentes activos, pensionados y sus familias adopten para proteger, mantener o recuperar la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica que desde el modelo de atención se deben generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, así como el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social. Así mismo, la garantía por parte de la ETC para garantizar condiciones seguras en el lugar de trabajo y la responsabilidad de los docentes activos para el cuidado de salud y la implementación de medidas de control de los riesgos ocupacionales.

Diferencial Poblacional: El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de estas. Implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud para el cierre de brechas en los

resultados en salud. Dentro de este enfoque para Fiduprevisora S.A se reconocen los siguientes grupos:

- Etnias (indígenas, raizales, afrocolombianos, palenqueros, ROM)
- Población en condición de discapacidad
- Víctimas de violencia y del conflicto
- Población LGBTIQ+
- Mujeres
- Niños en primera infancia

Salud Familiar, comunitaria y laboral: Reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción; así como la garantía de condiciones de trabajo seguras y saludables. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar, comunitaria y laboral para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Para ello debe existir la adscripción de los individuos y sus familias a un médico en su prestador primario con el cual generen vínculo de confianza en el proceso de su atención interviniendo no solo a la persona sino los determinantes familiares acorde al conocimiento previo de los mismos. Incluye la atención oportuna de los eventos en salud que se relacionan con el trabajo, la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica ocupacional y la garantía de procesos de retorno laboral eficaz de los docentes que han presentado una patología.

Intersectorialidad: En el desarrollo del modelo de atención se debe trabajar de manera coordinada con instituciones representativas de sector salud y seguridad y salud en el trabajo, en busca de promover acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud de los afiliados.

La intersectorialidad se desarrollará en los siguientes niveles de relación del sector salud con otros sectores:

Información: se considera como un primer paso o nivel de intersectorialidad, que forma parte del proceso de construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo y el entendimiento respecto de la lógica de trabajo de los sectores y, fundamentalmente, para que el sector de la salud sea más consciente de la lógica y las prioridades de otros sectores, a fin de identificar aspectos comunes y/o complementarios o importantes para un proceso de trabajo conjunto.

Cooperación: busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector basado en una relación de cooperación, que puede escalar desde una cooperación incidental, casual o reactiva hasta acciones orientadas estratégicamente con base en problemas y prioridades comunes, en los que las actividades con otros sectores pueden ser determinantes para el logro en salud.

Coordinación: se sustenta en relaciones basadas en la “Coordinación”, en que el esfuerzo de trabajo conjunto implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia.

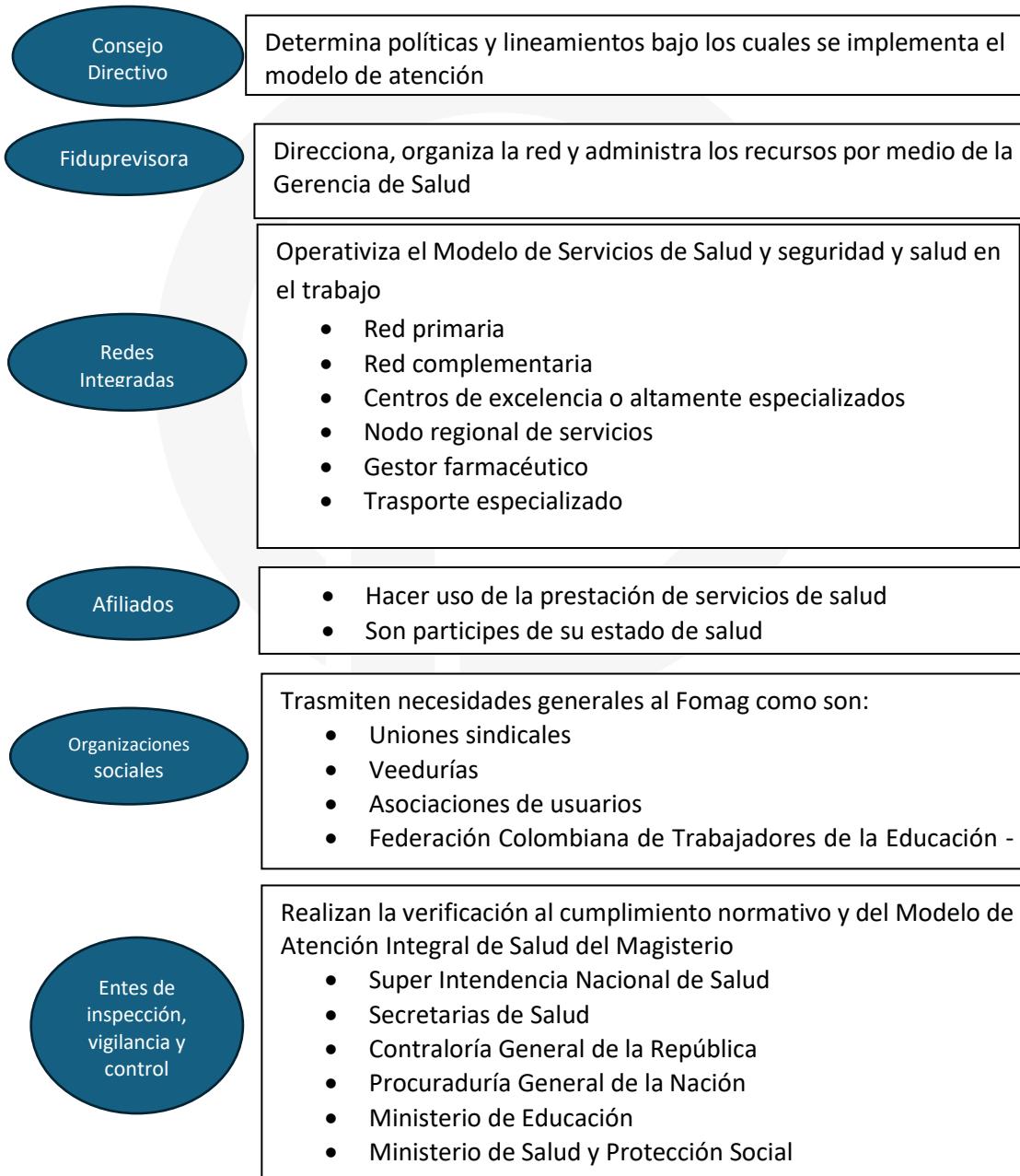
Mesas Intersectoriales para la Implementación del SG-SST: proceso liderado por Fiduprevisora S.A para el desarrollo de acciones de direccionamiento, evaluación, monitoreo y ajuste del SG-SST en todo el territorio Nacional.



1.9 ACTORES DEL MODELO DE ATENCIÓN

Se establece como actores del modelo de atención al consejo directivo, Fiduprevisora S.A., Prestadores de servicios de salud (IPS), Afiliados, Organizaciones sociales y entes de inspección, vigilancia y control, como se muestra a continuación:

Ilustración 1. Actores del modelo de atención



1.10 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO ACORDE A PRIORIDADES DEL ASIS

En cumplimiento de la Circular 50-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud que determina que “*las entidades pertenecientes al Régimen Especial y de Excepción, deberán diseñar y adoptar un Sistema de Administración de Riesgos asociado al aseguramiento y a la prestación de los servicios de salud, de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares.*”, y en el marco del alcance del modelo de atención en salud, la estrategia de Gestión Integral del Riesgo se ejecuta a partir del ciclo general de la gestión de riesgos, con el cual se incluyen las siguientes etapas para cada uno de los subsistemas de administración de riesgos:

Identificación de riesgos: “*Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos.*

De igual manera, para la identificación de los riesgos puede utilizar la información que genera la institución de acuerdo con el modelo de salud y el modelo de negocio, así como todos los datos y documentos disponibles en el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, y cualquier otra entidad competente.”

Evaluación y medición de riesgos: “*Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.*”

Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos: “*Una vez identificados y evaluados los riesgos, a excepción de los de salud, deben compararse con los límites (tolerancia) aprobados por la instancia definida por la entidad y su política, siempre dentro del marco normativo como referencia.*”

Seguimiento y monitoreo: “*Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, se deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior*”.

A continuación de determina la ejecución del ciclo general de la gestión de riesgos para los subsistemas priorizados en el modelo de atención en salud del Fomag.

1.10.1 Riesgo en salud

Acorde a la Circular 50-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, se entiende por Riesgo en Salud la *probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud*

del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. En este caso, el evento se entiende como la ocurrencia de la enfermedad, su evolución desfavorable o su complicación; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

1.10.1.1 Identificación del Riesgo en Salud

Este componente implica utilizar diferentes fuentes estandarizadas de información interna y externa, entre otras: la caracterización de la población, los tamizajes, análisis de la situación de salud de las Entidades Territoriales, transición demográfica, vigilancia epidemiológica, uso de los servicios de salud, conformación de grupos de riesgo y/o cohortes, que permiten identificar y priorizar los problemas de salud de los afiliados como punto de partida para la gestión integral del riesgo en salud, con el propósito de orientar la planeación estratégica y operativa concordante con las necesidades del usuario y la normatividad vigente.

La organización de los afiliados por curso de vida permite la realización de las intervenciones incluidas en la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud. La organización de los afiliados por grupos de riesgo facilita la articulación de las acciones propias de la gestión individual del riesgo en salud y la definición de modelos para la gestión de la atención de los afiliados según los riesgos identificados en rutas específicas según riesgo.

En referencia a la vigilancia de la salud pública entendida como una actividad de protección de la salud individual y colectiva a través del proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública; se adoptarán aquellos lineamientos, guías y protocolos de atención emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud.

La identificación de riesgos en salud se realiza mediante la metodología y periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y debe comprender, por lo menos, los siguientes análisis:

- a. Caracterización de la población afiliada según cursos de vida y grupos de riesgo, lo cual incluye:
 - Análisis territorial.
 - Análisis demográfico.
 - Análisis de morbi-mortalidad
 - Análisis de determinantes sociales de la salud
 - Identificación grupos de riesgo
- b. Caracterización de los factores de riesgo de la población afiliada sana

El detalle de los mecanismos determinados por Fiduprevisora S.A para cumplir con estas dos estrategias para la identificación del riesgo en salud, se encuentran contemplados en el Procedimiento PR-RS-07 Planeación de la Caracterización del Riesgo Poblacional.

- c. Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión preventiva (incluye las acciones sobre los factores generales y específicos identificados en la caracterización de la población).
- d. Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión de recuperación de salud (incluye acceso y oportunidad a los servicios de salud, así como el acceso específico por patologías o condiciones de interés identificadas).

El detalle de los mecanismos determinados por Fiduprevisora S.A para cumplir con estas estrategias para la identificación del riesgo en salud, se encuentran contemplados en el Procedimiento PR-RS-08 Planeación de la Caracterización del Riesgo Individual

- e. Caracterización de la red de prestadores de servicios contratada o dispuesta para la atención de sus afiliados (teniendo en cuenta la caracterización de la población y las categorías de riesgo identificadas. Debe incluir un análisis en términos de habilitación, suficiencia, contratación, resultados en salud y la gestión del riesgo clínico transferido por la red (seguridad del paciente)).

El detalle de los mecanismos determinados por Fiduprevisora S.A para cumplir con esta estrategia para la identificación del riesgo en salud, se encuentran contemplados en el manual MN-RS-XX Dirección de Red y Caracterización de la Red de Prestadores.

1.10.1.2 Identificación del Riesgo Ocupacional

Es un proceso que busca reconocer y describir los peligros y riesgos asociados con el trabajo y que tiene como mínimo los siguientes pasos:

- Revisión de la documentación: Revisar la documentación existente sobre el proceso o tarea, como manuales, procedimientos y registros de incidentes.
- Observación directa: Observar el proceso o tarea en cuestión para identificar posibles peligros y riesgos.
- Entrevistas con trabajadores: Entrevistar a los trabajadores que realizan la tarea o proceso para obtener información sobre sus experiencias y percepciones de los riesgos.
- Análisis de incidentes: Analizar los incidentes y accidentes que han ocurrido en el pasado para identificar patrones y causas raíz.
- Inspección del lugar de trabajo: Inspeccionar el lugar de trabajo para identificar posibles peligros y riesgos.

1.10.1.3 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo en salud

a. Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud en el modelo de atención salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio se implementa en las siguientes tres modalidades en el marco de la Ruta Integral en Salud de Promoción y Mantenimiento en cada uno de los cursos de vida y se articula e integra con los diferentes componentes de Seguridad y Salud en el Trabajo.

b. Atención Primaria en Salud Institucional

Busca identificar, gestionar, mitigar e intervenir oportuna y resolutivamente los riesgos en salud en los grupos poblacionales del Magisterio durante las atenciones desde el componente primario en el entorno institucional relacionadas con la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de esta capa de atención, incluye las puertas de entrada definidas en el Acuerdo 03 de 2024 y el Plan Individual de Cuidado Integral para promover prácticas saludables en la población, así como mantener intervenciones que se anticipen a la aparición de la enfermedad e incidan sobre los eventos prevenibles en salud.

El detalle de las intervenciones definidas desde Fiduprevisora S.A para esta modalidad de la Atención Primaria en Salud, se describe en los Procedimientos de **PR-RS-09 Planeación de la APS Institucional** y **PR-RS-03 Gestión de la APS Institucional** que hacen parte integral de este documento.

c. Atención Primaria en Salud Extramural

Busca identificar, gestionar, mitigar e intervenir oportuna y resolutivamente los riesgos en salud y determinantes sociales en los grupos poblacionales del Magisterio durante las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno familiar y laboral de los afiliados mediante la adscripción e intervención de los Equipos del Cuidado Integral de la Salud – ECIS, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad evitable de los afiliados al FOMAG a partir de la determinación de un Plan Individual de Cuidado Integral que se complementa con la APS Institucional.

Teniendo en cuenta el Acuerdo 03 de 2024 del Consejo Directivo del Fomag, deben conformarse dos tipos de ECIS, unos con ejecución en el entorno familiar y otros en el entorno laboral, a continuación, se presentan las acciones de articulación entre los ECIS de los dos entornos para la identificación de necesidades en salud o necesidades de intervención de una condición de trabajo específica y la canalización al equipo responsable de la respuesta.

Así las cosas, el modelo de atención determina que, si los ECIS del ámbito laboral identifican durante sus intervenciones con los docentes activos una de las siguientes alertas, canalizará a los ECIS del ámbito familiar o directamente a las IPS de la capa correspondiente:

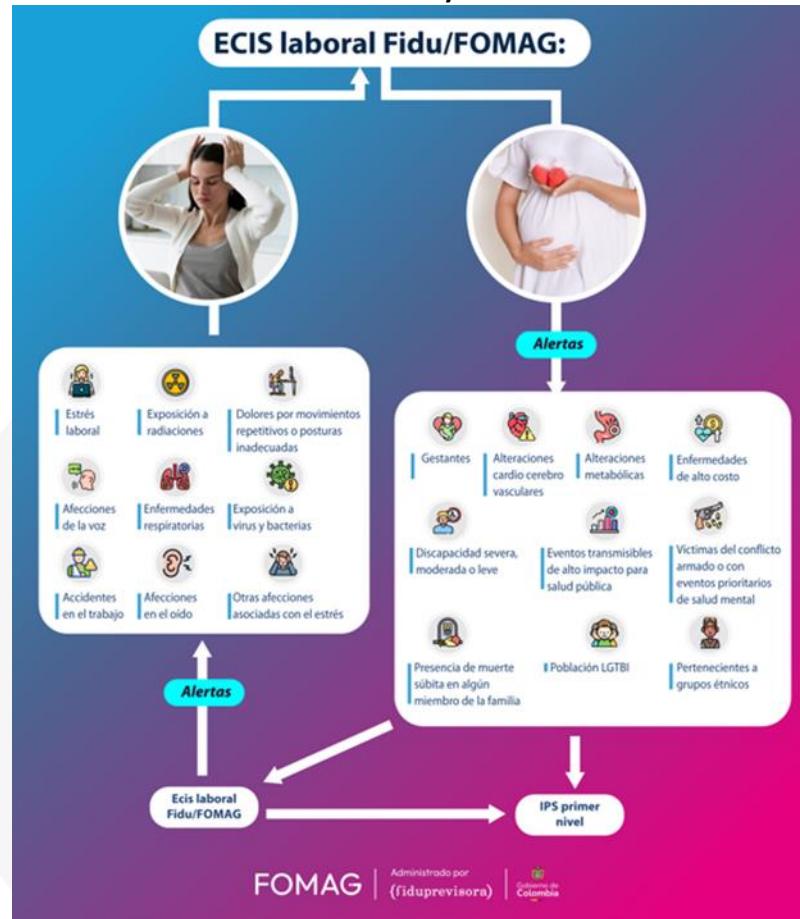
- Gestantes con alertas
- Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas (Diabetes, Hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad)

- Enfermedades de alto costo (Cáncer, Artritis, Hemofilia, VIH, Enfermedad Renal Crónica).
- Discapacidad severa, moderada o leve.
- Sintomatología compatible con eventos Transmisibles de alto impacto para la Salud pública como (Tuberculosis, Lepra, ITS, Eventos Inmunoprevenibles, ETV o de origen zoonóticas).
- Víctimas del conflicto armado o con eventos prioritarios de salud mental
- Presencia de muerte súbita en algún miembro de la familia
- Población LGTBI
- Pertenecientes a grupos étnicos (Indígenas, ROM o Gitanos, Afrodescendientes, Raizales)

Y si los ECIS del ámbito familiar, identifican dentro de sus intervenciones que algún docente está pasando por una de estas situaciones deberá remitirlo a los ECIS del ámbito laboral:

- Estrés laboral
- Exposición a radiaciones no ionizantes (sol)
- Dolores o síntomas osteomusculares por movimientos repetitivos, posturas inadecuadas o manejo de cargas
- Afecciones de la voz
- Enfermedades respiratorias por agentes respiratorios presentes en el lugar de trabajo
- Exposición a virus y bacterias
- Accidentes en el trabajo
- Afecciones en el oído por exceso de ruido en el lugar de trabajo
- Otras afecciones o síntomas asociadas con el estrés (dolor gástrico, migraña, dolores osteomusculares crónicos, entre otros).

Ilustración 2. Articulación ECIS laboral y familiar



De esta manera, los ECIS son una de las puertas de entrada al modelo de salud del FOMAG, que implementa las actividades propias del SG-SST y activa las Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS, establecidas en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El detalle de las intervenciones definidas desde Fiduprevisora S.A para esta modalidad de la Atención Primaria en Salud se describe en los Procedimientos de **PR-RS-05 Planeación de la APS Extramural** y **PR-RS-12 Gestión de la APS Extramural** que hacen parte integral de este documento.

d. Atención Primaria en Salud Intersectorial

Identificar, gestionar, mitigar e intervenir oportuna y resolutivamente los riesgos en salud y determinantes sociales en los grupos poblacionales del Magisterio durante la ejecución de acciones integradas de diferentes sectores que comparten una visión conjunta para resolver los problemas en salud de la población en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación gestionando las barreras sociales, culturales, familiares y comunitarias, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad evitable de los afiliados al FOMAG.

La APS intersectorial se articula con la APS extramural a partir de la gestión de los ECIS con la articulación con otros Equipos territoriales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el territorio, se han dispuesto en cumplimiento a directrices del sector salud Equipos Territoriales en Salud y Equipos para el cumplimiento del Plan de Intervenciones Colectivas. Se proponen los siguientes criterios de articulación con estos equipos aun cuando sus objetivos poblacionales son diferentes:

Ilustración 3. Articulación otros equipos territoriales



Fuente: Dirección de Seguridad y salud en el trabajo

El detalle de las intervenciones definidas desde Fiduprevisora S.A para esta modalidad de la Atención Primaria en Salud, se describe en los Procedimientos **PR-RS-10 Planeación de la APS Intersectorial** y **PR-RS-04 Gestión de la APS Intersectorial** que hacen parte integral de este documento.

e. Grupos de Riesgo

Acorde a la definición del Ministerio de Salud y Protección Social, un grupo de riesgo es un “*conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios*”.

Para la conformación de los grupos de riesgo, Fiduprevisora S.A dispone e implementa mecanismos administrativos para la identificación, intervención y seguimiento del riesgo individual en salud según priorización de patologías (que incluya criterios de confirmación, inclusión, ingreso, retoma, plan individual para el tratamiento del riesgo, exclusión y egreso al grupo de riesgo correspondiente de la red prestadora, en el marco de la disponibilidad y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, guías de práctica clínica médica y/o protocolos clínicos, criterios clínicos y administrativos y la normatividad vigente).

Con base en la priorización resultante del Análisis de Situación en Salud del Magisterio se determinan como grupos de riesgo priorizados para el modelo de atención y de prestación de servicios de salud los que derivados de las enfermedades en seguimiento por la Cuenta de Ato Costo acorde a la Resolución 3974 de 2009:

- Cáncer
- Enfermedad Renal Crónica
- Artritis Reumatoidea
- VIH
- Enfermedades Huérfanas

No obstante, lo anterior y teniendo en cuenta la caracterización demográfica de la población del Magisterio y su perfil epidemiológico, así como la normatividad vigente; para el modelo de atención se adoptan los siguientes grupos de riesgo y eventos priorizados establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a los cuales se debe asignar la población que cumpla criterios de ingreso a partir de la caracterización individual.

Tabla 3. Grupos de Riesgo y Eventos Priorizados en el Modelo de Atención

Nº	Grupo de Riesgo	Eventos Priorizados
1	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica.
2	Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	Sobrepeso, obesidad, anemia, desnutrición.
3	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión, Trastorno Afectivo Bipolar, Psicosis, Ansiedad, Demencia, Epilepsia, Suicidio

Nº	Grupo de Riesgo	Eventos Priorizados
4	Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA, uso nocivo, sobredosis, dependencia, efectos agudos y crónicos sobre la salud, problemas sociales agudos y crónicos
5	Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.	Caries, Enfermedad Periodontal
6	Población con riesgo o presencia de cáncer.	Cáncer de Mama, Cáncer de Cervix, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Piel, Cáncer de Tiroides, Cáncer Infantil, Leucemias y Linfomas
7	Población materno perinatal.	Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas, Trastornos del Recién Nacido.
8	Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV): Dengue, Chikunguña, Zica, Chagas, Malaria. Infecciones inmunoprevenibles Infecciones de transmisión Sexual VIH
9	Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente Rábico
10	Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.	Accidentes de trabajo Enfermedades del Sistema Foniátrico, Osteomuscular o de la esfera mental como consecuencia a la exposición de factores de riesgo laboral. (Disfonía, Nódulos laringeos, Síndrome del Túnel del Carpo, Hombro Doloroso, Síndrome del Manguito rotador, depresión, ansiedad, trastorno de bipolaridad; entre otras) Enfermedades de origen común exacerbadas por el trabajo. Enfermedades generales derivadas de condiciones de trabajo psicosocial, especialmente las derivadas del estrés laboral.
11	Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	Violencias: por conflicto armado, de género, conflictividad social.
12	Población con riesgo o enfermedades huérfanas.	Acorde a normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social
13	Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Trastornos visuales: Defectos de Refracción, Catarata, Glaucoma. Trastornos auditivos: Otitis, Hipoacusia, Vértigos y Trastornos de Habla. Enfermedades de la Voz

Nº	Grupo de Riesgo	Eventos Priorizados
14	Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	Artritis reumatoidea Lupus eritematoso sistémico Parkinson Fibromialgia
15	Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas	Asma y EPOC

Fuente: *Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social*

El detalle de la conformación, gestión, seguimiento y evaluación de los grupos de riesgo se encuentra descrito en los procedimientos PR-RS-06 Planeación de Atención de la Población con Riesgo Intermedio y Avanzado y el PR-RS-02 Gestión de Atención de la Población con Riesgo Intermedio y Avanzado y la definición de los criterios de ingreso, retoma y egreso así como de los desenlaces clínicos para cada grupo de riesgo se encuentran en los instructivos anexos de los mencionados procedimientos, componentes que serán concertados con la red de prestadores para su implementación y ejecución.

f. Rutas Integrales de Atención en Salud

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAs, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades.

El objetivo de las RIAs es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y el aumento de la satisfacción del usuario y la optimización de recursos.

Contienen herramientas de uso obligatorio en las que se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud y que la normatividad (Resolución 429 de 2016, Resolución 3202 2016, Resolución 3280 de 2018, Resolución 2626 de 2019) prevé como tipos de RIAs, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; la Ruta Integral de Atención en Salud para Eventos Específicos y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal.

Teniendo en cuenta que a los diferentes integrantes del Sector Salud incluidos los Regímenes de Excepción y los Regímenes Especiales se les determinan como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que desarrollan respecto

de la población a su cargo, se establece que la red de prestadores deberá garantizar la planificación, implementación, monitoreo del desempeño y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en su red, a la población asignada en el marco de los lineamientos técnicos y operativos y normatividad vigente expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el modelo de atención en salud del Fomag, se aplicará la normatividad vigente relacionada o aquella que la derogue o actualice, de orden nacional y/o territorial, incluso aquella que no esté relacionada en este documento.

Se priorizan en este modelo la implementación obligatoria de las siguientes RIAS determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales incluyen las atenciones e intervenciones específicas, así como su periodicidad:

- Promoción y mantenimiento
- Materno perinatal
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Cáncer de Mama
- Cáncer de Cuello Uterino
- Desnutrición
- Chagas
- Leishmaniasis
- Malaria
- Dengue
- Consumo de Sustancias Psicoactivas

No obstante, acorde al perfil epidemiológico, grupos de riesgos definidos, así como patologías que por su alto costo requieren control y monitoreo así la prevalencia no sea alta, en este modelo de atención se incluye la construcción de vías clínicas y administrativas dada la no construcción de RIAS por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Estas vías clínicas y administrativas se determinan con base en las Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención avalados por el Ministerio de Salud y Protección Social e incluyen las intervenciones según periodicidad, desenlaces clínicos esperados, indicadores de seguimiento y evaluación, así como otros mecanismos para monitorear en la red de prestadores su cumplimiento e impacto. El contenido de estas vías está descrito en los instructivos según evento priorizado que hacen parte del procedimiento PR-RS-06 Planeación de Atención de la Población con Riesgo Intermedio y Avanzado y el PR-RS-02 Gestión de Atención de la Población con Riesgo Intermedio y Avanzado.

Para la implementación de las RIAS y las vías clínico-administrativas del modelo de atención, la red de prestadores debe disponer e implementar planes o programas de intervención que cumplan con todas las fases de atención que sean aplicables desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna. Es de precisar que el prestador primario será el

responsable de la gestión de la población que le sea asignada, incluso cuando estos usuarios requieren el tránsito en capas superiores de complejidad, de tal manera que se asegure la contrarreferencia y retorno a la primera capa en el territorio del afiliado.

Teniendo en cuenta la prevalencia de cáncer de próstata, se implementará el programa de detección temprana de cáncer de próstata con la realización de PSA a la población masculina mayor de 45 años con riesgo asociado, raza, historia familiar de cáncer de próstata, y a los pacientes mayores de 50 años asintomáticos sin factores de riesgo independiente a la presencia o no de síntomas, en los casos en que se encuentre valores elevados para la edad se priorizará la atención, por parte de urología, se facilitará la realización de exámenes complementarios requeridos antes de la consulta especializada para no congestionar la especialidad y agilizar el proceso, en un tiempo no mayor a 5 días. En todos los pacientes con sintomatología obstructiva urinaria independientemente de la edad se priorizará la atención por urología previa realización de PSA y ecografía de vías urinarias además de los que el médico en su autonomía considere, en un tiempo no mayor a 5 días.

g. Conformación y contratación de Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud

Las Redes Integrales de Servicios de Salud se definen como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en una región definida de acuerdo al principio de territorialización del Modelo de Salud del Fomag, con una organización funcional que comprende un componente primario el cual debe incluir la Atención Primaria en Salud en sus tres modalidades ya descritas y un componente complementario teniendo en cuenta una estructura de capas; cumpliendo los atributos de calidad definidos en este documento al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud. El detalle técnico de la conformación de las redes integrales e integradas se encuentra en el “*MANUAL DE RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO*”

Para la conformación de las Redes Integrales de Servicios de Salud para los afiliados al Fomag, se parte de la consideración y análisis de la población acorde a su caracterización, así como las prioridades definidas desde el mencionado análisis, detalle que se encuentra contenido en el documento “*ANÁLISIS DE CONDICIONES DE SALUD CON EL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO*”.

Asimismo, en la conformación se incluye la información relacionada con los grupos de riesgo y sus eventos priorizados, así como las intervenciones que para la gestión integral del riesgo de estos eventos estén descritas en las RIAS y/o en las vías clínicas y administrativas acorde a lo determinado en este modelo de atención.

Para la conformación de las Redes Integrales de Servicios de Salud se ejecutan las siguientes etapas:

Caracterización de la oferta actual de los servicios de salud

Este análisis parte de la información que en el momento de la conformación se encuentre disponible en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y tiene en cuenta:

- Análisis de la oferta de prestadores de servicios públicos y privados, incluyendo localización, servicios habilitados, modalidades de prestación y grados de complejidad de los prestadores
- Capacidad de producción de los servicios reportada, incluyendo la interrelación de esta producción con cada uno de los servicios de salud en los territorios, incluye total de camas, total de salas, total de ambulancias y total de apoyo diagnóstico.
- Análisis de la conformación y organización de las redes integrales de los prestadores de servicios de salud, incluyendo, los análisis de la participación de los prestadores en cada una de las redes habilitadas.

Caracterización, estimación y análisis de la demanda de la población

La especificación de la demanda de servicios de salud se constituye como un agregado de subconjuntos de población expresada con ciertas particularidades, pero que se unen por un elemento clave orientado a la minimización del riesgo de padecer enfermedad o el manejo integral de la enfermedad en el corto, mediano o largo plazo para que no se generen efectos negativos en el individuo.

Teniendo en cuenta lo señalado en los “Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación de las Redes Integrales de Servicios de Salud” emitidos por la Dirección de Prestación de Servicios del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptan y adaptan en la metodología las siguientes definiciones de demanda:

- **Demandा inducida:** se refiere a la población que se encuentra direccionada por Fiduprevisora o el prestador de servicios de salud, actuando como agente del paciente, causando consigo un nivel de consumo distinto del nivel que el paciente hubiera seleccionado en el caso que tuviese la misma información que el proveedor. Esta demanda se tiene en cuenta acorde a las intervenciones y periodicidad de estas según Ruta Integral de Atención en Salud de Promoción y Mantenimiento, así como las estimaciones de estas actividades calculadas por el Fiduprevisora S.A.
- **Demandа por percepción de enfermedad:** puede ser entendida como el subconjunto de la población que en algún momento siente una dolencia o malestar por un evento ocurrido, que genera una pérdida de bienestar en salud, para ello se tendrán fuentes como la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, así como las encuestas realizadas en períodos anteriores por Fiduprevisora S.A.
- **Demandа por acceso a salud:** se refiere a la población que ante una necesidad en salud acude a un prestador de servicios de salud en un momento determinado de tiempo. En este campo se realiza la medición de acceso tanto por consulta externa como por el servicio de urgencias.
- **Demandа efectiva:** se refiere a la población de un territorio que, ante un evento en salud, en determinado periodo de tiempo, accede de manera efectiva a los servicios y el prestador

le realiza las actividades y los procedimientos para atender su necesidad. No solamente se tiene como referencia el acceso sino aborda aspectos asociados a la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención según un nivel de disponibilidad previsto. Se busca estimar el número de atenciones que en un territorio se han reportado como efectivas en los ámbitos de urgencias, hospitalización y consulta externa y los procedimientos en salud realizados a los individuos, en lo relacionado con prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La especificación de la demanda efectiva se realiza a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

Diferencial entre la Oferta y la Demanda de Servicios de Salud

Tiene como propósito determinar el estado actual de la oferta en un territorio y su capacidad para la atención en salud de la población en cada Departamento, distrito y/o municipio.

Para el análisis de los diferenciales de oferta y demanda de la oferta pública se debe realizar la valoración de la capacidad de los servicios de salud para atender las necesidades en salud de la población (demanda agregada). Lo anterior implica valorar y evaluar la capacidad disponible de cada uno de los servicios frente a una demanda en salud específica.

Este indicador debe modular la siguiente relación que indica la relación de suficiencia en términos de:

$$\text{Diferencial} = \text{Oferta} - \text{Demanda}$$

En este caso si la relación es negativa estaría indicando que las demandas son superiores a la capacidad de producción de la red por lo cual se indicaría insuficiencia, si es igual a cero, la red se encontraría en equilibrio y si esta relación es positiva, la demanda de servicios es inferior a la producción de servicios así que existiría suficiencia en la red integral de prestadores de servicios de salud.

Una vez se cuente con el dimensionamiento de la demanda y de la oferta, se conforman las redes acorde a dos componentes según definición de las Rutas Integrales de Atención en Salud, el primario como puertas de entrada en los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS (incluye las modalidades de APS) y el complementario dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario, las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de media y alta complejidad. El prestador complementario hace parte de la red integral Fiduprevisora S.A y como su nombre lo indica, complementa la atención del prestador primario, por lo cual el tránsito a ese componente no debe generar barreras de acceso para los usuarios.

El detalle técnico de la metodología se encuentra en el “*MN-RS-05 MANUAL PARA LA DETERMINACIÓN DE DEMANDA, OFERTA, SUFICIENCIA Y EVALUACIÓN DE LA RED*”

h. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Teniendo en cuenta el Decreto 780 de 2016 el sistema de referencia y contrarreferencia *es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permite prestar*

adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando los principios de la calidad, continuidad e integralidad de los servicios en función de la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud definidas por la entidad responsable de pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud inicial a otro, para la atención o complementación diagnóstica que dé respuesta a las necesidades de salud de estos, de conformidad con el direccionamiento de la entidad responsable de pago.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da a la entidad responsable de pago y al prestador de servicios de salud inicial y puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la entrega de información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora.

El proceso de referencia y contrarreferencia tiene como propósito garantizar la continuidad e integralidad de la atención cumpliendo estándares de calidad para los afiliados al Magisterio que requieran el tránsito entre las capas de atención de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada y su retorno a la Atención Primaria en Salud.

El Sistema Unificado de Información Interoperable del Magisterio SUIM cuenta con un módulo de referencia y contrarreferencia que dan soporte a este proceso mediante la disposición de mecanismos para los afiliados, prestadores y áreas internas de Fiduprevisora S.A que garanticen la gestión oportuna y efectiva de los requerimientos ambulatorios y hospitalarios que sean expedidos en el proceso de atención.

La gestión de la referencia y contrarreferencia para los afiliados al Magisterio se realiza a partir de:

Referencia y Contrarreferencia Ambulatoria:

Se refiere a la gestión de las órdenes médicas emitidas durante la atención de los afiliados al Magisterio en el ámbito ambulatorio cuya prestación requiere ser ejecutada en otro prestador de la red integral de servicios de salud contratada por Fiduprevisora S.A. ya sea en el componente primario y/o en el componente complementario, de tal manera que se garantice la continuidad del Plan Individual de Cuidado Integral.

El SUIM cuenta con mecanismos de uso de los prestadores que hacen parte de la red integral de servicios para que se genere el ordenamiento con el direccionamiento definido desde el mismo prestador y de esa manera se entregue al afiliado en el mismo momento de la atención, sin requerir un trámite administrativo para el usuario. En caso en que por la complejidad del servicio ordenado por el médico tratante en el ámbito ambulatorio se requiera una gestión adicional por parte de Fiduprevisora S.A, el prestador realiza el procedimiento en el SUIM e informa al usuario el tiempo promedio de respuesta en el cual la orden con direccionamiento estará disponible.

Para los servicios de mayor complejidad, el SUIM cuenta con un módulo de gestión de red, a partir del cual los ordenamientos derivados de la atención del usuario cumplen con una etapa de

verificación de criterios clínicos de pertinencia en la solicitud y de esta manera determinar el direccionamiento idóneo y resolutivo según el estado clínico del paciente y su plan de manejo.

Por otra parte, el SUIM permite el acceso al portal de solicitudes directamente a los afiliados, con el fin de cargar allí los ordenamientos médicos que requieran de su transcripción y gestión para el direccionamiento pertinente, lo anterior en cumplimiento a las promesas de servicios que se determinen en términos de tiempo y medios de comunicación al usuario de la gestión ejecutada.

En la gestión de la referencia y contrarreferencia ambulatoria se determinan intervenciones de articulación entre los prestadores de la red y Fiduprevisora S.A para la efectividad del proceso, involucrando a los Gestores Departamentales, Coordinadores Departamentales y Subdirectores Regionales para asegurar el direccionamiento adecuado, oportuno y pertinente y por parte de los Prestadores para asegurar la resolutividad en la capa de atención de tal manera que solo se derive lo que racionalmente no pueda ejecutarse en la IPS remisora.

La IPS primaria debe ser garante del acompañamiento de los afiliados que les sean asignados en el tránsito entre capas según complejidad, asegurando la contrarreferencia mediante el seguimiento al cumplimiento del Plan Individual de Cuidado Integral en las atenciones que se derivan a otra capa de atención y retoma en la Atención Primaria en Salud.

Para el modelo de atención las órdenes generadas por parte de los médicos de los ECIS-M tanto del entorno familiar como del entorno laboral son válidas para la transcripción, es decir que no deben ser sometidas a trámites adicionales a nivel institucional.

Fiduprevisora S.A a partir de sus canales de comunicación contará con un contact center el cual deberá dar acceso a la LINEA ATENCION PSICOSOCIAL, para garantizar la atención y orientación en Salud Mental, disponible 24 horas 7 días a la semana para la atención de los usuarios del Magisterio. Deberá contar con personal capacitado y entrenado, incluyendo disponibilidad de psicología, para análisis de los casos, intervención en crisis y canalización a la red de prestadores. La canalización de estos pacientes será al servicio de urgencias de salud mental si el caso lo amerita, o asignación de una consulta prioritaria dentro de la gestión del riesgo del grupo de Salud Mental.

Referencia y Contrarreferencia Hospitalaria:

En el ámbito Hospitalario el procedimiento se realiza a nivel nacional desde el Centro Regulador, que es una unidad de gestión Médico Administrativa que tiene como función la planeación, coordinación, realización, seguimiento y control de todas las actividades relacionadas con los servicios de urgencia, hospitalización, Remisiones y PHD (Programa Hospitalario domiciliario) que requieran los usuarios a través de las diferentes capas de atención y grados de complejidad entre las instituciones prestadoras de servicios y / o profesionales que conforman nuestra red de prestadores bajo los parámetros dados por Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 del 2008, y Resolución 4331 de 2012 y por lo consignado en el modelo de atención.

El SUIM cuenta con el módulo del Centro Regulador al cual tienen acceso los prestadores de servicios de salud de la red contratada para la solicitud del trámite de urgencias y hospitalización mediante los formatos normativos para tal fin, en este módulo se incluye el registro de la bitácora de referencia con el direccionamiento inicialmente en la red contratada y de no encontrar respuesta en los tiempos establecidos en el Manual de Referencia y Contrarreferencia se incluye red externa y se articula el procedimiento con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias de las Entidades Territoriales.

Para garantizar la contrarreferencia desde este ámbito de atención, la auditoría concurrente debe garantizar el reporte de la información de los pacientes hospitalizados a los gestores departamentales de APS y de Riesgo Intermedio y Avanzado para gestionar con el prestador primario la retoma en la capa primaria de atención y continuidad del plan de manejo.

i. Telesalud y Telemedicina

Teniendo en cuenta Resolución 2654 de 2019, la telemedicina es la forma de prestar un servicio de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

La telemedicina y telesalud tienen como objetivo primordial garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud a los pacientes de Fiduprevisora S.A que viven en las zonas más remotas de Colombia, contribuyendo a la mejora de la equidad en salud, optimizando recursos y superando las barreras geográficas, económicas y sociales. A través de estas herramientas digitales, se busca reducir la desigualdad en el acceso a la salud y mejorar la calidad de vida de la población del magisterio, lo que se traduce en una mayor eficiencia en el sistema de salud colombiano, especialmente en las regiones de difícil acceso. Este proceso tiene aspectos como:

- **Mejorar el acceso a la atención médica:**
 - Facilitar la conexión entre los usuarios de Fiduprevisora S.A que habitan en regiones alejadas con médicos especialistas, sin necesidad de desplazamientos largos y costosos a centros urbanos.
 - Ofrecer consultas a distancia, diagnóstico remoto y seguimientos de tratamientos mediante plataformas digitales seguras y accesibles, evitando que las personas tengan que viajar largas distancias para acceder a atención básica o especializada.
- **Reducir las barreras geográficas y económicas:**
 - La telemedicina permite a los pacientes reciban atención médica en tiempo real, sin importar las limitaciones geográficas o los altos costos de transporte que enfrentan quienes residen en zonas rurales, apartadas o de difícil acceso.
 - Proporcionar servicios de salud asequibles, sin la necesidad de que los afiliados gasten recursos adicionales en desplazamientos.

- **Garantizar la equidad en la atención sanitaria:**
 - Promover la inclusión de la población del magisterio en las zonas rurales dentro del sistema de salud, asegurando que puedan acceder a atención médica de calidad, lo que fomenta la equidad en la distribución de recursos y servicios de salud.
 - Asegurar que los maestros y sus familias reciban atención integral, abarcando todas las capas de atención.
- **Descentralizar la atención médica:**
 - Proveer servicios médicos especializados en lugares donde las IPS no tienen presencia física o donde el acceso a los profesionales de salud es limitado.
 - Brindar consultas de especialidades como pediatría, psicología, medicina general, entre otras, mediante plataformas digitales de fácil acceso.
- **Fomentar la educación y promoción de la salud:**
 - Desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de telesalud, con énfasis en educación continua para los afiliados sobre hábitos saludables, enfermedades prevalentes y autocuidado.
 - Brindar información sobre enfermedades endémicas de la región, prevención de trastornos mentales, y salud reproductiva, adaptando los contenidos a las necesidades de la población docente.

Responsabilidades del Fiduprevisora S.A

- **Selección de IPS:** Fiduprevisora S.A realizará un proceso de selección para contratar a las IPS que cumplirán con los estándares y normativas necesarias para ofrecer los servicios de telemedicina y telesalud.
- **Autorización y Certificación:** Verificarán que las IPS cuenten con la habilitación y acreditación pertinentes para la prestación de servicios a través de telemedicina.
- **Cumplimiento de Normativas Legales:** Garantizar que todas las actividades relacionadas con la telemedicina y telesalud cumplan con las leyes nacionales e internacionales de protección de datos personales, normas éticas de la profesión médica y regulaciones de salud pública.
- **Supervisión y Evaluación:** Fiduprevisora S.A será responsable de supervisar la calidad de los servicios prestados por las IPS, asegurando que se brinde atención de calidad a los usuarios.

j. Salud Pública

Se adopta para este modelo de atención reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables como uno de los fines de la salud pública de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031.

En cuanto a los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública priorizados para la gestión desde el modelo de atención se determinan los siguientes:

Tabla 4. Ejes estratégicos, elementos orientadores y estrategias en salud pública priorizadas en el modelo de atención

Eje Estratégico	Elementos Orientadores	Estrategias
Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud	Gestión territorial, administrativa y financiera de la salud pública	Planeación territorial integral en salud pública Desarrollo de tecnologías para la atención integral, integrada y continua
	Coordinación y articulación entre los distintos sectores, actores, sistemas, capas y modelos involucrados en la gestión integral de la promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida	Coordinación y articulación de las acciones territoriales en salud pública Desarrollo y consolidación de redes integradas para el bienestar Integración de enfoques diferenciales en la gestión territorial de la salud pública. Integración de sistemas para el cuidado integral de la vida y la salud
	Promoción y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud	Promoción y protección de mejores condiciones de vida y salud Promoción y protección de la salud mental Promoción y protección de la sexualidad humana y garantía de los derechos sexuales y reproductivos Promoción de la alimentación saludable Promoción de la actividad física
	Promoción y Protección del Cuidado Integral de la Salud con Enfoque Diferencial en el Marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal	Promoción y protección de la primera infancia. Promoción y protección de la infancia. Promoción y protección de la adolescencia y juventud. Promoción y protección de la adultez. Promoción y protección de las personas mayores. Promoción y protección de la familia. Promoción de la salud y protección de las personas de los grupos de riesgo priorizados

Eje Estratégico	Elementos Orientadores	Estrategias
	Fortalecimiento de la participación social en salud	Promoción y desarrollo de capacidades para la participación social Fortalecimiento de los escenarios, mecanismos y recursos para la participación social
Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública	Gestión de las Amenazas Individuales y Colectivas en Salud Pública	Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales Vigilancia en salud pública
	Fortalecimiento de los procesos de aseguramiento y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud en el marco del modelo de atención para el cuidado integral de la salud	Articulación efectiva Garantía de la seguridad de la atención Sostenibilidad financiera
	Implementación de Rutas para la Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública	Desarrollo y fortalecimiento de diversas Rutas para la gestión integral de riesgos Adopción y adaptación de modelos para la atención integral del riesgo Desarrollo de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas Enfoque psicosocial para la atención integral de las personas víctimas de violencia
	Educación para la prevención de riesgos individuales y colectivos en salud pública	Construcción de estilos de vida saludables

Fuente: PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031

Estas estrategias de los elementos orientadores provenientes de los ejes estratégicos priorizados en el modelo de atención son transversales en la gestión de integral de los grupos de riesgo del Magisterio.

1.10.1.3 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo ocupacional:

Una vez identificados y evaluados los riesgos ocupacionales a partir de la aplicación de los instrumentos de entrada del SG-SST para cada Establecimiento Educativo incluyendo sus sedes se elaborará en coordinación con los directivos docentes y los COPASST el Plan para el Cuidado Integral de la Salud Laboral.

Ilustración 4. Implementación del SGSST



Fuente: Dirección Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Cada Plan para el Cuidado de la Salud Laboral Docente debe estructurarse como mínimo con los siguientes componentes:

Ilustración 5. Componentes de los Planes para el cuidado de la salud laboral docente

1. FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN – COPASST Y COCOLA
2. PLAN ESCOLAR DE PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
3. INTERVENCIÓN EN EL RIESGO PRIORITARIO (HIGIENE, SEGURIDAD INDUSTRIAL)
4. GESTIÓN DE NECESIDADES EN SALUD (MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO)
5. IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
6. PROMOCIÓN DE LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

1.10.2 Riesgo Operacional

Teniendo en cuenta la Circular N° 050-5 de la Superintendencia Nacional de Salud el riesgo operacional se define como posibilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, fraude, corrupción, entre otros ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

1.10.2.1 Identificación del Riesgo Operacional

a) Sistema Unificado de Información Interoperable del Magisterio - SUIM

En cumplimiento del Acuerdo 03 de 2024 del Consejo Directivo del Fomag, el modelo de atención garantiza la existencia del Sistema Unificado de Información Interoperable del Magisterio el cual debe cumplir con los atributos de calidad determinados para el modelo.

Dentro de la identificación de probables factores asociados al riesgo operacional a partir del Sistema Unificado de Información Interoperable se han determinado los siguientes:

- Interrupciones en el acceso a la información
- Fallos en la integración con otros sistemas
- Acceso no autorizado
- Inconsistencias en los datos
- Errores operativos
- Falta de supervisión en los procesos
- Incumplimiento normativo
- Dificultades en la interacción con el sistema
- Demoras en la gestión de trámites.

b) Talento Humano

Con relación al talento humano la identificación del riesgo operacional implica aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención en salud, de tal manera que se utiliza como mínimo la información de:

Análisis de planeación y gestión del talento humano a nivel nacional, regional y departamental: Para la operativización y puesta en marcha del Modelo de Atención en Salud y Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio se realiza la planeación del talento humano teniendo en cuenta la parte administrativa y operativa.

Análisis de cargas de trabajo: La mala distribución de la carga de trabajo puede generar enfermedades crónicas, en especial en manos, pies y espalda, y trastornos emocionales en

el trabajador. Es por esto, que se hace necesario la evaluación de la carga de trabajo mide la cantidad de tareas y responsabilidades que puede desempeñar un empleado; es decir, calcula la cantidad de trabajo que puede asumir en su jornada laboral.

Identificación en necesidades de formación: teniendo en cuenta el Modelo de Atención en Salud se identifica la brecha y oportunidad de crecimiento en las habilidades y competencias de los funcionarios a través de programas de formación que antes de implementarlos o diseñarlos, se debe asegurar la efectividad y el éxito (necesidades de capacitación).

Análisis de perfiles laborales: Con esta información se conoce las responsabilidades, deberes y requisitos que se esperan del funcionario; incluye la información sobre las habilidades y experiencia requeridas, el nivel de educación esperado y cualquier certificación o requerimiento obligatorio.

Políticas de retención del personal: Con la premisa que el talento humano cualificado y motivado es crucial, es necesario contar con lineamientos claros y específicos de identidad de marca, clima laboral, evitar el estancamiento laboral, incentivos de manera personalizados y fomentar la comunicación personal y grupal.

Desarrollo de incentivos efectivos orientados a la gestión por competencias: Partiendo que, “*una competencia es característica profunda de un individuo que se encuentra causalmente relacionada con un desempeño efectivo (que se toma como criterio de referencia) y/o superior en un puesto de trabajo o situación laboral*” (Spencer & Spencer (1993) en Alles (2010). Se establecen competencias cardinales (aplicables a todos los integrantes de la institución y permiten alcanzar la visión estratégica) y competencias específicas (pueden ser por área o cargo y permiten establecer diferencias concretas).

c) Sistema de Información y Atención al Usuario

Conforme al Acuerdo 003 de abril de 2024, la identificación de los riesgos operacionales derivados de la información y atención al usuario se realiza mediante tres estrategias fundamentales en las cuales a partir de la participación de los afiliados se determinen las situaciones en las cuales los usuarios encuentran problemas en la información y atención que se les brinda, las estrategias son las siguientes:

- Defensor del usuario
- Veedurías
- Comités Regionales

Dado el nuevo modelo definido para el Magisterio y con el fin de garantizar la participación activa y eficaz de FECODE y los afiliados al FOMAG, se deben generar espacios de concertación entre el gobierno nacional y FECODE, donde se analice y de ser necesario se modifique el decreto 2831 del 2005, que reglamenta la conformación de los comités regionales.

1.10.2.2 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo operacional

a) Sistema de Información

Como mecanismos de tratamiento y control del riesgo operacional identificado relacionado con el sistema de información, se determina que, para apoyar transversalmente los procesos requeridos para la atención de los afiliados al Magisterio, Fiduprevisora S.A contará con un sistema de información con un enfoque integral que prioriza su estabilidad, seguridad y disponibilidad, asegurando la eficiencia operativa y la protección de la información, que cumpla con:

Disponibilidad y Continuidad del Servicio: infraestructura de alta disponibilidad, con servidores redundantes y mecanismos de recuperación ante desastres. Además, incorporación de monitoreo en tiempo real para prevenir y mitigar caídas del sistema, garantizando el acceso constante a la información y los servicios. Como parte de estas medidas, se realizan copias de seguridad periódicas que aseguran la integridad y disponibilidad de los datos, permitiendo su recuperación en caso de fallos o incidentes.

Interoperabilidad: implementación de interoperabilidades con sistemas de información internos y externos, desarrollando interfaces estandarizadas que faciliten la integración y garanticen la consistencia y sincronización de datos entre los diferentes sistemas.

Seguridad: mecanismos de control de acceso que incluyen autenticación basada en roles y doble factor de autenticación para reforzar la seguridad en el ingreso al sistema. Estas medidas permiten gestionar de manera segura los permisos de los usuarios y restringir el acceso a la información según su perfil, contribuyendo a la protección de los datos y la integridad del sistema.

Integridad de Datos: mecanismos de validación que ayudan a minimizar inconsistencias en la información, como controles en la captura de datos y restricciones para evitar duplicidades en registros clave. Además, se realizan conciliaciones con la base de datos de afiliados para mejorar la precisión y actualización de la información almacenada, garantizando mayor confiabilidad en los procesos del sistema.

Capacitación del Personal: Se dispone de un plan de capacitación estructurado, que incluye sesiones periódicas, para la formación de todos los usuarios del sistema. Adicionalmente, el sistema de información cuenta con videos y manuales que facilitan el aprendizaje, reducen errores operativos y mejoran la eficiencia en el uso de la plataforma. Esta formación permite a los usuarios comprender y aprovechar las funcionalidades del sistema, asegurando una gestión eficaz de sus procesos.

Trazabilidad: funcionalidades que permiten el seguimiento de procesos clave en la atención de los usuarios. Estos módulos generan reportes automatizados que facilitan el control y la toma de decisiones.

Cumplimiento Normativo: El SUIM se ajusta a las regulaciones vigentes, como la Ley 1581 de Protección de Datos, la Resolución 866 de interoperabilidad y la normativa de RIPS. Se han implementado controles automatizados para garantizar el cumplimiento normativo.

Usabilidad: Ofrece una interfaz intuitiva y accesible, facilitando la navegación y el uso por parte de los diferentes tipos de usuarios. El sistema incorpora funcionalidades que optimizan la experiencia del usuario, permitiendo una interacción ágil y eficiente con los módulos disponibles. Además, cuenta con materiales de apoyo, como manuales y videos, que refuerzan el aprendizaje y mejoran la experiencia del usuario al interactuar con la plataforma.

Autogestión de Trámites: permite a los usuarios gestionar directamente sus solicitudes y consultas dentro del sistema, mitigando el riesgo operativo asociado a la eficiencia y disponibilidad del servicio. Entre estas opciones se incluyen la actualización de datos, la descarga de certificados y la radicación de peticiones. Estas funcionalidades optimizan la experiencia del usuario, reducen la carga operativa, agilizan la respuesta a los requerimientos y disminuyen la dependencia de los canales tradicionales de atención.

El Sistema de Información Interoperable del Magisterio es el mecanismo para tratar y controlar los riesgos relacionados con la disponibilidad de la información requerida como soporte del modelo de atención e implementa los siguientes módulos en coherencia con el proceso de atención de los afiliados al Magisterio:

- **Módulo de Aseguramiento:** Permite realizar la gestión de la base de datos de los afiliados. A través de este se realiza la inscripción individual, se registran las actualizaciones o novedades, se almacenan los datos históricos en cuanto a afiliación, los cuales permiten al usuario el acceso a los servicios de Salud y SST. Debe contener datos generales y complementarios del usuario y su núcleo familiar (beneficiarios y/o cotizante que lo tiene afiliado).

El módulo de aseguramiento permite la creación de usuarios, validación de derechos, gestionar novedades y actualizar la información del afiliado. A su vez permite la asignación de la IPS primaria y actualizan de todos los datos de contacto del Afiliado.

- **Módulo de Caracterización:** Su alcance incluye la sistematización y articulación de diferentes fuentes de información para garantizar:

- ✓ Caracterización poblacional
- ✓ Caracterización individual
- ✓ Conformación de grupos de riesgo a partir de la identificación de criterios de ingreso, egreso y retoma.

- **Módulo de Seguimiento Rutas Integrales de Atención en Salud y Vías Clínicas:** Este módulo permite consolidar, gestionar y monitorear la implementación de las rutas integrales de atención en salud y vías clínicas garantizando la identificación de riesgos y el seguimiento oportuno a las intervenciones realizadas mediante:

- ✓ Gestión de Riesgos y Priorización: Estratifica a los usuarios según sus condiciones de salud y necesidades de atención, asignando intervenciones específicas dentro de las rutas de atención integral.
 - ✓ Panel de Alertas Críticas: Captura información desde la historia clínica para generar alertas sobre casos de alto riesgo, permitiendo la activación de intervenciones oportunas.
 - ✓ Seguimiento a Actividades y Adherencia Terapéutica: Valida las acciones realizadas y pendientes en cada ruta de atención, asegurando el cumplimiento de los planes de manejo definidos para enfermedades crónicas, salud mental, materno perinatal, enfermedades cardiovasculares y cáncer.
 - ✓ Monitoreo de Hospitalizaciones y Resultados en Salud: Permite evaluar desenlaces clínicos asociados a la implementación de las rutas, identificando hospitalizaciones secundarias y otras métricas relevantes.
- **Módulo Redes Integrales de Servicios de Salud:** Permite el registro de prestadores y proveedores con manifestación de interés para hacer parte de la red de prestadores de salud del Magisterio.

También parametrizar los prestadores contratados acorde a las prioridades del ASIS, los grupos de riesgo conformados y las Rutas Integrales de Atención en Salud priorizadas, conformando la red integral de servicios.

Permite la parametrización de servicios (CUPS, códigos propios, paquetes), así como la configuración de las diferentes modalidades de pago. Además, posibilita la creación, edición e inactivación de las sedes habilitadas, así como la creación, edición, inactivación de contratos y la carga de tarifas. También permite configurar el direccionamiento de los servicios.

Incluye el soporte que sea requerido para la prestación de servicios mediante telesalud y telemedicina.

- **Módulo de Seguimiento Pacientes Hospitalizados:** permite el diligenciamiento en tiempo real del seguimiento del usuario por parte de los auditores concurrentes. Cuenta con la siguiente información:
- ✓ Datos de identificación del usuario.
 - ✓ Datos de identificación de IPS hospitalaria.
 - ✓ Datos del ingreso: Fecha de ingreso, Vía de ingreso, Diagnóstico de ingreso.
 - ✓ Datos del seguimiento diario: Fecha de seguimiento, Servicio de hospitalización, Diagnóstico ajustado, Resumen breve de la historia clínica diaria, Exámenes, Intervenciones o Actividades Pendientes, Exámenes, Intervenciones o Actividades realizadas.

- ✓ Datos del egreso: Fecha de egreso, Diagnóstico de egreso principal, Diagnósticos de egreso asociados, Estado al egreso (Vivo-Muerto), Destino.
- ✓ Seguimiento post egreso: Fecha de cita de control post egreso, Procedimientos ordenados al egreso y fecha de autorización y realización.
- **Módulo Gestión Farmacéutica:** Permite el registro sistematizado y en línea de la dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y otros productos farmacéuticos, asegurando su correcta entrega.

Genera alertas de farmacovigilancia durante la prescripción y dispensación, notificando al prescriptor sobre posibles interacciones, contraindicaciones y desabastecimientos.

Proporciona acceso a un vademécum, permitiendo la consulta de medicamentos y la validación de su registro Invima.

Valida los parámetros de prescripción (como dosis, frecuencias y cantidad), generando alertas si los valores están fuera de los parámetros establecidos.

- **Módulo de Referencia y Contrarreferencia:** Soporta este proceso desde los siguientes ámbitos:

Ambulatorio: permite la transcripción de órdenes emitidas en red externa, para ser gestionadas y emitidas por la plataforma tecnológica de la Entidad, con el fin de poder tener control del ordenamiento y quedar registrado en las estadísticas y cuentas de la Entidad. El módulo permite:

- ✓ Conexión directa con los datos del usuario en tiempo real del módulo de afiliaciones y validar en línea el derecho del paciente a ser atendido.
- ✓ Manejar los parámetros definidos para el ordenamiento para los CUPS y perfiles.
- ✓ Migrar al módulo de autorizaciones la orden transcrita en el estado que corresponda: (Autorizado, Pendiente, Posfechado...) y poder ser gestionada desde este módulo.
- ✓ Poder definir roles y perfiles delimitando el acceso a los servicios, especialidades y sedes del prestador.
- ✓ Imprimir la orden de servicio o la solicitud de autorización para entrega al usuario.
- ✓ Migrar la información de ordenamiento al paciente al módulo de estadísticas
- ✓ Permitir el reporte en formato xls de las órdenes transcritas con datos del usuario, del servicio, del ámbito, códigos CUPS y del prestador al que se direcciona el servicio.

A partir del módulo de gestión de red se garantiza el procedimiento de radicación y generación de órdenes de servicios de salud en línea, bien sea por solicitud presencial, telefónica (call center) e internet, realizando el registro sistematizado y automático de todo el procedimiento, para todos los servicios ambulatorios y quirúrgicos, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica que requieren orden de servicios según su complejidad. A este módulo llegan las órdenes de servicio generadas desde cualquier servicio, ya sea desde el módulo médico (historia clínica), teleconcepto,

telemedicina, medicinal laboral, transcripciones, portal de solicitudes y se asigna de manera automática al perfil que esté parametrizado por servicio, especialidad, ámbito de atención o prestador aliado.

Permite a quien debe gestionar la orden, consultar la observación del médico tratante, acceder a información del paciente, otras órdenes activas, así como autorizar, inadecuar, posfechar y dejar pendiente. Permite exportar las órdenes de servicios en informes por: estado de autorización, fechas, posfechas, usuario, sede de prescripción, sede del afiliado, con el detalle del servicio ordenado, CUPS, observaciones, en formato xls.

Hospitalario:

Este módulo facilita la comunicación con proveedores de salud dentro y fuera de la red, a través de accesos controlados, mediante roles y perfiles. Permite la trazabilidad de casos de remisión, seguimiento de pacientes hospitalizados, emisión de anexos técnicos, y cuenta con una bitácora de gestión y un panel de reportes para análisis y control. Todo lo anterior corresponde al ámbito de urgencias y hospitalización.

El módulo cuenta con las siguientes funcionalidades:

- ✓ Relación directa con los parámetros definidos en el ordenamiento para roles y direccionamiento de la red.
- ✓ Comunicación en línea con la red a través de chat.
- ✓ Emisión de anexos técnicos.
- ✓ Auditoría concurrencia de pacientes hospitalizados en la red
- ✓ Permite hacer la trazabilidad de los casos en remisión o contra remisión, desde la solicitud, generación del anexo, gestión, autorización, regulación y alta.
- ✓ Permite llevar bitácora de todo lo comentado y gestionado en cada caso de los pacientes.
- ✓ Cuenta con un panel propio de reportes y tarjetas de datos para rápido control y análisis, así como el reporte para las auditorías concurrentes.

▪ **Módulo de Historia Clínica Sistematizada e Interoperable:** Registra y almacena información de atenciones médicas, garantizando su interoperabilidad con otros sistemas de salud, mediante:

- ✓ Creación de historias clínicas según especialidad y tipo de atención.
- ✓ Registro de atenciones médicas con cumplimiento normativo.
- ✓ Consulta de antecedentes médicos, órdenes previas, incapacidades.
- ✓ Protección y auditoría de registros para garantizar su integridad.
- ✓ La historia clínica una vez cerrada, sólo permitirá la visualización, nunca la edición.
- ✓ Permitir notas aclaratorias solo por el profesional que generó la atención.

▪ **Módulo de Interoperabilidad de Datos Clínicos Relevantes:** Facilita la integración con otros sistemas de salud para compartir información clave de los pacientes.

- ✓ Publicación de datos clínicos relevantes en formatos estandarizados.
- ✓ Configuración de servicios de interoperabilidad con entidades externas.

- ✓ Cumplimiento de la Resolución 866 de 2021 sobre interoperabilidad clínica.
- **Agendamiento:** Modulo para crear y parametrizar las agendas medicas de cada prestador, de acuerdo con su disponibilidad y capacidad, garantizando la seguridad y confidencialidad del proceso. Tiene la capacidad para registrar la información de acuerdo con el tipo de cita, sede, consultorio y especialidad requerida, así mismo permite controlar la disponibilidad de los servicios médicos en línea y de manera organizada.
- **Módulo de Trámites en Línea:** Este módulo permite contar con una interfaz en línea, accesible desde la página web a los usuarios registrados para la autogestión de trámites relacionados con:

Afiliations:

- ✓ Cambio de Punto de Atención.
- ✓ Registro, Traslado y Retiros de beneficiarios
- ✓ Actualización de datos básicos
- ✓ Cambio de beneficiarios entre cotizantes
- ✓ Certificados de afiliación

Transcripciones:

- ✓ Transcripción de Medicamentos.
- ✓ Transcripción de órdenes de servicios
- ✓ Transcripción de incapacidades

- **Módulo de Radicación y Seguimiento de PQRF:** Facilita la gestión de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. Mediante:
 - ✓ Radicación en línea de solicitudes de los usuarios.
 - ✓ Asignación y seguimiento de casos por área responsable.
 - ✓ Reportes y estadísticas sobre la gestión de PQRF.
- **Módulo de Validación de RIPS:** Optimiza la gestión de cuentas médicas asegurando el cumplimiento normativo y la correcta validación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), desde la carga de documentos hasta la radicación de facturas. Mediante:
 - ✓ Gestión de Proveedores: Permite a los prestadores registrar y actualizar documentos administrativos requeridos para el proceso de pago.
 - ✓ Validación de Documentación: Verifica que los soportes administrativos cumplan con los requisitos establecidos, habilitando el cargue de RIPS solo si la documentación es correcta.
 - ✓ Carga y Validación de RIPS: Facilita la carga de archivos RIPS, analizando su estructura, contenido y cumplimiento normativo. En caso de errores, genera reportes para su corrección antes de la radicación.
 - ✓ Recepción y Asignación de Facturas: Asigna automáticamente las facturas a los auditores según el departamento correspondiente, asegurando la revisión de servicios y tarifas.

- ✓ Comparación y Validación de Cargos: Permite la verificación automática entre archivos RIPS y facturas en formato PDF y XML, agilizando el proceso de revisión y garantizando precisión en la auditoría.
- **Módulo de Validadores de Información:** Cuenta con las reglas de validación normativa y de estructura para reportes al Ministerio de Salud y Protección Social, tales como validador del reporte de Resolución 202 así como todos los reportes de las Cuentas de Alto Costo.
- **Módulo de Estadísticas y Reportes:** Genera reportes en tiempo real sobre la operación del sistema en sus diferentes módulos.
- **Módulo de Resultados del Modelo:** Permite la generación de resultados periódicos de los indicadores de salud, operacionales y financieros del modelo de salud, generando tendencias, variaciones entre períodos. Presenta los resultados en tablas y gráficas con los filtros que sean requeridos por el área funcional tales como zona del país, curso de vida, grupo de riesgo, prestador, entre otros.
- **FOMAG salud App:** Se proyecta como una aplicación que deberá facilitar la gestión de salud personal y el acceso a servicios, debe ser de fácil acceso para el docente, en la cual le permita realizar novedades en tiempo real en el módulo de afiliaciones, las cuales serán validadas por la secretarías municipales y departamentales de educación para su debida aprobación, la consulta acerca de la red de atención, la solicitud de citas médicas, el reporte de historia clínica, los medicamentos (fecha de entrega de medicamentos) y las autorizaciones, entre otras. La APP es también un dispositivo para promover y educar sobre prácticas de salud preventiva.

b) Talento Humano

El seguimiento se realiza a través de herramientas como las evaluaciones de desempeño, el cumplimiento de indicadores de gestión, la validación del programa de capacitación y entrenamiento.

c) Sistema de Información y Atención al Usuario

En el marco del sistema de información y atención del usuario, el mecanismo Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) se constituye en una herramienta fundamental para evaluar la calidad y del servicio de salud y la satisfacción del usuario. A través de este mecanismo, es posible identificar oportunidades de mejora y detectar falencias en la prestación del servicio.

Asimismo, conocer la satisfacción de los usuarios, permite evaluar la percepción que tienen frente a los servicios de salud recibidos, lo cual permite una gestión efectiva orientada a la mejora continua.

Sistema Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas

El Sistema Interoperable Único del Magisterio cuenta con un módulo especializado para la gestión integral de las PQRSD, permitiendo a los usuarios registrar y dar seguimiento a la gestión de sus solicitudes en tiempo real. Esta herramienta garantiza la trazabilidad y caracterización de las PQRSD de acuerdo con la normatividad vigente.

El SUIM permite la evaluación del desempeño de los prestadores contratados dentro de la red de servicios, con el objetivo de identificar y analizar los factores que inciden en la calidad de la atención.

Este aplicativo permite integrar las PQRSD radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, lo que permite un seguimiento detallado a los requerimientos elevados ante esta entidad.

De los Mecanismos de participación social

Conforme a lo establecido en el Artículo 136, 139 de la ley estatutaria 1438 del 2011, el artículo 12 de la ley 1751 del 2015, resolución 2063 de 2017 Política de Participación Social, y resolución 429 del 2016 modelo MAITE y de conformidad a lo definido en el acuerdo 003 del 2024, Fiduprevisora S.A debe garantizar los espacios de participación y el desarrollo de estrategias de participación efectiva de sus afiliados para fortalecer la transparencia, el control social y la intervención de los usuarios en la toma de decisiones que contribuyan a la mejora continua de la prestación de los servicios de salud.

En este contexto, Fiduprevisora S.A a través de la Dirección de Participación Social implementará la Política de Participación Social en Salud, el cual se fundamenta en tres pilares esenciales: fomentar, fortalecer y reconocer. Esta política se promoverá en todos los territorios donde existan afiliados al Magisterio, mediante procesos de articulación con diversos actores, incluyendo la ciudadanía, con el propósito de consolidar espacios efectivos de participación y gestión colaborativa en el sistema de salud.

Los mecanismos de participación social establecidos según el Acuerdo 03 de 2024 son:

Comités Regionales del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio: Los Comités tienen por objeto hacer seguimiento continuo a la prestación de los servicios de salud y al reconocimiento y pago de prestaciones económicas de los docentes afiliados a este Fondo. Quien convoca a dicho Comité son las secretarías de educación del municipio y/o departamento.

Funciones:

- Monitorear y hacer seguimiento a la prestación de los servicios de salud y de reconocimiento y pago de las prestaciones económicas de los educadores que formen parte de su región.
- Proponer estrategias orientadas a mejorar la prestación de los servicios de salud y el estudio de las solicitudes de reconocimiento y pago de las prestaciones económicas.

- Presentar al Consejo Directivo del Fondo recomendaciones para la implementación de políticas generales en materia de prestación de servicios de salud y de Seguridad y Salud en el Trabajo para los educadores afiliados al Fondo que laboran en la respectiva región.
- Trasladar a la sociedad fiduciaria las quejas presentadas en relación con el reconocimiento de las prestaciones económicas y la prestación del servicio de salud a cargo del Fondo y realizar el seguimiento de estas.
- Presentar al terminar la respectiva anualidad al Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y a la sociedad fiduciaria un informe en el que se detalle su labor.

Defensor del Usuario: Es la instancia autónoma con presencia y jurisdicción a nivel regional y nacional de vocería y representación de defensa de derechos, seguimiento, evaluación, monitoreo, coordinación y resolución objetiva de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en los que se estén vulnerando los derechos de los usuarios del servicio de salud del Magisterio.

Funciones:

- Representar y ser vocero de los usuarios, ante Fiduprevisora S.A, ante los Prestadores de Servicios de Salud y ante las demás instancias o personas que las representen, en relación con la prestación de los servicios de salud o por su negación. De conformidad con las funciones propias del defensor.
- Solicitar ante las entidades prestadoras de servicios de salud y demás actores vinculados al modelo del servicio salud del Magisterio, la información necesaria y pertinente, que considere útil para identificar las situaciones que requieran defender el derecho a la salud y los intereses de los usuarios.
- Analizar y valorar los indicadores del estado de gestión en la prestación del servicio generados por los actores vinculados al modelo del servicio salud del Magisterio, para generar acciones que permitan defender, mejorar y gestionar los derechos de los usuarios del régimen de salud del Magisterio.
- Solicitar informes mensuales a los actores vinculados al modelo del servicio salud del Magisterio, para examinar y gestionar por volumen las peticiones, quejas y reclamaciones que por deficiencia existan en la prestación del servicio.
- Evaluar los casos de urgencia que requieran atención prioritaria y gestionar el servicio de salud requerido por el usuario, ante la entidad prestadora de servicios de salud o autoridad correspondiente.
- Coordinar como vocero del interés del usuario del servicio de salud, la atención y resolución de las controversias generadas, ante las prestadoras de salud.
- Solicitar ante las entidades prestadoras de servicios de salud, la información necesaria y pertinente para el análisis y gestión de las peticiones, quejas y reclamos presentadas por los usuarios.
- Realizar de manera clara los informes solicitados por las autoridades de Control y el Consejo Directivo del FOMAG, sobre la gestión de sus funciones.
- Realizar seguimiento sistematizado a las acciones de defensa, mejora y gestión de los derechos de los usuarios del régimen de salud del Magisterio

- Analizar la información estadística y caracterizarla con el fin de generar estrategias de mejoramiento de la calidad del servicio de salud para presentar a la Fiduprevisora y al Consejo Directivo del FOMAG.
- Informar y gestionar ante las autoridades competentes las peticiones, quejas y reclamaciones que por deficiencia existan en la prestación del servicio de salud de conformidad con sus funciones.
- Dar a conocer a las asociaciones de usuarios de los servicios de salud, los resultados obtenidos en su gestión.
- Articulación entre la Dirección de Participación Social y la Figura del Defensor del Usuario

Veeduría en salud: Una veeduría en salud es un mecanismo de control social conformado por ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil, cuya función es vigilar y supervisar la gestión pública y privada en el sector salud. Su objetivo principal es garantizar la transparencia, eficiencia y calidad en la prestación de servicios, así como en la ejecución de políticas y recursos destinados a la salud pública. Actúan como observadores independientes, reportando irregularidades, propone mejoras y velando por el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud.

La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional. En este sentido, se encuentran contempladas las agremiaciones sindicales, veedurías, asociaciones de usuarios.

La Dirección de Participación Social, el Defensor del Usuario en Salud del Magisterio y las veedurías deben trabajar de manera coordinada para garantizar la protección de los derechos de los afiliados, la mejora de la calidad en la prestación de los servicios y la transparencia en la gestión del modelo de salud. La articulación entre estas instancias permitirá fortalecer la participación ciudadana y optimizar la resolución de problemas en la atención en salud

Estrategias de Articulación:

1. Representación y Vicería de los Usuarios
2. Acceso a Información para la Defensa de los Usuarios
3. Análisis y Evaluación de Indicadores de Gestión
4. Gestión y Seguimiento de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR)
5. Atención de Casos de Urgencia y Resolución de Controversias
6. Transparencia y Rendición de Cuentas
7. Sistematización de Información y Estrategias de Mejora
8. Comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo, COPASST

Se implementará un sistema de información compartido entre estas instancias, donde se registren las quejas recurrentes, las solicitudes de los usuarios y las acciones implementadas para mejorar el servicio. La Dirección de Participación Social analizará los reportes del Defensor del usuario y de los demás mecanismos de participación con el fin de establecer estrategias para el mejoramiento de la atención de los afiliados.

En relación con la gestión de la participación, la información de los comités regionales, Defensor del Usuario, Veedurías, PQRSDF y demás mecanismos de gobernanza deberán ser vinculantes para los procesos de mejora, progresividad y sostenibilidad del modelo.

Para la identificación de las oportunidades de mejora en la prestación del servicio de salud, Fiduprevisora S.A dispondrá de diversos soportes que servirán como insumos en este proceso. Entre ellos, se incluyen los reportes generados por el aplicativo SUIM, específicamente aquellos relacionados con PQRSDF, los informes derivados de las encuestas de satisfacción de los usuarios, la manifestado y las actas de reuniones suscritas en los demás espacios de participación.

A partir de estos insumos se realizará socialización y retroalimentación a las diferentes dependencias relacionadas con el proceso de atención de salud permitiendo un impacto y disminución de la radicación de PQRSDF y manifestaciones de inconformidad por parte de los afiliados. Esto se realizará a través de correos electrónicos, y desarrollo de reuniones con las áreas implicadas.

Comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo, COPASST. La Organización Internacional del Trabajo, OIT, promueve el fortalecimiento del diálogo social a escala nacional y en los lugares de trabajo, haciendo hincapié en la importancia de la participación de empleadores y trabajadores mediante disposiciones expresas sobre la consulta y la cooperación en los procesos de toma de decisiones e implementación de programas.

Vigías de Seguridad y Salud en el Trabajo: Vigías SST:

El Vigía en Seguridad y Salud en el Trabajo es un rol que existe en empresas de menos de 10 trabajadores y su finalidad es la de participar de las actividades de promoción, divulgación e información, sobre seguridad y salud en el trabajo.

d) Transporte y albergues

El Modelo de atención del FOMAG, garantiza el servicio de albergues, así como gastos de estadía para los usuarios de zonas dispersas que requieran trasladarse de su lugar de residencia a otra ciudad para recibir los servicios de salud acorde a su plan de manejo, durante el tiempo que dure las citas, el tratamiento requerido incluso la rehabilitación, las condiciones materiales necesarias para garantizar su estadía en la ciudad de atención. El acceso a los albergues será garantizado para el afiliado objeto de los servicios de salud como para su acompañante en caso de menores de edad, personas en condición de discapacidad, adultos mayores y personas que por su condición clínica sea requerido por orden expresa del médico tratante, lo anterior sin que genere costo alguno para el afiliado.

Para el reconocimiento se iniciará la solicitud de viáticos al usuario en el marco de la referencia o remisión de la prestación y/o suministro, por fuera de su municipio o ciudad de residencia. La solicitud de viáticos según corresponda deberá ser realizada con una antelación no menor a 5 días hábiles de la fecha del servicio en salud programada, a través de correo electrónico o presencial – físico a las sedes departamentales, adjuntando los soportes (legibles, sin enmendaduras ni tachones), procedimiento descrito en el documento “IN-AF-01 VIÁTICOS O RECONOCIMIENTO DE

REEMBOLSO POR VIÁTICOS, PARA LA ASISTENCIA A SERVICIOS EN EL ÁMBITO AMBULATORIO A LOS AFILIADOS AL FOMAG”

e) Canales de comunicación dispuestos por Fiduprevisora S.A

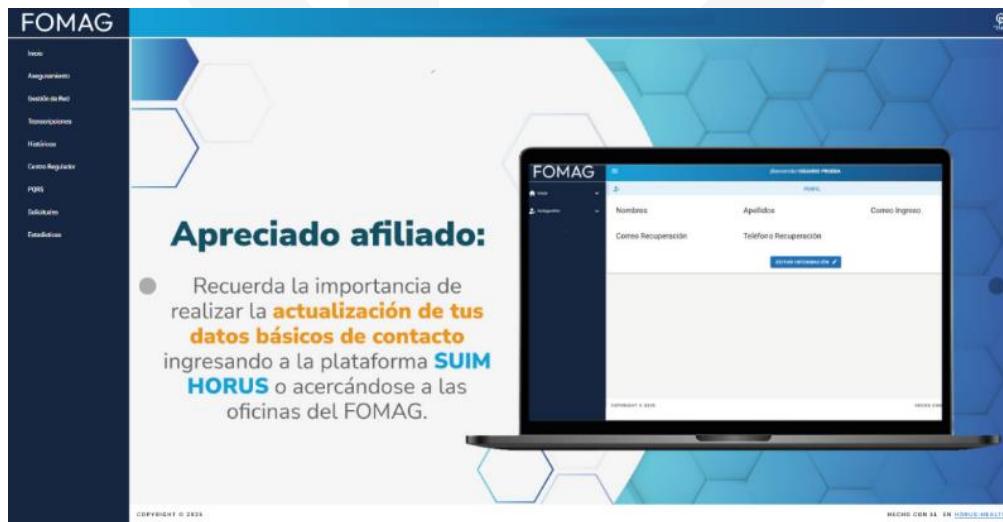
- ✓ Canales de atención presenciales

El Manual de Lineamientos de Atención al Usuario del FOMAG establece las directrices para garantizar un servicio eficiente y oportuno a los afiliados a través de los canales presenciales, que incluyen las oficinas de atención al usuario ubicadas en las sedes administrativas de los 33 departamentos a nivel nacional. Estas oficinas desempeñan funciones esenciales como la atención y orientación al usuario, proporcionando información clara sobre los servicios y procesos del modelo de salud; la gestión de solicitudes, garantizando una atención integral a los afiliados.

- ✓ Canales de atención no presenciales

En el diseño del nuevo modelo de salud, el Sistema Interoperable Único del Magisterio se establece como la herramienta principal para la gestión de información, integrando procesos administrativos y asistenciales. Este sistema permite el direccionamiento oportuno de órdenes de servicio, así como la radicación de incapacidades y novedades de afiliación, optimizando la administración y mejorando el proceso.

Ilustración 6. Plataforma SUIM



Otro canal de comunicación estratégico con los usuarios, son las redes sociales permitiendo la difusión de información relevante sobre la prestación de servicios de salud y seguridad en el trabajo. A través de estos medios, se garantiza una actualización oportuna y accesible sobre la red de

atención, procedimientos, normativas y otros aspectos clave, facilitando el acceso a la información y fortaleciendo la interacción con los usuarios.

-  **@FomagOficial**
-  **@FomagOficial**
-  **Canal de Whatsapp / FOMAG**
-  **Fomag Oficial**

La atención a través del Call Center, garantiza un canal ágil y efectivo para la orientación y gestión de requerimientos. Este servicio proporciona información clara y precisa, asegurando el direccionamiento adecuado de los usuarios y una respuesta oportuna a sus necesidades.

Horario de atención: Lunes a jueves: 8:00 a.m. - 1:00 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Horario de atención: Viernes: 8:00 a.m. - 1:00 p.m. y 2:00 p.m. a 4:00 p.m.

Comutador: (601) 9142205

Línea de Atención Nacional FOMAG: 01-8000-180510

Teléfono de servicio al cliente en Bogotá: (601) 919042205

Línea de Salud: (01800) 016-0500 - (601) 9169223

Atención a Secretarías: (601) 7460407

Servicio al cliente: (601) 9142205

Chat en línea: www.fomag.gov.co

Fiduprevisora S.A dispone de un sitio web orientado a la atención e información de los usuarios, facilitando el acceso a información detallada sobre cómo acceder a los servicios de salud, la red contratada en cada región y los procedimientos para la gestión de sus solicitudes.

Adicionalmente, cuenta con un apartado exclusivo para la participación social, donde los afiliados podrán conocer los mecanismos disponibles, interactuar con la institución y ejercer su derecho a la participación social en la gestión del sistema de salud.



Boletín informativo:

¡Actualízate sobre las principales noticias en **salud, pensiones y cesantías!**

Encuéntralo aquí 

En cuanto a estrategias de información y comunicación con los usuarios para temas de salud se han determinado las siguientes:

CALENDARIO MUNDIAL DE LA SALUD

Anualmente acorde al calendario mundial de la salud publicado por la OPS se determina el plan de IEC con la Oficina Asesora de Comunicaciones de Fiduprevisora S.A para determinar las piezas comunicativas que deberán realizarse para las fechas de cada conmemoración.

El plan de IEC contiene los temas, responsable técnico del contenido y fechas de conmemoración, los responsables son los líderes nacionales de gestión del riesgo según la asignación de grupos poblacionales y/o grupos de riesgo.

Durante la última semana de cada mes, los responsables según temas del plan de IEC se reunirán con el equipo de la Oficina Asesora de Comunicaciones para determinar el contenido técnico de las piezas comunicativas de la fecha a conmemorar el mes siguiente, acorde al calendario mundial de la salud y una vez el bosquejo esté desarrollado por Comunicaciones, el responsable designado ejecuta una revisión final del contenido, previo paso a diseño y publicación.

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Trimestralmente se genera el boletín epidemiológico en el cual se presentará información de contenido técnico dirigida a profesionales de la salud de la red de prestadores contratada, sobre los eventos de interés en salud pública, su comportamiento acorde a la notificación al SIVIGILA, seguimiento a los reportes por las UPGD y resultados de indicadores relacionados con los eventos e instrucciones para la red.

INFORMACIÓN CONTINGENTE

Dentro del plan de IEC existen situaciones contingentes derivadas de alertas críticas, requerimientos de entidades de IVC, del Consejo Directivo del FOMAG, intervenciones desde la Atención Primaria en Salud Intersectorial, que exigen la entrega de información puntual de temas específicos relacionados con dichas situaciones contingentes.

INFORMACIÓN POR CURSO DE VIDA

Teniendo en cuenta la distribución de la población afiliada al FOMAG por curso de vida se definen piezas comunicativas de direccionamiento específico para dichos cursos que contengan la información necesaria según lineamientos de la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud. Para ello deberá tenerse en cuenta desde la Oficina Asesora de Comunicaciones que las piezas generadas cumplan con el enfoque de género, especificidad según edad, lenguaje inclusivo y acorde al curso de vida.

1.10.3 Riesgo Financiero

Acorde a la Circular 50-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, se entiende como la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas y falta de capacidad de financiera debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos.

1.10.3.1 Identificación del Riesgo Financiero

El riesgo financiero en el modelo de salud del magisterio se asocia con la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas y la falta de capacidad financiera debido a eventos futuros inciertos. Este riesgo se encuentra directamente vinculado con el riesgo técnico, ya que afecta la sostenibilidad del asegurador en la cobertura de costos y la planificación del financiamiento del modelo de atención.

a. Riesgo Actuarial

Entendiendo el riesgo actuarial, como una subcategoría del riesgo técnico ya que se refiere a la posibilidad de que los costos de atención en salud aumenten y pueda generarse una deficiencia en el uso de los recursos y su capacidad de reacción frente a la demanda derivada del cambio estructural y epidemiológico de la población y sus costos asociados debido a:

- **Riesgos de concentración y hechos catastróficos**, como consecuencia de una concentración de riesgos, bien sea por género, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos tales como pandemias o aumento en la diagnóstico de enfermedades de alto costo entre otras situaciones que afecten el uso de los servicios de salud, y por ende la estabilidad financiera.
- **Riesgos de incremento inesperado en los índices de morbi-mortalidad y en los costos de atención**, Cambios abruptos en la epidemiología de la población afiliada pueden incrementar el gasto en salud.
- **Riesgos asociados a cambios tecnológicos y regulatorios**, debido a la incorporación de nuevas tecnologías, que requieran incrementos o gastos adicionales o no previstos en la financiación del plan de beneficios.

Identificar el riesgo actuarial en salud implica un proceso técnico y analítico que combina el análisis de datos históricos, las características demográficas y epidemiológicas de la población afiliada, que derivan en proyecciones futuras de costos y siniestralidad que según su correcto

análisis y determinación permitirá gestionar los compromisos a largo plazo de manera adecuada. Para ello se debe contar con:

- **Caracterización de la población** a nivel geográfico, etario, demográfico, entre otros; así como la situación de morbi-mortalidad de la población. Los cuales se encuentran establecidos en el numeral 1.10.1.1 del presente documento.
- Esta permite anticipar los costos de atención de la población afiliada.
- **Analizar la siniestralidad en salud**, determinando si los ingresos operacionales del modelo son suficientes para cubrir los servicios de salud a los afiliados.
- **Establecer los riesgos catastróficos o extremos**, como epidemias, desastres naturales o similares.
- **Identificar las posibles incorporaciones tecnológicas o cambios regulatorios**, que derivan en posibles incrementos en los costos para garantizar la prestación de servicios médico asistenciales del Magisterio.

a) Riesgo de Liquidez

El Riesgo de Liquidez también es un subgrupo del riesgo técnico, corresponde a la posibilidad de no contar con recursos líquidos para cumplir con las obligaciones de pago en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente). Lo cual pone en riesgo la operación del Modelo de Salud del Magisterio y por tanto la continuidad de la prestación de los servicios de salud, que a su vez son una afectación directa en el Riesgo Primario que se relaciona directamente con los resultados en salud.

La gestión de este riesgo se encuentra directamente relacionado con:

- **Una adecuada recuperación de cartera**, (gestión de riesgo de crédito)
- **Una adecuada modelación y monitoreo financiero**, a las volatilidades del mercado (gestión de riesgo de mercado)
- **Manejo en el flujo de los recursos del sistema**, es decir la razón combinada entre los servicios prestados y los ingreso, o en otras palabras equilibrio entre el ingreso y el gasto.

Identificar el riesgo de liquidez en salud implica garantizar que haya disponibilidad suficiente y oportuna de recursos para cubrir las obligaciones de pago, derivadas de la prestación de servicios de salud; para ello se debe contar con información de los flujos de ingresos y egresos (activos y pasivos) donde se identifiquen:

Activos

- Activos considerados como líquidos. (teóricamente activo corriente)
 - Cuentas por cobrar (detalle de recursos y plazos de recuperación) teniendo en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida.
- Ingresos operacionales.

- Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras en efectivo por cualquier concepto.

Pasivos

- Identificar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto debidamente clasificadas en pasivos corrientes obligaciones a corto plazo que son prioridad y pasivo no corrientes que, aunque deben cubrirse no afectan la operación al corto plazo.
- Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo por cualquier concepto, mediante la proyección de flujos y necesidades.

Capital de trabajo

- Determinación del disponible que resulta de hacer líquidos mis activos corrientes para cubrir las obligaciones de corto plazo y así determinar el excedente para seguir operando.

Riesgo Primario en Salud y su Gestión por Fiduprevisora S.A desde la perspectiva financiera.

El **riesgo primario** en salud se refiere a los factores que afectan directamente la salud de la población afiliada y que pueden influir en el uso de los servicios de salud. Su gestión es fundamental para reducir la carga financiera del sistema y mejorar los resultados en salud. El asegurador gestiona el riesgo primario mediante:

- **Programas de promoción y prevención:** Inversión en atención primaria para reducir la incidencia de enfermedades crónicas y transmisibles.
- **Gestión integral del riesgo en salud (GIRS):** Aplicación de estrategias para segmentar y priorizar la atención según el perfil epidemiológico de los afiliados.
- **Atención en salud familiar y comunitaria:** Enfoque en la prevención de enfermedades a través de educación en salud y seguimiento a poblaciones vulnerables.
- **Auditoría y control de la siniestralidad:** Evaluación periódica de costos y uso de servicios de salud para implementar mejoras.

De lo anterior puede deducirse que el control de los recursos y del riesgo financiero, parte principalmente de una adecuada gestión en la atención en salud, es decir gestión del riesgo primario, que a su vez se ve afectado por el mismo ciclo asociado con la disponibilidad de los recursos y otros (riesgo técnico), La adecuada interrelación a modo de gestión entre estos dos riesgos, permite mitigar en diferentes proporciones el riesgo financiero.

1.10.3.2 Estrategias para el tratamiento y control del riesgo financiero**a) a Riesgo Actuarial**

Capítulo II, lineamientos específicos del Sistema de Administración de riesgo. Circular Externa 50-5 de 2022 de la SNS

Oficina de salud: Carrera 15 #100-83, Bogotá D.C. **Oficina de pensiones y cesantías:** Calle 72 No.10-03, Bogotá D.C. **Teléfono de servicio al cliente en Bogotá:** (601) 919042205 **Línea de Atención Nacional:** 01 8000 180510 **Líneas de Salud:** (01800) 016-0500 - (601) 9169223

Horarios de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.

Para el control del riesgo se adopta la medición periódica de los siguientes indicadores:

- **Siniestralidad:** Monitoreo de la relación entre el Costo – ingresos, que teóricamente corresponde al seguimiento profundo del presupuesto.
- **Monitoreo de la Tasa de morbilidad y uso:** Número de eventos de salud por afiliado, que al monitorearse permitirá evaluar sobre la marcha la suficiencia de los recursos presupuestados para una vigencia.
- **Costo medio evento (CME):** Valor promedio de cada siniestro o uso de los servicios en salud, que al monitorearse permitirá estimar desviaciones positivas y/o negativas (CV: Coeficiente de variación) sobre el CME y a su vez poder dar herramientas de control del costo, del uso de los recursos y de los parámetros fundamentales en la contratación en salud por cualquiera de sus modalidades, capitales, eventos, paquetes y Pagos globales prospectivos.

Los resultados de estos permiten adoptar medidas para mitigar las potenciales pérdidas asociadas a un aumento inesperado de los costos de la atención en salud, garantizando la sostenibilidad financiera.

Lo anterior va de la mano de la implementación de las estrategias del Modelo de Atención (atención primaria en salud, gestión integral del riesgo en salud GIRS, cuidado de la salud, salud familiar, comunitaria y laboral, entre otras, presentadas en el numeral 1.8. del presente documento), seguido del seguimiento y evaluación del modelo, enmarcado en la auditoría concurrente y el control de costos.

b) Riesgo de Liquidez

Para el control del riesgo se adopta la medición periódica de los siguientes indicadores:

- **Calculo y monitoreo de la Razón de liquidez:** Activos líquidos / Pasivos corrientes.
- **Seguimiento al presupuesto mediante el Índice de siniestralidad:** costos / ingresos.
- **Días de pago pendientes:** Promedio de días para pagar facturas.
- **Cobertura de caja:** Días de operación que pueden cubrirse con caja disponible.

Lo anterior permite realizar una planeación financiera y proyección de flujo, así como mejoras en la eficiencia de pagos a los prestadores y proveedores de salud y un control riguroso de la siniestralidad y demanda de servicios.

Asimismo, se plantea la realización de pruebas de estrés financiero con el objetivo de valorar la capacidad de resistencia del Modelo de salud, que permita el diagnóstico en varios escenarios e identificar las fortalezas y vulnerabilidades para cada perfil de riesgo.

1.11 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

a. Metas

El establecimiento de la meta del indicador ya sea normativo, gerencial u operativo, consiste en asignarle un valor deseado a cada uno de ellos. Se expresan en unidades de medidas, tales como porcentajes, tasas, días promedio, número de personas, etc.). Es preciso establecer referentes contra los que se comparan los resultados alcanzados para establecer el estándar de gestión, teniendo en cuenta:

- Normativo: Exigencia a cumplir por una normatividad legal vigente o acuerdo contractual y/o ANS.
- Histórico: Se pueden definir metas teniendo en cuenta los resultados logrados en el pasado.
- Referenciación: Se puede realizar comparación con instituciones que sean estrictamente comparables. En este punto se recomienda hacer un proceso de benchmarking.
- Requerimiento de usuario: Producto de acuerdos documentados entre la institución y asociación de usuarios, sindicatos, veedores o entidades gubernamentales.

b. Indicadores de gestión

El seguimiento del modelo se ejecuta a partir de la medición periódica y sistemática de indicadores de gestión del riesgo en salud, operacional y financiero los cuales se encuentran organizados en fichas técnicas para cada uno de ellos; así mismo, se establece y se concretan con los prestadores de servicios de salud los indicadores de acuerdo con los servicios/programas acordados a través del cumplimiento de las guías de práctica clínica.

c. Acuerdos de Niveles de Servicios

La evidencia de los resultados e impacto en la calidad de la atención y el mejoramiento de la salud de los afiliados del magisterio se lleva a cabo, a través de mecanismos y técnicas disponibles a nivel central y regional, como sistema de vigilancia y control articulado al sistema de información interoperable.

De tal manera, que se construyen indicadores trazadores para cada objeto de control como son los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS), en coherencia con los indicadores de salud y de experiencia en la atención que se prioriza y las desviaciones a los estándares esperados son la entrada a la auditoría de caso.

El incumplimiento de los indicadores incorporados en los Acuerdos de Niveles de Servicio, dará lugar a objeciones a cuenta (glosas) tanto a los prestadores de servicios y tecnología de salud como a la Fiduprevisora S.A.

d. Incentivos por resultados

En consideración con el Decreto 441 de 2022, en los acuerdos de voluntades se podrá pactar el reconocimiento de incentivos de tipo económico o no económico por la mejoría, logro y mantenimiento de resultados de los indicadores pactados, eligiendo un mecanismo que estimule la prestación y provisión de servicios y tecnologías basado en valor, de acuerdo con el objeto del acuerdo de voluntades.

Lo anterior aplicará para contratos bajo la modalidad de cápita y de PGP y estarán ligados entre otros al cumplimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Ruta Integral de Atención en Salud Maternoperinatal así como el cumplimiento de los desenlaces concertados entre Fiduprevisora S.A y el prestador según los servicios contratados.

e. Sostenibilidad financiera

Para lograr la sostenibilidad financiera del modelo, se debe partir de la disponibilidad de recursos para cada vigencia y el uso eficiente del mismo.

Para lo cual se realizará el monitoreo que derive en la eficiencia del gasto, el monitoreo y seguimiento de los recursos los cuales se medirán a través del índice de siniestralidad (costo / ingresos) y costo de atención (Costo total de atención / número de afiliados), el cual permitirá adoptar estrategias para la sostenibilidad y continuidad del Modelo.

La gestión del **riesgo técnico** (actuarial y financiero) y del **riesgo primario** en salud es esencial para garantizar la sostenibilidad del modelo de atención del Magisterio. La articulación entre estrategias de prevención, control de costos y eficiencia en el uso de recursos permitirá un sistema más estable y efectivo.

Se recomienda seguir fortaleciendo la evaluación y control de estos riesgos a través de herramientas analíticas, integración de tecnología y auditorías regulares.

f. Supervisión del Modelo de Atención

El objetivo de la supervisión es realizar seguimiento y evaluación a la ejecución contractual de los prestadores de servicios de salud y de seguridad y salud en el trabajo, dispensación de medicamentos y otras tecnologías en salud, mediante el monitoreo de los componentes de técnico, administrativo, financiero y jurídico con el fin de establecer el cumplimiento de las obligaciones contractuales en el marco de la normatividad vigente.

El seguimiento a los componentes técnico, administrativo, financiero y jurídico de los contratos que conforman la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud se realizará desde el nivel departamental y nacional mediante las metodologías definidas por la supervisión y los lineamientos del manual de Supervisión.

Posterior a la ejecución del seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico Fiduprevisora S.A., podrá solicitar a los contratistas documentos adicionales para corroborar, ampliar o descartar cualquier hallazgo evidenciado por las diferentes áreas que apoyan la supervisión.

Para la supervisión se recibe el apoyo de las áreas técnicas, administrativas, financieras y jurídicas, las cuales deben entregar periódicamente la información correspondiente al seguimiento ejecutado a los prestadores de la red.

La supervisión de la ejecución del modelo por parte de los prestadores de servicios de salud, verificará el estado del cumplimiento de las obligaciones contractuales y ante hallazgos solicitará un plan de mejoramiento con horizonte de tiempo determinado según el cual se concrete la subsanación de los hallazgos.

El seguimiento y evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento definidos por los Contratistas según sean requeridos, deberá realizarse por las áreas de la Gerencia de Servicios de Salud que apoyan la supervisión y ante reiteración de hallazgos una vez cumplido el horizonte de tiempo, la Supervisión generará los presuntos incumplimientos para que el área correspondiente ejecute las acciones pertinentes.

Este proceso involucra la evaluación de la gestión de salud cada unidad de gestión territorial en el país a través de indicadores de desempeño que midan la administración y la prestación de servicios de salud, para asegurar la calidad del servicio, la satisfacción del paciente y la correcta gestión de los recursos.

2. MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 ALCANCE

Este modelo define los requerimientos exigibles por parte de Fiduprevisora S.A como vocera y administradora de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (en adelante Fiduprevisora S.A) a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud contratada, 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 en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna en los ámbitos de atención ambulatorio, urgencias, hospitalario y domiciliario.

Lo anterior mediante la gestión integral del riesgo de forma preventiva, predictiva y resolutiva, implementando estrategias de Atención Primaria en Salud bajo los enfoques de cuidado, diferencial poblacional, salud familiar, comunitaria y laboral, así como el enfoque intersectorial.

2.2 OBJETIVO

Garantizar el acceso efectivo, seguro y humanizado a la prestación de servicios de salud según territorialización, mediante la implementación de los lineamientos, políticas, estrategias y procedimientos innovadores y sostenibles centrados en el usuario que sean definidos por Fiduprevisora S.A para la gestión integral del riesgo de la población asignada al prestador primario y direccionada a la red complementaria según necesidades.

2.3 RESPONSABLES DEL MODELO DE PRESTACIÓN

Fiduprevisora S.A. tiene la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, mediante la contratación de prestadores acuerdo con instrucciones que imparte el Consejo Directivo del FONDO. Adicionalmente debe realizar las labores de supervisión de los contratos que celebre para garantizar la prestación de los servicios y las de auditoría de calidad de los servicios de salud.

Red Integral de Servicios de Salud: Los prestadores que hacen parte de la red contratada por Fiduprevisora S.A tienen la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios incluidos en el plan de beneficios en el componente primario y complementario acorde a la contratación y población asignada.

Afiliados: Tienen la responsabilidad de hacer uso adecuado y racional de los servicios cubiertos por el plan de beneficios en la red integral de prestadores de servicios de salud contratada por Fiduprevisora S.A, propendiendo por su autocuidado y co-responsabilidad con el modelo de salud del Magisterio.

2.4 ATRIBUTOS DE CALIDAD

Los atributos de calidad que deben asegurar los prestadores de servicios de salud en las intervenciones a la población del Fomag se describieron en el numeral 1.3 del presente documento.

2.5 POLÍTICAS PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Los prestadores que hagan parte de la red contratada por Fiduprevisora S.A deberán formular, implementar, monitorear y evaluar las siguientes políticas para la gestión de los servicios de salud:

I. Gestión Clínica y Seguridad del Paciente

"El prestador de servicios de salud debe minimizar el riesgo en los usuarios de sufrir un evento adverso en el proceso de prestación de servicios de salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la población afiliada al magisterio". (Adaptación resolución 2082 de 2014)

Para cumplir la política de gestión clínica y seguridad del paciente del modelo de prestación de servicios de salud del Magisterio, los prestadores deben generar e implementar, monitorear su

política de seguridad, programa de seguridad teniendo en cuenta la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, las metas internacionales de seguridad y las guías de práctica clínica adoptadas ó adaptadas, lo anterior focalizando su gestión según aplique, acorde a los servicios contratados, en la prevención y control de infecciones, hemovigilancia, gestión de medicamentos y farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia, biovigilancia, gestión de complicaciones, incidentes y eventos adversos, comunicación efectiva en seguridad del paciente, participación activa del paciente y familia en la seguridad, cultura de seguridad entre otros temas.

II. Humanización

"El prestador de servicios de salud debe garantizar a la población del Magisterio el respeto y la dignidad durante todas las fases del proceso de prestación de servicios de salud" (Adaptación resolución 2082 de 2014, Política Nacional de Humanización 2021-2031 MSPSS)

Para cumplir la política de humanización en el modelo de prestación de servicios de salud del Magisterio, el prestador debe generar su política y programa de humanización que aborde en su despliegue y operativización (teniendo en cuenta los servicios contratados según aplique), entre otros los siguientes temas: la declaración de los derechos y deberes del usuario, el respeto de los derechos y cumplimiento de los deberes; el respeto de los derechos de los pacientes en su participación o no en investigaciones emprendidas por la institución; la existencia y aplicación del código de ética y buen gobierno o código de integridad; lineamientos institucionales al respecto y las situaciones específicas que motivan el ofrecimiento de apoyo y acompañamiento emocional y espiritual a nivel institucional y redes de apoyo propias del afiliado; lineamientos institucionales para el manejo del dolor en los servicios asistenciales (escalas de medición utilizadas, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas definidas, servicios priorizados, planes de intervención); condiciones en el ambiente físico que promueven la privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada (condiciones de humedad, ruido e iluminación, condiciones de silencio, señalización, entre otros).

III. Gestión del Riesgo

"El prestador de servicios de salud debe garantizar la generación e implementación de acciones orientadas según corresponda, a minimizar el riesgo de ocurrencia de la enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad a partir de la identificación e intervención de riesgos clínicos individuales y acciones sistemáticas y continuas que lleven a una mejora medible de la prestación, el estado de salud de los grupos de riesgo o pacientes específicos según aplique". (Adaptación resolución 3202 de 2016).

Para cumplir la política de gestión del riesgo en el modelo de prestación de servicios de salud del magisterio, el prestador debe generar su política y lineamientos que orienten esta gestión a partir de la identificación, prevención, intervención y seguimiento al riesgo poblacional identificado desde la salud pública de los afiliados asignados, al igual que el riesgo clínico individual relacionado con la morbilidad presentada y de los riesgos del proceso de la prestación de servicios de salud.

IV. Gestión de Tecnología

"El prestador de servicios de salud debe garantizar que el proceso de prestación cuente con el respaldo de una gestión tecnológica eficiente, efectiva y segura en el marco de las necesidades de la población afiliada al Magisterio". (Adaptación resolución 5095 de 2028)

Para cumplir la política de gestión de tecnología en el modelo de prestación de servicios de salud del Magisterio el prestador debe generar su política y lineamientos en el marco de la eficiencia, efectividad y seguridad que orienten la gestión de tecnología desde los procesos de la gestión de equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos, mejoramiento de la tecnovigilancia y farmacovigilancia, incorporación de nuevas tecnologías, gestión de tecnologías de información y demás tecnologías de soporte según aplique.

V. Atención Centrada en el Usuario

"El prestador de servicios de salud debe garantizar la identificación periódica y sistemáticas de las necesidades y expectativas de la población afiliada al Magisterio, así como la satisfacción de las mismas". (Adaptación resolución 2082 de 2014)

Para cumplir la política de atención centrada en el usuario y familia en el modelo de prestación de servicios de salud, el prestador debe generar su política de atención centrada en el usuario y familia. Igualmente debe identificar las necesidades y expectativas de la población asignada desde las diferentes fuentes de escucha del usuario (peticiones, quejas, reclamos), tipificarlas, analizarlas y generar respuesta oportuna (según lo establecido por la normatividad vigente), pertinente y efectiva a las mismas. Debe evaluar de forma periódica y sistemática la satisfacción en el marco de los atributos de calidad exigidos por el modelo de prestación de servicios de salud, según aplique acorde a los servicios contratados y según resultados, implementar las acciones que correspondan, para lograr el nivel de satisfacción establecido en los acuerdos de niveles de servicio que conlleve a exceder de forma gradual las expectativas de la población afiliada.

La existencia, estrategias de implementación, monitoreo, evaluación y análisis de resultados de estas políticas serán verificadas en la etapa precontractual por parte de Fiduprevisora S.A y en la ejecución del contrato se mantendrá esta verificación mediante los mecanismos de seguimiento y evaluación determinados en este modelo.

No obstante lo anterior, la implementación de estas políticas será evaluada a partir del principio de progresividad, siendo obligatorio contar desde el inicio del contrato con las políticas de Gestión Clínica y Seguridad del Paciente; Humanización y Gestión del Riesgo; para las demás se determina un plazo de tres meses a partir de la firma del contrato para su documentación e inicio de la implementación, lo cual deberá ser demostrable ante las auditorías que al respecto genere Fiduprevisora S.A.

2.6 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO

El comportamiento de los eventos priorizados en la población afiliada al fondo nacional de prestaciones sociales del Magisterio cuenta en total con 360.453 usuarios afectados distribuidos en las diferentes patologías, frente al total de la población afiliada al corte evaluado esto corresponde al 43,9% de la población total FOMAG.

Al verificar por curso de vida el mayor número de usuarios con presencia de estas patologías está concentrado en vejez, con 257.769 correspondiendo el 71,5% del total consolidado de las cohortes aquí mencionadas, la cohorte con mayor número de población es la de hipertensión arterial que con un total de 171.648 usuarios, representa el 47% del total de usuarios de las cohortes, seguido de la cohorte de diabetes mellitus que cuenta con un total de 88.743 usuarios diagnosticados y con criterios para pertenecer a la cohorte aportando así el 24,6% del total de las cohortes, entre estas dos patologías se concentra más del 70% de la población afectada.

Tabla 5. Distribución de la población eventos de alto costo priorizados según ciclo de vida Magisterio 2024.

COHORTE	TOTAL	F	M	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	67951	42884	25067	3	3	11	241	19456	48237
CÁNCER	24275	16243	8032	13	31	65	190	5854	18122
ARTRITIS	4243	3692	551	0	0	0	23	1392	2828
VIH	2624	360	2264	2	1	5	192	1876	548
HUÉRFANAS	969	636	333	28	60	94	97	317	373

Fuente: Cohortes de alto costo FOMAG 2024.

La descripción más detallada de esta distribución se encuentra en el documento “ANÁLISIS DE CONDICIONES DE SALUD CON EL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO”.

Los prestadores que conforman la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud para los afiliados al Magisterio, deben concertar con Fiduprevisora S.A los criterios de inclusión, exclusión, retoma y egreso de los eventos priorizados para cada grupo de riesgo y mantener actualizada la cohorte de estos pacientes con la gestión correspondiente según Guías de Práctica Clínica, RIAS definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y/o vías clínico administrativas.

Fiduprevisora S.A mantendrá seguimiento periódico a la gestión que los prestadores realicen a estos grupos de riesgo, definiendo el cumplimiento de criterios, evaluando el resultado de indicadores de gestión normativos y concertados por interés institucional, así como el logro de los desenlaces clínicos que para cada grupo se concerten.

2.7 ACCESO A LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN

Para acceder a cualquiera de los servicios del plan de beneficios en la Red Integral de Servicios de Salud contratada por Fiduprevisora S.A para los afiliados al Magisterio, el afiliado acreditará sus derechos únicamente mediante la presentación de su documento de identidad. El prestador deberá realizar la validación de derechos a partir de la consulta en la base de datos de afiliados entregada por Fiduprevisora S.A en los canales que disponga la Fiduciaria para ello.

Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contrarreferencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insu- mos, deberán realizarse acorde con lo establecido en la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4747 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 y la Política de Atención Integral en Salud y las demás normas que las adicionen, sustituyan o modifiquen.

Es importante aclarar que en ninguna circunstancia será aceptada como vía de acceso a los servicios médicos las remisiones, ordenamientos de tratamientos médicos o medicamentos que provengan de instituciones de la modalidad de medicina particular o similares. Y los ordenamientos derivados de medicina prepagada se reconocerán aquellos cubiertos por el plan de beneficios.

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe implementar estrategias que garanticen el acceso efectivo y seguro a los servicios de salud en todo el proceso de atención y realizar monitoreo e intervención oportuna a las barreras de acceso y la demanda insatisfecha.

La gestión administrativa que deban surtir las órdenes médicas expedidas por los profesionales tratantes, deberán ser tramitadas entre los prestadores que conforman la Red Integral y Fiduprevisora S.A mediante los canales dispuestos para ello y de ninguna manera será el docente, pensionado o sus beneficiarios quienes deban asumir este trámite, lo anterior no debe implicar barreras para los usuarios ni afectación en la oportunidad y continuidad de los tratamientos instaurados o por iniciar, adicionalmente para esta gestión deberá determinarse previamente la elección del paciente dentro de la red disponible.

I. Ambulatorio

El acceso a este ámbito se realiza directamente por el afiliado, es decir no requiere remisión ni orden previa, únicamente presentar su documento de identidad en la IPS Primaria a la cual está adscrito.

Acorde al Procedimiento PR-RS-03 Gestión de la Atención Primaria en Salud Institucional los afiliados del Magisterio deben contar con la adscripción a una IPS Primaria la cual será la que, en cumplimiento del principio de libre escogencia, el afiliado desee para su adscripción.

SERVICIOS MÉDICOS

Una vez se cumpla esta primera adscripción, el afiliado y su grupo familiar contará con una segunda adscripción a un “médico gestor” quien es el encargado de gestionar de manera integral el riesgo individual y su incidencia en el entorno familiar y comunitario, esta adscripción se realizará inicialmente por parte de la IPS pero el afiliado podrá realizar cambio de médico de adscripción acorde a su preferencia. Fiduprevisora S.A evaluará periódicamente el cumplimiento de la asignación de médico gestor a cada afiliado de las IPS Primarias contratadas bajo modalidad de cápita para la prestación de la capa primaria.

Los prestadores de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud contratada por Fiduprevisora S.A para los afiliados al FOMAG se comprometen en cumplir con las puertas de entrada determinadas en el Acuerdo 03 de 2024 del Consejo Directivo del FOMAG que se enumeran a continuación:

- Medicina General
- Odontología General
- Ginecología
- Obstetricia
- Pediatría
- Psicología
- Medicina Interna y/o Medicina Familiar para afiliados que pertenezcan al grupo de riesgo cardio cerebro vascular metabólico con clasificación de alto riesgo acorde a su caracterización individual, así como para pacientes que pertenezcan a las cohortes de alto costo.

Lo anterior indica que, para el acceso a estos servicios, los afiliados al Magisterio no deberán contar con remisión y el prestador deberá asignar la cita sin barreras. Para el caso de la situación condicional descrita para Medicina Interna y/o Medicina Familiar, los prestadores deben gestionar la marcación en de los afiliados que cumplan con dicha condición de tal manera que no se convierta en un trámite para el afiliado demostrar esa clasificación del riesgo.

Los prestadores deben contar con diversos canales presenciales y no presenciales para la asignación de citas en el ámbito ambulatorio, en horarios extendidos teniendo en cuenta la jornada laboral de los maestros y, en caso de poder ofertarlo, mediante mecanismos de exclusividad para la población afiliada al Magisterio.

Los tiempos de espera para la asignación de cita de los servicios de puerta de entrada son los siguientes:

Tabla 6. Tiempos de asignación de citas para servicios puerta de entrada

SERVICIO PUERTA DE ENTRADA	TIEMPO MAXIMO DE ASIGNACIÓN
Medicina General	2 días hábiles
Odontología General	2 días hábiles
Medicina Interna	5 días hábiles
Medicina Familiar	5 días hábiles
Pediatría	5 días hábiles
Ginecología	5 días hábiles
Obstetricia	5 días hábiles
Psicología	4 días hábiles

Para el acceso a los demás servicios de este ámbito de atención que no son puerta de entrada al modelo, el Médico Gestor de la IPS primaria asignada deberá determinar un Plan Individual de Cuidado Integral en el cual acorde a la valoración inicial defina las intervenciones para el manejo de su enfermedad, así como las que corresponda según su curso de vida en la Ruta Integral de Atención en Salud de Promoción y Mantenimiento.

Las IPS Primarias deben contar con un Gestor de Enlace, se trata de un auxiliar de enfermería que facilite el acceso del afiliado a las intervenciones indicadas por el Médico Gestor en el Plan Individual de Cuidado Primario, para ello los prestadores primarios con asignación de población para la Atención Primaria en Salud adoptarán la “Estrategia Carrusel” en la cual deben existir espacios de las agendas médicas, odontológicas, de psicología, nutrición, laboratorio clínico y de enfermería para que en el mismo momento en el que el Médico Gestor construye el PICI, el afiliado pueda acceder a las intervenciones.

En el caso en que el afiliado no cuente con la disponibilidad de tiempo o no se encuentre preparado para las intervenciones (laboratorio clínico), el Gestor de Enlace asignará las citas en los tiempos anteriormente descritos y mantendrá el seguimiento hasta asegurar el acceso efectivo.

En cuanto a la duración de las consultas el tiempo no debe ser menor a 20 minutos; y para los casos de seguimiento de usuarios en RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud se debe

realizar por profesionales de la salud entrenados en las actividades, intervenciones y procedimientos según curso de vida, incluyendo los tamizajes y las escalas establecidas en las matrices de acciones e intervenciones de la RIAS, por lo cual estas atenciones deben ser de 30 minutos como mínimo. El uso apropiado de estos tiempos de consulta debe ser evaluado internamente por el prestador y adicionalmente Fiduprevisora S.A realizará la verificación periódica determinando si se aplicaron todas las intervenciones según RIAS.

Para los pacientes que sean derivados a una capa de complejidad mayor o a otra capa de atención del componente complementario, el Gestor de Enlace deberá realizar el trámite administrativo para la referencia ambulatoria y garantizar que el usuario acceda a la institución de destino informando al usuario el estado de este trámite, manteniendo el seguimiento de la contrarreferencia y regreso del afiliado al componente primario. En caso de que por la condición clínica del afiliado deba mantener su atención en otro prestador, el Gestor de Enlace continuará seguimiento para el acceso de las intervenciones de la RIAS de Promoción y Mantenimiento según periodicidad establecida.

Los prestadores que oferten la conformación e implementación de los Equipos del Cuidado Integral de la Salud del Magisterio (ECIS-M), deberán cumplir con el Instructivo de Operación de los ECISM incluido en el PR-RS-12 Gestión de la Atención Primaria en Salud Extramural y garantizar el acceso de la población afiliada a las intervenciones de identificación y gestión de los riesgos a partir de los determinantes sociales de la salud para la población asignada.

Los ECIS-M para garantizar el acceso, aplicarán criterios de priorización en la visita a las unidades familiares, realizarán contacto previo con los afiliados a intervenir y se desplazarán según cronograma mensual y bitácora de desplazamiento. Para las actividades que no puedan ser ejecutadas por los ECISM, éstos deben hacer la gestión de canalización a la IPS Primaria asignada para que a partir del Gestor de Enlace se programe la intervención o se efectúe el trámite administrativo para la referencia a otra capa del componente complementario.

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

La atención odontológica general y especializada debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continuada a través de citas seriadas, cuando menos una a la semana, en día y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento. El hecho de someter al afiliado a sistema de autorizaciones o solicitud de cada cita de un tratamiento se considerará una barrera de acceso.

Para la atención odontológica especializada requerida por pacientes con patologías odontológicas consideradas de alta complejidad, los controles deben ser fijados de acuerdo con la patología y el tratamiento instaurado. Los tratamientos terminados no tendrán una duración mayor a los tres meses siguientes a su iniciación, salvo situaciones clínicas que ameriten otra conducta.

SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Una vez sean solicitados exámenes de laboratorio por los médicos tratantes, el prestador deberá informar a los afiliados la preparación para su realización de tal manera para evitar contactos perdidos. El horario del laboratorio debe estar en un lugar visible y debe incluir toma de muestras en días no laborales de los docentes afiliados al Magisterio.

El acceso a la toma de muestras de laboratorio clínico podrá ser mediante asignación de cita previa que no exceda los 3 días para su realización, sin embargo, en caso de que se presente un afiliado para la toma sin cita previa, no deberá ser devuelto, se debe indicar el tiempo promedio de espera para su atención para que pueda tomar la decisión de quedarse o programar cita para otro día, en cuyo caso el personal de atención al usuario de la IPS gestionará la asignación acorde a disponibilidad del usuario.

SERVICIO DE APOYO TERAPEUTICO

Las terapias ordenadas por el médico tratante deberán ser programadas antes de la salida del usuario de la IPS, la asignación de las citas de terapias se realizará de manera concertada con el afiliado por número de total acorde a indicación médica, de tal manera que conozca desde el ordenamiento de estas, las fechas y horarios hasta su finalización. En caso en que el prestador no cuente con servicios de apoyo terapéutico, debe gestionar estas órdenes internamente con Fiduprevisora S.A para informar al paciente el direccionamiento.

Para el acceso a todos los servicios del ámbito ambulatorio que se programen mediante asignación de citas, el prestador deberá establecer un tiempo de espera para cumplir la cita, el cual no podrá ser menor a 5 minutos. En caso de que se exceda este tiempo por el afiliado se debe ofrecer la opción de lista de espera para atención por el profesional en el momento que cuente con el espacio, será decisión del afiliado si espera o si reprograma su consulta.

En las estrategias que garanticen el acceso a la población del Magisterio que implementen los prestadores, deberán tener en cuenta el enfoque diferencial poblacional para los grupos definidos como tal.

II. Urgencias

El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del triage y en consecuencia, el triage debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias, no obstante lo anterior, la IPS debe acogerse a la normativa vigente para reportar e informar sobre las novedades realizadas al paciente relacionadas al servicio de urgencias y evolución de este; de igual forma es importante que el prestador de servicios de salud realice la validación de los derechos del paciente a través de SUIM, correo electrónico centroregulador@fiduprevisora.com.co como indica la Resolución 3047 de 2008, o mediante la línea telefónica 018000160499.

TRIAGE

Teniendo en cuenta la Resolución 5596 de 2015 el Triage se define como un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.

En ninguna circunstancia el triage podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

Los prestadores de servicios de salud deberán proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre los recursos iniciales a emplear y los tiempos promedio en que serán atendidos.

Para la valoración inicial de los afiliados al Magisterio, las IPS que presten servicios de urgencias deberán clasificar a los pacientes a su llegada al servicio en una de las siguientes categorías determinadas por la Resolución 5596 de 2015:

Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, perdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan **atención inmediata**.

Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los **treinta (30) minutos**. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa. El tiempo requerido por Fiduprevisora S.A para la atención en esta categoría no debe exceder **dos horas** desde la clasificación.

Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Para las categorías III, IV y V, las instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el Servicio de Urgencias deben establecer tiempos promedio de atención que serán informados a los pacientes y sus acompañantes. Los tiempos promedio de atención deben ser publicados en un lugar visible del servicio de urgencias.

Para los casos de categorías IV y V la IPS que hace parte de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud debe ofrecer la opción de programación de consulta por medicina general en el ámbito ambulatorio en un tiempo no mayor a 24 horas, así como mecanismos de teleconsulta si disponen de éstos. En caso de no contar con estos servicios habilitados, se informará al usuario sobre los tiempos de espera para la atención y si la decisión del paciente es la consulta programada, se deberá establecer comunicación con el Centro Regulador de Fiduprevisora S.A para solicitar el agendamiento en la IPS primaria asignada al usuario o con la que se tenga contrato según ubicación del paciente.

VALORACIÓN MÉDICA

Esta valoración en urgencias está orientada a resolver la urgencia, eliminar el riesgo y disminuir la complicación.

Los prestadores que cuenten con servicios de urgencias en la Red Integral de Servicios de Salud deben priorizar acciones resolutivas para mitigar el riesgo, de tal manera que se estandaricen los abordajes eliminando la variabilidad profesional en la valoración y determinación del tratamiento.

Para esta priorización, los prestadores con servicios de urgencias deberán tener como base el perfil de morbilidad en el ámbito de urgencias para la población afiliada al Magisterio, así como el análisis de sus indicadores institucionales de las primeras causas de morbilidad, para generar abordajes rápidos que aseguren la atención oportuna y disminución de tiempos de estancia en este servicio.

En esta consulta el afiliado tendrá **inmediatamente tratamiento para el dolor** en caso de presentarlo y establecimiento del Plan de Manejo con las ayudas diagnósticas requeridas según sus síntomas y resultados de la valoración, las cuales deberán ser pertinentes para este ámbito de atención y se espera un tiempo de no más de **2 horas** para la entrega de los resultados que guíen el manejo por el médico.

Una vez se cuente con los resultados de las ayudas diagnósticas el afiliado debe ser valorado nuevamente por el médico tratante para definir el egreso, observación, hospitalización o procedimiento quirúrgico.

En los casos en que el usuario quede en observación, ésta no debe ser mayor a veinticuatro (**24**) horas, o cuarenta y ocho (**48**) en fin de semana, tiempo límite para que se le defina conducta y una vez se determine requerimiento de hospitalización, la asignación de la cama debe darse en un tiempo no mayor a **4 horas**.

Para el caso de eventos relacionados con la salud bucal que requieran de intervención inmediata para el control del dolor y prevención de complicaciones asociadas con dichos eventos, el prestador contratado para el servicio de odontología, debe disponer de atención del evento agudo en el momento que se presente, resolver la situación que está generando la necesidad de intervención inmediata en el horario establecido para funcionamiento de la sede y asignar cita para dar continuidad del manejo en el ámbito ambulatorio.

Para los eventos de este tipo que se presenten en horario diferente al de funcionamiento de las IPS Primarias, el afiliado asistirá al servicio de urgencias de la red contratada para manejo del dolor y estabilización, el prestador deberá direccionar a los centros de atención primaria en salud para continuar con el manejo que corresponda.

III. Hospitalario

Para acceder al ámbito hospitalario se requiere de remisión realizada por profesional de medicina desde el ámbito ambulatorio, ámbito urgencias, ámbito domiciliario, incluso a partir de valoración del riesgo por los médicos que hacen parte de los ECISM. Lo anterior gestionando el ordenamiento en el sistema de información dispuesto por Fiduprevisora S.A para tal fin.

Los servicios hospitalarios serán cubiertos de acuerdo con la patología del paciente y estarán disponibles de acuerdo con la oferta en las capas acorde a la complejidad de la red de servicios ofrecida por la red de prestadores. En la primera capa, atendida por médico general, se contempla únicamente la observación hasta que se decida si es necesaria la remisión a otras capas de atención o está superado el problema de salud.

La orden médica de hospitalización deberá definir qué tipo requiere:

- Hospitalización general
- Hospitalización paciente crónico
- Cuidado básico neonatal
- Cuidado intermedio neonatal
- Cuidado intensivo neonatal
- Cuidado intermedio pediátrico
- Cuidado intensivo pediátrico
- Cuidado intermedio adultos
- Cuidado intensivo adultos
- Hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas
- Hospitalización parcial
- Cuidado básico de consumo de sustancias psicoactivas

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

de un beneficiario menor de edad o de adultos con deterioro cognitivo o imposibilidad para actuar por sí mismos, el cotizante, o en su defecto un adulto representante del paciente firmará el respectivo consentimiento informado. Para el caso de hospitalizaciones de estos pacientes deberá garantizarse la presencia de un acompañante adulto. El consentimiento debe ser diligenciado en un formato que observe las especificaciones definidas en las normas que lo regulan.

La hospitalización se deberá garantizar en habitación unipersonal o, solo en caso de no contar con la disponibilidad, por estar ocupadas las ofertadas por el prestador, en habitaciones compartidas de máximo dos personas, salvo en aquellas localidades en que la infraestructura existente no lo permita, en este último caso el prestador debe informar al afiliado la posibilidad de hospitalización en otro municipio mediante la gestión del Centro Regulador de Fiduprevisora S.A para que esa opción sea considerada por el usuario.

En cumplimiento de la política de humanización de la atención, se deberá garantizar horarios flexibles de visitas u otros mecanismos virtuales mediante los cuales los usuarios hospitalizados puedan tener contacto con sus familias para disminuir así su nivel de ansiedad y beneficiar la recuperación.

Para el egreso del ámbito hospitalario, el prestador garantizará en articulación con Fiduprevisora S.A el acceso del paciente a los servicios que requiera para su salida, tales como atención domiciliaria, oxígeno domiciliario, entre otros, este trámite debe ser interno y no debe exceder las 24 horas una vez sea solicitado por el tratante para evitar estancias prolongadas.

IV. Domiciliario

Es la atención ambulatoria que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico- funcionales, previa recomendación médica, con la participación de su familia y con los recursos necesarios para brindar una atención con calidad. Se debe garantizar en todos los municipios la atención básica domiciliaria para aquellos usuarios cuya patología no permitan su traslado al centro de atención básico establecido.

Para acceder a este ámbito de atención debe existir orden médica expedida desde el ámbito ambulatorio, urgencias u hospitalario, asimismo si acorde a identificación del riesgo desde el médico de los ECISM, se determina la necesidad de que la atención sea domiciliaria, se aceptará esta orden.

En caso de que este mecanismo no se pueda implementar en un municipio, el prestador debe garantizar en articulación con Fiduprevisora S.A el traslado en el medio de transporte apropiado, ida y vuelta, hasta el centro de atención.

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

al médico y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con participación y educación de la familia en el cuidado, así como apoyo telefónico permanente, de acuerdo con las Guías de Atención Integral o protocolos reconocidos a nivel nacional y adoptadas por la red de prestadores para tal fin.

Dentro de las actividades incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria se encuentra la Capacitación a Cuidadores de pacientes crónicos y la implementación de escalas de valoración y seguimiento al estado de los cuidadores. En todos los casos, la programación de intervenciones acorde al plan de manejo definido para los usuarios que requieren esta atención deberá ser concertada con el usuario, familia y/o cuidadores de manera que no afecte las actividades diarias del afiliado.

V. Telemedicina

Responsabilidades de las IPS

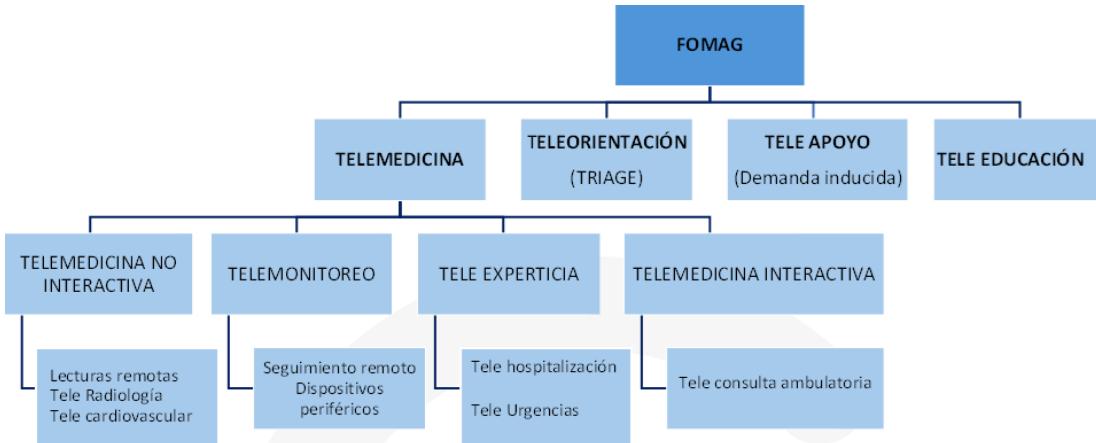
- **Prestación de Servicios de Salud:** Las IPS prestarán servicios médicos y de salud, utilizando tecnologías aprobadas para telemedicina y telesalud.
- **Capacitación y Actualización:** Las IPS deberán garantizar que su personal médico y administrativo esté capacitado en el uso de las plataformas tecnológicas y en la atención a distancia, incluyendo procedimientos de diagnóstico, prescripción y seguimiento remoto.
- **Confidencialidad y Seguridad de la Información:** Las IPS deberán cumplir con los estándares de privacidad y seguridad en el manejo de los datos personales y de salud de los pacientes.
- **Accesibilidad y Continuidad de la Atención:** Asegurar que los servicios de telemedicina sean accesibles a los beneficiarios y que haya continuidad en la atención, incluso si un beneficiario requiere atención presencial.

Requisitos Tecnológicos

- **Plataforma de Telemedicina:** El Sistema Unificado de Información Interoperable del Magisterio-SUIM realizará operaciones de interoperabilidad con los prestadores de servicios de salud que conforman las redes integradas e integrales para garantizar de forma segura, asequible y fácil de usar que cumpla con las normativas locales sobre la protección de datos.
- **Equipamiento de las IPS:** Las IPS deberán contar con equipos adecuados (cámaras, micrófonos, software) para la realización de consultas de alta calidad, garantizando que los pacientes reciban atención efectiva.

A continuación, se relaciona la estructura de telesalud, propuesta por Fiduprevisora S.A, el cual se detalla en el documento **“Proceso de Telemedicina-Telesalud Fomag”**

Ilustración 7. Proceso de telemedicina – telesalud Fiduprevisora S.A



Fuente: Proceso de Telemedicina-Telesalud Fomag

VI. Entorno laboral

Los Equipos para el Cuidado Integral de la Salud del ámbito laboral, ECIS-L, son la base de la operación del SG-SST para el Magisterio creados en el Acuerdo 003 de 2024 del Consejo Directivo del FOMAG, para llegar al universo de Establecimientos Educativos, en sus sedes urbanas y rurales, implementando los Programas de Medicina Preventiva, del Trabajo Docente, Higiene y Seguridad Industrial, de manera ordenada a través de Planes para el Cuidado de la Salud Laboral Docente en estrecha articulación con los Directivos Docentes y los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo, COPASST.

Fueron aprobados el pasado 11 de diciembre por el Consejo Directivo del FOMAG como el principal mecanismo de operación para lograr los objetivos de la implementación del SG-SST en el Magisterio, especialmente en lo referido al cumplimiento de los Estándares Mínimos en Seguridad y Salud en el Trabajo (Resolución 312 del 2019) y el desarrollo de los Sistemas de Vigilancia Ocupacional.

La planificación de su trabajo y evaluación se hará de manera conjunta con los funcionarios de Fiduprevisora S.A, las Secretarías de Educación y la organización sindical, de cada departamento, en un espacio participativo y constructivo.

CONFORMACIÓN Y FUNCIONES DE LOS ECIS DEL ÁMBITO LABORAL.

Los ECIS del ámbito laboral serán de dos tipos: básicos y complementarios. Ellos trabajarán articulados entre sí como responsables de garantizar la ejecución de las actividades de los Programas de Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo Docente, Higiene y Seguridad Industrial, y los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional, como lo establece el Decreto 1655 del 2015 del Ministerio de Educación Nacional, organizados en un Plan Escolar de Seguridad y Salud en el Trabajo, SST, para cada Establecimiento Educativo.

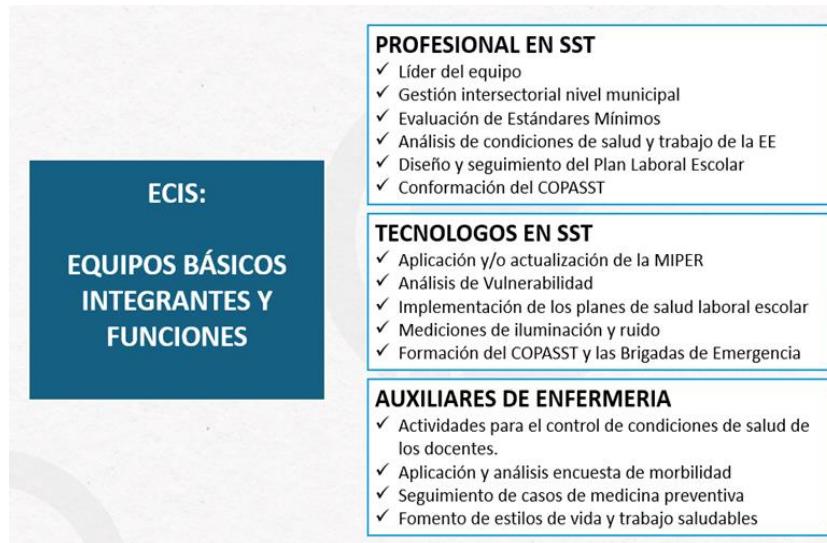
Los ECIS básicos:

Son los responsables de la construcción e implementación del Plan para el Cuidado de la Salud Laboral Docente en cada Establecimiento Educativo, dirigido a cumplir los estándares mínimos definidos en la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo, con actividades como:

- a. Promover la conformación, capacitación y funcionamiento de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo, COPASST.
- b. Elaboración del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- c. Realizar el estudio y la elaboración del Mapa de Condiciones de Trabajo y de Salud, incluyendo las diferentes sedes y las jornadas escolares.
El mapa debe ser elaborado con metodologías participativas con los docentes directivos y orientadores, el COPASST, y los docentes activos.
Debe incluir centros de trabajo y extra institucionales donde se pueda presentar un accidente cumpliendo las funciones propias del cargo, incluyendo las actividades en el ejercicio de la delegación sindical.
- d. Elaborar, conjuntamente con el COPASST, el Plan Escolar de Seguridad y Salud en el Trabajo, PESST, a partir del Mapa de Condiciones de Trabajo y Salud, con enfoque de género y transversalización de discapacidad.
- e. Diseñar e implementar el Programa de Medicina Preventiva con enfoque de género y transversalización de discapacidad, Medicina del Trabajo Docente, Seguridad e Higiene Industrial, contenidas en los PESST.
- f. Hacer seguimiento al cumplimiento de las indicaciones médicas, en los procesos de reabilitación integral, reintegro o reubicación del docente.
- g. Promover las acciones para el reporte, registro y notificación de síntomas, signos o eventos relacionados con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional, SVEO, especialmente los definidos para los eventos de salud mental, daños osteomusculares, de la fonación y la audición.
- h. Promover la conformación y funcionamiento de los Planes Escolares de Emergencia Escolar, con la conformación y funcionamiento de la brigada de emergencias y la dotación de extintores, camillas y botiquines.
- i. Realizar acciones que contribuyan a la consolidación y el buen funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral.
- j. Realizar las acciones definidas en los lineamientos para su articulación con los servicios intramurales del Prestador de la capa primaria, en la implementación de las Rutas Integrales de Salud.

Los ECIS básicos del ámbito laboral estarán conformados por profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares de enfermería formados en SST, evidenciando un adecuado nivel técnico para cumplir las funciones asignadas.

Ilustración 8. Los ECIS básicos: Funciones por perfil profesional



En los territorios con influencia o participación de docentes con origen en comunidades étnicas, o que se requiera articulación con sus comunidades o instituciones locales, se incluirá agentes comunitarios a los Equipos Básicos, que favorezca la inclusión de saberes ancestrales con enfoque preventivo (como piloto se incluirá Perspectiva étnica en las intervenciones en departamentos como La Guajira y Amazonas).

Como referencia para el proceso de adscripción de los ECI Básicos, se asignarán veinte (20) Establecimientos Educativos y sus sedes por cada ECI, y se ajustará la cobertura según la dispersión territorial y dificultades geográficas.

Los ECIS complementarios:

Son responsables de dar respuesta a la demanda de servicios de mayor complejidad técnica y científica en Seguridad y Salud en el Trabajo, SST, que se requiera en los Establecimientos Escolares. Su intervención se planifica con base en los contenidos de los Planes para el Cuidado Integral de la Salud Laboral Docente elaborados en coordinación con los ECI Básicos.

Teniendo en cuenta los principales efectos en la salud de los docentes, los ECI complementarios liderados por el Médico del Trabajo en el Departamento y conformados por psicólogos, terapeutas o fonoaudiólogos. Según los hallazgos de los ECIS Básicos se establecerán los SVEO y en los ECIS Complementarios se incluirá los perfiles profesionales especializados requeridos que cumplan con los requisitos definidos en la Resolución 4502 de 2012 del Ministerio de Salud.

Las principales funciones de los ECIS Complementarios bajo el liderazgo del Médico del Trabajo del Departamento son:

- Apoyo a los ECIS Básicos para el cumplimiento de los Estándares mínimos
- Diseño e implementación de los SVE
- Comités Técnicos de Medicina Laboral
- Rehabilitación Integral
- Intervención específica en condiciones de trabajo deteriorantes

Ilustración 9. ECI Complementario. Funciones por perfil profesional especializado



La implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional (SVEO), deberán desarrollarse con enfoque de género, y sus sistemas de información que permiten relacionar la causalidad entre las condiciones de trabajo y los eventos de salud que presenten los docentes activos.

De esta manera, son los responsables de indicar los estudios técnicos de higiene industrial, ergonomía y diseño de proyectos de mejoramiento de la infraestructura escolar. Asimismo, de indicar las medidas de intervención para el control del riesgo psicosocial, osteomuscular, de fonación, audición, biológico y de accidentalidad que con mayor frecuencia presentan los docentes.

Como referencia para el proceso de adscripción de los ECI Complementarios, se asignarán tres (3) Equipos Básicos por cada ECI Complementario (3:1), y se ajustará la cobertura según las necesidades registradas en los Planes para el Cuidado de la Salud Laboral Docente

2.8 SUMINISTRO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS

Clasificación del servicio farmacéutico

Para la dispensación de medicamentos a la población afiliada al Magisterio se tendrán en cuenta las disposiciones según el Decreto 2200 de 2005 por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones, este servicio se clasifica en:

A. DEPENDIENTE: es aquel servicio asistencial a cargo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el que además de las disposiciones del decreto debe cumplir con los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

B. INDEPENDIENTE: es aquel que es prestado a través de establecimientos farmacéuticos, en el que además de las disposiciones del decreto debe cumplir con el Artículo 11 del Decreto 2200 de 2005.

Para el suministro de insumos y medicamentos los proveedores deberán garantizar suficiencia en el número de puntos de dispensación, para ello deberán tener en cuenta no solo la población afiliada al Magisterio en la zona de cobertura, sino características como extensión geográfica del municipio, zonas apartadas, total de habitantes de esa zona, ubicación de los establecimientos educativos, entre otros, para que la distribución de los puntos de entrega de medicamentos e insumos permitan facilidades para acceder por parte de los afiliados.

Asimismo deberán garantizar puntos en los que existan horarios extendidos de dispensación incluso franjas nocturnas y en fines de semana.

La cantidad de puntos de dispensación de medicamentos e insumos acorde a las condiciones especiales determinando en cuáles de estos se realiza la entrega de medicamentos de control especial deberá ser entregada previo al inicio de contrato a Fiduprevisora S.A y será publicada en los canales disponibles por el proveedor.

Formulación de medicamentos

Con respecto a la formulación de medicamentos ambulatorios para los afiliados al Magisterio, se incluirán los medicamentos ordenados por el médico tratante, siempre y cuando estén debidamente registrados ante el Invima y los medicamentos incluidos en el Decreto 481 del 2004 (medicamentos vitales no disponibles), cumpliendo con todos los estándares de calidad y que hayan sido formulados por los médicos en los servicios de medicina general, especialistas, promoción y prevención, médicos familiares, médicos de atención domiciliaria, de urgencias y por el odontólogo general, en la red integral de prestadores de servicios de salud contratada por el afiliado o por el médico de los ECISM del ámbito familiar de la APS Extramural.

Dispensación de medicamentos

Con respecto a la dispensación de medicamentos, se deberá garantizar la entrega de todos y cada uno de los medicamentos ordenados, en el momento en que el usuario se presente a la farmacia correspondiente a realizar la solicitud, sin cambio de estos por parte de los funcionarios de los establecimientos ya sean dependientes o independientes.

El afiliado podrá reclamar sus medicamentos en el municipio de residencia o en los municipios donde reciba servicios de capas de mayor de complejidad en el departamento o región, siempre y cuando sea dentro del territorio nacional.

Se realizará especial vigilancia de la dispensación de medicamentos e insumos en especial aquellos que se derivan de los servicios de urgencias, programas de promoción y prevención, egresos hospitalarios y postquirúrgicos y atención domiciliaria acorde a su Plan Individual de Cuidado Integral.

En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos por parte del usuario, el prestador deberá coordinar lo pertinente, para que en un lapso no mayor a 48 horas se garantice la entrega de este, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social en su Artículo 1 “Objeto. La presente resolución tiene como objeto establecer los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando éste lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos”.

Adicionalmente el prestador debe garantizar el control adecuado de la dispensación mediante el uso del SIUM que disponga Fiduprevisora S.A o a través de la interoperabilidad de datos con el sistema, de tal manera que permita hacer un seguimiento veraz y en línea.

Los requisitos, monitoreo y seguimiento de la dispensación de medicamentos se encuentran detallados en el Manual de Gestión de Medicamentos y Otras Tecnologías en Salud.

2.9 PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO

I. Verificación de derechos

Para esta validación Fiduprevisora S.A realizará entrega de los datos básicos de identificación y ubicación de los afiliados asignados a la IPS primaria para la Atención Primaria en Salud mediante la contratación por cápita, esta entrega se realizará mediante el sistema de información que disponga Fiduprevisora S.A. y quedará consignada en la correspondiente Acta de Inicio del contrato.

La información de las bases de datos de afiliados varía conforme a las novedades presentadas por las Secretarías de Educación en el aplicativo Humano, por Fiduprevisora S.A y por el propio afiliado, que se explican principalmente por el ingreso, retiro y fallecimiento de los afiliados.

Los prestadores que hacen parte de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud deben realizar la validación de derechos de los afiliados al Magisterio mediante la verificación del estado de afiliación de los usuarios que requieran el servicio, para ello deben consultar el sistema de información dispuesto por Fiduprevisora S.A y si el afiliado se encuentra activo deberán prestar la atención que requiera, se reitera que para los casos del acceso a urgencias, la atención debe brindarse en el momento que el afiliado ingrese al servicio para su clasificación de Triage y posteriormente realizar el trámite de validación.

Los afiliados que se encuentren en Protección Laboral tendrán derecho a recibir los servicios que sean requeridos hasta por 3 meses más posterior a la notificación de desvinculación por parte de la Secretaría de Educación, una vez cumplido este tiempo, el estado de afiliación cambiará a retirado, momento en el cual no cuenta con derechos para atención por parte de Fiduprevisora S.A.

En el caso de la desvinculación de una afiliada en estado de embarazo, el prestador debe mantener la atención de ella y de su recién nacido hasta por 2 meses posterior al parto en aspectos relacionados con la gestación, parto y posparto acorde a la RIAS Maternoperinatal.

El contratista no podrá realizar ningún tipo de cobro a los afiliados del Magisterio para acceder a la prestación de los servicios de salud.

II. Acceso y evaluación inicial de necesidades

A continuación, se relacionan las intervenciones que debe asegurar la red prestadora para garantizar el acceso de los usuarios a los servicios contratados y la identificación de las necesidades desde el primer contacto, lo anterior en cumplimiento de la resolutividad exigida en el modelo de atención del Fomag.

• Información, Educación y Comunicación

Realizar las adecuaciones metodológicas y pedagógicas para el desarrollo de sesiones individuales y grupales, que favorezcan la atención diferencial de los grupos de riesgo, teniendo en cuenta los momentos vitales, los contextos, condiciones socioculturales y étnicas, necesidades y capacidades para el cuidado de la salud y gestión del riesgo en la población a su cargo conforme a lo dispuesto en la Ruta Integral de Atención en Salud de Promoción y Mantenimiento de la Salud y demás educación en salud necesario acorde a las demás RIAS y vías clínicas y administrativas que concerté Fiduprevisora S.A con la red.

Los prestadores de servicios de salud deberán formular e implementar los mecanismos que sean necesarios para los procesos de Información, Educación y Comunicación a la población afiliada incluyendo el ejercicio de la participación ciudadana, enfocados a producir cambios efectivos en los estilos de vida de los afiliados y su compromiso con el enfoque de cuidado del modelo de atención, para ello deberán articularse también con los Equipos del Cuidado Integral de la Salud del Magisterio, quienes además en los entornos familiares y laborales contarán con metas de cumplimiento en actividades de IEC individuales y grupales.

• Inducción a la demanda y demanda espontánea

La red de prestadores de servicios de salud deberá formular e implementar estrategias orientadas a promover y garantizar a la población a cargo, de acuerdo con los cursos de vida y riesgo individual, las actividades, procedimientos e intervenciones para la protección específica y detección temprana.

Los prestadores reportarán la ejecución de actividades de demanda inducida realizadas a Fiduprevisora S.A en los instrumentos y/o sistema de información definidos para tal fin y estos serán objeto de verificación de la fiabilidad de sus datos.

Los prestadores deben evaluar el impacto de la implementación de los mecanismos de inducción a la demanda en protección específica y detección temprana, analizarán los resultados y tomarán decisiones al respecto, según metas concertadas con Fiduprevisora S.A a partir de las estimaciones de las actividades de la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud.

- **Intervenciones de cuidado primario**

Las IPS primarias son el eje central de la atención de los usuarios del Magisterio y debe contar con los servicios de puerta de entrada determinados en el modelo de salud del Fomag (medicina general, odontología general, ginecología, obstetricia, pediatría, psicología y medicina interna y/o medicina familiar para los afiliados de alto riesgo que pertenezcan al grupo de riesgo cardio cerebro vascular y metabólicas manifiestas y pacientes de inscritos según criterios de inclusión, en las cohortes de alto costo). A partir de las intervenciones ejecutadas en estos centros de atención los prestadores deberán garantizar la resolutividad del 80% de las necesidades de los usuarios y en caso de requerir direccionamiento a una capa de mayor de complejidad, deberán realizar el seguimiento a los pacientes para su retoma en la capa primaria una vez sea solucionada su necesidad.

Para la atención primaria con enfoque en salud familiar y comunitaria, los prestadores deben adscribir a la población que les fue asignada a médicos de familia que tendrán a su cargo el conocimiento del afiliado y su entorno familiar y laboral, no obstante, en cumplimiento del principio de libre escogencia, este centro de atención primaria y el médico de adscripción será seleccionado por los afiliados y podrá solicitar el cambio en el momento que así lo requiera.

El prestador primario no necesariamente comprende a un único prestador de servicios que desarrolla todas las actividades de atención primaria. Más bien comprende a un componente de una red integral e integrada en el territorio, el cual, de acuerdo con las condiciones de oferta y demanda, adopta su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo con las modalidades de APS Institucional o Intramural, APS Extramural y APS Intersectorial.

- **Acceso efectivo y seguro**

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe implementar estrategias que garanticen el acceso efectivo y seguro a los servicios de salud en todo el proceso de atención y realizar monitoreo e intervención oportuna a las barreras de acceso y la demanda insatisfecha, lo anterior acorde a las políticas definidas en este documento.

Se reitera que en la prestación de los servicios para los afiliados al Magisterio los trámites administrativos de las órdenes médicas deberán ser gestionadas entre el prestador y Fiduprevisora S.A y de ninguna manera será el afiliado quien deba asumir este trámite, lo anterior no debe implicar

barreras para los usuarios ni afectación en la oportunidad y continuidad de los tratamientos instaurados o por iniciar.

Para ello los prestadores deberán disponer de:

- Existencia de indicadores y estándares de oportunidad para los servicios (incluye los indicadores normativos de la resolución 0256 de 2016 y Acuerdos de Niveles de Servicio definidos con Fiduprevisora S.A, entre otros) tanto para servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria, determinando tiempos de espera en los diferentes momentos administrativos y asistenciales y listas de espera para las patologías que ameritan.
- Existencia de mecanismos para garantizar acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de estos, identificación redundante, identificación de riesgos de la atención según el tipo de usuario, identificación de barreras de acceso, mediciones de demanda insatisfactoria.
- Identificación y publicación de puntos de atención en salud y de rutas de acceso a la red.
- Estandarización del ciclo de atención del usuario desde el ingreso hasta el egreso (en los diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial) que considere entre otros, la calidez del personal, el respeto y la cortesía en la relación entre el usuario y el personal administrativo y asistencial.
- Derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia según la oferta y en su defecto ofertar otras opciones de profesionales disponibles, acorde con las necesidades del usuario
- Programación y atención del usuario acorde al tiempo de los profesionales respetando el tiempo de los usuarios y los mecanismos definidos por Fiduprevisora S.A.
- Análisis de las causas de desatención y barreras de acceso (incluye las generadas dentro de la organización hacia los diferentes servicios)
- Acciones o correcciones según las desviaciones encontradas

III. Planeación de la atención

En esta etapa del proceso de atención y una vez evaluadas de manera inicial las necesidades de los afiliados, los prestadores deberán emitir un Plan Individual de Cuidado Integral, el cual estará determinado a partir de los siguientes componentes:

- **Guías de Práctica Clínica**

Los Prestadores de Servicios de Salud debe asegurar de forma oportuna la existencia, aplicación, revisión y/o actualización de Guías de Práctica Clínica Médica y/o Protocolos Clínicos, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia, estas guías deberán ser concertadas contractualmente con Fiduprevisora S.A acorde a la caracterización poblacional, perfil epidemiológico y grupos de riesgo determinados para el Magisterio según aplique, garantizando su evaluación periódica y sistemática y la adherencia a las mismas.

Para ello deberán garantizar:

- El cuidado y tratamiento los cuales deben estar planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado.
- Protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, articulados con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud.
- Mecanismos para garantizar la disponibilidad, fácil consulta, actualización, uso de la guía y cobertura.
- Mecanismos para garantizar la evaluación de adherencia que incluyan periodicidad, forma de monitoreo, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.

Actividades de la Ruta Integral de Atención en Salud de Promoción y Mantenimiento de la Salud

Los prestadores deben identificar oportunamente los factores de riesgo y clasificar el riesgo en salud, según los criterios de las guías de práctica clínica médica y/o protocolos clínicos y según la clasificación dirigir oportunamente al usuario a las actividades de la RIAS de promoción y Mantenimiento de la Salud correspondiente según el curso de vida o solicitar pruebas de tamizaje o de confirmación diagnóstica, estas acciones deben ser reportadas acorde a la periodicidad definida con Fiduprevisora S.A.

Para cumplir con lo anterior, los prestadores deberán garantizar:

- Planeación, despliegue y evaluación de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, en el marco de la estructura establecida de atención primaria en salud, acorde a la caracterización del riesgo poblacional y de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Identificación y evaluación sistemática de las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- Implementación de las recomendaciones que le sean aplicables de los protocolos de los eventos de interés en salud pública definidos por el Instituto Nacional de Salud
- Remisiones a servicios específicos acorde a las condiciones en salud identificadas durante las intervenciones por curso de vida.
- Análisis de resultados del cumplimiento de la ejecución de las actividades de la RIAS de Promoción y Mantenimiento según estimaciones definidas por Fiduprevisora S.A.
- Reporte de la ejecución de las actividades de la RIAS de Promoción y Mantenimiento según los lineamientos de Fiduprevisora S.A.
- Acciones a partir de las desviaciones identificadas

Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS

El PICI deberá integrar en todos los afiliados las intervenciones según curso de vida de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, así como las específicas según evento priorizado que haya definido el Ministerio de Salud y Protección Social y que sean de obligatorio cumplimiento.

Asimismo, deberán estar contractualmente pactadas las intervenciones, criterios de ingreso, egreso y retoma, desenlaces clínicos y mecanismos de monitoreo y evaluación de los demás eventos priorizados sobre los cuales no exista RIAS pero si vía clínica y administrativa desde Fiduprevisora S.A.

IV. Ejecución y evaluación del tratamiento

En el plan individual de cuidado integral y tratamiento debe incorporar de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin para ello se determinan los siguientes componentes:

Confirmación Diagnóstica

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe realizar oportunamente, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica Médica y/o Protocolos Clínicos concertados, las pruebas diagnósticas en población sintomática o con pruebas de tamizaje positivas y/o sospechosas, según aplique y debe reportar los resultados a Fiduprevisora S.A mediante los mecanismos concertados para garantizar el seguimiento por parte de los Gestores Departamentales para la captación temprana o retoma en los grupos de riesgo definidos.

Para cumplir con lo anterior, los prestadores deberán garantizar:

- Planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología
- Planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico y patología
- Metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento (Implica análisis y valoraciones diagnósticas para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos)
- Implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos en imagenología
- Implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos en laboratorio clínico y patología
- Implica análisis y valoraciones diagnósticas para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos
- Implementación de mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas incluidos los resultados críticos (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.

Definición de Conducta

La Red de Prestadores de Servicios de Salud a partir de la confirmación diagnóstica, deberá definir de forma oportuna y efectiva, la conducta a seguir de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica Médica y/o Protocolos Clínicos, buscando la adherencia del paciente al tratamiento, el cumplimiento de metas que evalúa el plan individual y sus resultados y toma decisiones.

Para cumplir con lo anterior, los prestadores deberán garantizar:

- Atención integral por equipo interdisciplinario acorde al grupo de riesgo y eventos priorizados según el modelo de atención
- Plan de manejo individualizado, de acuerdo con factores de riesgo, condición médica y comorbilidades mayores.
- Determinación del tratamiento farmacológico, de los objetivos terapéuticos y de los cambios terapéuticos cuando se detecte falla en el logro de las metas terapéuticas con los fármacos iniciales, de acuerdo con la GPC. Determinación de los medicamentos que venía consumiendo el usuario antes de su ingreso por la patología de base o por condiciones diferentes al motivo actual de la atención, para tomar la decisión de continuarlos o suspenderlos según las condiciones del paciente y las guías de práctica clínica a aplicar.
- Definición de la frecuencia de los controles de seguimiento de acuerdo con la evolución, estableciendo quién realiza los controles y cuáles son los exámenes de seguimiento periódico o cuales para la identificación de complicaciones según apique.
- Remisión a especialidades que favorezcan el control del paciente de difícil manejo o con complicaciones, teniendo en cuenta los lineamientos del sistema de referencia y contrareferencia. Programa estructurado de educación individual y grupal a la familia y/o cuidadores.
- Evaluación periódica y sistemática del plan Individual y sus resultados
- Mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes según su grupo de riesgo

Desenlaces clínicos

Son los cambios en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades; atribuidos a las intervenciones / atenciones en el continuo de la atención integral en salud, no solo aluden a los que se derivan de las intervenciones sanitarias, sino que también implican las acciones que desde los otros sectores inciden sobre los determinantes sociales en salud.

Para la definición de los resultados en la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Magisterio se considerarán los desenlaces de resultado en la calidad de la prestación de servicios de salud, que consisten en acciones sistemáticas y continuas que llevan a una mejora medible en los servicios de salud y el estado de salud de los grupos de riesgo o de pacientes específicos.

Los desenlaces clínicos deben ser concertados contractualmente con la red de prestadores y se evaluarán acorde a lo definido en las Guías de Práctica Clínica según grupos de riesgo y eventos priorizados en dichos grupos.

V. Salida y seguimiento

Rehabilitación Terapéutica Funcional individual

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

La rehabilitación igualmente debe regirse por el principio de programación de tratamientos terminados, tratamientos completos que se deben programar en su totalidad una vez realizado el diagnóstico, en la primera consulta, con atención continuada a través de citas seriadas, en días y hora fijos, concertadas con el afiliado, hasta la finalización del tratamiento, sin barreras de acceso.

Para el cumplimiento del plan de rehabilitación terapéutica funcional individual, la red de prestadores deberá:

- a) Desarrollar acciones para recuperar la máxima función posible.
- b) Acompañar las acciones de orientación y adaptación
- c) Prescribir de los elementos y/o dispositivos de apoyo para personas con discapacidad.
- d) Evaluación del cumplimiento de acciones de rehabilitación funcional mediante el monitoreo de indicadores y la certificación de cumplimiento.

Rehabilitación Integral

Comprende las acciones de orientación, adaptación y seguimiento, para la obtención de la mejoría médica máxima, contribuyendo a la integración al rol laboral, social y mejoramiento de la calidad de vida.

Para el cumplimiento del plan de rehabilitación integral, la red de prestadores deberá:

- a) Garantizar la existencia y aplicación de mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral (rehabilitación social) en los prestadores articulándose con los ECIS-M del entorno familiar desde la APS Extramural, con los ECIS del entorno laboral y con la APS Intersectorial.
- b) Existencia y aplicación de mecanismos para garantizar la rehabilitación laboral en los prestadores acorde a contratación.
- c) Existencia y aplicación de mecanismos de evaluación de la rehabilitación social y laboral en los prestadores.

- d) Evidencia documental del análisis de los resultados de la evaluación de la rehabilitación social y profesional en los prestadores y acciones de mejoramiento según los resultados.

Cuidados Paliativos y Final de la Vida

Los Cuidados Paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Prestar la atención a las personas que demandan cuidados paliativos requiere tener en cuenta sus necesidades (paciente y familia), su condición de salud, la multiplicidad de síntomas y complicaciones. Por ello los cuidados paliativos buscan la articulación de los actores del sistema, favoreciendo la oportunidad de la atención y disminuyendo la inequidad.

La atención en Cuidados Paliativos está dirigida a los usuarios de cualquier edad, con cáncer y enfermedades crónicas incurables y evolutivas que se encuentren en situación avanzada o terminal. Las intervenciones paliativas se basarán, fundamentalmente, en las necesidades del paciente y su familia, más que un plazo concreto de supervivencia esperada.

Teniendo en cuenta las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal son:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora

Dentro de las acciones que deberá implementar la red de prestadores para la población objeto de cuidados paliativos se encuentran:

- a) Aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes.
- b) Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal.
- c) No intentar ni acelerar ni atrasar la muerte.
- d) Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- e) Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- f) Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- g) Utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias.
- h) Mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.

- i) Poder brindar en una fase inicial de la enfermedad, otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluir las investigaciones necesarias para comprender y manejar adecuadamente las complicaciones clínicas angustiosas.
- j) Garantizar el acceso a los mecanismos de muerte digna y eutanasia cuando se surtan todos las valoraciones clínicas y éticas para tal fin.

Aplica para la población afiliada al Magisterio la Ley Consuelo Devís Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

VI. Referencia y contrarreferencia

El procedimiento Sistema de Referencia y Contrarreferencia abarca el ámbito hospitalario y ambulatorio, teniendo para cada uno de ellos diferentes actividades y de esta manera lograr la articulación de las redes integradas en las diferentes capas de atención para lograr un ciclo de atención completo y efectivo para el usuario afiliado al Magisterio.

Tiene como finalidad la planeación, coordinación, realización, seguimiento y control de todas las actividades en salud que requieran los usuarios a través de las diferentes capas de atención y grados de complejidad entre las instituciones prestadoras de servicios y / o profesionales que conforman la red de prestadores, manejada de manera integral conforme a lo establecido en resolución 2335 del 2023, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 del 2008, y Resolución 4331 de 2012.

La estructura de referencia y contrarreferencia de Fiduprevisora S.A se describe a continuación para conocimiento de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud de tal manera que garantice su articulación con la capa que corresponda según su cobertura:

1. Dirección nacional de red
2. Coordinación Departamental de referencia y contrarreferencia (32 Oficinas Departamentales y el distrito capital).
3. Un centro regulador para el ámbito de urgencias y hospitalario
4. Equipo de referencia ambulatoria con personal asignado para cada departamento.

La organización, articulación y el adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia se basa en criterios de oportunidad, accesibilidad y capacidad resolutiva de los prestadores que conforman nuestra red, no olvidando la contigüidad.

La red ofertada debe estar conformada por prestadores de servicios de salud ambulatorio y/o hospitalarios que deben estar inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y estar incluidos dentro de la clasificación de prestadores de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 y la Resolución 544 de 2023. Todos deben cumplir con los requisitos del Sistema Único de Habilidades establecidos por la Ley.

Para acceder a cualquiera de los servicios del Plan el afiliado al Magisterio acreditará sus derechos mediante su documento de identidad.

Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contra-referencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional (Fiduprevisora - prestador) a través del SUIM dispuesto por Fiduprevisora S.A.

La prestación de servicios correspondiente a la capa primaria de complejidad será de orden territorial en el municipio de origen garantizando así el derecho fundamental a la salud. Para la remisión de servicios de salud, en primera instancia, se debe agotar la red de servicios contratada ofertada en el municipio en la que se encuentra el usuario, posteriormente se debe acudir a las instituciones de la red en los municipios o departamento que sigan por principio de contigüidad para garantizar la integralidad de la atención en salud de los usuarios.

La prestación de servicios en las capas de atención de mayor complejidad será del orden departamental y deberá ser garantizada mediante IPS contratadas que conforman la red de servicios en el departamento, garantizando el principio de contigüidad.

En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, los prestadores deberán contar con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros.

Todas las remisiones que genere el prestador deberán contar con la información clínica necesaria para la IPS receptora sobre el estado del paciente y su Plan Individual de Cuidado Integral, adicionalmente, para estos usuarios el prestador debe brindar información clara y completa tanto para ellos como para la familia y/o cuidadores sobre el proceso de remisión

El médico gestor que tiene asignado el afiliado que requirió la remisión deberá hacer seguimiento a la misma y garantizar la retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente.

2.10 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Dando alcance a lo establecido en el decreto 3518 del 2006 en su capítulo 1 artículo primero, parágrafo 1 menciona: "Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública".

De igual manera se describe en el capítulo III Procesos básicos de la vigilancia en salud pública. Que explícitamente refiere en el Artículo 17. Lo siguiente: "*Obligatoriedad de la información de interés en salud pública*. Sin perjuicio de la obligación de informar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, por parte de sus integrantes", y en el Artículo 20. "*Notificación obligatoria*".

Para dar cumplimiento a esta normatividad, los prestadores realizarán la notificación oportuna, seguimiento individual para cada caso y el ajuste oportuno de todas las patologías propias de vigilancia en salud pública y las que según emergencia nacional o mundial se requieran y se vayan adicionando, de acuerdo con los lineamientos expedidos por el INS y Ministerio de Salud.

Se definen como eventos de obligatorio análisis por corresponder a afectación sobre la calidad de los servicios de salud, como mínimo los siguientes:

- Mortalidad Materna
- Mortalidad Perinatal
- Mortalidad por VIH
- Mortalidad en menores de 5 años por EDA
- Mortalidad en menores de 5 años por IRA
- Mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición

Estos análisis deberán realizarse bajo la metodología establecida por el INS y se ejecutarán en conjunto con las Coordinaciones Departamentales, Gestores de Epidemiología, Gestores de Riesgo Intermedio y Avanzado, Gestores de APS y Gestores de Auditoría del Fiduprevisora S.A según sea el caso para analizar, de estos análisis se deben derivar los planes de acción correspondientes y la evidencia de su implementación y evaluación deberá remitirse periódicamente a Fiduprevisora S.A.

Los productos de la vigilancia epidemiológica de los prestadores de servicios de salud deberán ser insumo para evidenciar el cumplimiento de las estrategias relacionadas con los elementos orientadores y ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública adoptados en el Modelo de Atención del Fomag

2.11 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL, SVEO.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la vigilancia epidemiológica es el “conjunto de acciones sistemáticas de recolección, análisis, validación y difusión de la información, de manera completa, veraz y oportuna sobre las causas de mortalidad en la población.”

La vigilancia epidemiológica es una columna importante del SG-SST en su enfoque preventivo. El Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.2, define la vigilancia epidemiológica de la salud en el trabajo como “...la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión continuada y sistemática de datos a efectos de la prevención.”

De acuerdo con el Artículo 2.4.4.3.4.1. del Decreto 1655 de 2015 denominado “vigilancia epidemiológica”, el Consejo Directivo del FOMAG establecerá el procedimiento para la elaboración e implementación de los programas de vigilancia epidemiológica, asesorado por la Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo del FOMAG de la Fiduprevisora; así mismo, le asigna al Consejo Directivo del

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio la competencia para establecer el procedimiento para la elaboración e implementación de los programas de vigilancia epidemiológica y los registros e indicadores de estructura, proceso y resultado.

La planeación para la implementación de dichos Sistemas de Vigilancia Epidemiológica se hará en coordinación con las Entidades Territoriales Certificadas en términos de su responsabilidad frente al seguimiento de las condiciones de salud de los docentes.

El método epidemiológico consiste en observar, medir, comparar y proponer (describir, analizar, explicar e intervenir). De esta manera, la observación debe ser sistemática basada en normas y estándares de procedimiento. La medición debe garantizar validez y confiabilidad de los datos.

La salud de los docentes:

La Gaceta CCH (Gaceta del Colegio de Ciencias y Humanidades) se refiere a los problemas de salud de los maestros en México diciendo que:

“Existen dolencias como enfermedades psíquicas y nerviosas derivadas del estrés, relacionadas con la voz por su sobreuso, y otras óseo-musculares, que nadie se espera de una profesión a primeras inofensiva. Estas enfermedades afectan también al estado emocional. Además, siendo los docentes los que enseñan conceptos relacionados con la salud, es curioso cómo en ciertos momentos, los hábitos más comunes (alimentación y actividad física) se dejan de lado”.

La revista Médica UIS en el 2022 realizó una revisión sistemática que incluyó el análisis de 47 investigaciones en 20 países, sobre 64.115 docentes. Los grupos de diagnósticos de mayor prevalencia se observan en la siguiente tabla

Tabla 7. Principales grupos de enfermedades en docentes escolares

ID	ENFERMEDADES PRINCIPALES	No. DE ESTUDIOS
1	Trastornos de la voz	24
2	Enfermedades musculo esqueléticas	11
3	Trastornos mentales	10
4	Trastornos auditivos	1
5	Trastornos respiratorios	1

Fuente: Dirección de Seguridad y salud en el trabajo

Vigilancia epidemiológica ocupacional de los docentes del FOMAG:

La fuente principal de datos será la caracterización de las condiciones de trabajo de los docentes a realizar por los Equipos para el Cuidado Integral de la Salud, ECIS del ámbito laboral y los resultados de los EMO de ingreso y periódicos. La información obtenida se relacionará con encuestas, historias clínicas y análisis del ausentismo laboral, como principales fuentes de información del comportamiento de la salud de los docentes.

Este ejercicio será liderado por los médicos departamentales de Fiduprevisora S.A con los ECIS complementarios.

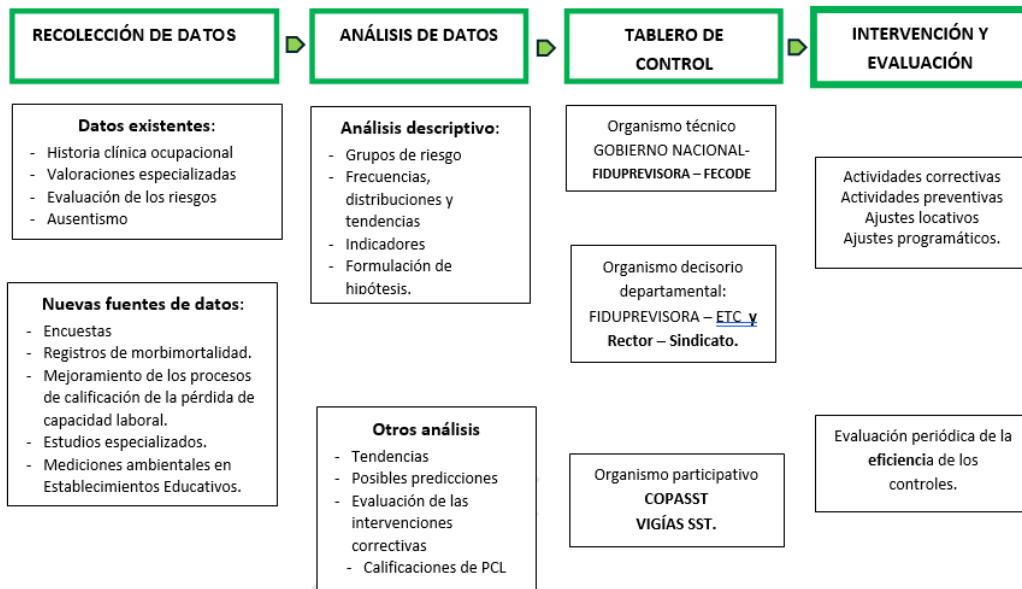
Otra de las entradas fundamentales de los SVE es el diagnóstico de condiciones de salud de los docentes resultado de los Exámenes Médico Ocupacionales (ingreso, periódicos y de egreso) que también forman parte del presente modelo. Los resultados de dichos exámenes se consignarán en la historia clínica ocupacional que forma parte de la Historia Médica Docente y que será administrada por la plataforma definida.

El análisis de los datos dirigidos a establecer mecanismos de control de los riesgos y mejorar las condiciones laborales de los docentes, será realizado en espacios compartidos por el Gobierno Nacional, FECODE y Fiduprevisora S.A. A nivel departamental, se realizará en espacios de trabajo convocados por Fiduprevisora S.A, con participación de las secretarías de educación y las organizaciones sindicales.

Finalmente, en las sesiones del COPASST en cada Establecimiento Educativo se harán las Salas de Análisis SST con la presentación de resultados, deliberación de las relaciones entre las condiciones de trabajo y la salud de los docentes, y la implementación de medidas de control.

El esquema por desarrollar en la implementación de la vigilancia epidemiológica ocupacional para los docentes dentro del SG-SST del Magisterio, es el siguiente

Ilustración 10. Proceso para la Vigilancia Epidemiológica



Fuente: Dirección de Seguridad y salud en el trabajo

El Artículo 2.4.4.3.4.3. del Decreto 1655 del 2015 establece que "... las enfermedades susceptibles de vigilancia epidemiológica deben ser prioritariamente aquellas que tienen alta prevalencia, incidencia, accidentalidad, incapacidad y que disponen de formas preventivas o de posibilidad de tratamiento adecuado..." y determina que deben existir "... programas permanentes para la identificación de los factores de riesgo psicosocial, de la voz y del músculo esquelético."

Asimismo, señala que "Estos programas contemplarán el desarrollo de actividades para la intervención del riesgo en aspectos tales como relaciones interpersonales en el trabajo, manejo de conflictos, manejo de estrés, relaciones con padres de familia, manejo de adolescentes, manejo de la voz, disfonía y alternativas pedagógicas para el desempeño de la labor docente, entre otros."

A partir de la información analizada de las bases de incapacidades de Hospital de los diferentes procesos de salud de los docentes durante el período comprendido entre el año 2019 y 2024, se estableció que las principales enfermedades y accidentes que aquejan a los docentes son las relacionadas con el Sistema Foniátrico, Osteomuscular y Psicosocial. Es por ello por lo que para la FASE 1 de Implementación del SG-SST M se propone el desarrollo de estos tres SVEO.

Si a partir de la caracterización de las condiciones de salud y trabajo de los docentes activos con la entrada en operación de los ECIS del ámbito laboral se identifican otros sistemas orgánicos que requieran la vigilancia ocupacional se establecerán el diseño de otros SVEO como el respiratorio o cardiovascular.

2.12 ELEMENTOS DE APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE PRESTACIÓN

2.12.1 MECANISMOS Y CANALES DE COMUNICACIÓN CON LOS USUARIOS

Los mecanismos y canales de comunicación descritos en el presente numeral soportan la prestación de los servicios de salud y el sistema de seguridad y salud en el trabajo y deben ser dispuestos por los prestadores que conformen la Red Integral de Servicios de Salud contratada por Fiduprevisora S.A.

2.12.1.1 Puntos de Atención

El prestador deberá garantizar puntos de atención al usuario presenciales que permitan mantener un contacto directo con los afiliados del FOMAG, en los cuales encontrará la asesoría necesaria en relación con:

- ✓ Brindar orientación al usuario en aspectos relacionados con la prestación del servicio.
- ✓ Información sobre la gestión de sus ordenamientos.
- ✓ Radicación solicitudes, reclamos, queja, sugerencias y felicitaciones.
- ✓ Solicitar y cancelar citas médicas.
- ✓ Información y estado de asignación de médico gestor del grupo familiar
- ✓ Servicios Ofertados por el prestador
- ✓ Información a Usuarios de cambios en los servicios por cierre y apertura
- ✓ La atención de los demás requerimientos solicitados por el afiliado.
- ✓ Radicación de documentos para los procesos del Sistema General de Seguridad y salud en el Trabajo

Los puntos de atención deberán contar con una identificación visible, de fácil acceso y con la señalización que permita ubicar fácilmente esta oficina.

El prestador dispondrá de recurso humano capacitado en atención al cliente, estrategias de atención al público, humanización del servicio, relaciones humanas y los procedimientos propios del área a atender y trabajará en articulación con los Coordinadores Departamentales y Gestores Departamentales de Fiduprevisora S.A.

Estos puntos de atención deberán cumplir con el enfoque poblacional diferencial, por lo cual su personal deberá estar capacitado en lenguaje de señas, deberá contar con mecanismos de comunicación en método braile, en las zonas de existencia de grupos indígenas, deberá contar con personal capacitado en la lengua indígena que corresponda, asimismo sus instalaciones deberán cumplir con la infraestructura requerida para el acceso seguro de personas en condición de discapacidad, entre otras condiciones que se determinen para el enfoque mencionado.

2.12.1.2 Oficina Virtual

El prestador deberá disponer de una Oficina Virtual (online) que funcione las 24 horas del día a través de la cual los afiliados puedan recibir información relacionada con la prestación de servicios de salud y demás temas descritos en el ítem de puntos de atención presencial.

De existir sedes exclusivas de atención, estos prestadores deberán garantizar la existencia de puntos de conexión de los equipos tecnológicos necesarios en los cuales los usuarios puedan acceder a los canales virtuales definidos por el prestador.

2.12.1.3 Contact Center

El prestador deberá Implementar y habilitar un Contact Center como mecanismo de relacionamiento con los afiliados asignados que garantice la oportuna atención incluyendo horarios extendidos y en días sábados y facilite la accesibilidad a los servicios de salud.

2.12.1.4 Asignación de Citas

Las agendas no podrán estar cerradas por ningún motivo y siempre deberán ser asignadas en respuesta a la solicitud.

El modelo de salud del magisterio está apoyado en una UPCM que incluyó en su cálculo económico una frecuencia de consultas ambulatorias y sus servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico muy superior a la del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud, por lo que no acepta restricciones en el acceso a estos servicios.

El usuario podrá solicitar la asignación de citas en forma personal, vía telefónica, vía correo electrónico, vía web y vía App. Para la acreditación de los derechos será suficiente el documento de identidad, que el contratista debe verificar en la base de datos de afiliados entregada por Fiduprevisora.

Al usuario se le entregará por escrito cuando la solicite, la fecha y hora de la cita, así como también el nombre y dirección del profesional que lo atenderá, todos los mecanismos de asignación de citas deberán estar direccionados al correo electrónico y teléfono móvil del afiliado para que en tiempo real remita mensaje con la confirmación de la cita asignada o de la cita cancelada y generará alertas un día antes de la programación como recordatorio de asistencia.

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

Las citas médicas y odontológicas de primera vez se asignarán de acuerdo con los estándares de oportunidad establecidos. Los controles programados y ordenados por médicos u odontólogos se convertirán automáticamente en citas, sin requerimiento de nueva solicitud, y responderán igualmente a los estándares establecidos.

La consulta médica especializada se asignará, previa presentación de la orden de remisión o de interconsulta elaborada por el correspondiente médico general de la entidad, sin que se requiera como se expresó autorización para tal fin, se excluye de esta condición las consultas de ginecología, pediatría, medicina interna, medicina familiar, nutrición y psicología en el marco de la Atención Primaria en Salud.

2.12.1.5 Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones

El prestador través del Sistema de Información realizará el control, gestión, trazabilidad y seguimiento de la información que se produce en la comunicación con los afiliados, esta solución informática debe permitir las siguientes acciones entre otras:

- ✓ Registro de quejas, reclamos, solicitudes, derechos de petición, etc con generación automática de radicado que permita identificarlos fácilmente para validar su trazabilidad
- ✓ Ingreso de la información por múltiples fuentes como página web, Contac center, Oficina virtual, buzones, redes sociales, correo electrónico y App.
- ✓ Categorización y tipificación.
- ✓ Asignación de responsables y tiempos.
- ✓ Sistema de alerta para identificar las pqrd que estén a tiempo, próximas a vencer y vencidas.
- ✓ Gestión de las acciones generadas.
- ✓ Cierre de la solicitud
- ✓ Respuestas a los usuarios por medios como correo, físico, mensajes SMS al celular, App.
- ✓ Estadísticas generales y detalladas

Los tiempos de respuesta a las comunicaciones deben ser los determinados por la Superintendencia Nacional de Salud acorde a priorización y su cierre deberá ser pertinente.

2.12.1.5 Mecanismos de participación social

Los mecanismos de participación social se encuentran definidos en el Manual de Participación Social, en el que se plasman los diferentes espacios y mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, así como el procedimiento de participación social, que establece mecanismos como las veedurías ciudadanas (tanto a nivel individual como en asociación) y la figura del Defensor del Usuario en Salud, las asociaciones de usuarios y los comités de ética médica para las IPS hospitalarias permitiendo así la representación y defensa de los derechos de los afiliados dentro del sistema de salud.

2.12.2 SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN INTEROPERABLE DEL MAGISTERIO

El SUIM es un pilar fundamental para el modelo de prestación de servicios de salud del FOMAG, asegurando la interoperabilidad y la gestión eficiente de los procesos asistenciales, administrativos y de aseguramiento. Su estructura está diseñada para optimizar la experiencia del usuario, fortalecer la red de prestadores de servicios de salud y mejorar la administración de los recursos por parte de Fiduprevisora S.A.

Teniendo en cuenta el desarrollo del sistema de información descrito en el Modelo de Atención y con el objetivo de contar con la información necesaria para la gestión integral del riesgo, los Prestadores de Servicios de Salud que conformen la Red Integral deberán implementar las acciones que sean necesarias para el uso del Sistema de Información dispuesto por Fiduprevisora S.A a partir de dos posibilidades:

Adopción del sistema y uso de todas sus funcionalidades para la prestación de los servicios a la población afiliada al Magisterio, de manera obligatoria esta opción se determina para los prestadores con contratos bajo la modalidad de cápita que cuenten con mecanismos de exclusividad para la prestación de servicios.

Interoperabilidad de datos, mediante la integración del sistema de información con el que cuente el prestador con el SUIM desarrollado y dispuesto por Fiduprevisora S.A.

La definición de la opción concertada con el prestador deberá quedar registrada en el Acuerdo de Voluntades.

2.12.3 RECURSO FÍSICO Y HUMANO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La red de prestadores de servicios de salud quienes realizan la prestación de servicios ya sea de Capa 1. Atención Primaria, Capa 2. Especialidades con procedimientos Ambulatorios o de baja complejidad, Capa 3. Atención Hospitalaria y Capa 4. Patologías de Alto Costo y los afiliados cuentan con el apoyo de 35 sedes administrativas y sus colaboradores para la atención, gestión y solución de inquietudes de usuarios.

2.12.3.1 Recurso Físico

Los prestadores deberán contar con señalización exterior con el logo del FOMAG, esta deber ser en gran formato que permita ubicar fácilmente la sede por parte de los afiliados. Al interior de estas la señalización y demarcación de las áreas también deberán contener el logo del FOMAG.

Debe contar con carteleras físicas o audiovisuales de información y orientación a los usuarios del Magisterio, en la cual se deberá publicar la información de interés para los afiliados, que debe estar de manera permanente y obligatoria, con el fin de actualizar a los usuarios en sus deberes, derechos, modelo de atención integral, rutas y programas priorizados para la atención de los usuarios y demás, la cual debe incluir como mínimo:

1. Derechos y deberes de los usuarios.
2. Servicios prestados en la IPS
3. Horarios de atención de la sede
4. Canales de atención y medios de acceso a los diferentes trámites ofrecidos.
5. Ubicación y dependencia que recibirá y resolverá las peticiones por ellos presentadas.
6. Líneas telefónicas gratuitas y locales de cada call center disponible para cada proceso.

La Red de Prestadores de Servicios de Salud deberá asegurar en el ambiente físico de sus sedes, condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada al usuario que satisfaga y supere las expectativas de los usuarios cumpliendo como mínimo ausencia de condiciones de humedad y ruido, buena iluminación, promoción de condiciones de silencio, señalización adecuada, sencilla y suficiente, reducción de la contaminación visual y ambiental, accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios y salas de espera confortables.

La infraestructura podrá contar con diferentes ambientes acorde al curso de vida, es decir, los espacios de atención de primera infancia e infancia deberán contar con estructura específica para niños (muebles, decoración, equipos biomédicos, etc), para el caso de los servicios de población del curso de vida de adolescencia la estructura física deberá tener en cuenta las preferencias de dicho curso de manera que sea amigable para los adolescentes, estas consideraciones deberán ser desarrolladas también para servicios específicos de atención a la mujer, población en condición de discapacidad, étnias, adulto mayor y otros que se consideren.

2.12.3.1. Recurso Humano

La Red de Prestadores de Servicios de Salud deberá contar con procesos definidos, implementados y evaluados para la eficaz planeación y capacitación del talento humano; éstos consideran aspectos como: tales como: normatividad en relación a idoneidad (certificación, experiencia, habilidades, y competencias), cambios en la complejidad de los servicios, tecnología disponible, suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios, cambios en la planta física, relación de la oferta y la demanda de servicios, de la misma manera, en relación a los mecanismos y /o procesos para la planeación de la suficiencia de su talento humano, en su diseño, implementación y evaluación oportuna, tendrá en cuenta las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, así como el contenido y ejecución del plan de prestación integral de salud de la población afiliada.

Los Prestadores deben garantizar el desarrollo o fortalecimiento de la capacidad para la planeación y gestión del talento humano en salud, acorde al análisis de situación de salud de la población y las prioridades resultantes del mismo. Dentro de los procesos de formación y capacitación continua del talento humano en salud, deben formular, implementar y evaluar mecanismos de fortalecimiento de las competencias y capacidad resolutiva para la ejecución del modelo de atención en salud del Magisterio, así como la dignificación del talento humano. Este talento humano deberá también estar capacitado en la política de humanización del servicio acorde a la política que defina el Contratista.

Estas disposiciones son igualmente aplicables para la conformación, entrenamiento, inducción y reintroducción, seguimiento y evaluación de los ECISM de la Atención Primaria en Salud.

Con relación al talento humano, los prestadores de servicios de salud deben establecer estrategias de incentivos para el talento Humano en salud, cumpliendo con lo establecido en el artículo 32 de la ley 1164 de 2007 y la resolución 1058 de 210, que reglamenta el Servicio Social Obligatorio al acoger egresados de los programas de educación superior del área de la salud, de tal manera que

se valide a los profesionales de salud a través del registro Único Nacional de Talento Humano en Salud RETHUS que presten sus servicios.

2.13 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE PRESTACIÓN

a. Auditoría e interventoría

El proceso de auditoría médica e interventoría en Fiduprevisora S.A. está diseñado para garantizar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud a los docentes y sus familias. A continuación, se detallan los aspectos más relevantes de este proceso:

Existe un equipo especializado en auditoría médica, encabezado por la Dirección de Auditoría Médica, quienes se encargan de evaluar la prestación de los servicios médicos, y medicamentos, asegurando el cumplimiento de los estándares y atributos de calidad establecidos.

Su alcance inicia desde el conocimiento de la contratación de la red prestadora de servicios de salud a nivel nacional bajo sus diferentes modalidades y servicios contratados; pasando por actividades de seguimiento, vigilancia y control y termina con el análisis y sugerencias a la Alta Gerencia para la toma de decisiones en relación con los resultados obtenidos durante el ejercicio.

El Objetivo principal es asegurar que los procesos de Atención en Salud sean monitoreados y Auditados de manera sistemática, continua y periódica, para garantizar la calidad en la atención, satisfacción del usuario y la optimización de los recursos. Así como también, monitorear los indicadores de salud, los riesgos operativos, los resultados en salud y los desenlaces concertados con la red.

Se busca mediante el modelo de auditoría integral, analizar y lograr tomar decisiones y proponer soluciones para el mejoramiento continuo, centrado en los atributos de calidad, resultados en salud, experiencia del usuario y la sostenibilidad financiera.

El modelo de auditoría está basado en un enfoque sistemático, continuo y en ocasiones aleatorio, basado en la filosofía del ciclo PHVA:

Planear e identificar la red de prestadores de seguimiento y control, evaluándoles procesos de atención, resultados en la salud basados en indicadores, riesgos jurídicos, económico y reputacional, aplicando las instrumentos, técnicas y mecanismos que se utilizan y socializar a las gerencias la evidencia de los resultados encontrados e impacto en la calidad de la atención, el mejoramiento de la salud de los afiliados y realizar sistemáticamente el seguimiento a los procesos.

Funciones Principales de la Auditoría Médica:

- Evaluación de Servicios: Revisión sistemática y continua de la atención, los procedimientos y los tratamientos ofrecidos a los docentes para garantizar su pertinencia y eficacia.

- Seguimiento a la Calidad: Implementación de protocolos que aseguren o que promuevan la excelencia en la atención médica.
- Sostenibilidad Financiera: Monitoreo del uso adecuado de los recursos asignados para la atención en salud, evitando desperdicios y optimizando su utilización.

Sub - Procesos de Auditoría:

- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad: El objetivo de la auditoria de calidad es evaluar el cumplimiento de los criterios técnicos administrativos acorde a los requerimientos ya establecidos para el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y que validará los siguientes criterios según Decreto 1011 de 2016:

- Sistema Único de Habilitación
- PAMEC
- Política de Seguridad del Paciente
- Implementación de los Sistemas de Información
- Política de Humanización del Servicio

A partir de la auditoría a la red de prestadores se realiza el seguimiento a los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud según Indicadores Resolución 4505 de 2012, Resolución 202 de 2021, Indicadores Resolución 1552 de 2013, Indicadores Resolución 256 de 2016, Indicadores de la cuenta de alto costo (Resolución 0247 de 2014, Resolución 1393 de 2015, Res. 273 de 2019, Resolución 2463 de 2014), Resolución 3280 de 2018.

Adicionalmente, el alcance de esta auditoría incluye la evaluación periódica del cumplimiento de las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Maternoperinatal y las demás de eventos específicos adoptadas por Fiduprevisora S.A; asimismo incluye la verificación del cumplimiento de las vías clínicas y administrativas concertadas con el prestador para eventos priorizados que no cuenten con RIAS por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Auditoria Clínica Concurrente: La auditoría concurrente hace referencia a las actividades de seguimiento realizadas, durante el proceso de atención hospitalarias de los usuarios afiliados, permitiendo intervenciones inmediatas en caso de detectar desviaciones o inconsistencias. Esta auditoría está orientada a verificar las condiciones de calidad del proceso de atención, evaluando la pertinencia, continuidad, oportunidad, racionalidad técnico- científica, seguridad, sostenibilidad financiera y satisfacción del usuario en la prestación de servicios por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Fiduprevisora S.A desarrolla actividades de auditoría concurrente a todas las instituciones de la red contratada, de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, contando con una cobertura completa a nivel nacional de la red hospitalaria.

- Auditoría Retrospectiva: Análisis aleatorios de casos trazadores y procedimientos ya concluidos para identificar áreas de mejora y asegurar el cumplimiento de los protocolos establecidos.

- Auditorias de Cuentas Médicas: Es la evaluación sistemática de la presentación, radicación, análisis de soportes, pertinencia y costos de las cuentas, que se deben presentar o recibir de un proceso de atención pactado o no contractualmente. Incluye las etapas de cargue, grabación, revisión, análisis de tarifas, validación de soportes, cobertura y pertinencia de los servicios facturados, aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, reconocimiento de cuentas sin objeciones, proceso de conciliación de objeciones, glosas y autorización a pago

En este sub proceso se regulan algunos aspectos de la relación contractual entre red prestadora de servicios de salud y Fiduprevisora S.A, estableciendo las condiciones mínimas que deberá contener la presentación de las facturas y los soportes establecidos basados en la normatividad vigente; a fin de procesar y generar la información financiera requerida para realizar los pagos.

- Auditoria Analítica: Análisis estadístico de los resultados de las auditorias para la toma de decisiones y direccionamiento cuando se detecten posibles desviaciones, sesgos, tendencias o problemas éticos en su funcionamiento, soportados en algoritmos, indicadores, costos, entre otras.
- Supervisión e interventoría a la prestación de los servicios: seguimiento al cumplimiento de las obligaciones técnicas, administrativas, financieras, contables y jurídicas derivadas de los compromisos adquiridos por los prestadores. Fiduprevisora S.A. es la entidad responsable de hacer el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones de los prestadores y por tal razón, directamente o mediante contratos suscritos para el efecto, adelantará la supervisión y/o interventoría respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales de cada uno de los contratistas en las respectivas regiones.