

FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio – FOMAG

ESTUDIO PREVIO

DESCRIPCIÓN GENERAL:

El presente proceso de invitación pública se adelanta con el fin de contratar entidades que garanticen la prestación de los servicios de salud del modelo de atención integral, la atención médica derivada de los riesgos laborales y, el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en el territorio nacional, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se deriven.

Bogotá D.C., Julio 13 de 2023

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	6
2.	DEFINICIONES	6
2.1.	DEFINICIONES GENERALES	6
2.2.	DEFINICIONES TÉCNICAS GENERALES	15
2.3.	DEFINICIONES TÉCNICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	18
3.	NATURALEZA JURÍDICA DEL CONTRATO	37
4.	MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y JUSTIFICACIÓN	39
5.	DEFINICIÓN DE LA NECESIDAD A SATISFACER CON LA CONTRATACIÓN	40
6.	DEFINICIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATACIÓN	40
6.1.	OBJETO	40
6.2.	ALCANCE.....	41
6.2.1.	Alcance de los Servicios de Salud	41
A.	PLAN DE BENEFICIOS	41
B.	MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	41
C.	MODELO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (MAISFPSM)	43
D.	COBERTURA DE SERVICIOS	45
E.	EXCLUSIONES	46
F.	OBJETIVO DEL MAISFPSM	48
G.	MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	114
6.2.2.	Alcance de los servicios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio (SGSSTM).	114
6.3.	CARACTERIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	138
7.	CRITERIOS PARA LA OFERTA MÁS FAVORABLE	172
7.1.	REQUISITOS HABILITANTES	172

7.1.1. Requisitos de Contenido Financiero.....	172
7.1.2. Oferta Económica.....	176
7.1.3. Requisitos de Contenido Técnico y de Experiencia Habilitante.....	177
7.1.3.1. Experiencia General.....	178
7.1.3.2. Experiencia Específica en Salud.....	178
7.1.3.3. Experiencia Específica en SST.....	180
7.1.3.4. Experiencia Habilitante Diferencial.....	181
7.1.3.4. Requisitos habilitantes de la propuesta Técnica.....	183
7.1.3.5. Requisito de idoneidad técnica del proponente de SST – Factor habilitante.	193
8. CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	193
8.1. SEDES EXCLUSIVAS ADICIONALES - Formato No. 16 Sedes Exclusivas Adicionales (ponderable).....	197
8.2. SERVICIOS ADICIONALES EN SEDES EXCLUSIVAS -Formato No. 17 Servicios Adicionales en Sedes Exclusivas (ponderable).....	198
8.3. FARMACIAS ADICIONALES - Formato No. 18 Farmacias Adicionales (ponderable) 199	
8.4. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.....	200
8.5. SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL EN SEDES EXCLUSIVAS.....	201
8.6. SERVICIOS EXCLUSIVOS PSIQUIATRÍA EN SEDE TIPO A (PONDERABLE).....	201
8.7. IPS ACREDITADAS.....	202
8.8. FACTOR DE CONTROL, MONITOREO, ANALITICA DE DATOS Y MODELOS PREDICTIVOS.....	203
8.9. APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL.....	203
8.10. TRABAJADORES EN SITUACIÓN DISCAPACIDAD.....	204
8.11. PUNTAJE ADICIONAL PARA EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS. ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.15. DEL DECRETO 1082 DE 2015, ADICIONADO POR EL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 1860 DE 2021 (0.25 PUNTOS):.....	205

8.12. PUNTAJE ADICIONAL PARA PROPONENTES QUE ACREDITEN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS DEL ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.18 DEL DECRETO 1860 DE 2021 - CRITERIOS DIFERENCIALES PARA MIPYME EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS (0.25 PUNTOS):	
207	
9. ADJUDICACIÓN.....	208
9.1. Adjudicación Parcial	208
10. CONDICIONES DEL CONTRATO A CELEBRAR.....	210
10.1. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	210
10.1.1. Obligaciones generales del contratista.....	210
10.1.2. Obligaciones específicas del contratista regional del régimen exceptuado de salud del magisterio.....	212
10.1.3. Obligaciones de los operadores en relación con el sistema de vigilancia de salud pública.....	216
10.1.4. Obligaciones operativas.....	217
10.1.5. Obligaciones financieras.....	222
10.1.6. Obligaciones en el proceso de atención médico asistencial de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.....	225
10.1.7. Obligaciones en el proceso de calificación de origen y de pérdida de capacidad laboral (PCL).....	228
10.1.8. Rehabilitación y/o reincorporación laboral.....	231
10.1.9. Expedición y Transcripción de incapacidades.....	233
10.1.10 Obligaciones para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	234
10.1.11. Obligaciones del contratista - Diseño del SGSSTM (ISO 45001:2018).....	235
10.1.12. Obligaciones del contratista – Implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM (Art. 2.4.4.3.2.2.).....	236
10.1.13. Obligaciones específicas del SGSSTM (Decreto 1655 de 2015)	237
10.14. Otras actividades del programa de Medicina del Trabajo Docente:.....	239
10.1.15. Obligaciones operativas para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	244

10.2. Obligaciones de FIDUPREVISORA S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FOMAG.....	251
11. VALOR ESTIMADO DEL BIEN O SERVICIO Y LA FUENTE DE LOS RECURSOS	253
11.1. PRESUPUESTO OFICIAL.....	253
11.1.1. Para los servicios de Salud.....	254
11.1.2. Para los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	254
11.2. FORMA DE PAGO.....	256
11.2.1. Para los servicios de Salud.....	256
11.2.2. Para los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.	259
11.3. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.....	260
11.4. GARANTÍAS A EXIGIR.....	260
12. PERSPECTIVA REGULATORIA.....	261
13. NOTA TÉCNICA.....	297
14. DEFINICIÓN DE SI ES NECESARIA UNA INTERVENTORÍA	319
15. MECANISMO DE COMPENSACIÓN DE ALTO COSTO	326
16. MANEJO DE RIESGOS	330
17. ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO – ANS	330
18. MULTAS.....	333
18.1. CAUSALES DE PROCEDENCIA.....	334
18.2. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS:.....	335
18.3. PORCENTAJE APLICABLE CUANDO SE INCUMPLA OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE SALUD.....	337
18.4. PORCENTAJE APLICABLE CUANDO SE INCUMPLAN OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE SG-SSTM.....	338
19. ANÁLISIS DEL SECTOR	340

1. INTRODUCCIÓN

De conformidad con lo previsto en el numeral 1.6 (definiciones) del Manual de Contratación del FOMAG, los “Estudios y Documentos Previos” se erigen como un instrumento “que sirve para la elaboración del proyecto de Documento de selección” que permite i) “que los proponentes puedan valorar adecuadamente el alcance” del contrato que eventualmente se celebre tras la conclusión del procedimiento de selección; y, ii) que aquellos conozcan “la asignación de los riesgos que el FOMAG propone”.

Así las cosas, este documento materializa el deber de “Planificación contractual” regulado en la tercera sección del referido Manual, que en la praxis supone que “todo proceso de contratación que se pretenda adelantar debe ser planeado individualmente”, recogiendo el contenido mínimo que para esta clase de “estudios” fija el numeral 3.6 *ibídem*.

Del mismo modo, la presente Invitación y ejecución del objeto contractual, se encuentran sometidos a las normas contenidas en el derecho privado, en especial, las normas civiles y comerciales y demás normas concordantes, como quiera que esta contratación se deriva de un Patrimonio Autónomo regido por el Estatuto Mercantil (Art. 1226 y siguientes).

2. DEFINICIONES

Incluye una explicación de los conceptos relevantes, para la adecuada interpretación del documento de selección de contratistas, en el proceso de invitación pública. Los términos que no sean expresamente definidos deberán entenderse en su sentido natural y obvio, o el que le confiera el lenguaje técnico de la respectiva ciencia o arte. Cuando la Ley, el reglamento o la resolución hayan definido una expresión, se le dará a ésta su significado normativo. En el presente documento de selección de contratistas se entienden incorporadas, además, aquellas definiciones previstas en las leyes o normas reglamentarias que sean relevantes para este proceso o para los contratos que se deriven y primarán sobre las aquí señaladas.

2.1. DEFINICIONES GENERALES

Aclaración de la oferta: manifestación efectuada por un proponente, por iniciativa propia o por requerimiento de la entidad, que tiene por objeto o propósito hacer inteligible algún aspecto confuso del ofrecimiento, sin que ello implique una oportunidad para mejorar, modificar o adicionar la propuesta. La aclaración procederá siempre y cuando verse sobre aspectos meramente formales o adjetivos o que en todo caso no comporten una variación o corrección del fondo de la propuesta a favor de quien las presenta y en detrimento de la posición de los demás proponentes en la evaluación, esto es, sujetas a condición de que con las mismas no se altere de manera sustancial la información inicialmente suministrada y la situación de los oferentes en el proceso de licitación. Por virtud de la aclaración no podrán aportarse por el oferente documentos adicionales, sino ofrecerse explicaciones sobre el alcance de los existentes. La Fiduprevisora S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) podrá en todo caso efectuar las verificaciones que estime necesarias sobre la información que ofrezca motivos de duda.

Acuerdo nivel de servicio (ANS): Es un acuerdo entre el contratista y contratante que define el nivel de servicio que el contratante puede esperar, en términos medibles y verificables.

Adenda: documento mediante el cual la Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG con posterioridad a la apertura de un proceso, aclara o modifica las condiciones de la contratación contenidas en los Documentos de selección de conformidad con el cronograma del proceso.

Las adendas una vez publicadas hacen parte del Documento de selección, motivo por el cual tienen igual validez y el mismo carácter vinculante. Se precisa que las modificaciones que se llegaren a efectuar respecto del cronograma en la etapa de publicación del proyecto de Documento de Selección y hasta el momento de la apertura formal de la Invitación Pública, se realizarán a través de avisos.

Adjudicación: Es la decisión que pone término a un proceso de selección, por medio de la cual se determina la persona natural o jurídica, consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura sujeta a condición de adjudicación que resultó favorecida, de conformidad a la evaluación efectuada por Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG.

Adjudicatario: es el proponente que resulta favorecido con la adjudicación dentro de un proceso de selección.

Habrán tantos adjudicatarios como regiones en que se divida la presente Invitación Pública, salvo para el diseño del SG-SSTM en el cual solo existirá un adjudicatario. Si la propuesta ha sido una promesa de sociedad futura que resulta adjudicataria, deberá constituirse la sociedad prometida para la suscripción del contrato.

Anexo: Es el conjunto de formatos y documentos que se adjuntan al presente Documento de Selección de la Invitación Pública.

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG): Es una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente ley y fijará la comisión que, en desarrollo de este, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del Contrato podrá ser delegada en el ministro de Educación Nacional.

Cancelación o suspensión de la Invitación Pública: declaración de voluntad de la Fiduprevisora S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), que constará en documento motivado y tiene por objeto hacer desaparecer los efectos del inicio de la presente Invitación Pública o suspender los mismos. Dada la naturaleza jurídica de las invitaciones a ofertar, para proceder a su cancelación o suspensión no se requerirá del consentimiento o aquiescencia de quienes hayan presentado oferta mercantil ni dicha actuación generará derecho a obtener indemnización de perjuicios de ninguna clase.

La cancelación o suspensión procederá cuando medien circunstancias objetivas y de interés público que justifiquen dicha decisión. De esta forma, la Fiduprevisora S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), se reserva el derecho de cancelar o suspender el proceso contractual en cualquiera de sus etapas, cuando evidencie circunstancias técnicas, operativas, económicas, jurídicas, de mercado, de fuerza mayor,

orden de autoridad competente, acto irresistible de terceros o razones de utilidad, conveniencia corporativa o cualquier otra circunstancia. La decisión de suspensión o cancelación del certamen será informada a los interesados u oferentes.

Carta de Presentación de la Oferta: es el modelo de comunicación que figura como formato de este Documento de Selección y que cada oferente deberá diligenciar e incluir en la oferta. La Carta de Presentación deberá ir suscrita por el representante legal de cada uno de los miembros del oferente y por el representante común del oferente, en caso de estructuras plurales, y por el representante legal, en caso de oferentes individuales, o por la persona natural, según corresponda.

Contratista: Persona jurídica, privada y nacional, que individualmente o en conjunto con otra(s), bajo la modalidad de consorcio, unión temporal, promesa de sociedad futura, se obliga(n) a desarrollar una determinada prestación bajo el principio de buena fe y con un compromiso de responsabilidad superior, conforme a las especificaciones del objeto del contrato, a cambio de una contraprestación.

Contrato: acuerdo de voluntades celebrado entre Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG y una persona natural o jurídica, incluyendo las modalidades de asociación consorcio o unión temporal y la promesa de sociedad futura que siendo beneficiaria de adjudicación, debe constituirse como sociedad para la firma del contrato adjudicado. El contrato es fuente de derechos, obligaciones, adjudicación de riesgos y cargas contractuales. El acto de adjudicación fuente de obligaciones de cumplir todas las condiciones exigidas por el pliego para firmar el contrato.

Días Calendario: Cualquier día del calendario, sin tener en cuenta si se trata de un día hábil o inhábil.

Día o día hábil: Cualquier día comprendido entre los lunes y los viernes ambos inclusive de cada semana, excluyendo de éstos los días festivos determinados por la ley de la República de Colombia.

Documento de selección previos de la Invitación Pública o documento de Selección: es el presente instrumento, sus anexos, y los demás documentos puestos a disposición de los proponentes dentro de la Invitación Pública, en los que se señalan las condiciones, plazos y

procedimientos dentro de los cuales los proponentes deben formular su oferta para tener la posibilidad de obtener la calidad de adjudicatario.

Documento de Selección Definitivo: acto jurídico llamado a disciplinar la Invitación Pública de contratistas adelantados por la Fiduprevisora S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG). En ese sentido, es el instrumento por medio del cual se establecen las pautas generales para la contratación de los servicios objeto de contratación, tales como requisitos habilitantes, condiciones técnicas, condiciones financieras o condiciones económicas.

Órgano de control: son aquellos organismos a los que la Constitución Política les confía las funciones relacionadas con el control disciplinario, defender al pueblo y el control fiscal. No están adscritos ni vinculados a las Ramas del poder público.

Estados Financieros: son, para los propósitos del presente Documento de Selección, los balances generales y el estado de pérdidas y ganancias de la persona jurídica en el cual se reflejen los resultados correspondientes al 31 de diciembre de 2022 o el último cierre ordinario, que hayan sido tomados como base para decretar dividendos y para la liquidación del impuesto de renta o su equivalente, debidamente aprobados por la asamblea de accionistas, junta de socios o el órgano social competente y deberán encontrarse DEBIDAMENTE AUDITADOS Y DICTAMINADOS.

Estructura Plural: es el oferente integrado por un número plural de personas jurídicas que presentan oferta conjunta bajo lo dispuesto en este Documento de Selección.

Por aplicación de los preceptos de la autonomía de la voluntad y del derecho a la libre asociación las ofertas podrán presentarse de manera conjunta, para lo cual, se tendrá en cuenta:

a) Consorcios: estructura plural conformado por dos más personas, jurídicas, de derecho privado o público, quienes de manera conjunta presentan una propuesta de contratación.

De conformidad con lo señalado en el artículo 8252 del Código de Comercio los miembros del consorcio responden solidariamente por las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato.

b) Uniones Temporales: estructura plural conformada por dos más personas, naturales o jurídicas de derecho privado o público, quienes de manera conjunta presentan una propuesta de contratación.

De conformidad con lo señalado en el artículo 825 del Código de Comercio los miembros de la Unión Temporal responden solidariamente por las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato .

Las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.

c) Las promesas de sociedad futura: de conformidad con lo señalado en el artículo 119 del Código de Comercio, podrán presentar propuestas de manera conjunta varias personas jurídicas, mediante la promesa de constitución de una sociedad.

El documento de intención consistirá en una promesa de contrato de sociedad cuyo perfeccionamiento se sujetará a la condición de la aceptación de la oferta mercantil presentada. Una vez aceptada la oferta mercantil, y constituida en legal forma la sociedad, el contrato se celebrará con dicha persona jurídica, quien actuará por conducto de su representante legal.

Fecha de Cierre o Cierre: es la fecha y hora señaladas en el cronograma de la Invitación Pública, que será la fecha máxima y límite perentorio para la presentación de las ofertas. Vencida la hora y día señalados la Fiduprevisora S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) no recibirá ofertas.

Garantía de Seriedad de la Oferta: es la garantía que deberá tomar el oferente a favor de la Fiduprevisora S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), que tiene como finalidad garantizar la seriedad de la oferta presentada, de acuerdo con lo establecido en el presente Documento de selección.

- **Beneficiario Reales:** Entiéndase por beneficiario final la(s) persona(s) natural(es) que finalmente posee(n) o controla(n), directa o indirectamente, a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción incluye también a la(s) persona(s) natural(es) que ejerzan el control efectivo y/o final, directa o indirectamente, sobre una persona jurídica u otra estructura sin personería jurídica.

A) Son beneficiarios finales de la persona jurídica las siguientes:

1. Persona natural que, actuando individual o conjuntamente, sea titular, directa o indirectamente, del cinco por ciento (5%) o más del capital o los derechos de voto de la persona jurídica, y/o se beneficie en cinco por ciento (5%) o más de los activos, rendimientos o utilidades de la persona jurídica; y

2. Persona natural que, actuando individual o conjuntamente, ejerza control sobre la persona jurídica, por cualquier otro medio diferente a los establecidos en el numeral anterior del presente artículo; o

3. Cuando no se identifique ninguna persona natural en los términos de los dos numerales anteriores del presente artículo, se debe identificar la persona natural que ostente el cargo de representante legal, salvo que exista una persona natural que ostente una mayor autoridad en relación con las funciones de gestión o dirección de la persona jurídica.

Informe preliminar de habilitación: documento en donde el equipo evaluador consigna sus apreciaciones iniciales alrededor de la habilitación de los ofrecimientos presentados dentro de la presente invitación pública.

Informe definitivo de habilitación: documento en donde el equipo evaluador, luego de haberse surtido el traslado del informe preliminar de habilitación, consigna sus apreciaciones finales alrededor de los oferentes habilitados.

Solo se evaluarán las ofertas de quienes consten como habilitados en este documento.

Informe preliminar de calificación: documento en donde el equipo evaluador consigna los puntajes que serían asignados a los oferentes habilitados de conformidad con las reglas previstas en el documento de selección.

Informe definitivo de calificación: documento en donde el equipo evaluador, luego de haberse surtido el traslado del informe preliminar de calificación, consigna sus apreciaciones

finales alrededor con los puntajes que deben asignárseles, sugiriéndole al Consejo Directivo del FOMAG el orden de elegibilidad.

Integrante o Integrante de la Estructura Plural: es la persona natural o jurídica que forman parte de una Estructura Plural.

Interesados: son las personas naturales o jurídicas que puedan tener interés en la presente Invitación Pública y que no necesariamente presentan ofertas.

Invitación Pública: Procedimiento mediante el cual FIDUPREVISORA S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG formula públicamente una necesidad de contratación para que, en igualdad de oportunidades, los interesados presenten sus ofertas y se seleccione entre ellas la más favorable, advirtiendo que no obliga a la entidad y puede en cualquier estado del proceso de selección invalidar las actuaciones, lo anterior no implica obligaciones ni indemnizaciones de ninguna índole con los participantes. Es de resaltar que en el citado procedimiento se tendrán en cuenta los principios de economía, igualdad, selección objetiva, libre concurrencia, transparencia y pluralidad de oferentes.

Ley: es la Ley aplicable en la República de Colombia, en cualquier momento.

Oferente o proponente: persona jurídica de derecho público o de derecho privado, quien de manera individual o en conjunto con otros sujetos le comunica a la entidad su voluntad seria, irrevocable e inequívoca de celebrar el contrato objeto de la presente Invitación Pública, mediante la presentación de un ofrecimiento mercantil, en donde, en los términos señalados en el artículo 845 del Código de Comercio, habrán de constar elementos esenciales del contrato.

Oferta: corresponde al documento de carácter irrevocable presentado por un oferente a fin de participar en la Invitación Pública, la cual debe ajustarse a las condiciones y requisitos establecidos en el presente Documento de Selección.

Oferta Hábil: es aquella oferta que, por cumplir con los Requisitos Habilitantes y demás condiciones previstas en el presente Documento de Selección, será considerada para ser evaluada por la FIDUPREVISORA S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) conforme a los factores de escogencia.

Oferta No Hábil: es aquella oferta que no cumple con los requisitos habilitantes o las demás condiciones previstas en el presente Documento de Selección y que, por ende, no será considerada por la FIDUPREVISORA S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) para ser evaluada conforme a los factores de escogencia.

Proyecto de Documento de Selección: versión preliminar que la FIDUPREVISORA S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) pone en conocimiento del público con miras a recibir comentarios (provenientes del mercado, los interesados, las veedurías, entre otros) alrededor de su contenido, los cuales, una vez estudiados, de considerarse apropiados en función del objeto a contratar y de la necesidad a satisfacer, pueden dar lugar a efectuar modificaciones en su contenido, lo cual se verá plasmado en el Documento de Selección de la invitación pública.

Representante Común: es el representante del cual trata este Documento de Selección, quien debe contar con facultades suficientes para la representación sin limitaciones de todos y cada uno de los miembros del oferente, en todos los aspectos que se requieran desde la presentación de la oferta hasta la celebración del contrato, su ejecución, y hasta su liquidación, inclusive.

Requisitos Habilitantes: son la capacidad jurídica, la experiencia, la capacidad financiera y organización de los oferentes, que son, en los términos de este Documento de Selección, los requisitos que deben cumplir los oferentes para participar en la presente Invitación Pública. El cumplimiento de estos requisitos no dará puntaje a los oferentes y su cumplimiento será condición sine qua non, entre otros, para evaluar las ofertas de los oferentes.

SECOP: es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública.

Solicitud de subsanación: requerimiento que efectúa el equipo evaluador de la FIDUPREVISORA S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) para que un oferente subsane algún aspecto no calificable dentro de su propuesta.

Subsanación: actuación efectuada por un oferente por medio del cual remedia un asunto puntual de la documentación entregada, con miras a posibilitar su habilitación en la presente Invitación Pública, siempre que ello no implique alterar los supuestos de calificación de la oferta.

Los oferentes tendrán derecho a subsanar, aportando los documentos e información que se precise para el efecto.

Veedurías ciudadanas: de conformidad con el artículo 1.º de la Ley 850 de 2003 se entiende por Veeduría Ciudadana el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público.

2.2. DEFINICIONES TÉCNICAS GENERALES

Beneficiarios: Persona(s) que forma(n) parte del grupo familiar del afiliado y que tiene(n) derecho a los servicios de salud en las condiciones y las coberturas contenidos en el Plan de Salud para el Magisterio.

Cobertura Integral: Plan de Atención en Salud para afiliados y beneficiarios del FNPSM, de conformidad con lo establecido en la Ley 91 de 1989 y en los acuerdos vigentes del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que comprende todos los servicios médico asistenciales necesarios para mantener y mejorar su estado de salud, sin limitaciones en el territorio nacional, salvo las exclusiones establecidas en dichos acuerdos y en la Ley 1751 de 2015, ley Estatutaria de Salud o aquellas que la modifiquen o adicionen.

Comités Regionales: Instancia establecida en el Decreto 1272 de 2018, Los Comités Regionales del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio 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.

ARTÍCULO 2.4.4.2.3.3.2. Conformación de los Comités Regionales. Los Comités Regionales estarán conformados por el departamento y sus municipios certificados en educación, los cuales estarán integrados así:

1. Los secretarios de educación de las respectivas entidades territoriales certificadas.
2. Un representante de la unión sindical de educadores al servicio del Estado, con el mayor número de afiliados por cada uno de los departamentos y distritos que forman parte del respectivo Comité.
3. Un representante de la sociedad fiduciaria, quien participará con voz, pero sin voto, que tenga conocimiento en los asuntos relacionados con el reconocimiento y trámite de prestaciones económicas y los servicios de salud.

Cotizantes: Docentes activos y pensionados, cotizantes del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, que tienen derecho a recibir los servicios de salud contenidos en el Plan de Salud para el Magisterio. Incluyen los padres cotizantes que pagan la UPCM adicional.

Dependencia Económica: Se entiende cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

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, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto, se entenderá que éste comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

IPS Exclusivas: Son las sedes de uso exclusivo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio.

Pago Por Capitación: Es la remuneración de una suma fija mensual que se hace por cada afiliado (cotizante o beneficiario) que tiene derecho a ser atendido con el Plan de Beneficios en Salud del FNPSM, durante el plazo contractual, y que se denomina UPCM.

Plan de Atención en Salud para el Magisterio: Es el plan que define los servicios de salud con el que se dará atención a los afiliados y beneficiarios del FNPSM, de acuerdo con la Ley y los acuerdos del CDFNPSM.

Plan de Promoción y Prevención: Acciones y programas desarrollados con el fin de buscar la prevención de la enfermedad y promover la salud de los usuarios del FNPSM, de acuerdo con el marco legal vigente y el documento de selección de contratistas, que el contratista efectuará en cumplimiento de lo establecido en los anexos técnicos.

Prestador Primario: En cada municipio, el oferente adjudicatario deberá disponer de al menos una IPS de baja complejidad que garantice la atención básica primaria en salud, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y medicina familiar entre otros, de manera que se garantice la entrada al sistema desde un lugar cercano al sitio de vivienda o trabajo del docente o sus beneficiarios.

PDM: Punto de Dispensación de Medicamento

Red De Servicios: Conjunto de unidades prestadoras de servicios de salud ofertadas, interrelacionadas entre si mediante sistemas de referencia y contra referencia y comunicaciones adecuadas, con las cuales el contratista se obliga contractualmente a suministrar sus servicios a los usuarios, y garantizar las rutas integrales de atención en salud, de acuerdo las normas vigentes sobre la materia (RIAS).

Regiones: Son aquellos grupos de departamentos establecidos en este documento de selección de contratistas, dentro de cuya jurisdicción el CONTRATISTA debe ejecutar el objeto contratado.

Riesgo En Salud: Es la probabilidad de aumento de frecuencias de uso de los servicios o aumento del costo unitario de los servicios.

Riesgo Financiero: Es la mayor probabilidad o el inadecuado uso de los recursos disponibles en el contrato por efecto de mayor gasto en salud o mayores gastos administrativos.

Riesgo Operativo: Es el riesgo generado por la inadecuada gestión administrativa y operativa de las obligaciones contractuales.

Rutas Integrales de Atención en Salud: las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), tienen el objetivo 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.

Unidad de Pago por Capitación del Magisterio (UPCM): Corresponde a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Contributivo de acuerdo con el grupo etario y la zona geográfica, a la que se le adiciona un porcentaje fijo correspondiente a 62,67%, que cubre aquellos aspectos que son inherentes al Régimen de Excepción.

Usuario Atendido: Debe entenderse como aquella persona que recibe la prestación de los servicios de salud del Régimen de Excepción.

2.3. DEFINICIONES TÉCNICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Accidente De Trabajo: Según la Ley 1562 de 2012, Artículo 3 corresponde a todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

Accidente De Trabajo Grave: Según la Resolución 1401 de 2007, aquel que trae como consecuencia una lesión tal como una amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva.

Accidente de Trabajo severo: Un accidente de trabajo es severo, cuando la lesión que produce en el trabajador genera una incapacidad mayor a 30 días pero no siempre es calificada como GRAVE. Guía Para El Reporte, Investigación De Incidentes, Accidentes Y Enfermedades Laborales. GTH03, versión 3. Ministerio de Salud y Protección Social, octubre 2022.

Accidente de Tránsito: Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor. (Artículo 3° Decreto 056 de 2015). Se consideran Accidentes de trabajo cuando se produce durante la ejecución de órdenes del empleador durante la ejecución de una labor bajo su autoridad.

Accidente Leve: Son aquellos accidentes en los cuales el trabajador no sufre una lesión grave.

Actores del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo para el Magisterio: Son los funcionarios o contratistas del FIDUPREVISORA S.A., Contratistas, Entidades Territoriales Certificadas en Educación - ETC, docentes y Directivos docentes.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2. Definiciones.

Acción de Mejora: Acción de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), para lograr mejoras en el desempeño de la organización en la seguridad y la salud en el trabajo de forma coherente con su política. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2. Definiciones

Acción Preventiva: Acción para eliminar o mitigar la(s) causa(s) de una no conformidad u otra situación potencial no deseable. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Actividad No Rutinaria: Actividad que no forma parte de la operación normal de la organización o actividad que la organización ha determinado como no rutinaria por su baja frecuencia de ejecución. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Actividad Rutinaria: Actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Alta Dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa y/o entidad territorial certificada. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Amenaza: Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Autor reporte de Condiciones De Trabajo Y Salud: Proceso mediante el cual el trabajador o contratista reporta por escrito al empleador o contratante las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo.

Ausentismo Causa Médica: La Asociación Internacional de Salud Ocupacional define como ausentismo “la ausencia al trabajo atribuida a enfermedad o accidente y aceptada como tal por la empresa o la seguridad social.

Brigadas de Emergencia: Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una emergencia en la institución, está conformada por personas que aseguran el soporte logístico del plan de emergencias,

teniendo en cuenta las normas que lo complementan y desarrollan y definen su funcionamiento (RESOLUCIÓN 0312 DE 2019, ARTÍCULO 9 Y 16).

Calificación Integral: Es la valoración que se hace del individuo que por contingencias sean comunes o profesionales o las anteriores en forma conjunta y que arrojan una pérdida de capacidad laboral que está en el rango de invalidez.

Calificación de Pérdida De Capacidad Laboral (PCL): Se entiende por calificación de pérdida de capacidad laboral el mecanismo que permite establecer el porcentaje de afectación del conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual.

Calificación de Origen: Procedimiento a través del cual se establece si las causas que conducen a una enfermedad o un accidente son con ocasión del trabajo (Origen Laboral) o si sobrevienen por causas que no están relacionadas con la labor desempeñada (Origen Común).

Capacidad Laboral: Es el conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes o potencialidades de orden físico, mental y social de un individuo que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual.

Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo – SST. El empleador o contratante debe definir los requisitos de conocimiento y práctica en seguridad y salud en el trabajo necesarios para sus trabajadores, también debe adoptar y mantener disposiciones para que estos los cumplan en todos los aspectos de la ejecución de sus deberes u obligaciones, con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Para ello, debe desarrollar un programa de capacitación que proporcione conocimiento para identificar los peligros y controlar los riesgos relacionados con el trabajo, hacerlo extensivo a todos los niveles de la organización incluyendo a trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión, estar documentado, ser impartido por personal idóneo conforme a la normatividad vigente.

Caso Cerrado: corresponde al trabajador que ha concluido su proceso de rehabilitación, alcanzando los objetivos y metas definidas en el Plan de Rehabilitación y se le ha expedido una certificación que así lo expresa, expedida por el equipo interdisciplinario de Rehabilitación.

Certificado de Incapacidad: Documento único oficial que expide el médico tratante, donde se describe diagnóstico incapacitante, tipo de incapacidad, fecha de inicio, fecha final, días de incapacidad, fecha de expedición, datos del docente o directivo docente, datos del médico que expide incapacidad.

Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:

- **Planificar:** Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.
- **Hacer:** Implementación de las medidas planificadas.
- **Verificar:** Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.
- **Actuar:** Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Clasificación y Estadística de Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral NTC 3701: Guía para la clasificación, registro y estadísticas de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Aprender a registrar los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales basados en la norma técnica colombiana 3701 de 1995.

Concepto de Rehabilitación: Entendido como la opinión o juicio profesional especializado de los miembros de los equipos interdisciplinarios de rehabilitación – en término de funcionalidad por parte del equipo de rehabilitación funcional y en términos de la actividad de trabajo por parte del equipo de rehabilitación, entorno al reintegro del educador que ingresa a Programa de Rehabilitación Integral para la Reincorporación laboral.

Comités de Convivencia Laboral: Es un grupo de servidores públicos, tiene por objeto adelantar y proponer medidas preventivas y correctivas encaminadas a construir un adecuado ambiente laboral, fomentar relaciones positivas entre los servidores públicos y

contribuir a la protección contra los riesgos psicosociales que afectan la salud, (RESOLUCIÓN 652 DE 2012 RESOLUCIÓN 1356 DE 2012 Y FUNCIONES EN LA LEY 1010 DE 2006).

Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo: Organismo que se encarga de la promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de seguridad y salud en el trabajo, dentro de la organización a través de las actividades de promoción, información y divulgación. (DECRETO 614 DE 1984, LEY 1562 DE 2012).

Condiciones de Salud: El conjunto de variables objetivas y de auto reporte de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil sociodemográfico y de morbilidad de la población trabajadora. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo: Aquellos elementos, agentes o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores quedan específicamente incluidos en esta definición, entre otros: a) Las características generales de los locales, instalaciones, máquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás útiles existentes en el lugar de trabajo; b) Los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia; c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados en el apartado anterior, que influyan en la generación de riesgos para los trabajadores y; d) La organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Descripción Sociodemográfica: Perfil sociodemográfico de la población trabajadora, que incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de trabajadores, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo y turno de trabajo. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Diagnóstico de Salud: *“Toda persona natural o jurídica que realice evaluaciones médicas ocupacionales de cualquier tipo, deberá entregar al empleador un diagnóstico general de salud de la población trabajadora que valore, el cual se utilizará para el cumplimiento de las actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, de conformidad con*

lo establecido en el Artículo 10 de la resolución 1016 de 1989, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

El diagnóstico de salud debe comprender como mínimo, lo siguiente: 1. Información sociodemográfica de la población trabajadora (sexo, grupos etarios, composición familiar, estrato socioeconómico), 2. Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes factores de riesgos ocupacionales, 3. Información de la exposición laboral actual, según la manifestación de los trabajadores y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios. 4. Sintomatología reportada por los trabajadores, 5. Resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados. 6. Diagnósticos encontrados en la población trabajadora, 7. Análisis y conclusiones de la evaluación. 8. Recomendaciones (...)".
Artículo 18 de la Resolución 2346 del 2007.

Dictamen: Es el documento contentivo de la valoración del individuo en el cual se determina el origen de la contingencia, pérdida de capacidad laboral y fecha de estructuración de la invalidez, que se profiere luego de agotado el proceso de calificador y ajustado al manual o tabla predeterminada y en donde se consigna los hechos, exámenes, historia clínica ocupacional y se determinan las normas como fundamento jurídico del mismo.

Discapacidad: Se entiende por Discapacidad toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de la deficiencia y, por tanto, refleja alteraciones al nivel de la persona.

Efectividad: Logro de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo con la máxima eficacia y la máxima eficiencia. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Eficacia: Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Emergencia: Es aquella situación de peligro o desastre o la inminencia del mismo, que afecta el funcionamiento normal de la empresa. Requiere de una reacción inmediata y coordinada de los trabajadores, brigadas de emergencias y primeros auxilios y en algunos casos de otros grupos de apoyo dependiendo de su magnitud. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Enfermedad Laboral: La Ley 1562 de 2012, en su artículo 4 señala que es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

Para el Magisterio de Educación la determinación del carácter de enfermedad laboral de los educadores activos se realizará conforme a la Tabla de Enfermedades Laborales que se adopta en el Anexo Técnico 1 del Decreto 1655 del 2015 ARTÍCULO 2.4.4.3.6.1.

En los casos en que una enfermedad no figure en la Tabla de Enfermedades Laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional, será reconocida como enfermedad laboral para efectos del presente Capítulo.

Entidades Territoriales Certificadas de Educación (ETC): Las Entidades Territoriales certificadas de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001, tienen la competencia de administrar el servicio educativo en su jurisdicción garantizando su adecuada prestación en condiciones de cobertura, calidad y eficiencia.

Equipo Investigador: Integrado como mínimo por el jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado o del área donde ocurrió el incidente, un representante del Comité Paritario de Salud Ocupacional o el Vigía Ocupacional y el encargado del desarrollo del programa de salud ocupacional. Cuando el aportante no tenga la estructura anterior, deberá conformar un equipo investigador integrado por trabajadores capacitados para tal fin. Cuando el accidente se considere grave o produzca la muerte, en la investigación deberá participar un profesional con licencia en Salud Ocupacional, propio o contratado, así como el personal de la empresa encargado del diseño de normas, procesos y/o mantenimiento.

Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación: Grupo de especialidades médicas especializadas y disciplinas de Rehabilitación que trabajan en interdependencia a fin de lograr la máxima funcionalidad biopsicosocial posible para que el usuario de los servicios de salud del Fondo

de Prestaciones Sociales del Magisterio tenga la capacidad de involucrarse y desempeñar los roles sociales, culturales, laborales y familiares que le correspondan.

ETC: Entidad Territorial Certificada.

Establecimientos Educativos Oficiales: Para los efectos de este capítulo, se entiende por establecimientos educativos oficiales las instituciones y centros educativos (incluida la totalidad de sus sedes), que son administradas por las entidades territoriales certificadas en educación, a través de su secretaría de educación, o la dependencia que haga sus veces.

Estructuración de Grupos de Apoyo Integral: La estructuración del grupo de apoyo integral está orientado al seguimiento de la implementación organizada y metódica para dar respuesta a los COPASST, comité de convivencia y comités operativos de emergencia.

Evaluación del Riesgo: Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad de que dicho riesgo se concrete y al nivel de severidad de las consecuencias de esa concreción. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Evaluación Médica Complementaria: “Las valoraciones médicas complementarias forman parte de las evaluaciones médicas ocupacionales y deberán programarse con anterioridad a su realización; en ellas participarán diferentes profesionales de la salud, según se requiera. Los resultados de las valoraciones complementarias deben hacer parte de la historia clínica ocupacional y serán analizados por el médico en la respectiva evaluación médica ocupacional. El médico informará al trabajador el resultado de las pruebas o valoraciones complementarias. “Artículo 10 de la Resolución 2346 de 2007.

Evaluación Médica de Ingreso: “Son aquellas que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

El objetivo es determinar la aptitud del trabajador para desempeñar en forma eficiente las labores sin perjuicio de su salud o la de terceros, comparando las demandas del oficio para el cual se desea contratar con sus capacidades físicas y mentales; establecer la existencia de restricciones que ameriten alguna condición sujeta a modificación, e identificar condiciones

de salud que, estando presentes en el trabajador, puedan agravarse en desarrollo del trabajo.

El empleador tiene la obligación de informar al médico que realice las evaluaciones médicas pre – ocupacionales, sobre los perfiles del cargo describiendo en forma breve las tareas y el medio en el que se desarrollará su labor.

En el caso de que se realice la contratación correspondiente, el empleador deberá adaptar las condiciones de trabajo y medio laboral según las recomendaciones sugeridas en el reporte o certificado resultante de la evaluación médica pre – ocupacional.” Artículo 4 de la Resolución 2346 del 2007.

Evaluación Médica de Retiro: “Aquellas que se deben realizar al trabajador cuando se termina la relación laboral. Su objetivo es valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se retira de las tareas o funciones asignadas. El empleador deberá informar al trabajador sobre el trámite para la realización de la evaluación médica ocupacional de egreso.” Artículo 6 de la Resolución 2346 del 2007.

Evaluación Médica Periódica Programada: “Se realizan con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. Dichas evaluaciones deben ser realizadas de acuerdo con el tipo, magnitud y frecuencia de exposición a cada factor de riesgo, así como al estado de salud del trabajador. Los criterios, métodos, procedimientos de las evaluaciones médicas y la correspondiente interpretación de resultados deberán estar previamente definidos y técnicamente justificados en los sistemas de vigilancia epidemiológica, programas de salud ocupacional o sistemas de gestión, según sea el caso.” Numeral A del Artículo 5 de la Resolución 2346 de 2007.

Evaluación Médica Post-Incapacidad o Por Reintegro: “[...] El empleador deberá ordenar la realización de otro tipo de evaluaciones médicas ocupacionales, tales como post incapacidad o por reintegro, para identificar condiciones de salud que puedan verse agravadas o que puedan interferir en la labor o afectar a terceros, debido a situaciones particulares.” Artículo 3 de la Resolución 2346 de 2007

Evento Catastrófico: Acontecimiento imprevisto y no deseado que altera significativamente el funcionamiento normal de la empresa, implica daños masivos al personal que labora en instalaciones, parálisis total de las actividades de la empresa o una parte de ella y que afecta a la cadena productiva, o genera destrucción parcial o total de una instalación. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Evento Laboral: Para el presente anexo se entenderá como evento laboral los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales.

Examen Médico Ocupacional: Acto médico mediante el cual se interroga y examina a un trabajador, con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo y determinar la existencia de consecuencias en la persona por dicha exposición. Incluye anamnesis, examen físico completo con énfasis en el órgano o sistema blanco, análisis de pruebas clínicas y paraclínicas, tales como: de laboratorio, imágenes diagnósticas, electrocardiograma, y su correlación entre ellos para emitir un el diagnóstico y las recomendaciones. Artículo 2 de la Resolución 2346 de 2007.

Historia Clínica Ocupacional: La historia clínica ocupacional es el conjunto único de documentos privados, obligatorios y sometidos a reserva, en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud de una persona, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Puede surgir como resultado de una o más evaluaciones médicas ocupacionales. Contiene y relaciona los antecedentes laborales y de exposición a factores de riesgo que ha presentado la persona en su vida laboral, así como resultados de mediciones ambientales y eventos de origen profesional. (Resolución 2346 de 2007).

Fecha de Estructuración: Corresponde al día en que la persona pierde el grado o porcentaje de su capacidad laboral como consecuencia de una enfermedad o accidente, la cual se determina con base en la evolución de las secuelas que estos han dejado. Decreto 1655 de 2015. Sección 7. Artículo 2.4.4.3.7.2.

FOMAG: Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

FNPSM: Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

FURAT: Formato único para el reporte de Accidente de trabajo.

FUREL: Formato único de registro de enfermedad laboral, se considera una prueba, entre otras, para la determinación del origen por parte de las instancias establecidas por ley. En ningún caso reemplaza el procedimiento establecido para tal determinación ni es requisito para el pago de prestaciones asistenciales o económicas al trabajador, pero una vez radicado ante el calificador da inicio la asignación de la reserva correspondiente.

Identificación del Peligro: Proceso para establecer si existe un peligro y definir las características de este. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Incidencia de la Enfermedad: Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un período de tiempo.

Indicadores de Estructura: Medidas verificables de la disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender las demandas y necesidades en Seguridad y Salud en el Trabajo. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Indicadores de Proceso: Medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del SGSST. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Investigación de Accidente o Incidente: Proceso sistemático de determinación y ordenación de causas, hechos o situaciones que generaron o favorecieron la ocurrencia del accidente o incidente, que se realiza con el objeto de prevenir su repetición, mediante el control de los riesgos que lo produjeron.

Investigación de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales: PARÁGRAFO 2. Para las investigaciones de que trata el presente artículo, el empleador debe conformar un equipo investigador que integre como mínimo al jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado o del área donde ocurrió el evento, a un representante del Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y al responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Cuando el empleador no cuente con la estructura anterior, deberá conformar un equipo investigador por trabajadores capacitados para tal fin. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. ARTÍCULO 2.2.4.6.32, párrafo 2.

IPS Inscrita ob Servicios Habilitados: Son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que han cumplido satisfactoriamente el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con servicios habilitados para la realización de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con los criterios establecidos en la Resolución 3100 de 2019 o la que la modifique o sustituya.

Junta de Calificación de Invalidez: Entidades privadas del orden nacional y territorial creadas por ley y adscritas al Ministerio de Trabajo, sin ánimo de lucro y con personería jurídica, encargadas de determinar el origen de las contingencias, la fecha de estructuración de la invalidez y la fecha de estructuración, cuando se presenta controversia a la calificación realizada por las entidades de la seguridad social o cuando se solicita por particulares o como peritos.

Matriz Legal: Es la compilación de los requisitos normativos exigibles a la empresa acorde con las actividades propias e inherentes de su actividad productiva, los cuales dan los lineamientos normativos y técnicos para desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), el cual deberá actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Mejora Continua: Proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en este campo, de forma coherente con la política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la organización. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

No Conformidad: No cumplimiento de un requisito. Puede ser una desviación de estándares, prácticas, procedimientos de trabajo, requisitos normativos aplicables, entre otros. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Peligro: Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Pérdida de Capacidad Laboral (PCL): Es el Mecanismo que permite establecer el porcentaje de afectación del conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de

orden físico, mental y social que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo habitual.

La calificación de la pérdida de capacidad laboral de los educadores activos se realizará conforme al Manual de Calificación de Pérdida de Capacidad definido en el Anexo Técnico II del Decreto 1655 del 2015, ARTÍCULO 2.4.4.3.6.3.

Plan de Rehabilitación: Conjunto de intervenciones interdisciplinarias orientadas a la recuperación o mejoramiento de la capacidad funcional y capacidad laboral del educador.

PRESTACIONES ASISTENCIALES: Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho, según sea el caso, a:

- a. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- b. Atención de Urgencias
- c. Servicios de hospitalización.
- d. Consulta externa
- e. Servicio odontológico.
- f. Suministro de medicamentos.
- g. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- h. Prescripción y adaptación de aditamentos (Prótesis, órtesis, audífonos, implantes cocleares, férulas y cualquier otro producto de apoyo necesario para facilitar el desempeño funcional y laboral),
- i. Rehabilitación Funcional para el Programa de Rehabilitación Integral para la Reincorporación Laboral.
- j. Rehabilitación Laboral para el Programa de Rehabilitación Integral para la Reincorporación Laboral.
- k. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo: Es el compromiso de la alta dirección de una organización con la seguridad y la salud en el trabajo, expresadas formalmente, que define su alcance y compromete a toda la organización. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Prestadores de Servicios de Salud: Son las entidades contratadas a través de la FIDUCIARIA administradora y vocera del fondo nacional de prestaciones sociales del Magisterio para la prestación de servicios de salud a los educadores afiliados a dicho fondo y sus beneficiarios (Artículo 2.4.4.3.1.3. Definiciones).

Prestadores de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo: son las entidades debidamente habilitadas y certificadas de conformidad con los criterios establecidos la Resolución 3100 de 2019 o la norma que la modifique, amplíe o sustituya y la normatividad que modifique la presente resolución, contratadas a través de FIDUPREVISORA S.A. administradora y vocera del fondo nacional de prestaciones sociales del Magisterio para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo para los educadores activos del Magisterio

Prestación de Servicios de Promoción de la Salud y Prevención de los Accidentes y Enfermedades Laborales: Corresponde a los servicios técnicos de asesoría, brindados por perfiles idóneos, con las competencias técnicas, administrativas y financieras definidas por el FIDUPREVISORA S.A., para desarrollo e implementación de los planes y programas del SGSST, con fundamento en el marco legal vigente Decreto 1655 de 2015 y Decreto 1072 de 2015 (riesgos laborales) y aplicando criterios de gestión integral del riesgo, planeación estratégica, disminución de siniestralidad, pertinencia técnica y eficiencia en el manejo de los recursos financieros.

Prevalencia de la Enfermedad Laboral: Se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población, que presentan una característica o evento determinado. Por lo general, se expresa como una fracción, un porcentaje o un número de casos por cada 10.000 o 100.000 personas. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Profesiograma en Seguridad y Salud en el Trabajo: Documentación técnica que orienta y establece el tipo de examen médico ocupacional a practicar, en relación con la actividad económica de la organización, los perfiles de cargo y los riesgos ocupacionales relacionados con las funciones de dichos perfiles.

Red Asistencial o Red Medica De Atención: Conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud, hospitales, clínicas especializadas o no, contratadas por el contratista de Servicios de Salud para la atención de la población afiliada al FOMAG, y que están facultadas

para prestar los servicios de atención asistencial en Seguridad y Salud en el Trabajo para el Magisterio.

Rehabilitación: Conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. La condición de salud se refiere a una enfermedad (aguda o crónica), trastorno, lesión o trauma. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias tales como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalía congénita o predisposición genética. La rehabilitación es uno de los servicios esenciales definidos en la Cobertura sanitaria universal. Organización Panamericana de la Salud.

Rehabilitación Funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas que presenten una condición de salud puedan recuperar, mantener y potencializar las capacidades funcionales óptimas desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, cognitivo, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes. Resolución 3050 de 2022.

REHABILITACIÓN INTEGRAL: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena inclusión de la persona, que ha presentado una condición de salud, al medio familiar, social, laboral y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos. Resolución 3050 de 2022.

Rehabilitación Laboral: Conjunto de acciones tendientes a lograr que una persona con una condición de salud alcance el mayor grado de readaptación en el entorno de trabajo.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Reincorporación o Reintegro Laboral: Proceso que se realiza al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro, de la misma categoría, para el cual esté capacitado.

Para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del magisterio se circunscribe a la normatividad legal vigente específica para Magisterio: “Dado el nivel de afectación en el

desempeño de las funciones asignadas, la incapacidad laboral temporal no podrá ser reemplazada por una disminución de funciones...En ningún caso podrá efectuarse cambio de funciones docentes a un educador activo por funciones de índole administrativo”. Decreto 1655 de 2015. Artículo. 2.4.4.3.7.3.

Reubicación del Trabajador: Los empleadores están obligados a proporcionar un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes cuando es imposible recuperar su capacidad de trabajo previa, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios de acuerdo a las recomendaciones médico laborales emitidas por el contratista.

Para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del magisterio se circunscribe a la normatividad legal vigente específica para Magisterio: “Dado el nivel de afectación en el desempeño de las funciones asignadas, la incapacidad laboral temporal no podrá ser reemplazada por una disminución de funciones...En ningún caso podrá efectuarse cambio de funciones docentes a un educador activo por funciones de índole administrativo”. Decreto 1655 de 2015. Artículo. 2.4.4.3.7.3.

Riesgos Laborales: Se entiende como los peligros existentes en una profesión y tarea profesional concreta, así como en el entorno o lugar de trabajo, susceptibles de originar accidentes o cualquier tipo de siniestros que puedan provocar algún daño o problema de salud tanto físico como psicológico.

Secretarías de Educación Certificadas: Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. La ley podrá darles el carácter de entidades territoriales a las regiones y provincias que se constituyan, en los términos de la Constitución y la ley de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001, tienen la competencia de administrar el servicio educativo en su jurisdicción garantizando su adecuada prestación en condiciones de cobertura, calidad y eficiencia.

Transcripción De Incapacidad: Procedimiento por el cual el prestador de servicios de salud recibe y transcribe la incapacidad expedida por un prestador de servicio de salud distinto al de su lugar de afiliación.

Rendición de Cuentas: Mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Resolución 0312 de 2019. Indicadores Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo: A partir del año 2019, las empresas anualmente llevarán un registro de los indicadores de SST, entre los cuales se determinará: frecuencia de accidentalidad, severidad de accidentalidad, proporción de accidentes de trabajo mortales, prevalencia de la enfermedad laboral, incidencia de la enfermedad laboral y ausentismo por causa médica. Ficha Técnica Indicador.

Revisión Proactiva: Es el compromiso del empleador o contratante que implica la iniciativa y capacidad de anticipación para el desarrollo de acciones preventivas y correctivas, así como la toma de decisiones para generar mejoras en el SGSST. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Revisión Reactiva: Acciones para el seguimiento de enfermedades laborales, incidentes, accidentes de trabajo y ausentismo laboral por enfermedad. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Riesgo: Combinación de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Seguridad y Salud en el Trabajo (SST): La seguridad y Salud en el Trabajo es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.3.

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST): El decreto 1072 de 2015 indica que el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio (SGSSTM) consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

El SGSSTM debe ser liderado e implementado por el empleador o contratante, con la participación de los trabajadores y/o contratistas, garantizando a través de dicho sistema, la aplicación de las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo, el mejoramiento del comportamiento de los trabajadores, las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo.

Para el efecto, el empleador o contratante debe abordar la prevención de los accidentes y las enfermedades laborales y también la protección y promoción de la salud de los trabajadores y/o contratistas, a través de la implementación, mantenimiento y mejora continua de un sistema de gestión cuyos principios estén basados en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar).

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSSTM) debe adaptarse al tamaño y características de la empresa; igualmente, puede ser compatible con los otros sistemas de gestión de la empresa y estar integrado en ellos.

Dentro de los parámetros de selección y evaluación de proveedores y contratistas, el contratante podrá incluir criterios que le permitan conocer que la empresa a contratar cuenta con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST). DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.4.

Valoración del Riesgo: Consiste en emitir un juicio sobre la tolerancia o no del riesgo estimado. DECRETO 1072 DE 2015 LIBRO 2, PARTE 2, TÍTULO 4, CAPÍTULO 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Vigilancia de la Salud en el Trabajo o Vigilancia Epidemiológica de la Salud en el Trabajo: Comprende la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión continuada y sistemática de datos a efectos de la prevención. La vigilancia es indispensable para la planificación, ejecución y evaluación de los programas de seguridad y salud en el trabajo, el control de los trastornos y lesiones relacionadas con el trabajo y el ausentismo laboral por enfermedad, así como para la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Dicha vigilancia comprende tanto la vigilancia de la salud de los trabajadores como la del medio ambiente de trabajo. (Decreto 1443 de 2014, art. 2).

Y las demás definiciones descritas en los anexos técnicos de la Invitación Pública.

3. NATURALEZA JURÍDICA DEL CONTRATO

El artículo 3 de la Ley 91 de 1989 creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como un fondo especial sin personería jurídica. El numeral 2 del artículo 5 ibidem señaló que uno de los objetivos de dicho Fondo consiste en “garantizar la prestación de los servicios médico – asistenciales” especificando que, para ese efecto, habría de “contratar” con entidades de acuerdo con las instrucciones que imparta el Consejo Directivo del FOMAG” en los siguientes términos:

“Artículo 5. El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, tendrá los siguientes objetivos:

(...)

Garantizar la prestación de los servicios médico – asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con las instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo”.

Las instrucciones impartidas por el Consejo Directivo alrededor de la “contratación” de los servicios de salud a los que se refiere el numeral 2 del artículo 5 de la Ley 91 de 1989 se encuentran contenidas en los Acuerdo 09 de 2016 y Acuerdo 05 de 2022, emitidos por dicho organismo y en el Manual de contratación del FOMAG que indica que los contratos que se celebren se rigen por las disposiciones contenidas en él y el derecho privado colombiano, por disponerlo el artículo 15 de la Ley 1150 de 2007.

Lo anterior, sin perjuicio de que, de conformidad con lo señalado en el artículo 13 ibidem, durante su actividad contractual se encuentra sujeto a los principios propios de la función administrativa y de la gestión fiscal, así como a la observancia del régimen legal y constitucional de inhabilidades e incompatibilidades para contratar con el Estado. En consecuencia, dentro de la presente Invitación Pública se aplicarán los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política.

También se encuentra reglada por el Decreto 1655 de 2015 que adicionó el Decreto 1075 de 2015 Único Reglamentario del Sector Educación y reglamentó el artículo 21 de la Ley 1562 de 2012 relacionado con la implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo para los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Dicho decreto en su Artículo 2.4.4.3.2.1. establece que la Fiduprevisora S.A. “(...) Es la encargada

de garantizar, según los lineamientos del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, la implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio”. Para hacerlo, la norma dispuso como funciones de contratación a cargo de la FIDUPREVISORA S.A. como administradora del FOMAG las siguientes:

“3. Contratar y supervisar a los prestadores de servicios de salud en cuanto a la debida ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, con el apoyo del equipo multidisciplinario de profesionales de que trata el artículo 2.4.4.3.3.3 del presente decreto. (...)”

Así mismo, el artículo 2.4.4.3.3.3. del Decreto 1655 de 2015 reguló que con los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que *“se realizarán las funciones administrativas y operativas de la Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales serán contratadas, coordinadas y supervisadas por la fiduciaria administradora y vocera del Fondo”*.

De acuerdo con lo anterior, corresponde a la Fiduprevisora S.A. a través de la celebración de contratos de prestación de servicios de salud en Seguridad y Salud en el Trabajo cumplir con lo dispuesto en el numeral 2. ° del artículo 5 de la Ley 91 de 1989, la Ley 1562 de 2012, las normas del Decreto 1655 de 2015 y el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG.

Teniendo en cuenta lo anterior, las disposiciones del Estatuto General de Contratación sobre equilibrio económico del contrato no resultan aplicables.

El cumplimiento de esta obligación ha de hacerse a través de la celebración con entidades facultadas para ello de contratos de “prestación de servicios de salud”. La naturaleza de estos contratos es esta, habida cuenta que los servicios de Salud y Seguridad Social en el Trabajo hacen parte del componente integral de salud del magisterio que se contrata a través de este tipo de contratos. Aunque las disposiciones especiales aplicables al FOMAG no señalaron explícitamente el “nomen juris” de los contratos, resulta claro que su “naturaleza” o “tipo” es igual que la definida para la prestación de los servicios de salud del régimen general mencionados en la Ley 100 de 1993, haciéndose la claridad que el alcance del contrato implica prestaciones de distinta naturaleza en adición al concepto de prestación de servicios, incluido la gestión del riesgo en salud.

Lo anterior, toda vez que así lo señalan los artículos 2.5.3.4.1 a 2.5.3.4.18 del Decreto Reglamentario único del sector salud 780 de 2016 en los que se “regulan” “algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo”, normas que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.2 resultan de obligatorio cumplimiento incluso a las “entidades especiales y de excepción” al así disponerlo expresamente ésta norma en los siguientes términos:

“Artículo 2.5.3.4.2 Campo de aplicación. El presente Capítulo aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente Capítulo deberán cumplir con los términos aquí establecidos” (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas, los contratos a celebrarse para el diseño e implementación del sistema general de Seguridad y Salud en el Trabajo son contratos de prestación de servicios de salud que se rigen por el derecho privado colombiano, y se encuentran sometidos a las normas contenidas en el derecho privado, en especial, las normas civiles y comerciales y demás normas concordantes, como quiera que esta contratación se deriva de un Patrimonio Autónomo regido por el Estatuto Mercantil (Art. 1226 y siguientes).

4. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y JUSTIFICACIÓN

La presente Invitación y ejecución del objeto contractual, se encuentran sometidos a las normas contenidas en el derecho privado, en especial, las normas civiles y comerciales y demás normas concordantes, como quiera que esta contratación se deriva de un Patrimonio Autónomo regido por el Estatuto Mercantil (Art. 1226 y siguientes).

De conformidad con el Manual de Contratación del FOMAG y con ocasión de la cuantía, la modalidad de selección es INVITACIÓN PÚBLICA conforme lo dispuesto en el numeral 4.2.1. “Esta modalidad deberá aplicarse en todos los procesos cuyo monto sea igual o superior a quinientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (500 SMMLV) incluido IVA y /o que, por la naturaleza y complejidad del objeto contractual, justifique que haya una mayor concurrencia y pluralidad de oferentes, en los documentos de selección se establecerán las condiciones específicas”.

5. DEFINICIÓN DE LA NECESIDAD A SATISFACER CON LA CONTRATACIÓN

La “necesidad” a satisfacer con la contratación a la que se refiere este documento consiste en i). efectuar la “contratación” de los servicios médico-asistenciales a los que se refiere el numeral 2 del artículo 5 de la Ley 91 de 1989, y el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo para el Magisterio definidos en el Decreto 1075 de 2015 y Decreto 1655 de 2015, así mismo la gestión del riesgo integral en salud, financiero y operativo, que deriven de la ejecución del contrato.

La prestación de servicios de salud se debe realizar en las condiciones establecidas en el Modelo de Atención Integral de Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio mediante la Gestión de los Riesgos en Salud, Administrativo y financieros en todo el territorio nacional de acuerdo al plan de beneficios, a través de la apropiación de políticas, estrategias, lineamientos, así como el diseño de programas, procesos y procedimientos para la prestación de los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad así como para todas las acciones en salud relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna en condiciones de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad, suficiencia, capacidad resolutoria, satisfacción, eficiencia, seguridad, eficacia y efectividad.

El diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de seguridad y salud en el trabajo deberá cumplir con los programas de medicina preventiva, medicina del trabajo docente, seguridad industrial, higiene y los componentes de vigilancia epidemiológica, grupos de apoyo integral, atención médico asistencial derivado de los riesgos laborales, definición de origen y calificación de PCL de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral para la prevención y control de siniestros laborales en la población docente.

6. DEFINICIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATACIÓN

6.1. OBJETO

El presente proceso de invitación pública se adelanta con el fin de contratar entidades que garanticen la prestación de los servicios de salud del modelo de atención integral, la atención médica derivada de los riesgos laborales y el diseño, implementación, mantenimiento y

mejora continua del sistema general de seguridad y salud en el trabajo para los afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio en el territorio nacional, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se derive

6.2. ALCANCE

6.2.1. Alcance de los Servicios de Salud

A. PLAN DE BENEFICIOS

El plan de beneficios del Magisterio se refiere a las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos necesarios para la atención integral en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación, paliación y muerte digna independientemente del origen la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad y de atención y organizados en servicios que cumplan como mínimo con los estándares básicos de estructura y de procesos, y cuenten con las tecnologías disponibles en el país que no se encuentren en estado de experimentación.

Para los efectos del Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio se entenderá que todo aquello que no esté tipificado explícitamente como una exclusión se entenderá cubierto por el Plan de Beneficios del Magisterio, siempre en cumplimiento de lo dispuesto por las normas que rigen al Régimen de Excepción.

B. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

Conforme a lo establecido en el Artículo Numeral 1 del Artículo primero del acuerdo 05 de 2023 el Consejo Directivo del FOMAG definió el modelo de atención así:

“En el marco del régimen especial de los maestros, se acoge la Política de Atención Integral en Salud, en el componente “La atención primaria como estrategia básica”, que desarrolla el enfoque de la atención primaria y la salud familiar y permite avanzar frente a las definiciones previas del Modelo de Salud Familiar del Magisterio. La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones

de cercanía como primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). El enfoque de salud familiar y comunitaria 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. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria 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. El Modelo de Atención hace especial énfasis en la gestión Integral del Riesgo en Salud por grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral. El ajuste al modelo de atención en salud implica énfasis en la atención estandarizada a través de programas para las enfermedades de mayor prevalencia, que mejore la calidad en la atención de salud. En función del perfil demográfico de los maestros, trabajadores y pensionados (cotizantes), con una media de edad superior a los 50 años y con una gran concentración entre los 45 y los 60 años.

Para lograr la integralidad y resolutivez, el modelo de atención incluirá de manera adicional a las puertas de entrada establecidas, tres especialidades médicas: ginecología, obstetricia y pediatría.

Serán puerta de entrada las especialidades de Medicina Interna y/o Medicina Familiar para los afiliados que pertenezcan al grupo de riesgo cardio cerebro vascular metabólico con clasificación de alto riesgo acorde a caracterización poblacional e individual, así como para los pacientes que pertenezcan a las cohortes de enfermedades de alto costo.

También se habilitará el servicio de psicología con acceso directo para todos los casos en que sea requerida la atención y de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. Lo anterior sin

perjuicio de las especialidades adicionales que puedan ofrecer los oferentes en el curso del proceso de selección.

C. MODELO ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (MAISFPSM)

ALCANCE

El MAISFPSM define la forma en que los Operadores de Servicios de Salud gestionan de forma integral el riesgo en salud, operativo y financiero para la atención de los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio en todo el territorio nacional acorde al plan de beneficios, asimismo tiene la finalidad de mantener y mejorar los resultados en salud a través de la apropiación de políticas, estrategias, lineamientos, así como el diseño de programas, procesos y procedimientos para la prestación de los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, incluye todas las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna en condiciones de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad, suficiencia, capacidad resolutive, satisfacción, eficiencia, seguridad, eficacia y efectividad, a partir de la cobertura en los ámbitos ambulatorio, urgencias, domiciliario y hospitalario.

Teniendo en cuenta lo anterior, y para cumplir con la gestión integral del riesgo establecida en el objeto de los contratos con los Operadores de Servicios de Salud, el alcance del MAISFPSM incluye la obligación de los Operadores de Servicios de Salud de gestionar los subsistemas de riesgo acorde lo define la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 202215100000050-5 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 las entidades pertenecientes al Régimen de Excepción deben incorporar en el diseño del Sistema de Administración de Riesgos y sus Subsistemas asociados en sus actividades en salud. En la evaluación de los riesgos deben identificar los principales determinantes de los eventos de alarma, los impactos inherentes y la correspondencia y efectividad de los controles implementados, y de esta forma, cumplir con los objetivos misionales, al identificar alertas tempranas y adoptar medidas correctivas y preventivas.

Por lo tanto, el MAISFPSM incluye en su alcance la implementación por parte del Operador de mínimo los siguientes elementos:

- **Ciclo General de Gestión de Riesgos**

Para cada uno de los subsistemas de riesgo que deben gestionar los Operadores de Servicios de Salud, se deben incluir las etapas se describen a continuación, las cuales deben ser revisadas y evaluadas periódicamente con el fin de identificar nuevos riesgos de los subsistemas e intervenirlos con los controles adecuados:

Identificación del Riesgo

Medición y Evaluación del Riesgo

Tratamiento y Control del Riesgo

- **Políticas de Gestión de Riesgos**

Los Operadores de Servicios de Salud deben adoptar las directrices o lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de riesgos de forma eficiente y oportuna para cada uno de los subsistemas, igualmente, estas políticas deberán ser revisadas y actualizadas periódicamente.

- **Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos**

Los Operadores de Servicios de Salud deben establecer procesos y procedimientos que instrumentalicen la política de gestión de riesgos para cada uno de sus subsistemas.

- **Documentación para la Gestión de Riesgos**

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los subsistemas de riesgo deben quedar plasmados en documentos y registros garantizando la integralidad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida, lo anterior debe permitir la consulta de internos o externos al Operador de Servicios de Salud en el momento que sea requerido.

- **Infraestructura Tecnológica**

Los Operadores de Servicios de Salud deben disponer y utilizar la infraestructura tecnológica necesaria para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema de

Administración de Riesgos para generar informes periódicos confiables y contar con el soporte tecnológico acorde a cada subsistema. Esta infraestructura deberá tener una evaluación mínima anualmente.

- **Divulgación de la información y capacitaciones**

Los Operadores de Servicios de Salud deben garantizar que el personal vinculado tenga conocimiento de los procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los subsistemas, para ello deberán diseñar, programar, coordinar y ejecutar planes de divulgación y capacitación como mínimo una vez al año.

- **Área o Grupo de Gestión de Riesgos**

De manera voluntaria, los Operadores de Servicios de Salud podrán contar con un grupo interdisciplinario de personas a cargo de la gestión de cada uno de los subsistemas de riesgo.

El MAISFPSM es el documento guía de la atención a la población afiliada al Magisterio, por lo cual es de obligatorio cumplimiento para los Contratistas.

D. COBERTURA DE SERVICIOS

El plan de beneficios del Magisterio se refiere a las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos necesarios para la atención integral en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación, paliación y muerte digna independientemente del origen la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad y de atención y organizados en servicios que cumplan como mínimo con los estándares básicos de estructura y de procesos, y cuenten con las tecnologías disponibles en el país que no se encuentren en estado de experimentación; para ello adicionalmente se tendrá en cuenta la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, la cual tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud.

Para los efectos del MAISFPSM se entenderá que todo aquello que no esté tipificado explícitamente como una exclusión se entenderá cubierto por el Plan de Beneficios del Magisterio, siempre en cumplimiento de lo dispuesto por las normas que rigen al Régimen

de Excepción. Al respecto se tendrá en cuenta el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 que relaciona los criterios de exclusión de servicios o tecnologías a financiar con recursos públicos, los cuales se aplicarán previo un procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente que debe evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión; asimismo la Resolución 318 de 2023 que tiene por objeto actualizar dicho procedimiento.

E. EXCLUSIONES

Son exclusiones las contempladas en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 que señala:

“...En todo caso, 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:

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; Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

- a) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- b) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- c) Que se encuentren en fase de experimentación;*
- d) Que tengan que ser prestados en el exterior...”*

En el marco de la Ley Estatutaria de Salud se excluyen los procedimientos no contemplados dentro del plan de atención de este régimen de excepción y que se describen a continuación:

Tratamientos de infertilidad que no cumplan con los criterios y condiciones previstos en la Ley 1953 de 2019 y la Resolución 228 del 20 de febrero 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las normas que la aclaren, modifiquen o sustituyan.

Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad o la grave afectación estética por trauma o cirugía mayor.

Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país, así se realicen y suministren por fuera del territorio Nacional.

Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico-quirúrgicos realizados en el exterior, se precisa que esta exclusión no incluye el procesamiento de pruebas diagnósticas que requiere ser efectuado en el exterior.

Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA o el ente regulador correspondiente.

Se excluyen tecnologías en salud sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.

Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.

No se suministrarán artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos (excepto los relacionados con los Programas de Promoción y Prevención) líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas hidratantes, anti solares (los anti solares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente), drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, calzado ortopédico, plantillas, toallas higiénicas, filtros y películas para lentes

Todo lo que no está explícitamente excluido se considera incluido.

Todas aquellas tecnologías o servicios de salud que se actualicen a través de disposiciones normativas dejarán de ser exclusiones en el presente contrato 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.

F. OBJETIVO DEL MAISFPSM

El modelo de atención integral de salud del fondo de prestaciones sociales del magisterio (MAISFPSM) tiene como objetivo el logro de un mejor nivel de salud de los docentes, pensionados y sus familias, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención garantizando la prestación de los servicios de salud centrada en el usuario, teniendo como marco la Política de Atención Integral en Salud, donde se privilegia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, identificando los riesgos poblacionales e individuales de la población objeto, generando los mecanismos necesarios para que se cumplan de manera óptima los atributos de calidad definidos en MAISFPSM.

Asimismo, el modelo hace especial énfasis en la gestión Integral del Riesgo en Salud, desarrollando acciones concretas para cada grupo de riesgo conformado y priorizado acorde al análisis el estado de salud de la población del Magisterio y prioridades normativas del país, logrando un enfoque preventivo, predictivo y resolutivo de la enfermedad y garantizando un proceso de atención con calidad y humanización de la atención en los servicios de salud.

ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL MAISFPSM

A continuación, se describen los atributos mediante los cuales se evaluará la calidad esperada del MAISFPSM, el cumplimiento de estos atributos se determinará a partir de los indicadores de evaluación del modelo, los cuales cuentan con la determinación del atributo de calidad afectado acorde a la situación que se esté midiendo con dicho indicador, el detalle de este relacionamiento se encuentra definido en las hojas de vida de los indicadores definidos para la evaluación del modelo. Adicionalmente, estos atributos están articulados con lo definido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS.

Accesibilidad: capacidad de la organización para proporcionar al usuario durante la atención, condiciones de infraestructura, condiciones administrativas y condiciones de información de manera continua, oportuna e integral.

Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben los servicios mediante una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico.

Integralidad: capacidad de la organización para brindar al usuario la cobertura de los servicios acorde al plan de beneficios al cual tiene derecho

Suficiencia: diferencia entre la capacidad instalada de servicios disponibles a proveer por la red de prestadores y la demanda potencial de la población afiliada. La red es suficiente cuando este valor es cero

Seguridad: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Eficacia: capacidad de lograr el resultado deseado en un tiempo determinado.

Eficiencia: capacidad de lograr el resultado deseado con una utilización óptima de los recursos disponibles.

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.

Oportunidad: es la posibilidad que tiene el afiliado de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Capacidad Resolutiva: Es la capacidad de un prestador de servicios de salud de diagnosticar correctamente y tratar eficazmente a los usuarios que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención, lo anterior acorde a la evidencia científica según definiciones de las guías de práctica clínica.

POLÍTICAS GENERALES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

- Los beneficios del Plan serán provistos en condiciones que garanticen la adecuada atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con los atributos de calidad.

- La prestación de los servicios asistenciales se hará sin distinción de sexo, raza y edad. No obstante, lo anterior y teniendo en cuenta la distribución demográfica de la población del Magisterio según la cual la mayor parte de los docentes afiliados son mujeres, los Operadores de Servicios de Salud deberán implementar programas enfocados en la salud física y mental de la mujer, asimismo, las estadísticas deberán presentarse diferenciando los resultados para la población femenina.
- Los operadores de salud garantizarán la prestación de los servicios asistenciales a toda la población afiliada que requiera atención sin requerir para ello autorizaciones o interponer barreras para el acceso, en caso de que en el tránsito por la red de prestadores acorde a los niveles de complejidad y tipo de contratación, se requiera la autorización para el acceso entre instituciones o entre servicios en una misma institución, el trámite para gestionar dicha autorización no debe ser realizado por el usuario, éste deberá ser ejecutado por el Operador de Servicios de Salud garantizando la oportunidad y continuidad de las atenciones acorde a la condición individual de cada afiliado al FOMAG.
- El modelo de atención en salud estará enmarcado dentro de la Política de Atención Integral en Salud (Resolución 429 de 2016 y 489 de 2019), modificada mediante Resolución 2626 de 2019 (Modelo de Acción Integral Territorial MAITE), cuyo objetivo general es “orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. Así mismo, y teniendo en cuenta el enfoque diferencial poblacional del MAISFPSM, el cual reconoce a las etnias como un grupo de alta vulnerabilidad, el Modelo incluye en su formulación, implementación, seguimiento y evaluación el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural – SISPI acorde a las disposiciones del título IV del Decreto 1953 de 2014 o las normas que la sustituyan, actualicen o modifiquen.
- El modelo de atención integral en salud para el fondo de prestaciones sociales del Magisterio reconoce como población de especial atención por su alta

vulnerabilidad a los docentes, pensionados y sus familias víctimas del conflicto armado, personas en condición de discapacidad, adultos mayores de 60 años, mujeres, población auto reconocida como LGBTI y población reconocida como etnias (indígenas, afrodescendientes, palenqueros, raizales), por lo cual los programas, procesos, procedimientos y lineamientos que implementen los Operadores de Servicios de Salud deberán considerar ese enfoque poblacional diferencial.

- Todo derecho en salud que esté contemplado en el régimen general de seguridad social en salud en Colombia, que no esté mencionado en los anexos, formatos, invitación pública u otro documento que haga parte de la invitación pública del magisterio se entiende incorporado como derecho de los afiliados al FOMAG.
- El modelo de atención integral en salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio contará con la incorporación gradual de nuevas tecnologías en salud que sean aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de manera progresiva, de ninguna manera se entenderá que esta política está enfocada a la implementación progresiva del contrato dado que este se debe garantizar desde el inicio de la ejecución contractual.

ESTRATEGIAS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (MAISFPSM)

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 a partir de acciones individuales y poblacionales según el riesgo identificado a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar de los docentes, pensionados y sus familias. 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 la articulación de los Operadores de Servicios de Salud con las Entidades Territoriales y su participación en las actividades que se concertó 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 los Operadores deben formular 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 MAISFPSM, 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, los Operadores de Servicios de Salud y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.

ENFOQUES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (MAISFPSM)

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 los Operadores de Servicios de Salud deben generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, así como el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social. El enfoque de cuidado en el ambiente laboral queda enmarcado en los distintos componentes del SGSSTM.

Diferencial Poblacional: El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de 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 las mismas. 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.

Salud Familiar y Comunitaria: 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. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria 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.

Intersectorialidad: En el desarrollo del MAISFPSM se debe trabajar de manera coordinada con instituciones representativas de sector salud, 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 grados o 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 en base a 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.

ACTORES EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO -MAISFPSM

Los actores del MAISFPSM dentro del marco de la normatividad vigente, desarrollarán de manera articulada los roles para la prestación de servicios de salud así:

Consejo Directivo del FOMAG, determinará las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo, velando siempre por su seguridad, adecuado manejo y óptimo rendimiento y analizará y recomendará las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo. Adelantará los análisis pertinentes de los informes periódicos relacionados con el seguimiento y vigilancia realizados por la FIDUPREVISORA

Fiduprevisora S.A, debe garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo. Adicionalmente, realizará la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones contractuales de los Operadores de Servicios de Salud mediante la interventoría y bajo el modelo propuesto por Fiduprevisora S.A y aprobado por el consejo directivo del FOMAG, en el marco de la calidad esperada con el fin de mejorar los resultados en salud y la satisfacción del usuario. Acorde con los niveles de prestación de servicios incluidos. Proporcionará periódicamente los informes pertinentes al Consejo Directivo del FOMAG o la estructura técnica que determine el FOMAG para el análisis y seguimiento pertinente.

Contratista (operador de Servicios de Salud) cumplirá la función garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de atención integral y la atención médica derivada de los riesgos laborales para los afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio en el territorio nacional, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se derive mediante la determinación de un marco de atención que implementará en la red de prestadores

Prestadores de Servicios de Salud: Realizar la prestación directa de los servicios incluidos en el plan de beneficios del FOMAG cumpliendo con los atributos de calidad (oportunidad, accesibilidad, integralidad, continuidad, seguridad, efectividad, eficiencia, eficacia, satisfacción, suficiencia y capacidad resolutive), en todos los niveles de complejidad y en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna.

Interventoría / Auditoría: Monitorear la ejecución de la calidad esperada en la prestación de servicios de salud para los docentes, pensionados y sus familias, mediante la identificación de potenciales riesgos en salud, administrativos y financieros en las entidades objeto de auditoría/interventoría, promoviendo la mejora continua del modelo de salud de la población afiliada.

Superintendencia Nacional de Salud: Realizar la Inspección, Vigilancia y Control de los Operadores de Servicios de Salud acorde a lo dispuesto en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 **“SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud: 121.1. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

Acorde a las estrategias del MAISFPSM, los anteriores actores deberán coordinar sus acciones teniendo como centro para determinación de las mismas al usuario, para ello el Operador de Servicios de Salud deberá caracterizar de manera individual a cada uno de los afiliados al FOMAG.

ESTRUCTURA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Las actividades o aspectos que se abordan en este aparte del documento serán responsabilidad del contratista (Operador de servicios de Salud) y serán profundizadas si aplica, en los anexos técnicos o precontractuales que sean elaborados para efectos de

consolidar el proceso contractual, lo anterior en el marco del rol que les asiste en la gestión integral del riesgo a partir de sus subsistemas acorde a la Circular Externa N° 2022151000000050-5 DE 2022 para las entidades pertenecientes al régimen especial y de excepción, mediante la cual se expiden las instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas.

❖ RIESGO EN SALUD

En virtud de los contratos con los Operadores de Servicios de Salud, estos Contratistas asumen y gestionan el riesgo en salud de los docentes, pensionados y sus familias.

Se entiende por Riesgo en Salud como 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.

De esta manera en este ítem del Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio se determinan las acciones que los Operadores de Servicios de Salud deberán ejecutar en torno al riesgo en salud.

Estrategia de Atención Primaria en Salud

Según la ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Atención Primaria en Salud en el MAISFPSM es considerada como un elemento estratégico del modelo para proveer asistencia continua e integral a los afiliados en la cercanía de su vivienda como “primer elemento de asistencia sanitaria”, garantizando calidad y costo-efectividad; esta estrategia propenderá por fortalecer la participación de los educadores en la toma de decisiones y en acceso a los servicios de manera integral enfocándose en la salud

familiar y comunitaria, desde la promoción y mantenimiento de la salud hasta la rehabilitación y paliación.

La Atención Primaria en Salud en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio se implementará en tres modalidades y articula e integra los diferentes componentes del SGSSTM:

Atención Primaria en Salud Institucional o Intramural- APS

Se refiere a las atenciones que deberán ser garantizadas en centros de atención primaria integral de Salud del Magisterio - CAPISM los cuales se establecen como una de las puertas de entrada al modelo de salud para los afiliados al FOMAG. Las actividades a desarrollar dentro de la APS Institucional o Intramural corresponden a la atención básica del modelo, pero con alta capacidad resolutoria desde el primer contacto con el usuario de tal manera que se evite la poli consulta por motivos no resueltos al usuario.

Incluye:

Planeación de las actividades de detección temprana y protección específica acorde a estimaciones entregadas por Fiduprevisora S.A. y a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Inducción a la demanda mediante acciones estructuradas y enfocadas a las actividades aplicables por curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez), el Operador de Servicios de Salud deberá realizar monitoreo y evaluación a la efectividad de las actividades de demanda inducida, a partir de las metas definidas por Fiduprevisora S.A para tal fin, y lo referente a la promoción y prevención de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral del componente del SGSSTM.

Coordinación y acceso de los usuarios a los servicios según nivel de atención, los centros que presten la atención primaria institucional o intramural deben ser también los centros que coordinen el acceso y el tránsito de los docentes, pensionados y sus familias en los diferentes niveles de complejidad, manteniendo el seguimiento mediante el mecanismo que sea concertado con la red de prestadores para asegurar que los usuarios que por su condición de salud deban salir de la APS Institucional o Intramural a un mayor nivel, regresen al centro de atención primaria en salud con el plan de manejo para dar continuidad en ese prestador.

Atención de servicios básicos de medicina general, ginecología, obstetricia, pediatría. Las especialidades de Medicina Interna y/o Medicina Familiar para los afiliados que pertenezcan al grupo de riesgo cardio cerebro vascular metabólico con clasificación de alto riesgo acorde a caracterización poblacional e individual, así como para los pacientes que pertenezcan a las cohortes de enfermedades de alto costo.

Entrega de servicios de salud con enfoque diferencial poblacional, lo cual indica que se deben tener en cuenta las condiciones particulares de los grupos definidos en este enfoque del modelo en el momento de planear, ejecutar y evaluar la prestación de los servicios. (lenguaje de señas, intérprete, lengua indígena, sistema braille, servicios especiales para mujeres, entre otros)

Atención Primaria en Salud Extramural

Teniendo en cuenta que, por condiciones sociales, económicas, culturales, geográficas, entre otras, existe un porcentaje de población que no acude a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y por lo cual se desconoce su estado de salud, el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio en su estrategia de Atención Primaria en Salud, incluye la implementación de la modalidad extramural.

Para ello, los Operadores de Servicios de Salud deben planear la atención fuera del ambiente institucional, en la búsqueda de la población acorde a la caracterización realizada durante la identificación del riesgo en salud, lo anterior implica la determinación de los recursos humano, tecnológicos y físicos requeridos para su desarrollo.

Modalidades de prestación de la APS extramural

Para la prestación de la Atención Primaria en Salud Extramural los Operadores de Servicios de Salud deberán hacerlo bajo las modalidades que para el efecto están determinadas normativamente:

Unidad Móvil: Es la forma de prestar un servicio de salud dentro de un medio de transporte terrestre, marítimo o fluvial.

Domiciliaria: Es la forma de prestar un servicio de salud en el domicilio o residencia del paciente.

Jornada de Salud: Es la forma de prestar un servicio de salud en espacios o infraestructuras físicas adaptadas temporalmente a la atención en salud.

Equipos multidisciplinarios en salud EMS intramurales y extramurales.

Determinado como la necesidad de contar con equipos integrados por disciplinas de la salud que abarquen todos los aspectos necesarios para la integralidad de la atención, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pasando por el diagnóstico y tratamiento y culminando con la recuperación, rehabilitación y paliación. El operador debe garantizar la atención primaria **intramural o extramural** a través de los equipos multidisciplinarios en salud **al 100% de los afiliados priorizados** que se encuentren en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso durante el primer año del contrato y con periodicidad anual durante toda la vigencia del contrato teniendo en cuenta las metas de promoción y prevención establecidas y la Rutas de Atención en Salud y el cual.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social propuso los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia de fortalecimiento del talento humano en salud. Estos lineamientos técnicos servirán de guía en el establecimiento del modelo de prestación de servicios para el magisterio

Teniendo en cuenta el análisis realizado al perfil de morbilidad y caracterización demográfica de la población del Magisterio, se define que estos equipos multidisciplinarios en salud para el MAISFPSM deben contar como mínimo con profesionales en medicina general, enfermería, psicología, nutrición y técnicos en higiene oral y auxiliar en enfermería.

Para garantizar la atención primaria en salud de los afiliados que se encuentren en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso, se conformará equipos multidisciplinarios para que cumplan con el número de visitas establecidas para diagnóstico y seguimiento durante todo el contrato. El contratista deberá presentar un plan de trabajo con una periodicidad mensual con el número de afiliados a atender. Para determinar la prioridad de la población a intervenir por cada EMS intramurales y extramurales conformado, se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

- **Población sin acceso a sedes exclusivas**

Según informe de base de datos del 04 de julio de 2023, las diferentes regiones presentan una población de afiliados que no tienen acceso a sedes exclusivas y a los cuales se les debe intervenir por los equipos multidisciplinarios en salud y realizar todas las intervenciones en salud de APS y gestión integral de riesgo en salud que corresponda, como se describe en la siguiente tabla:

POBLACIÓN SIN ACCESO A SEDES EXCLUSIVAS		
REGIÓN	DEPARTAMENTOS	AFILIADOS
REGIÓN 1	TOLIMA-HUILA	10731
REGIÓN 2	CAUCA-VALLE DEL CAUCA	13295
REGIÓN 3	NARIÑO-CAQUETÁ-PUTUMAYO	10609
REGIÓN 4	CASANARE-META-BOYACA	9003
REGIÓN 5	BOLIVAR-CORDOBA-SUCRE	14900
REGIÓN 6	MAGDALENA-ATLÁNTICO-GUAJIRA-SAN ANDRÉS	6524
REGIÓN 7	CESAR-SANTANDER-ARAUCA- NORTE DE SANTANDER	16945
REGIÓN 8	CHOCÓ-ANTIOQUIA	25135

REGIÓN 9	CALDAS-QUINDÍO- RISARALDA	9400
REGIÓN 10	CUNDINAMARCA- VICHADA-GUAVIARE- AMAZONAS-GUAINIA- VAUPES	5553
TOTAL	TODOS LOS DEPARTAMENTOS	122095

Fuente: Base de Afiliados Hosvital - Corte 04 Julio 2023

- **Población perteneciente a grupos de riesgo priorizados** (Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, Población con riesgo o presencia de cáncer, Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento, Población materno perinatal, Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales).
- **Población con enfermedades de alto costo (Artritis, Hemofilia, VIH, ERC)**

En el siguiente cuadro se relaciona el número de afiliados que para el 2023, según el corte de entrega de la información tanto a la cuenta de alto costo como la que corresponde a los FIAS entregados a Fiduprevisora S.A., sufren las enfermedades anteriormente descritas y están debidamente identificados y clasificados por regiones.

Región	Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial	ERC	Artritis	Cáncer	Hemofilia	VIH
Región 1	4207	8649	79	218	1384	12	125
Región 2	5806	15040	724	436	2188	20	230
Región 3	2984	6820	9018	341	792	8	95

Región 4	4937	6859	274	155	428	9	131
Región 5	5541	17513	1332	596	2210	21	241
Región 6	5961	15890	94	359	1949	32	223
Región 7	6856	13507	112	500	1950	33	236
Región 8	8794	21240	1967	564	2494	10	351
Región 9	4008	9308	12923	860	1506	17	196
Región 10	8821	21849	3092	539	1064	36	311
Total	57915	136675	29615	4568	15965	198	2139
Fecha de corte y Fuente	Abril 2023 *FIAS	Abril 2023 *FIAS	Abril 2023 *FIAS	Enero 2023 *CAC	Mayo 2023 *CAC	Marzo 2023 *CAC	Abril 2023 *CAC

*CAC: Cuenta de Alto Costo

* FIAS: Formatos de Información de Atenciones en Salud

- **Población mayor de 75 años**

Los afiliados mayores de 75 años a corte de julio de 2023 cuenta con un total de 58.216. El número de afiliados mayores de 75 años que para la fecha de inicio del contrato se entregue en base de datos al operador, será el número de afiliados a intervenir durante la vigencia del primer año y así, de manera sucesiva cada año durante la vigencia del contrato.

RANGO	GÉNERO	TOTAL, POR GÉNERO
75 AÑOS Y MAS	M	20.575
	F	37.641
Total población		58.216

Fuente: Base afiliados Hosvital corte 04 julio 2023

El operador debe disponer de las Sedes Exclusivas para fortalecer las actividades de APS y captar los afiliados que acuden a la Red por causas ajenas a APS para identificar, clasificar, tamizar y atender estos pacientes.

De los 820.095 afiliados a FIDUPREVISORA S.A. 401.603 están en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso, son mayores de 75 años y están identificados con enfermedades de diabetes mellitus, hipertensión arterial, ERC, artritis, cáncer, hemofilia y VIH.

Población no priorizada

Los 418.492 afiliados que no están clasificados en el anterior grupo deben recibir atención según las actividades de gestión de riesgo en salud y atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según corresponda. Estos afiliados para ser atendidos por el equipo multidisciplinario en salud se establecerá la siguiente meta:

AÑO	META ANUAL	PORCENTAJE
AÑO 1	104.623	25%
AÑO 2	104.623	25%
AÑO 3	104.623	25%
AÑO 4	104.623	25%

Cada operador deberá atender el 25% del total de su población durante cada año que no se encuentre en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso, que sean menores de 75 años y no están identificados con enfermedades de diabetes mellitus, hipertensión arterial, ERC, artritis, cáncer, hemofilia y VIH.

En la primera atención, los EMS intramurales y extramurales realizarán la clasificación del riesgo familiar e individual de los integrantes mediante los instrumentos que el Operador de Servicios de Salud defina para ello pero que como mínimo contengan los elementos de detección del riesgo familiar dispuestos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la identificación del riesgo en la APS extramural deberá incluir otros determinantes como condiciones de la vivienda, saneamiento, condiciones del lugar de residencia, vías de acceso, servicios públicos, entre otros; determinarán e iniciarán el plan de manejo acorde al direccionamiento por curso de vida y/o grupo de riesgo.

El operador debe garantizar la atención primaria a través de los equipos multidisciplinarios en salud al 100% de los afiliados que se encuentren en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso durante el primer año del contrato y con periodicidad anual durante toda la vigencia del contrato teniendo en cuenta las metas de promoción y prevención establecidas y la Rutas de Atención en Salud.

En la segunda asistencia, los EMS intramurales y extramurales realizarán seguimiento al plan familiar e individual, actualizarán novedades según corresponda, intervenciones en salud acorde al plan de manejo de la primera asistencia, canalización a otros programas de salud o sociales de ser necesario y evaluación de satisfacción de la APS extramural.

En las siguientes atenciones, los EMS intramurales y extramurales realizarán seguimiento al plan familiar e individual, actualizarán novedades según corresponda, intervenciones en salud acorde al plan de manejo de la primera asistencia, canalización a otros programas de salud o sociales de ser necesario y evaluación de satisfacción de la APS extramural. Durante las atenciones los EMS intramurales y extramurales deberán brindar información y comunicación de acuerdo a prioridades y entregar material de apoyo para consulta, en la segunda asistencia adicionalmente deberá evaluar el proceso educativo, verificando los cambios en las conductas que sobre su salud haya adoptado la familia.

Durante las dos asistencias los EMS intramurales y extramurales deberán brindar información y comunicación de acuerdo a prioridades y entregar material de apoyo para consulta, en la segunda asistencia adicionalmente deberá evaluar el proceso educativo, verificando los cambios en las conductas que sobre su salud haya adoptado la familia.

Los profesionales del equipo multidisciplinario pueden remitir al afiliado a interconsultas de especialidades médicas, médico laboral, solicitar apoyo interdisciplinario, solicitar ayudas diagnósticas, enviar exámenes de laboratorio y tomar muestras según corresponda durante el proceso de atención en salud.

El operador de servicios de salud debe tener disponible para los equipos multidisciplinarios en salud, el cronograma de actividades y población esperada a atender para el cubrimiento de los servicios extramurales establecidos. El interventor realizará seguimiento y auditoría al cumplimiento de las metas y generará reportes de cumplimiento a la Fiduprevisora S.A. de manera trimestral.

Los equipos multidisciplinarios deben recibir la dotación y logística necesaria para realizar las intervenciones en salud con atributos de calidad y de acuerdo con las condiciones epidemiológicas y la priorización de actividades propias para cada región y recibir por parte del operador como mínimo los equipos y materiales que se describen en el siguiente cuadro:

PROFESIÓN	EQUIPOS Y DOTACIÓN
MÉDICO	equipo de órganos, fonendoscopio, tensiómetro,
ENFERMERA	glucómetro, tallímetro, peso, pulsioxímetro, termómetro equipo de primeros auxilios.
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	materiales para toma, conservación, transporte de muestra: Subungueal, Lesiones de la piel, Furúnculos, Abscesos, secreciones en general, Orofaringe y fosas nasales, vómitos, orina, sangre, heces fecales.

NUTRICIONISTA	antropómetro, balanza de bioimpedancia, monitor de frecuencia cardiaca, kit de evaluación física,
HIGIENISTA ORAL	espejo bucal, explorador, material odontológico
PSICOLOGO	equipo de registro de datos de historia clínica y los que el profesional requiera

El contratista debe garantizar la cobertura de la población priorizada con las metas indicadas y deberá organizar o contar con los equipos multidisciplinarios extramurales/itinerantes que hagan falta para alcanzar las metas de cobertura.

El operador debe garantizar la atención primaria a través de los equipos multidisciplinarios en salud al 100% de los afiliados, priorizando aquellos que se encuentren en zonas geográficas apartadas, distantes, rurales y de difícil acceso durante el primer año del contrato y con periodicidad anual durante toda la vigencia del contrato teniendo en cuenta las metas de promoción y prevención establecidas y la Rutas de Atención en Salud.

Los equipos multidisciplinarios en salud EMS intramurales y extramurales hacen parte de la estructura organizacional de los Operadores, por lo tanto son estos Contratistas los directos responsables de su conformación, implementación, seguimiento y evaluación de sus resultados, así como de asegurar la articulación con la red de prestadores a partir de la remisión efectuada por los EMS de la población identificada con riesgos que deben ser intervenidos en las IPS que conforman la red así como para dar continuidad al plan de manejo instaurado en la APS Extramural.

Funciones esenciales de los EMS intramurales y extramurales:

- Identificación, clasificación, actualización y seguimiento de los riesgos individuales y familiares incluyendo el análisis de condiciones propias de la vivienda, trabajo y su entorno.
- Aplicación de los criterios de ingreso e inscripción a grupos de riesgo.
- Consolidación de Planes de Gestión del Riesgo Individual para la población asignada.

- Referencia y articulación con los prestadores de servicios de salud y la entidad territorial, para el desarrollo y coordinación de la gestión individual del riesgo, en el marco del Plan de Salud Territorial. De igual manera, el profesional de psicología que hace parte de los EMS intramurales y extramurales deberá hacer la remisión al área de medicina laboral cuando encuentre riesgos psicosociales asociados a la labor docente para el análisis de caso.
- Información y comunicación del riesgo e inducción a la demanda, e inicio de un proceso educativo que genere cambios en los estilos de vida de la población intervenida.
- Análisis de la situación sanitaria y de afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, movilización social, de vigilancia en salud pública y de la gestión de políticas, en general, y gestión del servicio de salud, en lo referido al contexto particular.
- Atención integral a la población, que se refiere al dominio de competencias relativas a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y cuidado paliativo.
- Capacidad de trabajar en redes, asegurando la integralidad y la continuidad de la atención y la gestión socio sanitaria.
- Gestión participativa y relaciones con la comunidad, sociedad civil y las entidades públicas y privadas.
- Seguimiento y evaluación del plan de manejo establecido a nivel familiar e individual.
- Monitoreo de indicadores determinados para los EMS intramurales y extramurales de la APS Extramural.
- Seguimiento a las canalizaciones realizadas de la población intervenida en APS extramural acorde a los riesgos identificados para garantizar la efectividad de las mismas, mediante la captación en las IPS a las que fueron remitidos los usuarios.

Atención Primaria en Salud Intersectorial

El modelo de atención Integral en salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio incluye la ejecución de acciones para facilitar la participación en salud de los afiliados, asimismo el concepto de intersectorialidad para la articulación entre el sector salud (Operadores de Servicios de Salud – IPS) con otros sectores como educación, cultura, secretarías de integración o quien haga sus veces, comercio, entre otros.

Por ello, la modalidad de APS Intersectorial debe recopilar los productos de la APS Institucional o Intramural y la APS Extramural, para incluir estos análisis de riesgos en un plan de trabajo que deberá implementar con el apoyo de otros sectores, en búsqueda de un mejoramiento de la calidad de vida de los docentes, pensionados y sus familias.

Para el logro de este objetivo, como se especificó dentro de las funciones de los EMS intramurales y extramurales, deberán realizar la gestión participativa a través de las asociaciones de usuarios, veedurías, comités regionales, agremiaciones sindicales entre otros espacios de participación para ejecutar la articulación y trabajo coordinado con los demás sectores de apoyo social al sector salud que determinen las Entidades Territoriales, por lo tanto, también deberán mantener contacto directo con los equipos de las alcaldías municipales que desarrollan el Plan de Intervenciones Colectivas para asegurar la canalización entre programas e intervenciones.

El monitoreo y evaluación de la APS Intersectorial deberán ser liderados por los EMS intramurales y extramurales y sus resultados deberán ser divulgados concertando la periodicidad de los espacios de participación social (veedurías, comités regionales, agremiaciones sindicales, etc).

Enfoque Salud Familiar y Comunitaria

Con la orientación de este enfoque, y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, los docentes, pensionados y sus familias son adscritos, atendidos y acompañados de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS intramurales y extramurales) vinculados a centros de atención primaria en salud institucional o intramural.

La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan positivamente procesos de determinación social de la salud, entendiendo que estos determinantes se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Los elementos fundamentales de este enfoque en la prestación de servicios son:

- Se centra en la situación de las personas, familias y comunidades, facilita el reconocimiento y análisis de su situación como eje para la planeación y construcción de modelos territoriales y rutas específicas de atención, así como el ejercicio pleno del derecho a la salud.
- Promueve la valoración social de la salud para contribuir a la percepción social del riesgo y destaca la importancia de la participación para la comprensión de la necesidad de corregir prácticas, tanto personales como familiar y sociales en lo referente al cuidado.
- Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios del personal de salud, quienes deberán responder por las acciones de salud del nivel primario en función de indicadores de proceso y resultados.
- Tiene un énfasis en lo promocional y preventivo, con enfoque familiar y comunitario de los cuidados, en articulación de las acciones individuales con las intervenciones colectivas, poblacionales e intersectoriales.
- Integra la comprensión de los fenómenos y sus formas de afrontarlos, a partir del reconocimiento, mapeo y análisis de las relaciones familiares y comunitarias, y de la población con los servicios de salud y los territorios.
- Garantiza la continuidad, cuidado y seguimiento a los procesos y rutas integrales de la atención en salud, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada del componente complementario.
- Trabaja en red tanto sanitaria como social para lograr la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud, incluyendo la activación de los programas sociales complementarios para personas y familias con necesidades de atención social enfocada.
- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio.
- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad.
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida.
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el componente primario y en su relación continua con el talento humano del componente complementarios y el responsable de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos.

- Garantiza la capacidad resolutive para los casos de morbilidad en el componente primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad integradas, haciendo innecesarias múltiples referencias y autorizaciones.

Para lograr lo anterior, este enfoque deberá garantizar tanto en la APS Institucional o Intramural como en la APS Extramural la valoración de la conformación, la dinámica familiar, capacidades y vulnerabilidad familiar en relación con el proceso de desarrollo integral de las familias; asimismo identificar las capacidades, los riesgos y condiciones de vulnerabilidad asociadas con escenarios sociales y comunitarios que puedan afectar el cuidado, salud y desarrollo de los docentes, pensionados y sus familias; adicionalmente este enfoque implica evaluar condiciones sociales del entorno de los usuarios y sus familias, teniendo en cuenta aspectos que pueden generar vulnerabilidad y afectar la salud de la persona, tales como desplazamiento forzado, conflicto armado, desempleo, violencia, aislamiento o exclusión social, asentamientos irregulares, entre otros. Incluye la valoración de estas condiciones y la canalización a servicios sectoriales e intersectoriales de apoyo social y acciones de la salud pública dirigidas a afectar los determinantes sociales de la salud.

Para estas acciones deberán aplicar las intervenciones y tecnologías definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud de Promoción y Mantenimiento.

Estrategia Gestión Integral del Riesgo en Salud

La Gestión Integral del Riesgo en Salud es la estrategia transversal de la Política de Atención Integral de Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud, incluido el componente de SGSSTM y otros sectores, para identificar, medir, intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación 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. Se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y la sostenibilidad del sistema.

Los Operadores de Servicios de Salud son responsables por la gestión del riesgo individual de la población a su cargo, lo cual implica la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los docentes, pensionados y sus familias, la organización de la prestación de servicios

de salud según los riesgos identificados y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado. Incluye el desarrollo de estrategias para apoyar el cuidado de los usuarios y la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad.

Para el cumplimiento de esta estrategia en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio relacionada con el Riesgo en Salud, los Operadores de Servicios de Salud deberán implementar las siguientes herramientas teniendo en cuenta el ciclo general de gestión del riesgo:

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 realizará mediante la metodología y periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y debe comprender, por lo menos, los siguientes análisis:

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

Caracterización de los factores de riesgo de la población afiliada sana

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).

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).

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).)

En los análisis de cada uno de los ítems relacionados con identificación del riesgo, los Operadores de Servicios de Salud deberán realizar entre otros temas la diferenciación acorde al enfoque diferencial poblacional, es decir, que la caracterización e identificación del riesgo deberá permitir evidenciar las condiciones específicas para la población víctima del conflicto armado, población en condición de discapacidad, adulto mayor de 60 años y población reconocida como etnias, asimismo a manera transversal para cada análisis deberá incluirse el enfoque de género, reconociendo estos resultados para la población femenina del Magisterio. En el caso de la caracterización de la población LGTBI el contratista deberá requerir una autodeclaración.

Adicionalmente estos análisis deberán estar articulados con la identificación y priorización del riesgo determinada en cada uno de los territorios a través de los Análisis de Situación en Salud elaborados por las Entidades Territoriales.

Medición y Evaluación del Riesgo en Salud

Continuando con el ciclo general de gestión del riesgo, los Operadores de Servicios de Salud, una vez identificados los riesgos en salud, deberán disponer mecanismos que permitan la medición y evaluación de los mismos, para ello el MAISFPSM considera como mínimo los siguientes aspectos.

Determinar e implementar los mecanismos para establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos en salud identificados, la severidad y el impacto sobre la salud de la población.

Disponer e implementar mecanismos para la priorización de riesgos en salud.

Disponer e implementar mecanismos para establecer límites de tolerancia para cada riesgo o factor identificado.

Disponer e implementar mecanismos para la priorización de riesgos en salud con mayor importancia.

Disponer e implementar mecanismos para estimar riesgo inherente y riesgo neto (que incluya mecanismos de procesamiento, manejo y análisis de información para su estimación).

Tratamiento y Control del Riesgo en Salud

Teniendo en cuenta las determinaciones de la Superintendencia Nacional de Salud los métodos de tratamiento y control del riesgo en salud deben estar soportados en una metodología que le permita de forma sistemática, establecer acciones coordinadas, integrales y costo efectivas encaminadas al tratamiento y control de los riesgos en salud de los afiliados al Magisterio, incluyendo estrategias para el mantenimiento de la población sana, de acuerdo con el territorio. La operacionalización de estas metodologías y/o estrategias están descritas en el Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la población del Magisterio, no obstante, a continuación, se describen los componentes mínimos del modelo de atención que se constituyen en metodologías para el tratamiento y control del riesgo en salud:

Conformación de 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 definidos en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, los Operadores de Servicios de Salud deberán disponer e implementar 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 guías de práctica clínica médica y/o protocolos clínicos, criterios clínicos y administrativos y la normatividad vigente).

Teniendo en cuenta la caracterización demográfica de la población del Magisterio y su perfil epidemiológico, así como la normatividad vigente; para el MAISFPSM se adoptan los siguientes grupos de riesgo y eventos priorizados establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social:

Tabla 1. Grupos de Riesgo y Eventos Priorizados en el MAISFPSM:

N°	Grupo de Riesgo	Eventos Priorizados
1	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.
2	Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	Obesidad, desnutrición

3	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión, Trastorno Afectivo Bipolar, Psicosis, Ansiedad, Demencia.
4	Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.	Caries, Enfermedad Periodontal
5	Población con riesgo o presencia de cáncer.	Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Piel.
6	Población materno perinatal.	Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas, Trastornos del Recién Nacido.
7	Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV): Dengue, Chikunguña, Zika, Chagas, Malaria. Infecciones Respiratorias Agudas Tuberculosis Infecciones de transmisión Sexual Covid 19
8	Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente Rábico
9	Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.	Enfermedad y accidentes laborales Síndrome de Burn out
10	Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	Violencias: por conflicto armado, de género, conflictividad social.

11	Población con riesgo o enfermedades huérfanas.	Acorde a normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social
12	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
13	Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	Artritis Reumatoidea Lupus eritematoso sistémico Fibromialgia

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

RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD – RIAS

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

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 los contratistas deberán garantizar de conformidad con la Política de Atención Integral en Salud y su marco operacional, 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 MAISFPSM 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, 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
- Chagas

- Leishmaniasis
- Malaria
- Dengue

No obstante, se precisa que los Operadores de Servicios de Salud deberán formular, implementar y evaluar las RIAS que acorde a su perfil epidemiológico y grupos de riesgos definidos en este documento, consideren requeridas para la gestión del riesgo de la población objeto, para ello deberán tener en cuenta el Marco Metodológico para la Elaboración de Rutas Integrales en Salud – RIAS e incluir en las rutas diseñadas la periodicidad de las atenciones acorde a las Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de estas deberán incluir el desarrollo e implementación de la RIAS de interrupción voluntaria del embarazo, cáncer gástrico, cáncer de próstata, cáncer de piel y cáncer de cabeza y cuello, sin perjuicio de las demás que sean prevalentes en su perfil epidemiológico.

Para la implementación de las RIAS y los grupos de riesgo definidos en el MAISFPSM, los Operadores de Servicios de Salud deben disponer e implementar planes o programas de intervención sobre enfermedades y/o grupos de riesgo priorizados.

Se implementará programa de detección temprana de cancer 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.

Redes Integrales 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 con las condiciones de operación del MAISFPSM, 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 los niveles de complejidad; 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.

Para la organización de las redes integrales de servicios de salud, los Operadores de Servicios de Salud deberán contratar como mínimo el 30% de su red con IPS públicas, formular e implementar mecanismos relacionados con la planeación a partir de los prestadores que estén debidamente habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS acorde a la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan, adicionen o modifiquen, se precisa al respecto, que la competencia de realizar esta habilitación es de las Entidades Territoriales; operación y evaluación de la red de prestadores incluidos los servicios farmacéuticos, para lo cual debe tener en cuenta:

- **Dimensionamiento y Evaluación de la Demanda:** Realizada por el Contratista bajo la metodología que considere, a partir de la caracterización según lo definido en este modelo, las estimaciones de las actividades de detección temprana y protección específica suministrada por Fiduprevisora S.A y la demanda efectiva (incluye frecuencias de uso para la población del Magisterio) de servicios de salud. Este análisis deberá integrar el enfoque diferencial poblacional y los grupos de riesgo definidos para el Magisterio.
- **Dimensionamiento y Evaluación de la Oferta:** Realizada por el Contratista bajo la metodología que considere a partir del análisis de la oferta disponible de servicios de salud habilitados en los municipios que conforman las regiones; análisis de la suficiencia de la oferta, capacidad instalada y la estimación de los diferenciales de oferta y demanda. Este análisis deberá integrar el enfoque diferencial poblacional y los grupos de riesgo definidos para el Magisterio.
- **Conformación de las Redes Integrales de Servicios de Salud:** Una vez los Contratistas cuenten con el dimensionamiento de la demanda y de la oferta, deberán conformar las redes acorde a dos componentes según definición de las Rutas Integrales de

Atención en Salud, el primario como puertas de entrada (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 mediana y alta complejidad. Es importante aclarar que el prestador complementario hace parte de la red del Operador de Servicios de Salud 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.

- **Accesibilidad a la prestación de servicios de salud:** Incluye la disponibilidad e implementación de mecanismos administrativos para la gestión de la red en lo relacionado con la contratación de la red prestadora en el marco de la normatividad vigente (que incluya entre otros recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios de prestadores, acuerdos de voluntades, acuerdos de niveles de servicio), gestión de autorizaciones sin que medie el usuario para ello y sin que esto implique afectación en la oportunidad y continuidad de los tratamientos, determinación de mecanismos administrativos para la operación de la red y el seguimiento de la misma.

Los afiliados del Fondo deberán estar adscritos para la atención ambulatoria a una IPS de atención primaria de la red de prestadores del operador, asignación que deberá ser notificada al afiliado, sin que esto le impida solicitar su cambio en cualquier momento. La asignación de una IPS de atención primaria debe beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, las cuales deberán contar como mínimo con los servicios ambulatorios de acceso directo de medicina general, odontología general, ginecología, pediatría y psicología acorde a la oferta disponible. Serán puerta de entrada las especialidades de Medicina Interna y/o Medicina Familiar para los afiliados que pertenezcan al grupo de riesgo cardio cerebro vascular metabólico con clasificación de alto riesgo acorde a caracterización poblacional e individual, así como para los pacientes que pertenezcan a las cohortes de enfermedades de alto costo.

También se habilitará el servicio de psicología con acceso directo para todos los casos en que sea requerida la atención y de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. Lo anterior sin perjuicio de las especialidades adicionales que puedan ofrecer los oferentes en el curso del proceso de selección.

- **Operación de las Redes Integrales de Servicios de Salud:** Dentro de los componentes que deberán tener en cuenta los contratistas para determinar los mecanismos administrativos de operación de sus redes se deben integrar entre otros la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la humanización de los prestadores de servicios de salud, responsabilidades y roles en la inducción a la demanda, concertación de las Guías de Práctica Clínica a evaluar según el perfil epidemiológico de la población, implementación y evaluación de su adherencia, cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, determinación de los desenlaces clínicos asociados a la calidad de la prestación de servicios de salud, disponibilidad e implementación de mecanismos administrativos para la gestión de la red en lo relacionado con la gestión de la prestación de servicios de salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna en los diferentes ámbitos; reportes obligatorios de información establecidos por las autoridades competentes y normatividad vigente; capacitación a la red de prestadores (incluye entre otros procedimiento de evaluación y adherencia de guías y protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.)
- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Los Operadores de Servicios de Salud y las IPS habilitadas según la Resolución 3100 de 2019, deberán garantizar la formulación, implementación y evaluación de los procesos de referencia de los usuarios entre prestadores primarios y prestadores complementarios, asegurando también la contrarreferencia desde los niveles de mayor complejidad hacia el prestador primario responsable del usuario, durante el tránsito del docente, pensionado y sus familias entre los niveles de complejidad, el Contratista deberá implementar mecanismos de acompañamiento desde el prestador primario para la retoma oportuna evitando pérdida de adherencia a los tratamientos instaurados. Asimismo garantizarán la disponibilidad e implementación de mecanismos administrativos para la gestión de la red de urgencias (que incluya entre otros sistema de selección y clasificación de pacientes "Triage" por los prestadores que conforman la Red; verificación de derechos que no constituyan barrera de acceso; articulación del sistema de referencia y contrarreferencia definido por el Operador con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias — CRUE y disponibilidad de información, sistemática y oportuna de la capacidad instalada y atención de casos de los prestadores de la Red.)

- **Planes de Contingencia** ante la ocurrencia de un evento no planificado que afecte la prestación de los servicios de salud a la población afiliada, en relación con cambios en la demanda, cambios en la oferta o cambios en conjunto oferta-demanda, los Operadores de Servicios de Salud, deberán formular, implementar y evaluar planes de contingencia que garanticen la continuidad de la atención de los afiliados al Magisterio. En estos planes los Contratistas deberán integrar la comunicación oportuna a los usuarios sobre las contingencias y el plan implementado para evitar la interrupción en el acceso a las fases de promoción y mantenimiento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, asimismo la comunicación con los prestadores receptores para que continúen los tratamientos ya instaurados a los usuarios, evitando barreras para los docentes, pensionados y sus familias.
- **Monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red**, en lo relacionado con la gestión de la prestación de servicios de salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en los diferentes ámbitos y en cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud - SOGCS y la humanización de la atención; gestión de la prestación de servicios de salud en la Red de urgencias; resultados en salud obtenidos, definición de indicadores de gestión y Acuerdos de Niveles de Servicio, monitoreo de resultados e implementación de acciones de mejora y/o mantenimiento en el tiempo, por grupo de riesgo de la población.
- **Telesalud y Telemedicina**, Se adopta en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio los dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en Resolución 2654 de 2019 o las normas que la modifiquen, actualicen o sustituyan, en cuanto a la modalidad de prestación de servicios mediante telemedicina, para ello los Contratistas deberán formular, implementar, monitorear y evaluar los mecanismos necesarios para ejecutar en la población del Magisterio las actividades de telesalud cuyo objetivo es mejorar el acceso, la resolutivez, la continuidad y la calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud, mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones, para ello deberá implementar la tele orientación en salud y el tele apoyo. Asimismo, los Contratistas deberán implementar la telemedicina, cuyo objetivo es facilitar el acceso, mejorar la oportunidad y resolutivez en la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases: promoción y mantenimiento de la salud, prevención,

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Para ello deberán implementar las diferentes categorías: telemedicina interactiva, telemedicina no interactiva, tele experticia y tele monitoreo.

- **Salud Pública**, Acorde al Plan Decenal de Salud Pública se priorizan en el Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio los siguientes Ejes estratégicos o los que normativamente sean actualizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social:

Tabla 2. Ejes estratégicos, elementos orientadores y estrategias priorizadas en el MAISFPSM

Eje Estratégico	Elemento Orientador	Estrategias
Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud	Promoción y Protección de Modos, Condiciones y Estilos Favorables a la Vida y la Salud	<p>Promoción y Protección de Mejores Condiciones de Vida y Salud</p> <p>Promoción y Protección de la Salud Mental.</p> <p>Promoción y Protección de la Sexualidad Humana y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos</p> <p>Promoción de la Alimentación Saludable Promoción de la Actividad Física</p>
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 acorde a la normatividad vigente

Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública	Educación del talento humano para la gestión integral de la salud pública	Formación y educación continua del talento humano en salud pública. Talento humano para la gestión de la atención primaria integral en salud
--	---	---

Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

❖ RIESGO OPERACIONAL

En virtud de los contratos con los Operadores de Servicios de Salud, estos Contratistas asumen y gestionan el riesgo operacional de la prestación de servicios de salud a la población del Magisterio.

El Riesgo Operacional corresponde a la 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.

De esta manera en este ítem del Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio se determinan las acciones que los Operadores de Servicios de Salud deberán ejecutar en torno a la identificación y gestión del riesgo operativo.

- **Identificación del Riesgo Operacional**

Para el cumplimiento de esta etapa del ciclo de gestión de riesgos, en la identificación del riesgo operacional, acorde al MAISFPSM, los Operadores de Servicios de Salud deberán verificar desde sus procedimientos, procesos u otro mecanismo definido por los Contratistas relacionados con los siguientes temas:

- **Gestión del Sistema de Información**

Al respecto, para garantizar la fiabilidad de la información a partir de las características de oportunidad, disponibilidad, validez, veracidad, completitud y confiabilidad, los Operadores de Servicios de Salud deberán disponer e implementar mecanismos automatizados para:

- **Validación de derechos** que permitan la validación en línea de derechos de la población afiliada.
- **Evaluación de los registros clínicos** que permitan la evaluación de la consistencia de la historia clínica con los Formatos de Información de Atenciones en Salud - FIAS, Registros Integrales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, red prestadora, reportes normativos, Sistema de Vigilancia Epidemiológica - SIVIGILA, registro de incapacidades y licencias, entre otros.
- **Comunicación efectiva** con los usuarios incluye atención de solicitudes, quejas, reclamos de usuarios y prestadores; asignación, reprogramación y cancelación de citas.
- **Análisis de la gestión del riesgo** en salud que incluya entre otros la consolidación y análisis de la gestión de los operadores de servicios, en relación con la morbilidad, mortalidad, prevalencias e incidencias en salud y demás elementos de la gestión del riesgo en salud.
- **Evaluación de la fiabilidad** de la información que incluya la evaluación de la veracidad, validez, oportunidad, completitud, confiabilidad, seguridad, integralidad, disponibilidad y confidencialidad del sistema de información.
- **Calidad, consistencia y oportunidad en la entrega de información** incluye el cumplimiento de la presentación de informes, la calidad y la consistencia de la información, la respuesta y oportunidad a las solicitudes de información de los organismos de control y la Fiduprevisora S.A. así como el reporte a los entes de control según se requiera, acorde a mecanismos concertados con Fiduprevisora S.A.
- **Integración tecnológica**, los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar que su sistema de información esté integrado de manera automatizada como mínimo en sus sedes exclusivas.

- **Plan de contingencia** ante suspensiones del sistema de información, diseñado, implementado y evaluado mediante simulaciones que garantice la seguridad y el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos, incluye sistema redundante para protección y fiabilidad de la información. Los Operadores de Servicios de Salud deberán recolectar, analizar y resolver cualquier disfunción en el sistema de información.

- **Seguridad y confidencialidad de la información**, los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar la existencia, aplicación y evaluación de mecanismos o procedimientos para la seguridad de la información que incluyan:
 - Acceso no autorizado
 - Pérdida de información
 - Manipulación de información
 - Deterioro, de todo tipo, de los archivos
 - Asignación de claves de acceso
 - Existencia de copia de respaldo o “Backups” y copias redundantes de información.
 - Control documental y de registros
 - Indicadores de seguridad de la información

- **Historia Clínica Interoperable**

Acorde a publicaciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente y contiene los datos de los pacientes de acuerdo con la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica y de acuerdo con el artículo 34 “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”. Entiéndase que todos los datos de los pacientes son parte integral de la historia clínica.

La Ley 2015 de 2020 determina que la historia clínica Electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa

en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

La Historia Clínica Electrónica deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona de forma clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad. La información suministrada en la Historia Clínica Electrónica no podrá ser modificada sin que quede registrada la modificación de que se trate, aun en el caso de que ella tuviera por objeto subsanar un error. En caso de ser necesaria la corrección de una información de Historia Clínica Electrónica, se agregará el nuevo dato con la fecha, hora, nombre e identificación de quien hizo la corrección, sin suprimir lo corregido y haciendo referencia al error que subsana.

Interoperabilidad: capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

Interoperabilidad de datos de la Historia Clínica

Entendida como el ejercicio de colaboración entre los actores del Sistema de Salud de Colombia para intercambiar datos, información y conocimiento en el marco de los procesos asistenciales y administrativos de salud. Comprende el conjunto de usuarios, procesos, procedimientos, recursos físicos, lógicos, financieros, humanos y tecnológicos que interrelacionados registran, procesan, almacenan, recuperan y disponen datos.

Seguridad e la información y seguridad digital: Los Operadores de Servicios de Salud deberán establecer un plan de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y continuidad de la prestación del servicio, para lo cual establecerán una estrategia a través de la cual deberán realizar periódicamente una evaluación del riesgo de seguridad digital, que incluya una identificación de las mejoras a implementar en su Sistema de Administración del Riesgo Operacional acorde al alcance del MAISFPSM.

Para lo anterior, deberán contar con normas, políticas, procedimientos, recursos técnicos, administrativos y humanos necesarios para gestionar efectivamente el riesgo mediante la adopción de los lineamientos para la administración de la seguridad de la información y la

seguridad digital que emita el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien haga sus veces. Lo anterior, incluyendo lo señalado por la Ley 1581 de 2012 de Hábeas Data y Ley 527 de 1999 de Comercio Electrónico, o las normas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

Software/módulo de historia clínica interoperable:

El contratista debe implementar la historia clínica electrónica bajo los estándares, especificaciones y reserva de información que ordenan la ley y las normas reglamentarias vigentes. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de las TIC definan el lineamiento de interoperabilidad, el contratista deberá implementar la historia clínica electrónica interoperable en todas sus sedes exclusivas para todos los ámbitos y fases de atención; para efectos de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud Extramural deberá también extender la implementación a los Equipos Multidisciplinarios de Salud. De igual manera y en el mismo plazo, deberá implementar la historia clínica interoperable con los demás Operadores de Servicios de Salud que tengan a cargo las otras regiones del país.

Las demoras y fallas en la implementación de la historia clínica electrónica interoperable serán objeto de descuentos por ANS, sin perjuicio de la aplicación de la cláusula penal pecuniaria por este solo retraso más allá del período otorgado.

La historia clínica electrónica es requisito para el pago de cuentas a proveedores.

El contratista debe garantizar al afiliado el acceso a su historia clínica y a la historia clínica electrónica.

El contratista debe implementar en este módulo o funcionalidad:

Historia clínica electrónica ocupacional

Historia clínica de salud, parametrizando las atenciones por curso de vida de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, así como las intervenciones de las RIAS de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cáncer de Mama, Cáncer de Cuello Uterino, Chagas, Leishmaniasis, Dengue, Malaria, así como de las demás RIAS que deberá formular acorde a lo definido en el MAISFPSM.

Resultado de las ayudas diagnósticas.

Resultados de Laboratorios

Ordenes medicas de medicamentos

Este módulo debe marcar los diagnósticos que han sido calificados de origen laboral

El contratista debe implementar la interoperabilidad de la historia clínica electrónica a nivel nacional con el sistema general de salud según las fases que ordene la ley y el Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud, según sus competencias.

Dos (2) meses antes de finalizar el contrato, el contratista debe poner a disposición de FIDUPREVISORA S.A., los repositorios de las historias clínicas electrónicas de los afiliados al FOMAG bajo las garantías de integridad y reserva de la información registrada.

Gestión del Talento Humano

Los Operadores de Servicios de Salud deberán garantizar al interior de su Entidad lo siguiente en relación con el talento humano:

- a) Estructura administrativa del Operador de Servicios de Salud que sea suficiente para la atención de los procesos administrativos del MAISFPSM, en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud que hace parte integral de los contratos, se precisa en detalle la estructura administrativa requerida en el modelo.
- b) Estructura operativa para la gestión de la red de servicios que sea suficiente para la atención de la operación del MAISFPSM, en el Anexo de Prestación de Servicios de Salud que hace parte integral de los contratos, se precisa en detalle la estructura operativa requerida en el modelo.
- c) Planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos disponibles para la atención de servicios de salud.
- d) Disponibilidad e implementación de mecanismos administrativos para la gestión de la red en lo relacionado con capacitación continua y actualización del personal encargado de la gestión de la red.
- e) Mecanismos para evaluar la suficiencia de talento humano en salud en la red de prestadores contratada por los Operadores de Servicios de Salud.
- f) Mecanismos para evaluar la idoneidad del talento humano en salud.
- g) Mecanismos para asegurar la estabilidad y condiciones laborales dignas adecuadas que garantizan la continuidad del profesional y de la atención en todos los niveles

para no alterar la relación profesional paciente, esencial para el modelo de atención basado en la medicina familiar.

Gestión de la Satisfacción del Usuario

Disponibilidad e implementación de mecanismos administrativos para la gestión de la red en lo relacionado con satisfacción del usuario, incluye mecanismos y canales para la comunicación efectiva con los usuarios; la evaluación del entendimiento de la información y el impacto de estos mecanismos.

Entre estos mecanismos deben implementar página web, call center, redes sociales entre otros para proporcionar información relacionada con la carta de derechos de los afiliados; gestión y manejo de quejas, sugerencias y reclamos teniendo en cuenta sus causas y la tipificación establecida por Fiduprevisora S.A así como la evaluación de oportunidad y pertinencia; los contenidos del plan integral de salud a prestar, procedimientos para la afiliación al sistema y el reporte de novedades, la red integral de prestadores de servicios de salud que tiene habilitada en el departamento o distrito o municipio y su componente complementario, el prestador primario de atención al cual puede asistir, red de servicios para la atención de urgencias, los procedimientos disponibles para solicitar, autorizar y garantizar la atención en salud sin que sea requerido trámite administrativo por parte del afiliado.

Disponibilidad e implementación de mecanismos administrativos para la gestión de la red en lo relacionado con la atención en salud de los afiliados en todo el territorio nacional, cuando el servicio sea requerido en un municipio distinto al de residencia (Portabilidad), incluye los mecanismos que permitan por parte de los contratistas garantizar la prestación de servicios bajo las características de calidad establecida en el usuario objeto de portabilidad.

Gestión de los Recursos Físicos

- Humanización del Ambiente Físico en la Red de Prestadores
- Seguimiento a las condiciones de infraestructura física en las Sedes Administrativas del Operador según requerimientos contractuales con Fiduprevisora S.A que incluye condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada que contribuya a la satisfacción del usuario e incluya entre otros:

- 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.
- Salas de espera confortables
- Accesos adecuados que tengan en cuenta las necesidades derivadas de las limitaciones de los usuarios.

Además de las condiciones previamente señaladas el operador deberá dar cumplimiento a la NTC 6047 20/12/2013 y demás normas técnicas que la modifiquen, sustituyan y regulen para adecuar de manera integral cada una de las sedes de prestación de servicios.

- Adecuación del ambiente físico de los Operadores de Servicios de Salud y de su red de prestadores para garantizar condiciones de infraestructura que tengan en cuenta el enfoque diferencial poblacional y los grupos priorizados dentro de dicho enfoque por Fiduprevisora S.A.

Evaluación y Medición del Riesgo Operacional

Continuando con el ciclo general de gestión del riesgo, los Operadores de Servicios de Salud, una vez identificados los riesgos operacionales, deberán disponer mecanismos que permitan la medición y evaluación de los mismos, para ello el MAISFPSM considera como mínimo los siguientes aspectos.

- Determinar e implementar los mecanismos para establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos operacionales identificados, la severidad y el impacto sobre la salud de la población.
- Disponer e implementar mecanismos para la priorización de riesgos operacionales
- Disponer e implementar mecanismos para establecer límites de tolerancia para cada riesgo o factor identificado.

- Disponer e implementar mecanismos para la priorización de riesgos operacionales con mayor importancia.
- Disponer e implementar mecanismos para estimar riesgo inherente y riesgo neto (que incluya mecanismos de procesamiento, manejo y análisis de información para su estimación).

Tratamiento y control del riesgo operacional

Acorde a las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa N° 2022151000000050-5 de 2022, el Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo operacional inherente al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o impacto en caso de que se materialicen, por lo cual el MAISFPSM determina como mínimo implementación de las siguientes actividades por parte de los Operadores de Servicios de Salud:

- Diseño e implementación de controles para cada proceso
- Inclusión de controles en las políticas y procedimientos de la entidad
- Implementación de un Plan de Continuidad del Negocio

❖ RIESGO FINANCIERO

En virtud de los contratos con los Operadores de Servicios de Salud, estos Contratistas asumen y gestionan el riesgo financiero de la prestación de servicios de salud a la población del Magisterio. Teniendo como base las instrucciones sobre el sistema de administración de riesgos impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud para el Régimen de Excepción, para el MAISFPSM se incluyen bajo la denominación de Riesgo Financiero, los siguientes subsistemas que deberán ser gestionados por los Operadores de Servicios de Salud:

- Riesgo Actuarial
- Riesgo de Crédito
- Riesgo de Liquidez
- Riesgo de Mercado de Capitales
- Riesgo de Fallas de Mercado

○ RIESGO ACTUARIAL

El riesgo actuarial se entiende como la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos. Estos hechos, deben ser identificados, gestionados, tratados y evaluados por los Operadores de Servicios de Salud de acuerdo con diferentes factores internos y externos que pueden afectar los ingresos o los costos tales como los territorios donde opera, características de la población, temas regulatorios, entre otros.

A continuación, se enumeran algunos de estos riesgos que no son los únicos a tener en cuenta:

- **Riesgos de concentración y hechos catastróficos:** Corresponde a la posibilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una concentración de riesgos, bien sea por género, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados.
- **Riesgos de incremento inesperado en los índices de morbilidad y en los costos de atención:** Corresponde a la posibilidad de pérdida que se genera como consecuencia de variaciones considerables en las condiciones de morbilidad de la población afiliada, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención.
- **Riesgos de cambios tecnológicos:** Corresponde a la posibilidad de pérdida debido a la incorporación de nuevas tecnologías, que requieran incrementos en la financiación del plan de beneficios.
- **Riesgos de insuficiencia:** Posibilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las obligaciones contractuales (servicios autorizados y servicios facturados). Teniendo en cuenta la anterior definición, las políticas de gestión de riesgo actuarial deben considerar la forma en que se relacionan con las políticas de gestión de los otros riesgos.

La gestión de los riesgos financieros abarca todo riesgo que pueda afectar la prestación de los servicios de salud y la gestión para evitar riesgos financieros tales como; mercado, crediticio, operacional, de liquidez, de contraparte, sistemático, prestando especial atención

a los riesgos de los gastos en prestaciones donde el costo de las prestaciones supere lo estimado; riesgos de financiación donde los recursos financieros resulten insuficientes para cubrir obligaciones, lo anterior en el marco de la normatividad aplicable para los Regímenes Especiales y de Excepción.

De esta manera en este ítem del Modelo de Atención Integral en Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio se determinan las acciones que los Operadores de Servicios de Salud deberán ejecutar en torno a la identificación y gestión del riesgo financiero.

Identificación del riesgo actuarial

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan proyectar la evolución de los ingresos de acuerdo con la caracterización y conocimiento de su población afiliada teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios, demográficos y caracterización de la situación de morbimortalidad, de acuerdo con la normatividad, lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan Identificar posibles hechos catastróficos como epidemias, desastres naturales, o situaciones similares que afecten a un número elevado de afiliados, teniendo en cuenta que, este riesgo puede generar a la entidad gastos marginales asociados a estos eventos.
- Identificación de los costos de atención y de los servicios a prestar de la población afiliada mediante la determinación del cumplimiento de las frecuencias mínimas o periodicidad per cápita y el debido proceso para realizar los descuentos en caso de incumplimiento, incluye la elaboración y análisis de la nota técnica.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos para la identificación de posibles incorporaciones tecnológicas, medicamentos, entre otros.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos para la evaluación del comportamiento de la variabilidad del gasto.

Evaluación y medición del riesgo actuarial.

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan anticipar incrementos inesperados en los índices de morbilidad y por ende en los costos de atención.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos para la proyección que incluyan los posibles impactos y la ocurrencia, entre otros, de los factores de riesgo asociados a la concentración, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico de la población, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.
- Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas, a las que se encuentra expuesta.

Los modelos que se adopten para calcular estas pérdidas deben contar con los siguientes parámetros:

1. La probabilidad de ocurrencia del siniestro (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).
2. Los asociados con cada distribución que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad).
3. El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

Tratamiento y control del riesgo actuarial.

- Disponibilidad e implementación de medidas de control para establecer y actualizar periódicamente las políticas y los procesos financieros, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.
- Disponibilidad e implementación de medidas de control para hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.
- Disponibilidad e implementación de medidas de control para mitigar las potenciales pérdidas asociadas a un aumento inesperado de los costos de la atención en salud. Además de esta evaluación periódica, se debe realizar un análisis anual detallado donde se consolide toda la información de los anteriores puntos referenciados.
- Disponibilidad e implementación de medidas de control a la calidad de los sistemas de información financiera.
- Disponibilidad e implementación de medidas de control para que, en el evento de utilizar reaseguros como mecanismo de gestión del riesgo financiero, cuenten con una política formalmente establecida respecto al tipo de contrato del reaseguro a

realizar, los montos o niveles de cesión de riesgos y los requisitos que se exigirán para operar con la entidad, tales como la calificación de riesgo y la experiencia en las coberturas de riesgos ofrecidas.

- RIESGO DE CRÉDITO

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que se incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores o contrapartes en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones. Su materialización puede poner en riesgo la operación y por ende en los resultados en salud.

Identificación del riesgo crédito

Definición de los tipos de activos expuestos a este riesgo: i) las cuentas por cobrar (anticipos, por lo que los Contratistas deben evaluar el riesgo de que la contraparte no legalice o no haga la devolución de estos dineros) y ii) los instrumentos financieros. Estos últimos incluyen:

- Cuentas de Bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas) tales como: cuentas corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado monetario; carteras colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros.
- Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACOOP.
- Todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras

Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

- Disponibilidad y aplicación de modelos que permitan identificar la probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.

- Disponibilidad y aplicación de modelos que permitan estimar la pérdida esperada en que incurrirían las entidades dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo) en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez se ha materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años y la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos para la evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones) y los límites de exposición asociados al análisis de riesgos. Los Operadores de Salud podrán realizar un estudio agrupando activos sobre la base de características y perfiles de riesgo similares, teniendo en cuenta que será de forma individual si el activo es significativo.
- Disponibilidad e implementación de un modelo de cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a la que están expuestos por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normativa vigente.

Para estimar la probabilidad que el deudor/contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

i. En el caso de los deudores/cuentas por cobrar:

- Disponibilidad y documentación sobre análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago.
- Disponibilidad y documentación sobre la calidad del deudor y el plazo de la cartera: a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor.
- Disponibilidad y documentación (adicional al análisis individual por deudor), que permita se recomienda realizar un análisis segmentado por la línea de negocio (en tanto la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio y prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones realizadas u

obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros haya escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.

ii. En el caso de los instrumentos financieros:

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan clasificar la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan asignar factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del MHCP o sus modificatorias, por el cual se modificó el Decreto 2555 de 2010 y se establece el régimen de patrimonio adecuado para las entidades aseguradoras.

Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito

- Disponibilidad e implementación de políticas sobre límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada.
- Disponibilidad e implementación de políticas sobre deterioro de los activos.
- Disponibilidad e implementación de metodologías para el manejo del Capital Basado en Riesgo.
- Disponibilidad e implementación de políticas para la recuperación de cartera.

o RIESGO DE LIQUIDEZ

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente). Lo cual pone en riesgo la operación de la entidad y por ende en los resultados en salud.

Identificación del riesgo de liquidez.

Activos

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen liquidez inmediata).
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar).
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan identificar los ingresos operacionales.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre los cuales puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija o de operaciones, cobro de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

Pasivos

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan Identificar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, entre los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija, el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros.

Evaluación y medición del riesgo de liquidez.

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan la identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan la identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.

Tratamiento y Control del Riesgo de Liquidez

- Disponibilidad e implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno a las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores (política de pagos a proveedores).
- Disponibilidad e implementación de un sistema que permita la radicación oportuna, de preferencia en línea, por parte de los proveedores, de las facturas correspondientes a los servicios realizados por los prestadores de servicios.

- o **RIESGO DE MERCADO DE CAPITALS**

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte cualquier elemento de la situación financiera.

Identificación del riesgo de mercado de capitales

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan definir los factores de riesgo que generan su exposición a este riesgo. Como mínimo los operadores deben considerar las tasas de interés, el precio de las acciones, el de bienes inmuebles y la tasa de cambio.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan identificar los activos expuestos a la volatilidad de estas variables, como mínimo:
 - Respecto a los activos expuestos a la tasa de interés (instrumentos de renta fija principalmente) considerar al menos los siguientes: bonos ordinarios, bonos subordinados, bonos opcionalmente convertibles en acciones, bonos obligatoriamente convertibles en acciones, Certificados de Depósito a Término (CDT), Títulos de Deuda Pública (TES), bonos de capitalización, y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la Bolsa de Valores de Colombia (BVC).
 - Al considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable) por lo menos tener en cuenta acciones ordinarias,

preferenciales y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la BVC.

- Entre los activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, contemplar los terrenos, así como las construcciones y edificaciones de la entidad.
- Por último, considerar los activos y pasivos denominados en moneda extranjera a efectos de abordar la volatilidad de la tasa de cambio.

Evaluación y Medición del Riesgo de Mercado de Capitales.

- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan detallar la correspondiente valoración de los activos y pasivos (el precio o valor de mercado) expuestos a los factores de riesgos identificados por la entidad y mencionados en el numeral anterior como mínimo, aplicando de manera adecuada las mediciones, reconocimiento, presentación y revelación en aplicación del respectivo marco técnico normativo de información financiera y contable.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan escoger y aplicar una metodología para valorar la exposición de cada factor ante el riesgo de mercado de capitales, analizando de manera independiente las variaciones en las tasas de interés, de cambio, precio de las acciones y de los bienes inmuebles, como mínimo.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan escoger la metodología que considere más apropiada para la medición, en función de la información disponible, personal encargado de la estimación y las políticas establecidas por la entidad en la gestión de este riesgo. Para ello, se recomienda analizar la información histórica de las variables que generan exposición al riesgo de mercado de capitales para un periodo de observación efectivo de por lo menos un (1) año. Entre los posibles métodos de cálculo se encuentran: paramétricos o no paramétricos tales como el Valor en Riesgo (VaR), simulaciones de Montecarlo, simulaciones históricas, entre otros.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan calcular el capital adecuado que guarde correspondencia con los niveles de riesgo de cada entidad para cubrir las pérdidas inesperadas para cada uno de los factores de riesgo del mercado de capitales (tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y de bienes inmuebles, como mínimo). e. Agregar los requerimientos de capital de los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos.

Tratamiento y Control del Riesgo de Mercado de Capitales.

- Disponibilidad e implementación de un modelo de seguimiento de riesgo de mercado de capitales donde se identifiquen los criterios utilizados para calcular los niveles de exposición, los factores de riesgo, la periodicidad de evaluación y las fuentes de información.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan el control de los niveles de exposición a los diferentes factores de riesgo de mercado de capitales y especificar los límites máximos de exposición permitidos por la Entidad y los planes de contingencia para los casos en los que se superen dichos límites.
- Disponibilidad e implementación de mecanismos que permitan realizar pruebas de desempeño (back testing) del modelo interno para determinar la consistencia, precisión y confiabilidad del requerimiento de capital estimado para cubrir las pérdidas inesperadas.

- o RIESGO DE FALLA DE MERCADO

El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

Identificación del Riesgo de Fallas de Mercado

Para la identificación de este riesgo, los Operadores de Servicios de Salud deben determinar las relaciones existentes, según los mercados de referencia de servicios o productos indicativos, con sus proveedores tales como prestadores, farmacéuticas, talento humano, dispositivos médicos, entre otros, con el fin de identificar las fallas de mercado presentes allí.

Para la selección de los servicios o productos indicativos se recomienda tener en consideración tecnologías comparables entre los diferentes mercados de referencia y, la participación de estos servicios o productos en la frecuencia de uso y gasto o costo total de la entidad. Asimismo, se puede utilizar como referencia las rutas integrales de atención en salud RIAS y la caracterización de su población afiliada.

Teniendo en cuenta los mercados de referencia de servicios o productos indicativos y la oferta disponible para estos, la entidad debe identificar la presencia de fallas de mercado, entre otras, tales como:

- Fallos de la competencia, presencia de monopolios y oligopolios, así como problemas de comportamiento de los agentes que impliquen, por ejemplo, colusiones orientadas a generar acuerdos de precios.
- Asimetrías de información (información incompleta o imperfecta) que impidan hacer el seguimiento al cumplimiento contractual con los proveedores o hacer gestión del riesgo individual de la población asegurada.
- Existencia de integraciones verticales y horizontales, y grupos empresariales.
- Externalidades, generadas por personas o entidades que provocan impactos negativos afectando la eficiencia del mercado.
- Mercados incompletos.

Evaluación y Medición del Riesgo de Fallas de Mercado

- Los sobrecostos en la operación de los Operadores de Servicios de Salud derivados de las afectaciones en los precios transados.
- Las limitaciones en la capacidad de los Operadores de Servicios de Salud de hacer el seguimiento a los acuerdos contractuales y gestionar su riesgo en salud derivado de la baja disponibilidad de información sobre los servicios prestados a los afiliados
- Las restricciones en la gestión del riesgo en salud y sobrecostos asociados al déficit de la oferta de servicios de salud respecto de la demanda de los mismos.
- La reducción en la calidad de los servicios suministrados a los afiliados que pudieran llegar a generar menores resultados de salud.

Entre otros, se debe contar con una base de datos completa y oportuna de composición de la oferta y precios de los servicios, medicamentos y otros insumos que contrata con terceros. Asimismo, contar con información que le permita calcular indicadores de gestión que le faciliten la comparación de mercados y evaluación del efecto de las fallas de mercado.

Tratamiento y Control del Riesgo de Fallas de Mercado

Teniendo en cuenta la probabilidad e impacto de las diferentes fallas de mercado sobre las pérdidas, los Operadores de Servicios de Salud deberán implementar entre otras, las siguientes medidas:

- Documentar procesos o procedimientos para identificar actos o acuerdos contrarios a la libre competencia o que constituyan abuso de la posición dominante en el mercado. Asimismo, se deben adoptar políticas para informar sobre estas actividades a las autoridades competentes.
- Fortalecer la calidad y la oportunidad de la información de sus proveedores; así como velar por un flujo de información constante y de calidad sobre las prestaciones y desenlaces de salud de la población afiliada.
- Fortalecer los sistemas de auditorías sobre la contratación, facturación, entre otros.

❖ **RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA – SARLAFT /PADM**

El SARLAFT es el sistema de prevención y control que se debe implementar para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos / Financiación del Terrorismo, en virtud del cual, se deben adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social.

Es la posibilidad que en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

Identificación del Riesgo SARLAFT/PADM

Para identificar el riesgo de LA/FT/FPADM, los Agentes del SGSSS deben como mínimo establecer metodologías para la segmentación de los factores de riesgo. Al aplicar estas metodologías, los Agentes del SSSGS deben estar en capacidad de identificar los factores de riesgo de LA/FT/FPADM, los efectos potenciales y los riesgos asociados. Las entidades supervisadas podrán seleccionar las metodologías y técnicas que consideren más adecuadas,

dentro de las que se encuentran encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, y técnicas de escenarios, entre otras.

❖ RIESGO REPUTACIONAL

La probabilidad que el buen nombre y prestigio de una entidad sea dañado por uno o más de un evento reputacional, tal como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales de la entidad, conducta o situación financiera. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede mermar la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, o dar lugar a una disminución de su base de clientes, los negocios o los ingresos.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de dar cumplimiento a las normas que reglamentan los servicios de salud, se establecen los siguientes indicadores para realizar seguimiento del MAISFPSM, los cuales a su vez serán objeto de Acuerdos de Niveles de Servicio, al respecto se precisa que el detalle de la medición de estos indicadores se relaciona en las hojas de vida de cada uno de ellos, las cuales hacen parte integral de los documentos contractuales:

NOMBRE DEL INDICADOR	META
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Medicina General	2 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Odontología General	2 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Medicina Interna	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Pediatría	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ginecología	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Obstetricia	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Cirugía General	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ortopedia	5 días hábiles

Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Psiquiatría	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Otorrinolaringología	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Oftalmología	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Dermatología	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de otras especialidades	10 días hábiles
Tiempo promedio de entrega de medicamentos	100% en 24 horas
Proporción de medicamentos pendientes	0,00%
Proporción de medicamentos pendientes entregados en las primeras 24 horas	100%
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ecografía obstétrica	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Ecografía	5 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Tomografía axial computarizada	8 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Resonancia nuclear magnética	8 días hábiles
Tiempo promedio de espera para la realización de cirugías	15 días hábiles
Tasa de PQRS	3,2 X1000
Razón de Mortalidad Materna	40,6 x 100,000 Nacidos vivos
Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	<5,55%
Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)	10,7 x 1.000 Nacidos vivos
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)	14,2 x 100.000 Menores de 5 años
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	3 x 100.000 Menores de 5 años
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición	

	5,8 x 100.000 Menores de 5 años
Letalidad por Dengue	Menor o igual 2
Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada	Mayor o igual al 35%
Proporción de progresión de enfermedad renal crónica	Menor o igual al 41,8%
Proporción de Tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	Mayor 95%
Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR)	Mayor 95%
Proporción de Gestantes que cuentan con serología trimestral	100%
Proporción de niños con diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito que reciben tratamiento	100%
Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años	Mayor o igual al 50%
Proporción de pacientes hipertensos controlados	Mayor igual al 60%
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Mayor igual al 50%
Proporción de pacientes diabéticos controlados	Mayor igual al 60%
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Menor a 15 días
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Menor a 30 días
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Mayor o igual al 95%
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	6,4 x 100.000 mujeres
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Menor a 15 días.
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Menor a 30 días

Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)	De 0 a 4 días
Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico	Menor igual al 24,1 por 1000
Tasa de incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociado a Catéter	Menor o igual a 8,9 x 1000
Tasa de incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a catéter	Menor o igual al 12,5 x 1000.
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en servicios hospitalarios	Menor al 0,61%
Proporción de cancelación de cirugía	Menor o igual al 1,76%
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Menor 1,5x 100 egresos
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Menor o igual a 1,06%
Tutelas para la prestación de servicios incluidos en el plan de beneficios.	0
Suficiencia de Red de Servicios	0
Tiempo promedio para Radicación de Factura de Capita y soportes anexos.	Diez (10) días.
Vencimiento de Cuentas por Pagar	Las Metas porcentuales se establecen según la edad de la cartera, así: * Hasta 30 días: mayor o igual al 25%. * 31 - 60 días: menor o igual al 60%. * 61 - 90 días: menor o igual al 15%. * Mayor a 90: 0 %.
Indicadores Financieros	Igual o mayor a los requisitos financieros habilitantes. (*) razón corriente mínima sea 1.50 (*) razón de

	endeudamiento máxima 0.65 (*) razón de cobertura de intereses sea mínimo de 0.75 (*) razón de rentabilidad del patrimonio mínimo del 0.08 (*) razón de rentabilidad de los activos del 0.03
Tiempo promedio de espera para la atención de cita de Medicina Laboral	5 días hábiles
Oportunidad en la Calificación de Origen	85%
Oportunidad en la Calificación de PCL	95%
Oportunidad en el Ingreso a Rehabilitación por eventos laborales	100%
Oportunidad en el Ingreso a Rehabilitación por incapacidad laboral	100%
Oportunidad Reporte y cargue de RIPS	100%
Oportunidad Reporte y cargue FIAS	100%
Nivel de Atención (NDA) Contac Center	Mayor o igual a 85%
Porcentaje de Abandono Contac Center	Menor o igual 15%
Contigüidad	0%
Canales de Atención	100%
Identificación y Señalización sedes exclusivas.	100%
Oficina Virtual	100%
Entrega Planes de acción o mejoramiento	100%

Entrega oportuna de Informes	100%
Respuesta Oportuna de PQR	100%
Cumplimiento de indicadores de RIAS definidos en Anexo Técnico Indicadores de gestión relacionados con las RIAS PyM y MP	90%
Proporción de menores de 5 años con peso adecuado para la talla (Fuente RIPS)	>=95%
Proporción de menores de 5 años con talla adecuada para la edad (Fuente RIPS)	>=90%
Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)	8,7 x 1000 nv
Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con índice COP igual a 0	Se levantará línea de base en los primeros 6 meses de contrato
Proporción de hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadio clínico (pacientes en estadio 0, I y II)	> = 69%
Proporción de hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadio clínico (pacientes en estadio III, IV, V)	< 31%
Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinado)	100%
Proporción de mujeres con lesiones precáncer del cuello uterino (Lesión intraepitelial escamosa de alto grado o NIC II, NIC III o Carcinoma InSitu) y Adenocarcinoma endocervical in situ	>=24 %
Proporción de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama según estadio clínico	Prevalencia 313,52 x 100000 mujeres
Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto según estadio clínico	Prevalencia 52,75 x 100000 habitantes
Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido	100%
Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido	100%
Proporción de personas que asisten a sesiones educativas grupales según finalidad	>=7,2 sesiones grupales en el año por curso de vida

Cobertura de vacunación contra neumococo (dos dosis)	95%
Cobertura de vacunación de la tercera dosis de pentavalente en niños y niñas menores de un año	95%
Cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 año	95%
Cobertura de vacunación para refuerzo de triple viral	95%
Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación	95%
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	100%
Proporción de niños con riesgo otológico o auditivo identificado, a quienes se les realiza manejo según lo establecido en la RIAS de grupo de riesgo para las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación	$\leq 5\%$
Cobertura de aplicación semestral de flúor (barniz)	100%
Proporción de personas a quienes se realiza detartraje supragingival	100%
Proporción de personas con asesoría en anticoncepción	100%
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino y reclaman el resultado	100%
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	100%
Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año	100%
Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años	100%
Proporción de mujeres con mamografía reportada como Birards 4 o más que cumplen con el estándar de 30 días para la entrega de resultados de biopsia	100%
Oportunidad en la confirmación diagnóstica del cáncer de mama	≤ 15 días
Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica, según lo definido en el esquema)	100%

Proporción de personas mayores de 50 años con test de sangre oculta en materia fecal positivos a los que se les realizó colonoscopia	100%
Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años	100%
Oportunidad para la confirmación diagnóstica de cáncer de colon y recto	< 30 días
Proporción de mujeres de 10 a 49 años en las que la IVE se hacen efectivas según criterio de oportunidad (5 días)	100%
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10)	100%
Proporción de gestantes de alto riesgo con control prenatal realizado por especialista	100%
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	100%
Cobertura de gestantes con consulta de nutrición	100%
Proporción de gestantes con valoración de la salud bucal	100%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas)	37,95%
Proporción de mujeres con provisión de método anticonceptivo postparto o postaborto antes del alta.	100%
Cobertura de tamizaje de hipotiroidismo.	95%
Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	95%
Porcentaje de mujeres embarazadas con realización de serología trimestral	100%
Proporción de mujeres embarazadas con control prenatal por médico	100%
Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).	40,6 x 1000 nv
Funcionamiento de Equipos Multidisciplinarios de Salud - EMS para la Atención Primaria en Salud Extramural	100%
Cobertura de población con actividades de APS extramural	100%
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	0%
Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía	13,8 X 1 000 nv

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

El seguimiento y evaluación del MAISFPSM se ejecutará bajo la metodología que defina Fiduprevisora S.A, no obstante, esto no implica que Fiduprevisora S.A deba hacer entrega a

los Contratistas de los instrumentos, manuales, procedimientos, listas de verificación entre otros, pues la metodología definida por la Fiduciaria verificará las obligaciones contractuales de los Operadores y el cumplimiento del modelo descrito en este documento.

El objetivo del seguimiento y evaluación del MAISFPSM es monitorear la calidad esperada en la prestación de servicios de salud y evaluar sus resultados bajo el contexto de los riesgos en salud, operativos y financieros, promoviendo la generación de acciones correctivas que conlleven a la mejora continua del modelo de salud de la población afiliada.

La metodología de seguimiento y evaluación, contiene los componentes operativo, financiero y médico, ejecutando las supervisión mediante la interventoría de la Gestión Integral del Riesgo en la Prestación de Servicios de Salud, orientadas a identificar, analizar, evaluar y calificar el nivel de riesgo inherente y neto de potenciales riesgos y presuntas no conformidades en salud, operativos y financieros, en el marco de los atributos de calidad (eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, suficiencia, capacidad resolutive y satisfacción) definidos contractualmente, retroalimentar los resultados y promover acciones correctivas en los operadores y prestadores para el manejo de los riesgos identificados en pro de la mejora continua del modelo de salud de la población afiliada.

Adicionalmente y atendiendo a lo establecido en la cláusula segunda numeral 4.4.2 “La Fiduciaria deberá contratar, con cargo a los recursos del Fondo, la interventoría integral sobre los contratistas que presten los servicios de salud del plan de atención integral y la atención médica derivada de los riesgos laborales para los afiliados al Fondo, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que ello implique y el Sistema de Gestión y Seguridad en Salud en el Trabajo, con el número de auditores, la capacidad y suficiencia para vigilar la calidad en la prestación de los servicios de acuerdo con la población de cada región, y cuyo objeto tenga como mínimo las siguientes interventorías: (a) administrativa, (b) financiera, (c) de calidad de la prestación de servicios de salud, es necesario dentro del presente proceso contratar la prestación de los servicios de interventoría para el seguimiento, verificación, y evaluación de los contratos de prestación de servicios de salud del plan de atención integral y la atención de los riesgos laborales (atención médico asistencial de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, la calificación de origen y la calificación de la pérdida de la capacidad laboral), orientados a garantizar el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios en el territorio nacional. Que en virtud del seguimiento, la interventoría

recibirá los informes de los veedores de salud del magisterio y generará las mesas de trabajo para presentar el análisis y el resultado a los veedores.

Por su parte, los Operadores de Servicios de Salud deberán incluir dentro de sus procesos, procedimientos, políticas y/o lineamientos mecanismos para realizar el seguimiento y evaluación del cumplimiento del modelo de prestación bajo el enfoque de la gestión integral del riesgo en sus subsistemas, por parte de la red de prestadores contratada por ellos, generar planes de acción para subsanar los hallazgos y evaluar la efectividad de las acciones implementadas por sus prestadores en dichos planes de acción.

G. MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Define la forma en que se debe realizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el plan de beneficios del Magisterio a los docentes, pensionados y sus familias en los niveles de baja, mediana y alta complejidad, para los ámbitos de atención ambulatorio, urgencias, hospitalario y domiciliario en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna teniendo en cuenta la ruta lógica del proceso asistencial en cumplimiento de los atributos de calidad establecidos por Fiduprevisora S.A. garantizando la gestión integral del riesgo en salud, operativo y financiero.

El Objetivo del Modelo De Prestación De Servicios De Salud es garantizar el acceso efectivo, seguro y humanizado a los servicios de salud que se prestan acorde a la distribución geográfica de los docentes, pensionados y sus familias, optimizando los recursos y mejorando la calidad de los mismos a través del fortalecimiento de la capacidad resolutive, la implementación de mecanismos que permitan favorecer el cumplimiento de las prioridades en salud de la población del Magisterio y expectativas de los afiliados.

La totalidad de los componentes de este modelo se desarrollarán en el anexo técnico Modelo de Prestación de servicios de salud el cual hace parte integral del presente documento.

6.2.2. Alcance de los servicios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio (SGSSTM).

El alcance de los servicios a contratar comprende el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM, bajo el ciclo PHVA, que se deberá coordinar en cada una de las 97 Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC vigentes o las que surjan, garantizando y articulando el SGSSTM con los insumos de los operadores de salud; tales como, los indicadores, estudios e informes técnicos de la prestación médico asistencial de los ATEL y del proceso de calificación de la PCL.

En el diseño e implementación del SGSSTM se desarrollan los siguientes programas, definidos en el Decreto 1655 de 2015:

Componentes del SGSSTM

- 1) Diseño y estructura del SGSSTM
- 2) Programa de Medicina Preventiva
- 3) Programa de Medicina del Trabajo Docente
- 4) Programa de Seguridad Industrial
- 5) Programa de Higiene.

Otros componentes del Decreto:

- 6) Vigilancia epidemiológica, medición y evaluación, vigilancia de enfermedades (Psicosocial, voz, osteomuscular).
- 7) Estructuración de grupos de apoyo integral: Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo, comités de convivencia laboral, comités operativos de emergencia.
- 8) Revisar, analizar y retroalimentar los informes y los indicadores del proceso de la Atención médico asistencial derivada de los ATEL, la definición del origen y del proceso de calificación de la PCL analizando el efecto de todo lo anterior en el gasto médico producto de los accidentes de trabajo y de la enfermedad laboral.

Este alcance se presenta en forma gradual como lo establecen los estándares mínimos regulados por la Res. 0312 de 2019 o la que la modifique o sustituya.

Lo anterior, establecido en las obligaciones específicas, operativas, subproductos y productos que se generan en el marco del modelo, serán objeto de supervisión del contrato e interventoría integral: técnica, administrativa, financiera y jurídica, que permitan la aplicación de criterios de calidad y oportunidad en la gestión e impacto en el control de los riesgos laborales del sector.

De acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en los principios del modelo, en términos de: Enfoque en los educadores activos, liderazgo y participación de los educadores activos, gestión basada en riesgos SST, toma de decisiones basadas en evidencias (indicadores), modelo con enfoque en la mejora continua – Ciclo PHVA, integralidad de los servicios (abordaje de la prevención y promoción mediante asesoría, capacitación y asistencia técnica con autonomía técnica, administrativa y financiera), la accesibilidad por la aprobación de planes de trabajo o servicios a demanda y coordinación en los diferentes niveles de participación.

Población Objeto del Modelo

Una vez diseñado el modelo se procede a la fase de implementación del SGSSTM, de acuerdo con la caracterización de las 97 Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC vigentes o las que surjan ubicadas en 32 departamentos y Bogotá D.C. para los 9.193 establecimientos educativos oficiales y sus 40.468 sedes, con una población objeto a cubrir de 332.768 educadores activos (corte 30 de agosto 2022) ubicados en los municipios, departamentos y regional respectiva.

La caracterización de los 332.768 educadores activos es la siguiente: Por distribución geográfica, el 63.6% (211.592) de la población está ubicada en una zona urbana, el 34.5% (114.948) en zona rural y el 1.9% (6.228) restante no reporta. Las 40.468 sedes de los establecimientos educativos oficiales: Por distribución geográfica, el 22.8% (9.245) están ubicados en zonas urbanas, el 76.7% (31.057) en zonas rurales y el 0,4% (166) faltante no reporta; por tamaño, el 73,6% (29.785) corresponden a sedes Micro (1 < 10 trabajadores), el 22.2% (8.967) son sedes Pequeñas ($\geq 11 < 50$ trabajadores), el 3.6% (1.453) representa las sedes Medianas ($\geq 51 < 100$ trabajadores) y por último el 0.6% (263) es la participación de las sedes Grandes (≥ 101 trabajadores) en el total de sedes a nivel nacional.

Es menester precisar que las características de la presente población son dinámicas de conformidad a la duración del contrato, donde la misma puede crecer o decrecer conforme a las novedades que se presentan en las Secretarías de Educación de las diferentes regiones.

Aspectos Generales de la Atención de Eventos de Origen Laboral

La Fiduprevisora S.A. en cumplimiento de las disposiciones legales relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la accidentalidad y enfermedad laboral, con el fin de mitigar los riesgos de exposición laboral, mejorar las condiciones de salud y trabajo, así como el control del ausentismo y disminución de costos de la siniestralidad de origen laboral, con la gestión basada en riesgos SST, la toma de decisiones fundamentada en evidencias (indicadores) y el Modelo con enfoque en la mejora continua – Ciclo PHVA, bajo los lineamientos de la norma ISO 45001 del 2018, que involucra los elementos de la mejora continua PHVA presentes en el Decreto 1072 del 2015 (fundamentada en la norma OHSAS 18001); adelanta un proceso de Invitación Pública, para diseñar, implementar, mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, modelo que acoge la política de atención integral en seguridad y salud en el trabajo, con énfasis en la gestión de riesgos, orientados a garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de los educadores activos afiliados al FNPSM en el territorio nacional.

Actualmente se vienen desarrollando algunas actividades del SGSSTM como el programa de medicina del trabajo docente y se encuentran en elaboración la matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles y aplicación de la batería de riesgos psicosociales para diagnóstico de los mismos. El diseño e implementación total del SGSSTM permitirá afianzar las medidas preventivas y correctivas de los riesgos y ser la base para el mantenimiento y la mejora continua del sistema, así como establecer estrategias que propendan por la salud de los educadores activos en el ámbito laboral.

Se plantea acoger para el diseño e implementación total del SGSSTM, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mitigar los riesgos de exposición laboral y disminuir los accidentes y las enfermedades laborales, mejorar las condiciones de salud y trabajo, así como el control del ausentismo y disminución de costos de la siniestralidad de origen laboral, con la gestión basada en riesgos SST, la toma de decisiones fundamentada en evidencias (indicadores) y el Modelo con enfoque en la mejora continua – Ciclo PHVA, bajo los lineamientos de la norma ISO 45001 del 2018, que involucra los elementos de la mejora

continua PHVA presentes en el Decreto 1072 del 2015 (fundamentada en la norma OHSAS 18001), migrando a la implementación de la norma ISO 45001.

Estructura y Organización del Contratista Para Implementar el SGSSTM

La subdirección del SGSSTM depende de la Gerencia General del contratista, responsable de gerenciar la planeación, ejecución y seguimiento de las actividades objeto del contrato, un Coordinador Médico Regional SST y coordinadores de apoyo departamental, uno (1) por cada tres (3) Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, quienes a su vez cuentan con un equipo interdisciplinario especializado en SST conformado por los perfiles; psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, ingeniero y profesional en SST.

La Entidad Territorial Certificada en Educación - ETC, nominadora de los educadores activos afiliados al FOMAG, son los que coordinan, verifican, controlan y garantizan el cumplimiento de las funciones para la implementación del SGSSTM con asesoría de contratista para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, asegurando las condiciones de salud y trabajo adecuadas según el diagnóstico o perfil laboral establecido conjuntamente con la FIDUPREVISORA S.A., establecimiento educativo oficial con sus sedes y el proponente de SST.

El contratista emitirá informes según lineamientos de la FIDPREVISORA S.A., a las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC para la implementación de controles y retroalimentación de sistemas de acuerdo con las responsabilidades establecidas en los niveles de participación (Art. 24.4.3.2.3.) que corresponda. Así mismo, dispondrá de los recursos necesarios para la implementación, seguimiento y control inherente a las actividades propuestas.

Metodología de asesoría y asistencia técnica

El contratista desarrollará la gestión integral en promoción de la salud y prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales - ATEL relacionadas con asesoría, capacitación y asistencia técnica interdisciplinaria, para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM, se realizará a partir del ciclo PHVA – Planear, hacer, verificar y actuar, con enfoque de gestión integral del riesgo. Cada establecimiento educativo oficial y sus sedes, objeto de intervención deberá contar con un plan de trabajo específico aprobado por la Entidad Territorial Certificada en Educación - ETC que será apoyado para su ejecución por el directivo docente en cada institución educativa.

Para el desarrollo de la metodología se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:

- Planificar: Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.
- Hacer: Implementación de las medidas planificadas.
- Verificar: Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.
- Actuar: Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores. Decreto 1072 de 2015 Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Diseño: El diseño del sistema debe cumplir con todas las fases de ciclo PHVA, conforme a la norma técnica ISO 45001 del 2018, y sus modificaciones, que incluye la elaboración de los procesos, procedimientos, instructivos, guías, formatos y documentos, los cuales sera aprobados por la interventoria y la Fiduprevisora para aplicación de los mismos.

Implementación: La implementación del sistema desarrolla las actividades establecidas en la fase de planeación, por cada Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes.

Mantenimiento: Es un requisito impuesto por el Ministerio de Trabajo, no solo implementar el sistema, sino verificar su cumplimiento y correcto funcionamiento.

Mejora continua: Proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en este campo, de forma coherente con la política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la organización. Decreto 1072 de 2015 Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6. Artículo 2.2.4.6.2.

Fases de la Asesoría y la Asistencia Técnica

Para desarrollar la metodología fundamentada en las fases teniendo en cuenta sus respectivos entregables, a continuación, se describen dentro del ciclo PHVA con enfoque de gestión integral del riesgo, las fases y las actividades para la implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM, en las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.

A continuación, se describen de manera progresiva, sistémica y por fases, las actividades a ejecutar en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.



Módulo 0 – Diseño y estructura del SGSSTM: El producto de esta contratación será distribuido a todos los contratistas de Salud y del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo adjudicados, con el fin de aplicarlos en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Los productos del diseño y estructura del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo del magisterio SGSSTM será entregado a los contratistas adjudicados para su

implementación quien entrega los documentos técnicos, manuales, procedimientos, guías técnicas, instructivos, formatos y materiales necesarios para el inicio de la prestación del servicio.

Así mismo, se realizará una jornada de inducción sobre la metodología para la implementación del modelo, con una intensidad horaria no inferior a 24 horas, una vez al año, quien a su vez deberá replicar a todos los profesionales que vincule para la implementación del SGSSTM independientemente del rol que ejerzan en el modelo.

FASE I PLANEACIÓN

Esta fase incluye:

1. Evaluar el SGSSTM con base en la aplicación de los estándares mínimos acordes con el tamaño del establecimiento educativo y los informes técnicos en las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC entregados por FIDUPREVISORA S.A. como fuente para definir el diagnóstico de SST y la concertación del plan de trabajo. Literal A de esta fase.
2. Seleccionar, reclutar y realizar inducción del equipo administrativo y operativo.
3. Garantizar un sistema de información parametrizado (adecuación) permanente para el seguimiento y control de las actividades objeto del contrato, que genere evidencias de la gestión. Literal B de esta fase.
4. Establecer el plan de trabajo general para aprobación por parte de la FIDUPREVISORA S.A.
5. Establecer el plan de trabajo específico que defina el alcance del SGSSTM, las actividades y los indicadores de cumplimiento y resultado que den cuenta de la mejora continua del sistema, debe ser aprobado por las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC. Se entenderá el cumplimiento en la concertación cuando exista un plan para la totalidad de sedes de cada establecimiento educativo.
6. Identificar y asesorar en la conformación de los comités de seguimiento y control.
7. Realizar evaluación de cumplimiento de estándares mínimos SST, definidos en la Resolución 312 de 2019 o la que la modifique o sustituya, la evaluación debe ser adaptada para la población del Magisterio, y debe estar en el sistema de información para que cuantifique el nivel de cumplimiento.
8. Elaborar el plan de gestión del cambio con una metodología para el desarrollo y acompañamiento de las actividades de intervención a lo largo de la ejecución del

contrato que permita la medición a través de indicadores integrados en la gestión del cambio, este debe? incluir el plan de comunicaciones.

9. Durante la Fase de Planeación el contratista prestara los servicios de evaluaciones medica ocupacionales de ingreso, egreso, periódicos y para eventos folclóricos y deportivos, investigaciones de accidente de trabajo, investigación de enfermedad laboral y análisis de puesto de trabajo, con el objetivo de garantizar la continuidad de las actividades contratadas en prestaciones medico asistenciales de los eventos derivados de los riesgos laborales.
10. La historia clínica general y ocupacional debe estar en funcionamiento desde la adjudicación del contrato.
11. Los demás documentos que se generen en la fase de planeación deberán conservarse en forma física para luego digitalizarse y hace parte de Sistema de información requerido en los documentos de selección de la Invitación pública.

A. Diagnóstico del SGSSTM de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimientos educativos oficiales.

Una vez adjudicado el contrato objeto de esta invitación, el contratista contará con hasta cuatro (4) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, para dar cumplimiento a los literales A y B:

- Analizar la información entregada por la FIDUPREVISORA S.A. y el Ministerio de Educación Nacional MEN: diagnóstico situacional, informes de gestión existentes relacionada con la gestión previa realizada en SST, información oficial de la población objeto a atender por departamentos, municipios, Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
- Realizar evaluación de aspectos tales como: cumplimiento básico legal, factores de riesgo existentes (matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles y aplicación de la batería de riesgos psicosociales para diagnóstico de los riesgos psicosociales, si se cuenta con ellos al momento de la adjudicación de los contratos), tendencias de accidentalidad, comportamiento de la siniestralidad, entre otros.
- Coordinar con las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, la metodología para la aplicación de la autoevaluación de los estándares mínimos, resultados que permitirán la segmentación de los establecimientos educativos

oficiales y sus sedes. Dicho formato será definido durante Diseño y estructura del SGSSTM.

- Realizar evaluación de cumplimiento de estándares mínimos de SST en atención a la reglamentación vigente (Resolución 312 de 2019 o la que la modifique o sustituya), con la clasificación en atención a los resultados así: crítico menos del 60%, moderadamente aceptable entre 60% y 85% o aceptable mayor a 85%; entrada necesaria a considerar en la definición de los planes de trabajo SST.
- Coordinar con FIDUPREVISORA S.A. una mesa de empalme, con la participación de un integrante de su equipo de SST, el responsable actual de SST de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, un responsable del contratista y un miembro de la interventoría. Durante la reunión de empalme la FIDUPREVISORA S.A., dará a conocer por cada ETC, la información general contenida en una base de datos, como número de establecimientos educativos oficiales y sus sedes, número de educadores activos, estado de avance de actividades en SST, nivel de desarrollo en SGSSTM, responsables de SST, sistemas de información actual, entre otros, a través del integrante de SST referido anteriormente de la FIDUPREVISORA S.A.
- Entregar y presentar los resultados del diagnóstico SST.
- Entregar y presentar el plan de trabajo general y específico para aprobación a FIDUPREVISORA S.A. ETC e Interventoría.

B. Diseño y desarrollo de la herramienta tecnológica parametrizada (adecuación) para el seguimiento y control de las actividades objeto del contrato

- Presentar el Manual Funcional y Técnico del sistema de información parametrizado (adecuación) permanente en ambiente Web, el cual debe estar en producción al momento de presentar la oferta, contará con dos (2) meses asignados para adecuaciones que permitan la planeación, seguimiento y control de la operación diaria, la entrada, procesamiento y almacenamiento de información para la generación de reportes, así mismo, la consulta de la información a todos los actores de acuerdo con los roles concertados.

El contratista debe registrar la evaluación del SGSSTM en el sistema de información parametrizado. Se debe propender en todo momento por la seguridad de la información.

Son entregables de la Fase I:

- a) Caracterización / mapeo de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC asignadas: Información actualizada y disponible relacionada con variables como, Nombre de la ETC, dirección, teléfono, móvil, correo electrónico, número de establecimientos educativos, municipios, departamento y regional, número de educadores activos, avance de plan de trabajo en el sistema de información parametrizado (adecuado) por el contratista.
- b) Evaluación de cumplimiento de estándares mínimos de SST: la información diligenciada completa y veraz se cargará en el aplicativo parametrizado desarrollado por el contratista.
- c) Plan de trabajo general y específico por Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, en atención al diagnóstico y la información de entrada suministrada por la FIDUPREVISORA S.A., esta información se cargará en el aplicativo parametrizado desarrollado por el contratista.
- d) Definición de las fichas técnicas de los indicadores de gestión (cumplimiento, calidad, satisfacción del usuario) e impacto (disminución de accidentalidad, prevalencia e incidencia de la enfermedad laboral; ausentismo por causa médica de origen común y laboral), las cuales tendrán como mínimo la siguiente información: Nombre del indicador, tipo, fórmula de cálculo, fuente de datos, meta, tendencia, frecuencia y responsable.
- e) El seguimiento de los indicadores hará parte de los acuerdos de niveles de servicio-ANS, estos serán aplicados por la interventoría, una vez se adjudique el contrato y establecerán los comités, integrantes, niveles de decisión y de participación como mecanismo de seguimiento y control en la ejecución del SGSSTM y su correspondiente ejecución presupuestal.
- f) Evidencias de la asesoría prestada a las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC en la conformación y funcionamiento del COPASST, comité de sana convivencia y comités operativos de emergencia, lo cual se demostrará con: Acta de conformación de los comités y/o las directrices para su conformación y funcionamiento emitida por las ETC.
- g) Plan de visitas teniendo en cuenta el tamaño de los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
- h) Estimación de la aplicación de la bolsa de actividades y horas con base en la información de los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
- i) Propuesta de una clasificación de los diferentes establecimientos educativos oficiales y sus sedes, teniendo en cuenta criterios de: tamaño, avances en la implementación

del plan de trabajo y evaluación del SGSSTM (si se cuenta con los insumos), en el primer año.

FASE II OPERACIÓN

Esta fase incluye:

1. Recibir los lineamientos generales para el establecimiento de los planes de trabajo: análisis situacional, presupuesto, riesgos prioritarios a intervenir, control de siniestralidad y orientación a resultado positivo de la intervención de los riesgos, periodicidad de los comités de seguimiento, niveles jerárquicos de participación en estas, alcance de informes de gestión, planes y programas de intervención de riesgos prioritarios (psicosocial, de la voz y osteomuscular), entre otros, una vez el contratista firme el contrato, junto con el acuerdo de confidencialidad respectivo.
2. Socializar a los actores del SGSSTM, el plan de trabajo por región adjudicada y Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
3. Implementar el plan de trabajo por Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
4. Revisar, implementar y comunicar el plan de gestión del cambio. El contratista debe presentar una metodología para desarrollarlo y acompañar de manera transversal las actividades de intervención a lo largo de la ejecución del contrato, evidenciando a través de indicadores que se integran a la gestión del cambio. Debe incluir el plan de comunicaciones durante la ejecución del contrato previa autorización de la FIDUPREVISORA S.A. y/o Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC.
5. Acompañar la gestión de los comités de seguimiento y control de la interventoría.
6. Elaborar la encuesta de satisfacción y plan de análisis para determinar el nivel de aprobación de los servicios prestados por el contratista, debe ser revisada y contar con el visto bueno de la interventoría para aprobación por parte de FIDUPREVISORA S.A. La encuesta debe estar cargada en el sistema de información para su aplicación a la población usuaria.
7. Ejecutar el presupuesto de acuerdo a las actividades contratadas de acuerdo con la priorización de la matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles y aplicación de la batería de riesgos psicosociales.
8. Documentar la justificación de los ajustes a los planes de trabajo aprobados, si se presentan.

9. Asistencia a las mesas laborales, asistir a las mesas Laborales solicitadas por las Entidades territoriales en Educación o Fiduprevisora, para evaluar los casos de análisis Administrativo y asistencial relacionados con el proceso de eventos laborales (Accidente de Trabajo o enfermedad laboral) o proceso de Rehabilitación o reincorporación laboral.

Las mesas laborales se realizarán cada dos meses por cada Entidad Territorial Certificada en Educación. Se realizarán mesas laborales extraordinarias en los siguientes casos:

- Accidente de trabajo mortal.
- Aumento de la prevalencia de Enfermedades laborales en el último mes.
- Aumento de la Tasa de Accidentes de Trabajo.

Son entregables de la Fase II:

- a) Plan de trabajo cargado en el aplicativo parametrizado por Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
- b) Actas de intervención e informes específicos según programas, cargados en el aplicativo parametrizado.
- c) Registros de implementación del plan de gestión de cambio y comunicaciones.
- d) Informes de gestión mensuales, semestrales y anuales, incluyendo los niveles de cumplimiento de los de indicadores junto con su correspondiente análisis, cargados en el aplicativo parametrizado.

FASE III EVALUACIÓN Y DESEMPEÑO.

Esta fase incluye:

1. Monitorear la estructuración de los comités de seguimiento y control. (conformados por representantes del contratista, de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y la interventoría, con frecuencia mensual).
2. Monitorear los resultados de la encuesta de satisfacción para garantizar y mantener el nivel de satisfacción de los educadores activos con los servicios prestados por el

contratista, a través del cumplimiento de la meta del indicador y del sistema de peticiones, quejas y reclamos (PQRD) que opera en FIDUPREVISORA S.A.

3. Presentar y analizar los indicadores de gestión (cumplimiento, calidad y satisfacción del usuario) e impacto (disminución de accidentalidad, prevalencia e incidencia de la enfermedad laboral; ausentismo por causa médica de origen común y laboral) así como la siniestralidad, de forma periódica y ajustar las actividades de acuerdo con su comportamiento.
4. Seguir el plan de gestión del cambio y comunicaciones: adherencia e impacto.
5. Disponer de la totalidad de los soportes documentales: la interventoría validará los soportes digitales en línea, mediante el aplicativo parametrizado y los físicos mediante muestreo representativo o por conveniencia definida.
6. Presentar informes de gestión por Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes: detallar la ejecución del plan del trabajo y de los indicadores del SGSSTM, con especial énfasis en los indicadores de impacto, así como la siniestralidad, resultado y seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones realizadas a las ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes. La presentación de los informes para aprobación de la supervisión o interventoría, es obligatorio con periodicidad mensual.

Son entregables de la Fase III:

- a) Informes de gestión.
- b) Actas de reunión de los comités de seguimiento y control
- c) Planes de mejora en atención al análisis de la información evaluada.

FASE IV MEJORA

Esta fase incluye:

1. Toma de acciones de mejora como resultado del análisis de la información relacionada con el SGSSTM (monitoreo y medición, investigación de incidentes, auditorías, acciones correctivas y preventivas).
2. Replanteamiento y / o ajuste de actividades y recursos de ser necesario (retroalimentación al proceso de planificación).

Informes de gestión por ETC y establecimiento educativo oficial

El producto de esta fase es la verificación y seguimiento detallado de la ejecución del plan del trabajo y de los indicadores del SGSSTM con especial énfasis en los indicadores de impacto, (disminución de accidentalidad, prevalencia e incidencia de la enfermedad laboral; ausentismo por causa médica de origen común y laboral), así como la siniestralidad, resultado y seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones realizadas a las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes. Esta información se encuentra desagregada en la ficha del ANS.

Como resultado y soporte del verificar, se debe realizar mensualmente la actualización del informe de gestión para las ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes, en donde se compara lo planeado vs lo ejecutado acumulado por actividad, programa, sede, municipio, departamento y regional.

Análisis de resultados por Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimiento educativo oficial.

Consiste en realizar un análisis de la efectividad de las actividades implementadas en las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y establecimientos educativos oficiales y sus sedes, así como la definición de un plan de acción con acciones preventivas y correctivas según sea el caso para el próximo año.

Con el fin de evaluar la efectividad del programa de intervención y orientar el siguiente plan, se realiza el análisis de efectividad, seguimiento y análisis de los resultados de los indicadores de gestión. Esta actividad tiene como objetivo medir el avance en términos de indicadores de estructura, proceso y resultado en la implementación del SGSSTM, así como impartir recomendaciones con base en el análisis de la causalidad de la accidentalidad, de acuerdo con los controles realizados por la ETC.

Revisar el avance documental y actividades relacionadas con los requisitos básicos legales, así como también los procedimientos relacionados con el SGSSTM y su operacionalización. Esta actividad se deberá socializar con la alta dirección y el Coordinador del SST, así como el gerente general del contratista.

Como resultado y soporte de esta etapa se podrá actualizar o ajustar el plan de trabajo en concertación con la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC.

El plan de trabajo debe estar cargado en el Sistema de Información para consulta de la ETC, la interventoría y la Fiduprevisora. Así como un tablero de Control donde se pueda evidenciar en tiempo real los avances y cumplimiento de cada actividad programada.

Son entregables de Fase IV:

- a) Planes de mejora en atención al análisis de la información evaluada.
- b) Soportes de la reasignación y / o ajuste de planes de trabajo
- c) Soportes de la reasignación y / o ajuste de recursos.

SERVICIOS CONTRATADOS PARA EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Para la prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, deberá prestar los servicios a través de Prestadores de servicios de salud habilitados y prestadores de servicios de seguridad y salud en el trabajo con licencia en seguridad y salud en el trabajo vigente de acuerdo a la Resolución 4502 de 2012 y la normatividad que modifique la presente resolución, ambas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, o en su defecto, la normatividad que las modifique.

Los servicios contratados están definidos en el **Formato No. 15.1. Valores Unitarios Servicios SGSSTM** para cada Entidad Territorial Certificada en Educación, establecimientos Educativos, Sedes Educativas y docentes y directivos docentes afiliados.

El contratista aplicará los productos definidos en el Diseño del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo y los demás aplicables para el Régimen de Excepción del Magisterio.

ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DEL SGSSTM (DECRETO 1655 DE 2015)

El contratista deberá cumplir con el desarrollo e implementación de las actividades del SGSSTM y programas para los docentes y directivos docentes afiliados al FOMAG:

Programa de Medicina Preventiva. (Art. 2.4.4.3.3.4.)

Las actividades de este programa se orientan a la prevención y control de las patologías, generadas por el estilo de vida de los educadores activos y por su entorno laboral, a través de las siguientes acciones:

1. Promover hábitos de autocuidado y de estilos de vida saludable.
2. Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica en articulación con los programas de Higiene y Seguridad Industrial, que incluyan acciones de capacitación grupal para la prevención de riesgos ocupacionales, procedimientos adecuados para evitar accidentes de trabajo, campañas masivas de vacunación y exámenes médicos.
3. Promover actividades de vida saludable que fomenten la salud física y mental de los educadores activos.
4. Realizar campañas sobre estilos de vida y trabajo saludable, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, prevención de las enfermedades de mayor mortalidad a nivel cardiovascular, cáncer uterino, de próstata y de seno, así como sobre enfermedades de alta incidencia en la sociedad, como diabetes, osteoporosis, afecciones gástricas y hemáticas, entre otras.
5. Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por riesgos psicosociales.
6. Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades musculoesqueléticas generadas por riesgos físicos o ergonómicos.
7. Diseñar y ejecutar actividades de prevención y promoción sobre riesgos laborales relacionados con la voz y dar inicio o activar la RIAS de esta patología cuando se detecte riesgo elevado en el perfil epidemiológico o síntomas tempranos.
8. Realizar los perfiles del riesgo laboral de los educadores activos respecto de las enfermedades laborales de mayor incidencia en el desempeño de la labor docente y directiva docente.

Programa de Medicina del Trabajo Docente. (Art. 2.4.4.3.3.5.)

Las actividades de este programa se orientan a la prevención del riesgo de las enfermedades laborales y su intervención oportuna para evitar el agravamiento de las patologías causadas por la labor docente, a través de las siguientes acciones:

1. Realizar valoraciones médicas de ingreso para establecer las condiciones de salud física y mental del educador que determinen su aptitud y las restricciones que pueda presentar para el desempeño del cargo como educador, antes de posesionarse en el mismo.
2. Realizar valoraciones médicas ocupacionales periódicas para determinar los riesgos laborales de mayor incidencia a los que se encuentran expuestos los educadores

activos. Los hallazgos patológicos resultado de esta valoración, deben activar rutas de atención integral o remisión inmediata a la red de atención que lo requiera sin que implique una nueva valoración por el nivel primario.

3. Realizar valoraciones médicas de egreso para determinar el estado de salud del educador activo al retirarse del servicio, la cual deberá practicarse dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de ejecutoria de la resolución que dispone el retiro del servicio.
4. Investigar y analizar la ocurrencia de enfermedades y accidentes laborales acaecidos y establecer las medidas preventivas y correctivas a que haya lugar.
5. Prestar asesoría en aspectos médicos laborales tanto en forma individual como colectiva a los educadores activos.

Otras actividades del programa de Medicina del Trabajo Docente:

- a) Realizar Exámenes ocupacionales para participar en eventos deportivos y folclóricos. (Art. 2.3.6.3.11. del Decreto 1075 de 2015, numeral 12 y 13).
- b) Elaborar y entregar anualmente un diagnóstico general comparativo de salud laboral de la población docente por Entidad Territorial Certificada en Educación, por departamento y regional. El diagnóstico de salud laboral debe comprender como mínimo, lo siguiente:
 - Información sociodemográfica de la población docente y directiva docente (sexo, grupos etarios, composición familiar, estrato socioeconómico).
 - Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes peligros y riesgos ocupacionales.
 - Información de exposición laboral actual, según la manifestación de los docentes y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios.
 - Sintomatología reportada por los docentes.
 - Resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados.
 - Diagnósticos encontrados en la población docente.
 - Análisis y conclusiones de la evaluación.
 - Recomendaciones.

Cada actividad debe incluir los exámenes complementarios descritos en el profesiograma. En caso de que se identifique un factor de riesgo de contraer una enfermedad, el médico

que realiza la evaluación médica ocupacional podrá solicitar ayudas diagnósticas o remisión a otras especialidades justificando la pertinencia del servicio.

Programa de Seguridad Industrial. (Art. 2.4.4.3.3.6.)

Las actividades de este programa se orientan a la identificación de las condiciones y los factores de riesgo que provoquen o puedan provocar accidentes de trabajo, a través de las siguientes acciones:

1. Realizar inspecciones planificadas a los lugares de trabajo para la identificación de los factores de riesgo de accidentes de trabajo en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes (a partir de la terminación de la Fase de Planeación) .
2. Implementar acciones correctivas para mejorar los niveles de seguridad industrial y las condiciones laborales en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
3. Investigar las causas de accidentes de trabajo, analizar sus estadísticas y establecer el plan de acción para mitigar los riesgos y prevenir los accidentes de trabajo en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes y reportar los hallazgos a las entidades nominadoras para coordinar las acciones de mejoramiento requeridas.
4. Actualizar la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos de los establecimientos educativos y definir las rutas de señalización, la demarcación de áreas, vías de evacuación y detectar posibles factores de riesgo.
5. Conformar y capacitar brigadas de emergencia en primeros auxilios, evacuación, control de incendios y simulacros.
6. Organizar y desarrollar los planes de emergencias, de acuerdo con el análisis de vulnerabilidad de cada establecimiento educativo oficial, en articulación con la Entidad Territorial Certificada en Educación.
7. Implementar el programa de orden y aseo aplicable en las instalaciones del establecimiento educativo, en articulación con la Entidad Territorial Certificada en Educación.
8. Elaborar y promover en articulación con el programa de Medicina Preventiva, las normas internas de seguridad y salud en el trabajo y el reglamento de higiene y seguridad industrial.

Programa de Higiene. (Art. 2.4.4.3.3.7.)

Las actividades de este programa se orientan a la identificación, evaluación y control de los factores de riesgo y agentes ambientales que ocasionan las enfermedades laborales en los establecimientos educativos, a través de las siguientes acciones:

1. Identificar, clasificar y priorizar los factores de riesgo detectados en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
2. Determinar los elementos de protección personal que se requieren en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
3. Evaluar las condiciones ambientales en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
4. Capacitar a los educadores activos para que conozcan los riesgos a que están expuestos y la forma de prevenir las enfermedades laborales.
5. Investigar y analizar las causas de las enfermedades laborales más frecuentes y reportarlas a las entidades territoriales nominadoras y a Fiduprevisora.

Vigilancia epidemiológica. (Art. 2.4.4.3.4.1., Art. 2.4.4.3.4.2, Art. 2.4.4.3.4.3)

Frente a las enfermedades susceptibles de vigilancia epidemiológica prioritaria que tienen alta prevalencia, incidencia, accidentalidad, incapacidad y que disponen de formas preventivas o de posibilidad de tratamiento adecuado, el contratista deberá:

1. Desarrollar el procedimiento para la elaboración e implementación de los programas de vigilancia epidemiológica, los registros e indicadores de estructura, proceso y resultado de acuerdo con los riesgos laborales del Magisterio y el resultado del análisis del diagnóstico de salud.
2. Establecer e implementar los programas, protocolos y guías de intervención, orientados a la prevención de patologías relacionadas con los procesos de enseñanza, el mejoramiento de las condiciones del ambiente laboral en los establecimientos educativos y el control de los factores de riesgo a los que se encuentren expuestos los educadores activos.
3. Desarrollar los programas permanentes para la identificación de los factores de riesgo psicosocial, de la voz y músculo esquelético.
4. Enviar la información epidemiológica a la Fiduprevisora y el FOMAG que permita realizar acciones directas o intersectoriales para la solución de los hallazgos epidemiológicos de manera periódica a través de los contratistas definidos para tal fin.

Estructuración de grupos de apoyo integral.

Estos grupos están orientados a la estructuración, seguimiento de la implementación organizada y metódica de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST, Comités de convivencia laboral y comités operativos de emergencia, en articulación con la Entidad Territorial Certificada en Educación.

Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo. (Art 2.4.4.3.5.1., Art 2.4.4.3.5.2.)

El contratista deberá:

1. Asesorar en la estructuración de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Realizar seguimiento y asesoría en la actualización de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo en cada establecimiento educativo oficial.
3. Capacitar a los miembros de los comités en las funciones de vigilancia, en el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial que debe realizar en /la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC a la que pertenece.
4. Capacitar en el análisis de los accidentes de trabajo y enfermedades Laborales.

Comités de convivencia laboral.

Es responsabilidad del contratista, lo siguiente:

1. Asesorar en la estructuración de los Comités de convivencia laboral.
2. Realizar seguimiento y asesoría en la actualización de los Comités de convivencia laboral en cada establecimiento educativo oficial.
3. Capacitación en liderazgo, ética y control, resolución de conflictos, comunicación asertiva organizacional y manejo del estrés de acuerdo con las necesidades establecidas en la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC.

Comités o Brigadas Operativas de Emergencia.

El contratista deberá realizar seguimiento a:

- La elaboración del Plan de Emergencias de acuerdo con el análisis de vulnerabilidad de cada establecimiento educativo oficial.
- La conformación y capacitación de brigadas de primeros auxilios, evacuación, control de incendios y simulacros.

La organización y desarrollo los planes de emergencias.

En atención medico asistencial de los eventos laborales derivados de los Riesgos laborales el contratista:

Realizara la atención medico asistencial de los eventos derivados de los riesgos laborales de accidente de trabajo y enfermedad laboral dando cumplimiento al Modelo de Atención de Salud definido para el magisterio y las actividades de calificación de origen y Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral definido Manual de Calificación del Decreto 1655 del 2015, Sección 7.

Estas actividades están definidas de forma explícita en Anexo Técnico Medicina Laboral.

Mesas Laborales

Las mesas laborales deben realizarse de forma bimensual con cada Entidad Territorial Certificada en Educación, con el objetivo de evaluar casos específicos que presenten alguna desviación en la atención y que generen impacto en la prestación del servicio educativo; tales como, la falta de calificación de origen del evento; casos con incapacidad mayor a 90 días o 120 días según concepto y pronóstico de rehabilitación, sin calificación de PCL; estado de los casos en rehabilitación y planes de rehabilitación o reincorporación laboral; casos con falta de resolución para pensión de invalidez; casos sin mesada pensional; casos con PQRD o tutelas; entre otras, así como las actividades de impacto en la implementación del Sistema General de seguridad y Salud en el trabajo en el Magisterio.

Las mesas laborales se realizarán cada dos (2) meses por cada Entidad Territorial Certificada en Educación. Se realizarán mesas laborales extraordinarias en los siguientes casos:

- Accidente de trabajo mortal.
- Aumento de la prevalencia de Enfermedades laborales en el último mes.
- Aumento de la Tasa de Accidentes de Trabajo.

Los casos evaluados deben salvaguardar la privacidad del Diagnóstico del docente o directivo docente.

Se deben presentar los resultados de la ejecución de los contratos en las actividades para las cuales fue adjudicado el contrato que representa.

En cada mesa laboral se realizará el diligenciamiento del acta del día y esta será presidida por la Entidad Territorial Certificada en Educación.

El contratista suministrara información sobre los casos que son objeto de reintegro para conocimiento por parte de la Entidad Territorial Certificada en Educación y las recomendaciones que se consideren oportunas para el reintegro sin que la actividad laboral genere daños en la salud del docente.

Si se requiere toma decisiones en relación algún caso específico objeto de la mesa laboral, será responsabilidad del representante de la ETC y el Coordinador Departamental de Medicina Laboral y atención de Riesgos Laborales la toma de decisión.

Integrantes de las mesas laborales

Los integrantes de las mesas laborales deben conocer previo a la mesa laboral los casos a evaluar, así como los resultados de cada actividad contratada para la población perteneciente a cada Entidad Territorial Certificada.

La mesa laboral debe estar integrada por:

REPRESENTANTE	CARGO
Contratista de servicio de Salud y de Servicios de Seguridad y Salud en Trabajo	Coordinador Departamental de Medicina Laboral y atención de Riesgos Laborales
Contratista de servicio de Salud y de Servicios de Seguridad y Salud en Trabajo	Coordinador de Apoyo Departamental asignado para la ETC.

Contratista de servicio de Salud y de Seguridad y Salud en Trabajo	Coordinador Departamental de Red (Salud)
Entidad Territorial Certificada en Educación	Profesionales, técnicos o representantes que defina la secretaria de Educación
Sindicato	Representante o delegado del Sindicato

A las mesas laborales asistirán como invitados las personas que se consideré pertinente para tomar decisiones con relación a las condiciones de salud de los docentes o directivos docentes pertenecientes a la Entidad Territorial Certificada.

Agenda de las mesas laborales

- Lectura de compromisos definidos en la mesa laboral anterior para la ETC.
- Presentación de los resultados de la ejecución de las actividades de Servicios medico asistenciales en atención de eventos laborales y Medicina Laboral.
- Presentación de los resultados de la ejecución de las actividades contratadas para el Sistema Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Casos de evaluación de la mesa laboral los cuales deben contener como mínimo:
- Nombre completo
- Cedula
- Estado de afiliación
- Fecha del evento
- Tipo de evento (accidente de trabajo, incidente, enfermedad labora l, incapacidad permanente prolongada, reintegro o reincorporación laboral)
- Tiempo de incapacidad
- Estado de calificación de origen (instancia de calificación)
- Prestaciones asistenciales
- Calificación de PCL (instancia de calificación)
- Recomendaciones
- Estado del caso en rehabilitación
- Compromisos
- Conclusiones

ASPECTOS FUNCIONALES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Este capítulo se encuentra desarrollado en el ANEXO TÉCNICO - SISTEMA DE INFORMACIÓN

6.3. CARACTERIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

La determinación del Consejo Directivo del FOMAG de mantener el ámbito regional planteado en el Numeral 7 del Artículo 1 del Acuerdo 09 de 2016 de Consejo Directivo del FOMAG, conlleva a la realización de este análisis para constituir regiones “...de un tamaño intermedio, que integren poblaciones entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente...”. Actualmente se conformaron diez (10) regiones, con un número de afiliados que va desde 49.067 afiliados en la Región 9 (Caldas, Quindío y Risaralda) y 137.515 en la Región 10 (Bogotá, Cundinamarca, Vichada, Guainía, Vaupés, Guaviare y Amazonas).

El presente análisis tiene como objetivo lograr demarcar regiones que integren poblaciones entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente para garantizar la prestación de servicios de salud y el acceso efectivo a los afiliados del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, a partir de la organización de unidades geográficas contiguas, que compartan características en su territorio, capacidades instaladas y determinantes de salud del territorio.

De conformidad con el Decreto No. 441 de 2022 sección 2 de acuerdo de voluntades artículo 2.5.3.4.2.1 Elementos para la negociación de acuerdos de voluntades para la Prestación del Servicio y Tecnologías en salud “la caracterización de la población o el análisis de la situación en salud según corresponda y conforme con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social así como la información adicional que se requiera para los prestadores de los servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud estén en capacidad de identificar las condiciones de salud de la población que será atendida.

CARACTERÍSTICAS DEL TERRITORIO

Distribución político-administrativa

La organización territorial de las regiones responderá a la agrupación de unidades geográficas espacialmente contiguas que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades desde una escala al nivel departamental.



Figura 1. División Político-Administrativa de Colombia.

El concepto de región en su escala más alta inicia con la distribución político-administrativa de nuestro país, las divisiones del territorio colombiano también se conocen como entidades territoriales. Las mismas se organizan en tres niveles: i) departamental, ii) distrital o municipal, y iii) representaciones a nivel de las comunidades étnicas, todas ellas caracterizadas por tener gobiernos de autoridades propias elegidos mediante votación popular con vigencias de cuatro años, y por contar, en el marco de la descentralización estatal, con autonomía para ejercer las competencias definidas por la ley, para administrar los recursos que les trasfiere la nación y para establecer los impuestos necesarios para cumplir sus funciones y servicios.

Colombia está organizado en 32 departamentos descentralizados, cuenta con seis distritos especiales y 1.122 municipios, que se distribuyen en seis regiones naturales: Andina, Caribe, Pacífica, Orinoquía, Amazonía y las áreas insulares.

La división del territorio por regiones naturales la definen como aquellas zonas que reúnen condiciones similares de topografía, clima, vegetación y fauna, cada una con diferentes

subregiones; demostrando que Colombia tiene una gran diversidad de paisajes naturales, por consiguiente climas, productos vegetales, animales y las personas que las habitan con diversas características: Antioqueños, boyacenses, tolimenses, nariñenses y santandereanos, las principales características que los definen son físicas y de comportamiento.



Figura 2. Regiones Naturales Colombia

Regiones Administrativas y de Planificación

El Estado Colombiano adicionalmente a las regiones naturales desarrollará la figura de las Regiones para planificar, organizar, y ejecutar sus actividades en el proceso de construcción colectiva del país, por lo cual a través del ordenamiento territorial promovió el establecimiento de Regiones de Planeación y Gestión, Regiones Administrativas y de Planificación (RAP) teniendo como marcos las relaciones geográficas, económicas, culturales, y funcionales, a partir de ecosistemas bióticos y biofísicos de identidades culturales locales, de equipamientos e infraestructuras económicas y productivas y de relaciones entre las formas de vida rural y urbana, en el que se desarrolla la sociedad colombiana.

Según el artículo 306 de la Constitución Política las RAP son entidades conformadas por dos o más departamentos contiguos, así como por las asociaciones de departamentos (siempre

que sean contiguas), con personería jurídica, autonomía financiera y patrimonio propio, con principios de gradualidad, flexibilidad y responsabilidad fiscal.

El mapa Regiones administrativas y de planificación, representa el estado de las RAP a nivel nacional, diferenciando el estado en el proceso de formulación de estas. En el mismo, se puede apreciar que 22 de los 32 departamentos del país se encuentran vinculados en la actualidad a una RAP.



Figura 3. Regiones Administrativas y de Planificación RAP
Fuente: Departamento Nacional de Planeación – DNP, 2021.

Sub-Regiones Funcionales

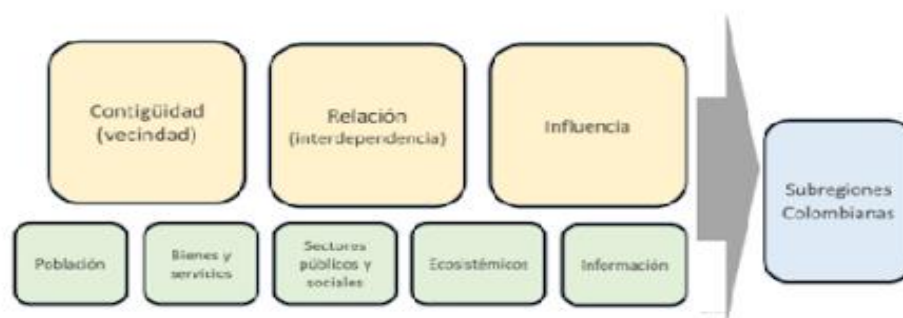
Son unidades territoriales definidas a partir de la interdependencia funcional y de la densidad de flujos entre sus elementos. El sistema se organiza en torno a un polo o centro, en el cual todos sus elementos se relacionan más intensamente que con otros nodos localizados fuera del ámbito territorial.

En la región funcional se trata de explicar procesos de integración de territorios a partir del alcance que ejercen determinados polos o centros (nodos) según su jerarquía y fuerza de articulación y los vínculos existentes entre sus habitantes y su integración funcional. La región nodal o funcional no responde al principio de homogeneidad, sino a la función de articulación interna que genera una estructura organizada. Se establece a partir del análisis de densidad de redes de circulación y flujos de personas, bienes e información, es decir, a partir de la interacción entre lugares.

La sub regionalización para Colombia se enmarca en un enfoque de región funcional, donde las unidades territoriales son definidas a partir de la interdependencia funcional y de la densidad de flujos entre sus elementos. Dichos flujos se refieren a las interacciones económicas y sociales entre los habitantes, las organizaciones y las empresas de un territorio, al intercambio de bienes y servicios productivos y ecosistémicos, y a los flujos de información que se concentran en dicho territorio.

Las sub regiones funcionales parten de las categorías de los flujos territoriales dentro de los cuales se puede considerar: i) poblacionales (flujos de personas), ii) económicos (flujos de bienes y servicios), iii) ambientales (flujos ecosistémicos), y iv) sociales (flujos derivados del acceso a los servicios públicos y sociales).

Mapa conceptual para la identificación de las relaciones funcionales.



Fuente: Centro Latino americano para el desarrollo rural, 2018.

Las subregiones funcionales en Colombia se convierten en una nueva división territorial para la planificación del desarrollo y ordenamiento territorial bajo una perspectiva regional, la cual tiene 4 grandes objetivos: diseñar políticas públicas con mayor impacto, contribuir a una

mejor focalización de inversión, promover la asociatividad de entes territoriales para aprovechar economías de escala y definir un nivel territorial intermedio entre departamento y municipios para políticas públicas.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación se identifican 101 subregiones configuradas a partir de territorios que comparten relaciones funcionales, sociales, económicas y ambientales. (DNP-RIMISP, 2018).



Figura 4. Esquemas Asociativos Regionales
Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2021.

Competitividad Departamental

La competitividad departamental es otro aspecto importante de las características del territorio que puede aportar a definir aspectos de regionalización porque hace énfasis en que las ventajas competitivas de una región (capacidad de una economía regional para

adaptarse a las condiciones cambiantes del mercado, las nuevas tecnologías y los competidores) son producto de su desarrollo histórico, y dependen de su capacidad para crear futuras trayectorias de desarrollo, según cálculos determinados por el escalafón de competitividad para el año 2019, en los departamentos también se encuentran diferencias de acuerdo con cinco factores claves (Ramírez & de Aguas, 2021): La fortaleza económica, la infraestructura y logística, el bienestar social y capital humano, la ciencia, tecnología e innovación, la institucionalidad y gestión pública. En el mapa se presenta la clasificación de la competitividad departamental según la CEPAL para el año 2021.

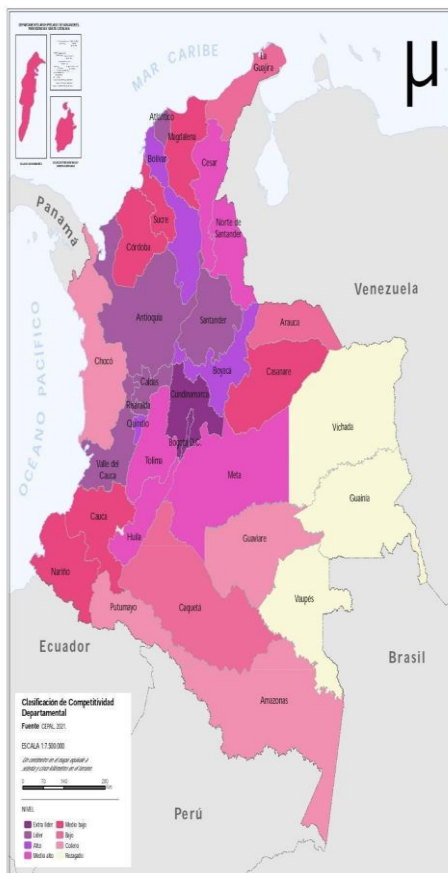


Figura 5. Competitividad departamental
 Fuente: Centro de Estudios de Posgrado Aplicados a la Industria, 2021

CONFIGURACIÓN REGIONAL POR DEPARTAMENTOS.

La configuración de las diferentes regiones presentadas en el presente documento obedece a una política nacional para el sistema de ciudades colombianas con visión a largo plazo, (DNP, 2014a) la cual plantea una visión del territorio con miras a generar una mejor integración basada en 6 aspectos básicos:

Visión Sostenible: reconocer y planear en función del Ordenamiento del Territorio.

Coordinación: Facilitar el trabajo conjunto entre las entidades territoriales

Financiación eficiente: Identificar instrumentos para financiar actuaciones urbanas;

Productividad: Fortalecer los factores locales que promueven la productividad del Sistema de Ciudades.

Conectividad: Mejorar la conectividad en el Sistema de Ciudades;

Calidad de Vida: Disminuir las brechas sociales entre aglomeraciones urbanas.

Conforme a lo anterior la regionalización para la prestación de los servicios de salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio se realizará mediante la agrupación de los departamentos y distritos, mejorando de esta forma la accesibilidad a los servicios, mediante la creación de redes integrales de prestadores de servicios de salud. Esta organización regional deberá adicionalmente considerar las relaciones geográficas, económicas, culturales, y funcionales, de equipamientos e infraestructuras económicas y productivas y de relaciones entre las formas de vida rural y urbana, en el que se desarrollan las poblaciones.

De manera que, el diseño de las regiones para la prestación de los servicios de salud tomará como base la Regionalización Administrativas y de Planificación teniendo en cuenta fueron conformadas con la finalidad de orientar el desarrollo regional y cumplen con las características anteriormente mencionadas, no obstante este se ajustara teniendo como premisa lo estipulado en el Numeral 7 del Artículo 1 del Acuerdo 09 de 2016 de Consejo Directivo del FOMAG, resultado de la verificación de la capacidad instalada para la prestación de servicios y las condiciones de salud de la población.

Regionalización Propuesta para Análisis.

Como resultado la configuración población con base a la Regionalización Administrativas y de Planificación y el criterio de contigüidad se establece la siguiente configuración regional para realizar el análisis de la población, capacidad instalada y condiciones de salud para comprobar su viabilidad.

Figura 6. Distribución población total por región

Región	Departamentos	Total población	%
1	HUILA, TOLIMA	50935	6,21
2	CAUCA, VALLE DEL CAUCA	78047	9,52
3	NARIÑO, CAQUETÁ, PUTUMAYO	51651	6,30
4	CASANARE, BOYACA, META	54176	6,61
5	CÓRDOBA, SUCRE, BOLIVAR	98318	11,99
6	MAGDALENA, LA GUAJIRA, ATLÁNTICO, SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	90750	11,07
7	NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR, ARAUCA	102202	12,46
8	ANTIOQUIA, CHOCÓ	107373	13,09
9	CALDAS, QUINDÍO, RISARALDA	49159	5,99
10	AMAZONAS, BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, GUAINÍA, GUAVIARE, VAUPÉS, VICHADA	137484	16,76
Total		820095	100,00

Fuente: Base afiliados Hosvital corte 04 julio 2023



Fuente: Base de datos de afiliados. Hosvital julio 2023

En el cuadro adjunto a la figura 6, podemos observar la participación de afiliados para cada una de las regiones planteadas en este documento, dentro del total de afiliados se incluyen los cotizantes, pensionados y beneficiarios que se encontraban activos al corte de 04 de julio de 2023.

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL MAGISTERIO

Perfil sociodemográfico

La población del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio presentó al año 2022, un total de 821.337 afiliados activos, donde el 59,3% de la población es de género femenino y el 40,7% restante pertenece al género masculino, encontrando un comportamiento hacia el aumento a nivel de magisterio con un 0.09% respecto al año inmediatamente anterior, lo que corresponde a 765 usuarios más, el descenso se presentó en la población masculina (1.384 afiliados) que corresponde al 0.41% en relación al año 2021 este comportamiento podría estar dado por desafiliaciones ocasionadas por situaciones como desvinculación laboral, fallecimientos, no cumplir con criterios para continuar como beneficiarios, entre otros.

Tabla 1. Distribución Poblacional Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

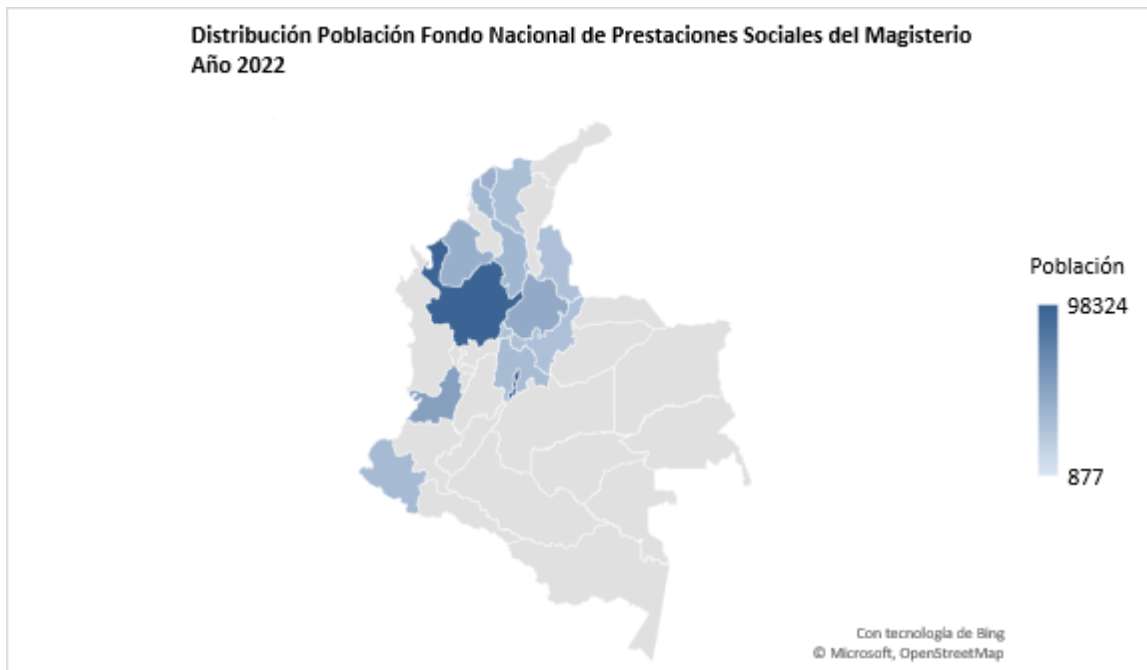
Variable	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	% Var Año 2021 – Año 2022

Población Total	848.191	845.145	831.237	820.572	821.337	0,09
Población Femenina	496.242	495.129	488.879	484.689	486.838	0,44
Población Masculina	351.949	350.016	342.358	335.883	334.499	-0,41

Fuente: Base de datos de afiliados. Hosvital año 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022

En cuanto a la distribución por departamento, encontramos que el mayor porcentaje se concentra en Bogotá D.C. con un total de 98.324 afiliados y un porcentaje del 11,97% del total de la población, seguido de Antioquia con un 11,66% que corresponde a 95.808 afiliados.

Figura 7. Distribución población Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio por Departamento



Fuente: Base de datos de afiliados. Hosvital año 2022

Tabla 2. Distribución Poblacional Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio por Departamento con corte a Julio 2023

Departamento	Población	%	Departamento	Población	%	Departamento	Población	%
Amazonas	1905	0,23	Chocó	11669	1,42	Norte de Santander	28210	3,44
Antioquia	95704	11,67	Córdoba	40921	4,99	Putumayo	8431	1,03
Arauca	5736	0,7	Cundinamarca	32719	3,99	Quindío	11537	1,41
Atlántico	40824	4,98	Bogotá D.C	97802	11,93	Risaralda	18077	2,2
Bolívar	35504	4,33	Guainía	902	0,11	San Andres	878	0,11
Boyacá	28676	3,5	Guajira	18668	2,28	Santander	44508	5,43
Caldas	19545	2,38	Guaviare	1842	0,22	Sucre	21893	2,67
Caquetá	10772	1,31	Huila	24906	3,04	Tolima	26029	3,17
Casanare	8903	1,09	Magdalena	30380	3,7	Valle del cauca	52456	6,4
Cauca	25591	3,12	Meta	16597	2,02	Vaupés	1010	0,12
Cesar	23748	2,9	Nariño	32448	3,96	Vichada	1304	0,16

Fuente: Base de datos de afiliados. Hosvital Julio 2023

Pirámide Poblacional

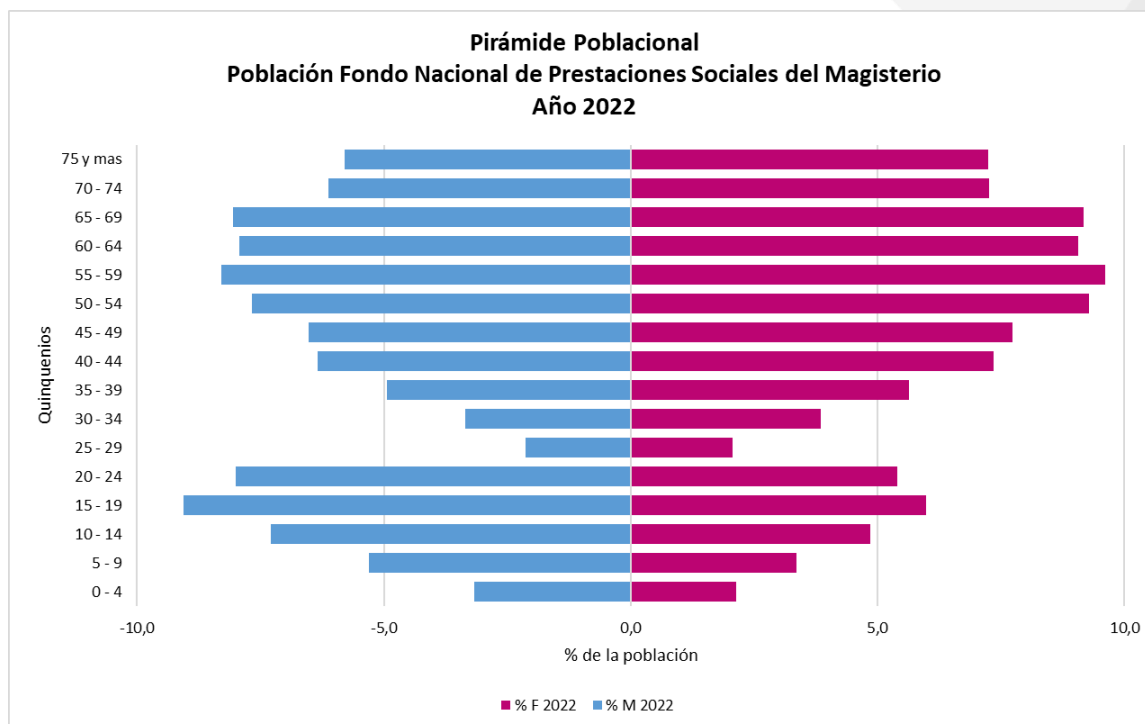
La Figura 8 detalla la pirámide poblacional del Magisterio, acorde a los resultados se trata de una pirámide de tipo regresiva, lo cual indica que la población del Fondo Nacional de

Prestaciones Sociales del Magisterio es envejecida, lo que podría asociarse a la baja tasa de natalidad presentada para el año 2022 frente a los resultados presentados en el año 2021, razón por la cual se presenta un envejecimiento continuo en esta población.

También se observa que entre los años 2021 y 2022, existe un aumento en la población de mayor de 65 años para ambos sexos, encontrando que el sexo masculino presentó un 6.41% de variación positiva en estas edades, que corresponde a 4.024 afiliados más en el año 2022 con respecto al año 2021 para este mismo sexo y rango de edad, en la población femenina también se presentó una variación positiva de 3,79% de crecimiento que corresponde a 3.701 afiliadas más respecto al año inmediatamente anterior.

De igual manera observamos una disminución de la población perteneciente a los cursos de vida de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, que va de los 0 años a los 19 años de edad, para ambos sexos con respecto al año inmediatamente anterior. El rango de edad que presentó mayor disminución fue el de 0 a 4 años de edad con una variación negativa de 7,21% que corresponde a 1.635 afiliados menos en el año 2022 en comparación con el año 2021, este comportamiento podría estar dado por desafiliaciones y también son usuarios que ya han pasado de curso de vida por cumplimiento de edad.

Figura 8. Pirámide Poblacional Afiliados Activos al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Corte Año 2022



Fuente: Base de datos de afiliados. Hosvital Año 2022

Distribución Población Afiliada por Curso de Vida Julio 2023.

En la Tabla 3, se presenta el número de afiliados por curso de vida para el corte julio 2023, encontrando que el 41,2% de la población afiliada, se ubica en el curso de vida de adultez que corresponde a población afiliada entre 29 a 59 años de edad, seguido del curso de vida de vejez con un 31,5% del total de la población afiliada, lo anterior se relaciona con los resultados obtenidos en la pirámide poblacional del año 2022 y con la población al corte de julio 2023, donde evidenciamos que la población del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio es una población envejecida, por lo que las atenciones y priorizaciones de las acciones en salud encaminadas al cumplimiento de las rutas integrales de atención en salud deben estar direccionadas a cubrir esta población; dentro del curso de vida adultez encontramos que el 63% con un total de 212.886 afiliados, pertenecen al sexo femenino, siendo este grupo poblacional objeto para las acciones en salud relacionadas con planificación familiar y detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama.

Evidenciamos también que la población que corresponde al inicio de la vida durante la primera infancia, es la que se encuentra en menor porcentaje con un 3,2% y un total de

25.950 afiliados para el corte a julio 2023, mostrando una disminución porcentual con respecto al año 2022.

Tabla 3. Distribución Población Afiliada por Curso de Vida Julio 2023

Población por Curso de Vida	Femenino	Masculino	Total	% Participación
Primera Infancia (nacimiento a 5 años)	12833	13117	25950	3,2
Infancia (6 a 11 años)	21615	23056	44671	5,4
Adolescencia (12 a 17 años)	32317	33643	65960	8,0
Juventud (18 a 28 años)	43882	43339	87221	10,6
Adulthood (29 a 59 años)	212886	124733	337619	41,2
Vejez (60 y más años)	163298	95376	258674	31,5
Total general	486831	333264	820095	100

Fuente: Base de datos de afiliados. Hosvital Julio 2023

SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL MAGISTERIO

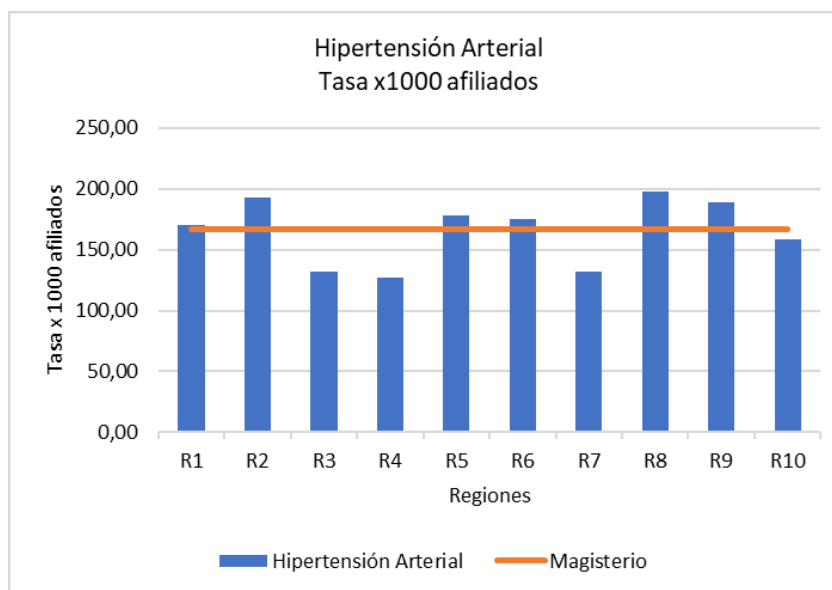
Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, en relación con las características geográficas, la población y el tiempo. Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un análisis de la información disponible relacionada con las causas de morbilidad para el total de la población de magisterio, para las enfermedades no trasmisibles Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, y las patologías denominadas de Alto Costo por la Cuenta de Alto Costo Enfermedades Huérfanas, VIH, Cáncer, Hemofilia y Enfermedad Renal Crónica.

Enfermedades No Trasmisibles

Hipertensión Arterial

Para la población afiliada al Magisterio encontramos que la tasa de morbilidad de hipertensión arterial por 1000 afiliados se encuentra en 166,66 casos, en cuanto a la distribución por región el comportamiento es homogéneo en el 70% de las regiones teniendo en cuenta el dato del magisterio, al comparar las 10 regiones contra el resultado del magisterio se observa que la región que presenta la menor tasa de morbilidad para hipertensión arterial es la región 4 con una tasa de 126,61 casos por 1000 afiliados y la que se encuentra por encima de la tasa registrada para el magisterio es la región 8 con una tasa de 197,82 casos por 1000 afiliados. La carga de enfermedades crónicas como lo es la hipertensión arterial para el magisterio está relacionada con los cursos de vida según la pirámide poblacional, ya que el mayor porcentaje se concentra en los mayores de 55 años que corresponde específicamente a los cursos de vida adultez, vejez.

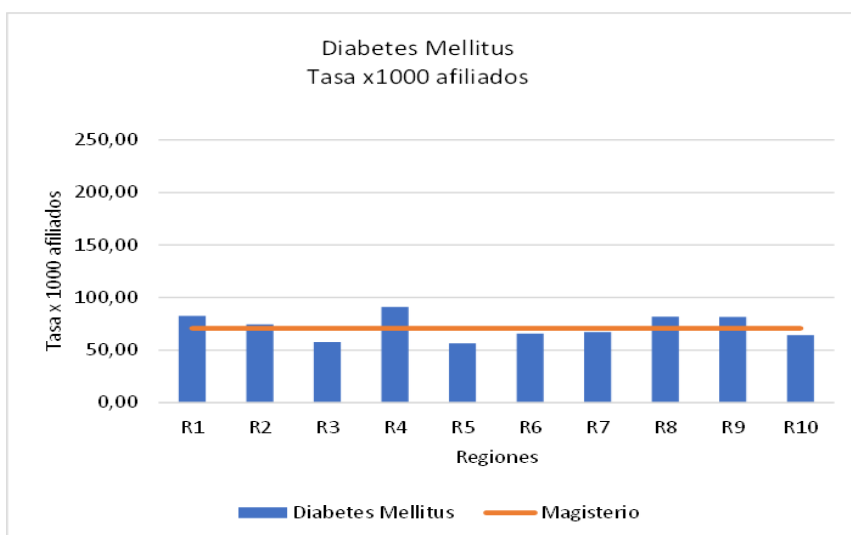


Fuente: FIAS No. 4 - SEGUIMIENTO A PATOLOGÍAS DE SINDROME METABOLICO - Corte Abril 2023

Diabetes Mellitus

Para la población afiliada al Magisterio encontramos que la tasa de morbilidad de diabetes mellitus por 1000 afiliados se encuentra en 70,62 casos por 1000 afiliados, en cuanto a la

distribución por región el comportamiento es homogéneo en el 100% de las regiones teniendo en cuenta el dato obtenido para el magisterio, al comparar las 10 regiones contra el resultado del magisterio se observa que la región que presenta la menor tasa de morbilidad para diabetes mellitus es la región 5 con una tasa de 56,36 casos por 1000 afiliados y la que se encuentra por encima de la tasa registrada para el magisterio es la región 4 con una tasa de 81,53 casos por 1000 afiliados. Lo anterior guarda relación con lo evidenciado en la pirámide poblacional donde el mayor porcentaje de población se encuentra distribuida en los quinquenios de 55 años en adelante afectando así los cursos de vida adultez y vejez, donde la carga de enfermedades crónicas suele ser mayor.



Fuente: FIAS No. 4 - SEGUIMIENTO A PATOLOGIAS DE SINDROME METABOLICO - Corte Abril 2023

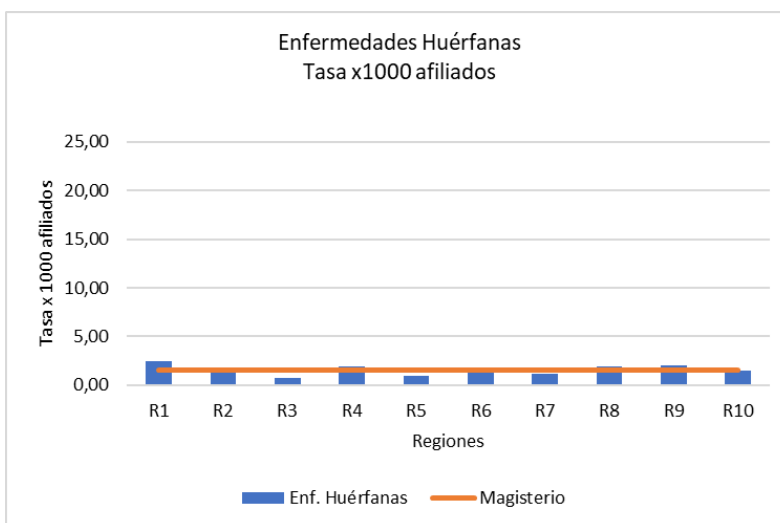
Enfermedades de Alto Costo

El Ministerio de Salud y Protección Social define enfermedades de alto costo, aquellas que tiene gastos muy altos derivados de tratamientos y medicamentos debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren.

Enfermedades Huérfanas

De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social una enfermedad huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas.

Para la población afiliada al Magisterio encontramos que la tasa de morbilidad de enfermedades huérfanas por 1000 afiliados se encuentra en 1,50 casos por 1000 afiliados, en cuanto a la distribución por región el comportamiento es homogéneo en el 80% de las regiones teniendo en cuenta el dato obtenido para el magisterio, al comparar las 10 regiones contra el resultado del magisterio se observa que la región que presenta la menor tasa de morbilidad para enfermedades huérfanas es la región 3 con una tasa de 0,74 casos por 1000 afiliados y la región que se encuentra por encima de la tasa registrada para el magisterio es la región 1 con una tasa de 2,41 casos por 1000 afiliados.

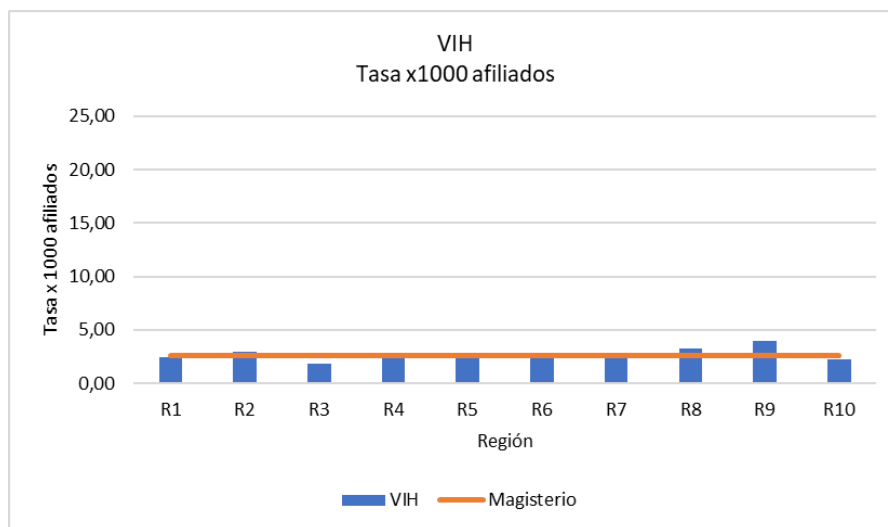


Fuente: FIAS No. 6 - SEGUIMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES HUERFANAS - Corte Abril 2023

Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH

Para la población afiliada al Magisterio encontramos que la tasa de morbilidad de VIH por 1000 afiliados se encuentra en 2,61 casos por 1000 afiliados, en cuanto a la distribución por región el comportamiento es homogéneo en el 80% de las regiones teniendo en cuenta el dato obtenido para el magisterio, al comparar las 10 regiones contra el resultado del magisterio se observa que la región que presenta la menor tasa de morbilidad para VIH es la

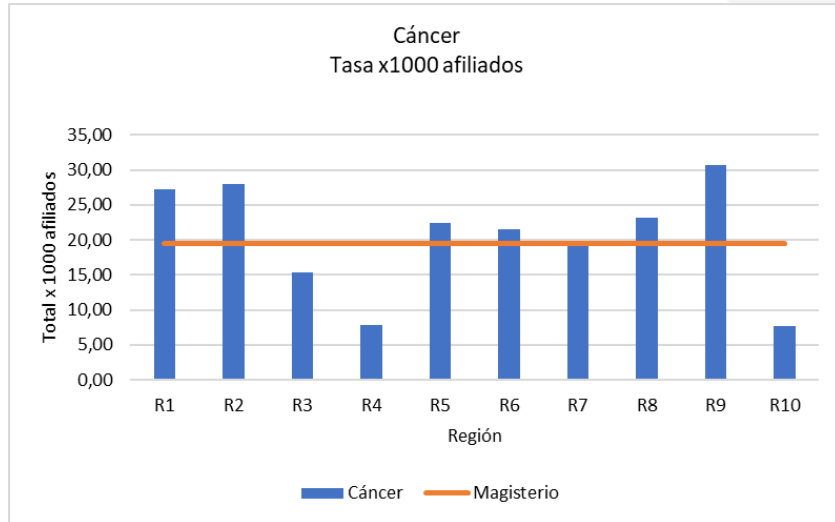
región 3 con una tasa de 1,84 casos por 1000 afiliados y la región que se encuentra por encima de la tasa registrada para el magisterio es la región 9 con una tasa de 3,99 casos por 1000 afiliados. La dispersión de los casos está dada por la desviación estándar que se encuentra en 0,61 casos entre los datos de las regiones, dato que denota que los resultados obtenidos se encuentran cercanos de la media obtenida para el magisterio.



Fuente: Cuenta de Alto Costo - Reporte operadores de salud - Corte Abril 2023

Cáncer

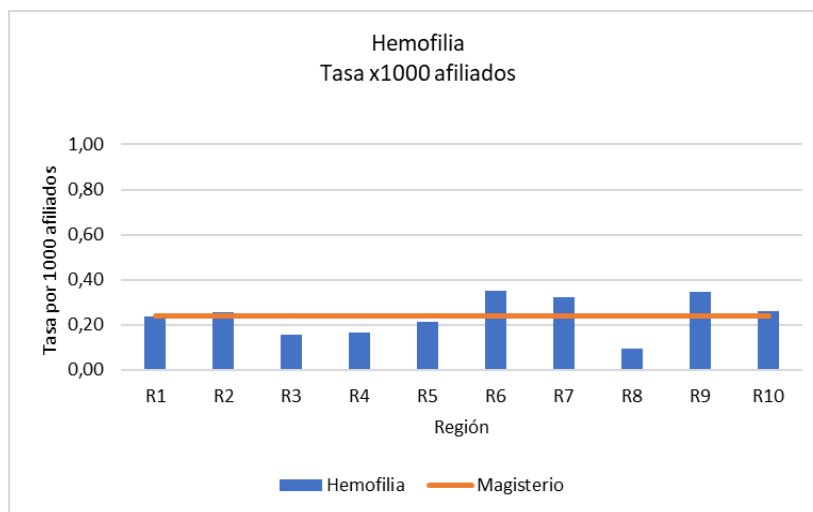
En cuanto a la patología de Cáncer, la tasa por 1000 afiliados en la población afiliada al Magisterio es de 19,47 casos por 1000 afiliados, al revisar por región encontramos que el 70% de las regiones se mantienen sobre la media según la tasa calculada para el magisterio, no obstante el 30% restante mantiene cifras por debajo del referente calculado, considerando esto un comportamiento adecuado teniendo en cuenta las altas prevalencias de cáncer en la población afiliada al magisterio, y al comparar las 10 regiones contra el referente del magisterio la región 10 es la que presenta la tasa más baja con 7,74 casos por 1000 afiliados y la región que sobrepasa la cifra del magisterio es la región 9 con una tasa de 30,64 casos por 1000 afiliados. El magisterio se caracteriza por mantener una prevalencia alta de cáncer frente a datos estadísticos que proporciona el país, sin embargo, esto puede estar asociado a diferentes factores tales como contar con una población pequeña, al ingreso de la población al régimen ya con el diagnóstico.



Fuente: Cuenta de Alto Costo - Reporte operadores de salud - Corte Mayo 2023

Hemofilia

En lo relacionado con la patología hemofilia, encontramos que para el magisterio la tasa calculada por 1000 afiliados es de 0,24, al revisar por regiones hallamos que alrededor del 70% se evidencia un comportamiento cercano al referente calculado para el magisterio, tan solo tres regiones mantienen tasas bajas con respecto a la tasa del magisterio, del total de las regiones, las regiones 6 y 9 mantienen una tasa de 0,35 casos por 1000 afiliados son las que presentan la mayor tasa, mientras que la región con la menor tasa está representada por la región 8 con 0,09 casos por 1000 afiliados.



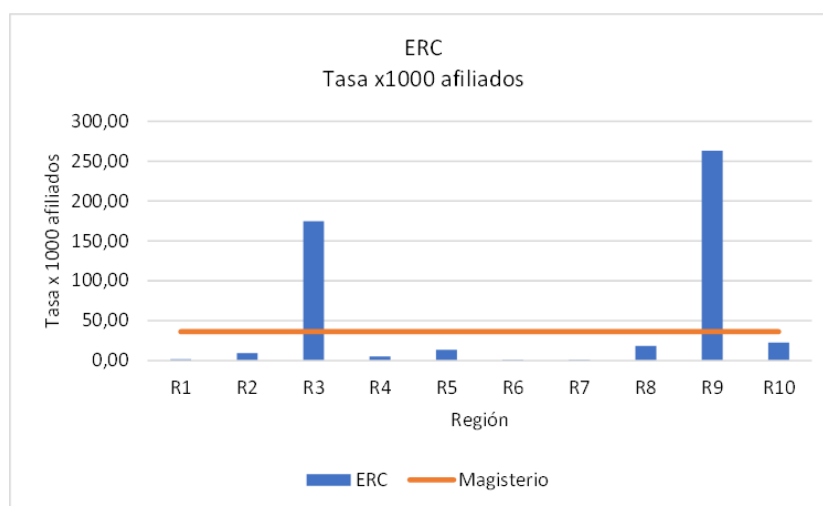
Fuente: Cuenta de Alto Costo - Reporte operadores de salud - corte marzo 2023

Enfermedad Renal Crónica - ERC

La ERC es un evento en salud de alto costo, progresivo, no trasmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus. Para el magisterio la tasa de morbilidad por 1000 afiliados está en 36,11. En la revisión realizada por región se observa que 80% de las regiones mantienen un comportamiento cercano al referente del magisterio, mientras que el 20% de las regiones (3 y 9) presentan una desviación significativa sobrepasando el referente.

La región 9 quien presenta la tasa más alta, con un resultado de 262,88 casos por 1000 afiliados, sin embargo, para este caso se propone mantener la región con los departamento agrupados, ya que una vez analizados encontramos que estos departamentos comparten características similares como su condición geográfica, cultural, económica y su conectividad. Manteniendo esta agrupación se lograría a través de su red de prestadores la identificación temprana y el control de las patologías precursoras las cuales desencadenan patologías como la enfermedad renal crónica.

En cuanto a la región 3, que aunque presenta una tasa de 174,59 casos por 1000 afiliados para ERC, mantiene tasas por debajo del referente del magisterio para las patologías de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hemofilia y enfermedades huérfanas, y se encuentra en la media del referente calculado para VIH, situación que evidencia las gestiones adelantadas para la identificación temprana de las patologías y garantizando la prevención de complicaciones futuras.



Fuente: FIAS No.7 - SEGUIMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA - corte Abril 2023

A continuación, se relaciona la distribución de las tasas calculadas por patología y por región, teniendo en cuenta las patologías precursoras y aquellas consideradas de alto costo, las tasas nos permitirán evidenciar la cantidad de afiliados enfermos o afectados por una enfermedad en un tiempo determinado.

Tabla 4. Distribución por región tasa de morbilidad por 1000 afiliados

REGION	Tasa por 1000 afiliados						
	Enf. Huérfanas	VIH	CANCER	HEMOFILIA	ERC	Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus
R1	2,41	2,45	27,17	0,24	1,55	169,80	82,60
R2	1,74	2,95	28,03	0,26	9,28	192,70	74,39
R3	0,74	1,84	15,33	0,15	174,59	132,04	57,77
R4	1,90	2,42	7,90	0,17	5,06	126,61	91,13
R5	0,92	2,45	22,48	0,21	13,55	178,13	56,36
R6	1,29	2,46	21,48	0,35	1,04	175,10	65,69
R7	1,16	2,31	19,08	0,32	1,10	132,16	67,08
R8	1,88	3,27	23,23	0,09	18,32	197,82	81,90
R9	2,03	3,99	30,64	0,35	262,88	189,34	81,53
R10	1,46	2,26	7,74	0,26	22,49	158,92	64,16

Magisterio	1,50	2,61	19,47	0,24	36,11	166,66	70,62
------------	------	------	-------	------	-------	--------	-------

CAPACIDAD INSTALADA

Servicios de Seguridad y salud en el trabajo

La capacidad instalada se refiere a la disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios.

Para el análisis de la capacidad instalada del País relacionada con la prestación de servicios de Salud se tomó como fuente el reporte de los prestadores realizado a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Tabla 5. Distribución red prestadora y sus sedes por Región y Departamento

Región	Departamento	Total prestadores únicos	% participación prestadores por departamento y región	Total prestadores con Sedes	Total Sedes Medicina Laboral y SST	% participación prestadores por departamento y región
R1	Huila	1,147	2,09	1,244	53	2.00
R1	Tolima	1,182	2,16	1,279	62	2.33
Total R1		2,329	4,25	2,523	115	4.33
R2	Cauca	862	1,57	980	56	2.11

R2	Valle del cauca	5,324	9.72	6,100	248	9.34
Total R2		6,186	11,29	7,080	304	11.45
R3	Caquetá	236	0,43	260	10	0.38
R3	Nariño	1,457	2,66	1,735	60	2.26
R3	Putumayo	219	0,40	238	24	0.90
Total R3		1,912	3,49	2,233	94	3.54
R4	Boyacá	1,503	2,74	1,557	116	4.37
R4	Casanare	438	0,80	465	52	1.96
R4	Meta	816	1,49	909	106	3.99
Total R4		2,757	5,03	2,931	274	10.32
R5	Bolívar	1,521	2.78	1,826	143	5.38
R5	Córdoba	945	1,72	1,177	49	1.84
R5	Sucre	590	1,08	663	39	1.47
Total R5		3,056	5,58	3,666	231	8.70
R6	Atlántico	2,197	4,01	2,442	163	6.14
R6	La Guajira	419	0,76	505	34	1.28
R6	Magdalena	800	1,46	993	77	2.90

R6	San Andrés y Providencia	73	0,13	75	5	0.19
Total R6		3,489	6,37	4,015	279	10.50
R7	Arauca	217	0,40	249	20	0.75
R7	Cesar	848	1,55	993	79	2.97
R7	Norte de Santander	1,408	2,57	1,562	39	1.47
R7	Santander	2,433	4,44	2,637	157	5.91
Total R7		4,906	8,96	5,441	295	11.11
R8	Antioquia	10,784	19,68	12,018	319	12.01
R8	Chocó	245	0,45	273	21	0.79
Total R8		11,029	20,13	12,291	340	12.80
R9	Caldas	1,309	2,39	1,400	88	3.31
R9	Quindío	826	1,51	875	25	0.94
R9	Risaralda	1,344	2,45	1,454	71	2.67
Total R9		3,479	6,35	3,729	96	3.61
R10	Amazonas	56	0,10	65	5	0.19
R10	Bogotá D.C	12,961	23,66	14,712	467	17.58
R10	Cundinamarca	2,513	4,59	2,676	145	5.46

R10	Guainía	11	0,02	12	1	0.04
R10	Guaviare	61	0,11	67	10	0.38
R10	Vaupés	10	0,02	16	0	0.00
R10	Vichada	30	0,05	30	0	0.00
Total R10		15,642	28,55	17,578	628	23.64
Total general		54,785		61487	2,656	

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS - Consultado 01 marzo 2023

En la tabla anterior, podemos observar que en lo relacionado con la distribución por región y cada uno de sus departamentos según la regionalización propuesta, existe oferta de red prestadora en el 100% de los departamentos para los servicios de salud y del 94% para los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo. Es importante conocer que existe en el país un total de 54.785 prestadores los cuales cuenta con un total de 61.487 sedes con lo que se logra la cobertura en el 100% de los departamentos.

En cuanto al porcentaje de participación frente al total de los prestadores para cada una de las regiones, vemos que la región 10 cuenta con el 28,55% del total de la red prestadora del país, seguido de la región 8 donde se concentra 20,13% del total de la red prestadora ofertada en el país.

En relación a los prestadores de Servicios de Seguridad y Salud en el trabajo hay una mayor participación en la Región 10 con el 23.64% del total de la red prestadora de servicios de SST, seguido de la región 8 con una concentración del 12.80% de la red prestadora de Servicios de SST En relación a los departamentos de Vichada y Vaupés que no cuenta con prestadores de Servicios de Seguridad Salud en el trabajo, las actividades podrán ser cubiertas por los prestadores ubicados en los demás departamentos que integran la región siendo Bogotá la de mayor cantidad de ofertantes con el 17.58% del total de la Red prestadora.

Prestación de servicios de Salud.

Distribución servicio transporte asistencial ambulancia básica y medicalizada por Región

- Transporte Asistencial Básico: Estas ambulancias cuentan con Bala de oxígeno, líquidos endovenosos, medicamentos básicos, elementos de manipulación médica. Médico y Auxiliar.
- Transporte Asistencial Medicalizado: Estas ambulancias cuentan con un ventilador mecánico, un equipo de monitoreo de signos vitales y elementos para Reanimación Cardio Pulmonar. Médico y Auxiliar.

Tabla 6. Distribución servicio transporte asistencial ambulancia básica y medicalizada por Región y % participación por región

REGION	ESPECIALIDAD	Grupo/Capacidad	% participación por tipo de servicio y región
		AMBULANCIAS	
R1	Básica	427	5,93
R1	Medicalizada	111	1,54
Total R1		538	7,48
R2	Básica	820	11,40
R2	Medicalizada	142	1,97
Total R2		962	13,37
R3	Básica	303	4,21
R3	Medicalizada	96	1,33
Total R3		399	5,54
R4	Básica	482	6,70
R4	Medicalizada	135	1,88
Total R4		617	8,57

R5	Básica	420	5,84
R5	Medicalizada	188	2,61
Total R5		608	8,45
R6	Básica	399	5,54
R6	Medicalizada	213	2,96
Total R6		612	8,50
R7	Básica	726	10,09
R7	Medicalizada	203	2,82
Total R7		929	12,91
R8	Básica	634	8,81
R8	Medicalizada	141	1,96
Total R8		775	10,77
R9	Básica	349	4,85
R9	Medicalizada	55	0,76
Total R9		404	5,61
R10	Básica	1009	14,02
R10	Medicalizada	343	4,77
Total R10		1352	18,79
Total general		7196	100,00

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS - Consultado 01 marzo 2023

La cobertura de servicio de ambulancia se encuentra en el 100% de las regiones planteadas en este documento, en el 100% de ellas se cuenta con transporte asistencial básico y medicalizado, garantizando de esta manera la oferta para la población afiliada al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio. Del total de la oferta del país encontramos que la región 10 cuenta con el 18,79% del servicio, seguido de la región 2 con el 13,37%.

Tabla 7. Distribución camas y camillas por especialidad por Región

REGION	Obstetricia	Adultos	Pediatrica	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intensivo Pediátrico	Cuidado Intermedio Adulto	Cuidado Intermedio Pediátrico	Salud Mental adulto y pediátrico	Hemodiálisis	Quimioterapia
R1	2	119	98	28	7	28	7	8	15	8
R2	1	176	120	41	12	42	12	41	26	30
R3	1	73	56	15	2	18	1	18	9	10
R4	1	103	93	21	4	24	3	34	12	8
R5	1	186	148	57	19	59	17	96	20	19
R6	8	265	152	68	29	68	28	84	25	26
R7	1	209	178	47	22	54	22	67	27	23
R8	16	228	194	40	8	43	8	17	24	24
R9	2	91	72	26	8	27	8	19	12	17
R10	4	194	108	82	25	91	27	66	43	34
Total general	37	1644	1219	425	136	454	133	450	213	199

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS - Consultado 01 marzo 2023

Al revisar los datos relacionados con la distribución de camas y camillas por especialidad por región, evidenciamos que en el 100% de las regiones se cuenta con oferta de camas para el servicio de obstetricia, para hospitalización adultos y pediatría, unidades de cuidados intensivos e intermedios para adultos y pediátricos, servicio salud mental para adultos y pediatría, unidades de hemodiálisis y quimioterapia garantizando así la atención integral de los usuarios en diferentes servicios.

Tabla 8. Distribución salas y consultorios por especialidad por Región

REGION	Atención del Parto	Sala de Radioterapia	Urgencias
R1	105	4	107
R2	160	5	149
R3	65	2	113
R4	100	1	98
R5	156	5	184
R6	145	3	185
R7	200	12	238
R8	186	6	198
R9	88	5	84
R10	111	9	180
Total general	1316	52	1536

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS - Consultado 01 marzo 2023

En cuanto a la distribución de salas y consultorios disponibles en el país, encontramos que para el 100% de las regiones planteadas se cuentan con salas de atención del parto, sala de radioterapia y servicio de urgencias, logrando así una cobertura amplia para estos servicios a nivel del país.

Conclusión:

Analizadas las características del territorio, capacidades instaladas y determinantes de salud de las diez regiones se preserva de mejor manera el concepto de las Redes Integradas de Servicios de Salud al definir áreas de prestación de servicio que sean vecinas en sentido geográfico y que permitan establecer una oferta suficiente para satisfacer de forma íntegra la población.

Adicionalmente, este documento permite evidenciar que las prioridades en salud de la población en las regiones son similares por tanto la dispersión de casos no es representativa y se mantienen alrededor de la tasa media o resultado obtenido para el magisterio a nivel nacional, a excepción de las regiones tres (3) y nueve (9) que para la patología de enfermedad renal crónica presentan tasas elevadas al compararlas con las demás regiones propuestas tal como se explicó anteriormente, en referencia a la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud y SST en las diez regiones, se evidencia como los diferentes municipios que conforman las regiones complementan su red, existiendo las garantías para contar con una red prestadora de servicios de salud con accesibilidad y con la suficiente oferta para la población asignada en cada región.

Justificación técnica regiones que superan los 100.000 afiliados aproximadamente.

El acuerdo 09 de 2016 en el numeral 7. Ámbito Regional señala:

“Se mantiene la contratación por regiones, pero se aprueba, la recomendación del grupo de expertos para constituir regiones de un tamaño intermedio, que integren poblaciones entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente.”

Como se puede apreciar el sentido de este lineamiento no es taxativo debido a que la recomendación del experto no puede entenderse como limitativa; ya que al agregar la

palabra aproximadamente el mismo es susceptible de ampliarse. Lo anterior cobra sentido cuando a su vez el experto propone una regionalización por departamentos, dado que si el lineamiento no presentara carácter enunciativo tendría que dividir algunos departamentos en municipios y ubicarlos en regiones distintas desconociendo la contigüidad de los territorios. No obstante, existen en la configuración regional propuesta tres que superan el número de 100.000 afiliados:

1. Región 7: 102.202, esta región presenta una población 2,2% superior al límite establecido y un margen aproximado al lineamiento.
2. Región 8: 107.373, esta región presenta una población 7,4% superior al límite establecido y un margen aproximado al lineamiento. No obstante, la misma presenta una justificación técnica.
3. Región 10: 137.484, esta región presenta una población 37% superior al límite establecido en lineamiento, pero definida por condiciones técnicas de oferta y concentración de la población.

La región diez (10) está integrada por los departamentos de (Amazonas, Bogotá, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada), con un total de 137.484 afiliados, se consideró la constitución de esta región teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Bogotá Distrito Capital que hace parte de esta región, tiene el 11,9% de la red de servicios de salud ofertada en el País.
2. Bogotá Distrito Capital tiene la mayor capacidad instalada del País.
3. Los departamentos de Amazonas, Vichada, Vaupés, Guainía y Guaviare son los departamentos con menor oferta y capacidad instalada en red de servicios de salud del País.
4. El principal punto de conexión aéreo y terrestre de los departamentos Amazonas, Vichada, Vaupés, Guaina y Guaviare es la capital del país.
5. El número de afiliados en los departamentos de Amazonas, Vichada, Vaupés, Guaina y Guaviare es de 6.963 lo que corresponde al 5,1% del total de la población de esta región propuesta.

De manera que, con el fin de configurar redes integrales de salud y brindar la completa accesibilidad y total cobertura a los departamentos de Amazonas, Vichada, Vaupés, Guainía y Guaviare es necesario complementar su escasa capacidad instalada de red de servicios de

salud agrupándolas con la ciudad de Bogotá, y de esta forma adecuar la oferta de servicios a la demanda de la población.

Para la región ocho (8) planteada en este documento, la cual es integrada por los departamentos de Antioquia y Chocó y que cuenta con un total de 107.373 afiliados, es preciso inicialmente indicar que esta cifra es muy cercana a los 100.000 afiliados, con una proximidad no mayor al 7,4%, la definición de esta conformación se debe a:

1. El departamento de Antioquia es el segundo departamento con mayor porcentaje de la red de servicios de salud ofertada en el País cuenta con un 19,68%.
2. El departamento del Chocó hace parte de los departamentos con un bajo porcentaje de oferta de red de servicios de salud en el país, por lo que es necesario fortalecerlo con un departamento que cuente con mayor capacidad instalada
3. El departamento del Chocó limita geográficamente con el departamento de Antioquia.
4. El departamento de Antioquia desde su capital Medellín, cuenta con vías de acceso aéreas y terrestre desde y hacia el choco.

Por consiguiente, se hace necesario la conformación de esta región donde se integra un departamento con una oferta alta de red de prestadores de servicios de salud y así complementar al departamento contiguo que no cuenta con suficiencia de red de prestadores para la población, integrando un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud y organizaciones que pueden conformar redes integradas de servicios de salud que presten y permitan el acceso a la atención en salud de la población con una de las menores capacidades instalada en el país.

JUSTIFICACIÓN TÉCNICA MANTENIMIENTO DE LA REGIONALIZACIÓN DESDE LA GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD

Teniendo en cuenta lo definido por la Superintendencia Nacional de Salud en la CIRCULAR EXTERNA N° 2022151000000050-5 DE 2022, en relación con la gestión del riesgo, esta estrategia busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial que pueda afectar los resultados ya obtenidos o proyectados en una población específica.

Para el efecto, se deberán establecer y preservar estándares que permitan contar con procesos y procedimientos idóneos para la gestión de los riesgos a los que esté expuesta una población acorde al modelo de atención establecido.

Las Entidades responsables de gestionar integralmente el riesgo deben ejecutar acciones relacionadas con la identificación oportuna del riesgo, lo cual consiste **en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar la salud de los usuarios a su cargo, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgo.** Para ello deberán utilizar la información que genera la Entidad de acuerdo con el modelo en salud determinado para la población objeto.

Una vez identificados los riesgos en salud de la población afiliada, deben compararse con los estándares y metas definidas normativamente por el Ministerio de Salud y Protección Social y a partir de esta comparación **implementar acciones de mitigación y control** mediante estrategias estructuradas, para lograr el cumplimiento de las metas definidas.

Una vez establecidos los posibles mecanismos para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la población 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.**

Para el caso de la población afiliada al Magisterio, se cuenta con una caracterización poblacional ya establecida acorde a la agrupación regional actual y a partir de dicha caracterización una conformación de grupos de riesgo para los cuales se han diseñado programas, planes e intervenciones que mitigan y controlan los riesgos según el análisis causal realizado. Es decir, existe un avance en el conocimiento de la población con la distribución implementada, en la identificación de sus riesgos, en la medición de los mismos y en el tratamiento que se les proporciona; elementos que, para cumplir con el ciclo completo de gestión integral del riesgo, requirieron de tiempo, esfuerzo, uso de recursos humano, físico y tecnológico, así como del trabajo coordinado y estructurado con los diferentes espacios de participación comunitaria como son las agremiaciones sindicales, las veedurías y las asociaciones de usuarios.

Lo que sigue es favorecer la continuidad de la gestión para implementar las acciones que se han planteado desde el modelo de atención, pero ya partiendo de un conocimiento preciso de la población asignada en cada región, es decir un avance estructural que es la base para la gestión requerida, así como para lo que se espera en la salud del Magisterio colombiano que es trascender según el conocimiento y experiencia ya apropiada a resultados que excedan las expectativas de los docentes, pensionados y sus familias.

SUFICIENCIA ECONÓMICA DE LAS REGIONES PROPUESTAS.

En referencia a la suficiencia económica para las diez regiones propuestas, se evaluó la razón gasto / ingreso asociado a la unidad de pago por capitación UPCM, teniendo en cuenta que la UPCM tiene dos componentes, uno que corresponde a la unidad de pago por capitación del régimen contributivo (UPC-C) del Sistema general de seguridad social en salud y un segundo componente denominado PLUS o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción. Como resultado de este cálculo se determinó la suficiencia de la UPCM para las 10 regiones.

7. CRITERIOS PARA LA OFERTA MÁS FAVORABLE

Los requisitos habilitantes miden la aptitud del proponente para participar en un Proceso de Contratación como oferente y están referidos a su capacidad jurídica, financiera, organizacional y su experiencia.

Fiduprevisora S.A., como vocera y administradora del FOMAG establece los requisitos habilitantes en el presente Estudio Previo, teniendo en cuenta: (a) el Riesgo del Proceso de Contratación; (b) el valor del contrato objeto del Proceso de Contratación; (c) el análisis del sector económico respectivo; y (d) Estudios de Mercado disponibles.

7.1. REQUISITOS HABILITANTES

7.1.1. Requisitos de Contenido Financiero

Para que la oferta sea admitida debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) **Acreditar el cumplimiento de las siguientes razones financieras:**

Indicadores de Capacidad Financiera	Rango
Razón corriente	Mayor o igual a 1.50
Razón de endeudamiento	Menor o igual al 0.65
Razón de cobertura de intereses	Mayor o igual al 0.75
Indicadores de Capacidad Organizacional	
Razón de rentabilidad del patrimonio	Mayor o igual a 0.08
Razón de rentabilidad de los activos	Mayor o igual a 0.03

NOTA: Los oferentes cuyos gastos de intereses sean cero (0), no podrán calcular el indicador de razón de cobertura de intereses. en este caso el oferente cumple el indicador, salvo que su utilidad operacional sea negativa, así las cosas, no cumple con el indicador de razón de cobertura de intereses.

1. Indicadores de Capacidad Financiera

Razón Corriente

La liquidez de una organización es determinada por la capacidad para saldar las obligaciones a corto plazo que se han adquirido a medida que éstas se vencen. Se refieren no solamente a las finanzas totales de la empresa, sino a su capacidad y habilidad para convertir en efectivo determinados activos y pasivos corrientes.

Se estima por medio de la siguiente fórmula:

$$RC = \text{Activo Corriente} / \text{Pasivo Corriente}$$

Endeudamiento (o índice de Endeudamiento):

Cuando estimamos el indicador de endeudamiento, este nos permite identificar por cada peso invertido en activos de la empresa, cuánto está financiado por terceros y qué garantía está presentando la empresa a los acreedores. El endeudamiento se puede entender también como el grado de dependencia que tiene una empresa con el capital.

La estimación se realiza por medio de la fórmula:

$$RE = \text{Pasivo Total} / \text{Activo Total}$$

Razón de cobertura de Intereses

Cuando estimamos este indicador de endeudamiento, pretendemos identificar la capacidad que tiene una empresa para hacerse cargo a los intereses de la deuda que tiene. Esta razón nos indica el número de veces que puede la empresa hacerse cargo de los intereses que debe pagar por sus deudas. La razón de cobertura de intereses representa en la estructura financiera el nivel de apalancamiento financiero que tiene y, por tanto, la capacidad de ésta para poder hacerse cargo de otras deudas.

La estimación se realiza por medio de la fórmula:

$$RS = \text{Utilidad Operacional} / \text{Gastos de Intereses}$$

2. Indicadores de capacidad Organizacional

Este tipo de indicadores busca medir el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el modelo de operación del ente económico, buscan evaluar el logro de los resultados propuestos. Así la empresa puede saber si se hicieron las cosas propuestas y de acuerdo con los aspectos correctos del proceso. En este grupo se analizan los resultados de Rentabilidad Sobre Patrimonio y Rentabilidad Sobre Activos.

Rentabilidad patrimonio

La rentabilidad operacional del patrimonio nos permite identificar la rentabilidad que le ofrece a los socios o accionistas el capital que han invertido en la empresa, sin tomar en cuenta los gastos financieros ni de impuestos. Esta razón se obtiene dividiendo la “Utilidad Antes de Intereses e Impuestos” o “Utilidad Operativa” entre el patrimonio neto de la empresa. Podemos inferir en el resultado de esta razón que una mayor rentabilidad de patrimonio es resultado de eficiencia en la capacidad organizacional de la empresa.

La estimación de este indicador se realiza por medio de la siguiente fórmula:

$$RP = \text{Utilidad Opérativa} / \text{Patrimonio Total}$$

Rentabilidad del activo

Este indicador mide la rentabilidad de los activos de una empresa, estableciendo para ello una relación entre los beneficios y los activos totales de la sociedad. No permite determinar la capacidad que tiene la empresa para generar ganancias. Visto de otro modo, el ROA o retorno sobre los activos es indicador de las ganancias producidas por los activos de la compañía.

La estimación de este indicador se realiza por medio de la siguiente fórmula:

$$ROA = \textit{Utilidad Neta} / \textit{Activo Total}$$

PROPONENTES PLURALES

En un proceso de contratación se pueden presentar oferentes plurales por medio de uniones temporales, consorcios y promesas de sociedad futura, por tal razón, para la estimación de los indicadores se debe realizar la ponderación de los componentes de los indicadores.

Para los indicadores que provienen de la división de cuentas de los estados financieros, se adoptará la siguiente fórmula definida por Colombia Compra Eficientes:

Ponderación de los componentes de los indicadores

En esta opción cada uno de los integrantes del oferente aporta al valor total de cada componente del indicador de acuerdo con su participación en la figura del oferente plural (unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura).

La siguiente es la fórmula aplicable:

$$(ii) \textit{Indicador} = \frac{\left(\sum_{i=1}^n \textit{Componente 1 del indicador, X porcentaje de participación,} \right)}{\left(\sum_{i=1}^n \textit{Componente 2 del indicador, X porcentaje de participación,} \right)}$$

Donde n es el número de integrantes del oferente plural (unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura). Esta opción incentiva que el integrante del proponente plural con los mejores indicadores tenga una mayor participación en dicho proponente plural.

DOCUMENTOS REQUISITOS CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL

Para que la propuesta sea admitida, se deben cumplir los indicadores aquí descritos, para lo cual aportarán los documentos que a continuación se relacionan:

1. Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados, Estado de cambios en la situación patrimonial y Estado de flujos de efectivo **comparativos inmediatamente con el año anterior.** Se considerará el año 2022.

2. Fotocopia legible de la tarjeta profesional tanto de los contadores como de los revisores fiscales, quienes figuran como firmantes en los estados financieros presentados en el punto 1.
3. Certificado de vigencia de inscripción y antecedentes disciplinarios expedidos por la Junta Central de Contadores vigente tanto de los contadores como de los revisores fiscales en los casos que aplique de quienes figuran como firmantes en los estados financieros presentados en el punto 1
4. Para aquellas personas jurídicas obligadas a tener Revisor Fiscal, deberán presentar los respectivos dictámenes. En los casos que aplique, los Estados Financieros deberán estar suscritos por el representante legal, el contador y el revisor fiscal. Los documentos a que hace referencia este numeral deben cumplir con lo establecido en la Ley 43 de 1990, Ley 1314 de 2009 relacionadas con la Norma Internacional y Clasificación ya sea Grupo 2 o Pymes y la Ley 222 de 1995 y demás normas contables vigentes.
5. Presentación de Formato **No. 13 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE INDIVIDUAL** debidamente firmado.
6. En caso de proponente plural se deberá presentar el Formato **No. 14 INDICADORES FINANCIEROS CONSOLIDADO PROPONENTE PLURAL** debidamente firmado.

NOTA: Para el cálculo de los indicadores se tendrá en cuenta dos (2) decimales, en ningún caso se realizarán aproximaciones.

7.1.2. Oferta Económica

Cada uno de los proponentes deberá diligenciar y presentar el **FORMATO No. 15 - OFERTA ECONÓMICA**.

A través de dicho documento los proponentes: I) aceptarán la estructura financiera y pago de los servicios de salud II) presentarán su ofrecimiento en relación con el diseño y estructura SGSSTM III) presentarán dentro de su ofrecimiento los servicios de Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM.

Para efectos de la contratación de servicios de salud y servicios de Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM la oferta económica no tendrá incidencia alguna en el otorgamiento de puntaje, sin embargo, su presentación será obligatoria y no será objeto de subsanación por tener incidencia en la selección del componente de al diseño y estructura SGSSTM

Adicional al diligenciamiento del **FORMATO No. 15 - OFERTA ECONÓMICA** Referente al presupuesto de cada una de las regiones del presente proceso de selección; el proponente deberá diligenciar la lista de precios a través de la Plataforma transaccional SECOP II.

NOTA 1: Se aclara que el valor establecido para los servicios de salud no se puede entender como valor del contrato por este concepto, constituyéndose en una estimación, considerando que el valor por concepto de servicios de salud es indeterminado pero determinable.

NOTA 2: Para el caso del ofrecimiento de **diseño y estructura SGSSTM** cada proponente deber ofrecer un valor por dicho concepto considerando el alcance contenido en la documentación que hace parte integral del proceso.

NOTA 3: Se aclara que el servicio de diseño y estructura SGSSTM solo será adjudicado a uno (1) de los proponentes que a su vez resulte adjudicatorio de alguna de las regionales. Los servicios Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM deberán ser oferta-dos obligatoriamente por cada uno de los proponentes y en caso de resultar seleccionado este valor será adjudicado se sumará al valor estimado por prestación de servicios de salud.

NOTA 4: Los servicios Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM deberán ser ofertados obligatoriamente por cada uno de los proponentes y soportados en el **FORMATO No. 15.1 - VALORES UNITARIOS SERVICIOS SGSSTM** y en caso de resultar seleccionado este valor será adjudicado se sumará al valor estimado por prestación de servicios de salud.

7.1.3. Requisitos de Contenido Técnico y de Experiencia Habilitante

7.1.3.1. Experiencia General

La experiencia general se verificará por la antigüedad (como mínimo de cinco (5) años antes de la fecha de apertura del presente proceso, dicha verificación se realizará en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) dentro de la clasificación como Institución Prestadora de Servicios de Salud, lo anterior teniendo en cuenta que verificada esta base de datos un total de 5351 IPS que corresponden al 50% cumplen con esta condición.

En el caso de los consorcios o uniones temporales cada uno de los oferentes plurales deberá acreditar como mínima el tiempo de antigüedad exigida por medio del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Para la acreditación de la experiencia general se deberá diligenciar el **FORMATO No. 09 EXPERIENCIA GENERAL HABILITANTE**.

7.1.3.2. Experiencia Específica en Salud

El Oferente deberá cumplir las condiciones mínimas de experiencia, a través de certificaciones de mínimo dos (2) y máximo diez (10) contratos los cuales deberán estar acompañadas del respectivo contrato o acta de liquidación y/o terminación.

Los contratos acreditados pueden haber sido ejecutados o encontrarse en ejecución a favor de clientes de los sectores público o privado.

Dichas certificaciones deben versar sobre contratos ejecutados o en ejecución con porcentaje acreditado mínimo de ochenta por ciento (80%) respecto al valor total contratado.

El objeto de cada uno de los contratos debe corresponder a la prestación de servicios de salud.

Los contratos que se presenten para acreditar experiencia mínima habilitante deben estar en ejecución o haber terminado dentro de los últimos ocho (08) años contados a partir de la fecha de cierre de presentación de ofertas.

La experiencia del oferente plural (unión temporal, consorcio y promesa de sociedad futura) corresponde a la suma de la experiencia que acredite cada uno de los integrantes del proponente plural, independientemente de su porcentaje de participación.

Cuando el contrato que se aporte para la experiencia haya sido ejecutado por un Consorcio o Unión Temporal, y dos (2) o más de sus integrantes conformen un Proponente Plural para participar en el presente proceso, dicho contrato se entenderá aportado como un (1) solo contrato y se tendrá en cuenta para el aporte de la experiencia.

Nota 1: La sumatoria del valor de los contratos certificados debe ser igual o superior al 50% (en pesos) del presupuesto en salud del segundo año (2024) para la región a ofertar, de acuerdo con los valores que a continuación se relacionan:

SALUD						
REGION - DEPARTAMENTO	nov-dic 2023	2.024	2.025	2.026	ene -oct 2027	TOTAL REGIÓN
Region 1	29.942.280.974	194.710.028.257	213.673.420.893	234.483.715.116	213.896.795.630	886.706.240.870
Region 2	49.148.735.688	319.606.636.603	350.734.083.880	384.893.126.447	351.100.742.183	1.455.483.324.801
Region 3	29.057.835.672	188.958.617.064	207.361.862.543	227.557.455.201	207.578.639.161	860.514.409.641
Region 4	29.761.831.109	193.536.590.651	212.385.698.684	233.070.577.786	212.607.727.233	881.362.425.463
Region 5	54.192.025.922	352.402.373.999	386.723.896.336	424.388.094.495	387.128.178.479	1.604.834.569.231
Region 6	50.534.595.687	328.618.670.113	360.623.826.317	395.746.060.511	361.000.823.381	1.496.523.976.009
Region 7	59.808.660.759	388.926.482.791	426.805.197.440	468.373.033.521	427.251.380.678	1.771.164.755.189
Region 8	65.868.006.995	428.329.475.431	470.045.765.510	515.824.929.983	470.537.152.547	1.950.605.330.466
Region 9	33.237.530.184	216.138.524.876	237.188.902.957	260.289.440.386	237.436.860.839	984.291.259.242
Region 10	84.445.269.160	549.134.541.824	602.616.399.023	661.307.014.426	603.246.375.738	2.500.749.600.171
Total Capita	485.996.772.150	3.160.361.941.609	3.468.159.053.583	3.805.933.447.872	3.471.784.675.869	14.392.235.891.083

NOTA 2: Para CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR e instituciones de seguridad social integral la experiencia general y específica de contratos de prestación de servicios de salud, deberá demostrarse con contratos en prestación de servicios de salud, no podrá acreditarse con contratos de aseguramiento u otras unidades de negocio.

Para la acreditación de la experiencia específica habilitante se deberá diligenciar el **FORMATO No. 9.1. EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN SALUD MÍNIMA HABILITANTE.**

7.1.3.3. Experiencia Específica en SST

Para acreditar su experiencia, el proponente deberá aportar certificaciones de máximo dos (2) contratos que deben corresponder a contratos que incluyan en su objeto, alcance técnico u obligaciones actividades de SST.

Para la definición del valor mínimo exigido a certificar por parte de los oferentes, que acreditaran la experiencia para el cumplimiento del presente requisito habilitante, corresponderá a un valor en pesos de mínimo del doce por ciento (12%) del presupuesto del segundo año (2024) de Seguridad y Salud en el trabajo por región, como se muestra a continuación:

SST						
REGIÓN	nov-dic 2023	2.024	2.025	2.026	ene -oct 2027	TOTAL REGIÓN
Región 1	2.246.839.824	13.916.485.212	14.832.869.276	9.354.033.964	11.234.199.122	51.584.427.398
Región 2	3.155.190.983	19.396.234.201	20.177.641.083	13.536.414.265	15.775.954.916	72.041.435.448
Región 3	2.753.802.698	17.139.715.322	18.610.081.607	11.536.664.995	13.769.013.492	63.809.278.114
Región 4	2.388.504.241	14.814.815.568	15.901.059.369	10.086.442.077	11.942.521.207	55.133.342.462
Región 5	4.561.993.027	28.045.504.914	29.185.823.811	19.602.617.587	22.809.965.134	104.205.904.473
Región 6	3.725.432.794	22.858.924.738	23.680.747.666	16.335.151.907	18.627.163.969	85.227.421.074
Región 7	4.033.329.508	24.952.232.271	26.505.929.093	16.923.356.635	20.166.647.537	92.581.495.044
Región 8	5.508.389.979	34.370.766.531	37.521.928.198	22.397.614.983	27.541.949.892	127.340.649.583
Región 9	1.756.621.931	10.839.333.196	11.431.484.816	7.508.457.430	8.783.109.653	40.319.007.026
Región 10	4.527.194.188	27.499.737.057	27.490.627.665	20.386.179.569	22.635.970.939	102.539.709.418
Total Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM	34.657.299.173	213.833.749.010	225.338.192.584	147.666.933.412	173.286.495.861	794.782.670.040
Diseño y estructura del SGSSTM	1.207.385.401					1.207.385.401
VALOR TOTAL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA EL MAGISTERIO						795.990.055.441

Para la acreditación de la experiencia específica habilitante se deberá diligenciar el **FORMATO No. 9.1.1. EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN SST MÍNIMA HABILITANTE.**

Para el caso de experiencia específica en salud y en Seguridad y salud en el trabajo es importante que se tengan presente las siguientes reglas de acreditación:

Nota 1: El valor del ochenta por ciento (80%) se tendrá en cuenta **no sobre el valor inicial del contrato**, sino por el valor actual y/o final después de adiciones y modificaciones, en caso de que hayan existido, de la experiencia aportada en salud y/o SST.

Adicionalmente, los contratos que se presenten para acreditar experiencia mínima habilitante deben estar en ejecución o haber terminado dentro de los últimos ocho (08) años contados a partir de la fecha de cierre de presentación de ofertas, situación que aplica para SST y/o Salud.

Nota 2: En caso de proponentes de una oferta plural cada uno de los integrantes deberá aportar la experiencia relacionada ya sea en SST y/o Salud, en este sentido, todos los integrantes deberá contar con experiencia en alguno de los componentes exigidos.

Nota 3: En caso de que, un proponente o integrante de una estructura plural presente oferta para más de una región, deberá soportar el cumplimiento de este requisito con certificaciones que cumplan la suma del presupuesto de ambas regiones a las cuales presente oferta.

Nota 4: Las certificaciones de experiencia que se aporten para acreditar el requisito, solo serán válidas para una sola región. En caso de que un proponente o miembro de una estructura plural utilice la misma certificación para acreditar experiencia en más de una región, dará lugar a la solicitud de subsanación a los proponentes involucrados.

Nota 5: No se admitirán auto- certificaciones, es decir certificaciones emitidas por la misma persona jurídica proponente, ni entre los miembros del oferente plural.

Nota 6: No se admitirá para acreditación de experiencia, certificaciones de contratos a las cuales se les haya hecho efectivas las garantías por incumplimiento total o se les haya aplicado la caducidad.

7.1.3.4. Experiencia Habilitante Diferencial

En aplicación a la Ley 2069 de 2020 y el Decreto 1860 de 2021 y en concordancia con el análisis del sector, la entidad determina que para el caso de que los oferentes sea MIPYMES, EMPRENDIMIENTOS y EMPRESAS DE MUJERES, este tipo de concurrentes podrán acreditar las condiciones mínimas habilitantes de experiencia así:

El Oferente debe presentar, un mínimo dos (2) y máximo Once (11) certificaciones de experiencia acompañadas del respectivo contrato o acta de liquidación y/o terminación, debiendo cumplir todas y cada una de las condiciones planteadas en precedencia.

Nota: Para la verificación de las certificaciones aportadas como experiencia diferencial se deben tener en cuenta las notas relacionadas en el numeral anterior “experiencia específica”.

Para la acreditación de la experiencia específica habilitante se deberá diligenciar el **FORMATO No. 9.2. EXPERIENCIA DIFERENCIAL**.

VERIFICACIÓN DE ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA

Para que la certificación sea considerada como válida, debe cumplir con las siguientes especificaciones mínimas:

1. Debe estar en papel membrete de la Entidad o empresa que la expide; debe distinguirse claramente el nombre, cargo y número de teléfono de contacto de quien expide la certificación.
2. Para los contratos que se encuentren en ejecución y/o terminados durante los últimos ocho (8) años contados a partir de la fecha de cierre de la presentación de las ofertas, se deberá certificar o aportar documento que indique el porcentaje y/o monto de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, la cual no podrá ser inferior al 80% de la ejecución del contrato.
3. Fecha de inicio: Indicar la fecha de inicio del contrato.
4. Fecha de terminación (si aplica): Indicar la fecha de terminación del contrato en caso de que éste haya culminado.
5. Número del contrato (en caso de que exista) o identificación
6. Tiempo de ejecución del Contrato: La certificación deberá acreditar el período de vigencia y ejecución total del contrato.
7. Valor total del contrato (incluyendo adiciones si a ello hubo lugar).
8. En caso de allegarse certificaciones cuyo valor se exprese en moneda extranjera, deberá realizarse la correspondiente conversión a pesos colombianos (de acuerdo con el valor de la moneda extranjera vigente en el tiempo de ejecución del contrato a certificar) por parte del OFERENTE.

9. En las certificaciones expedidas por entidades públicas, se verificará para su validez la firma del Representante Legal o funcionario competente.
10. En el evento que la certificación no cuente con todos los datos requeridos se podrá complementar con documentos como copia de los contratos, actas de liquidación y certificaciones adicionales.

El Oferente, con el fin de dar cumplimiento a las especificaciones mínimas que deben contener las certificaciones para ser consideradas válidas, anexará el contrato y/o el acta de liquidación según corresponda.

La Fiduprevisora S.A., podrá comprobar la exactitud de la información consignada en la propuesta y podrá solicitar las aclaraciones que considere pertinentes y demás solicitudes que para efecto de la evaluación realice la entidad.

En el evento en que dos o más proponentes relacionen una misma información y estén presente inconsistencias, se solicitará la aclaración respectiva a los oferentes y sólo se tendrá en cuenta para la calificación aquella que esté demostrada.

La experiencia aquí exigida se evaluará como **CUMPLE / NO CUMPLE**

7.1.3.4. Requisitos habilitantes de la propuesta Técnica

Los siguientes requisitos serán de ofrecimiento obligatorio y no se podrán complementar, modificar o mejorar en el curso de su evaluación, razón por la cual los formatos requeridos serán inmodificables y **NO SUBSANABLES.**

- RED DE SERVICIOS DE SALUD OFRECIDA

El proponente deberá diligenciar la totalidad de los formatos que soportan la red de servicios para toda la red ofertada en los componentes primario y complementario, los cuales se relacionan a continuación:

Formato No. 10 Red de Prestación de Servicios Componente Primario

Formato No. 11 Red de Prestación de Servicios Componente Complementario

Formato No. 12 Red de Farmacias (Puntos de Dispensación de Medicamentos)

En razón a ello, el proponente deberá cumplir con las siguientes REQUISITOS para considerar su propuesta habilitada:

A. Para los Formatos N. 10, 11 y 12 :

1. Presentar con la oferta el diligenciamiento completo de los Formatos N. 10, 11 y 12 los cuales se constituyen como requisito HABILITANTE.
2. Diligenciar los Formatos N. 10, 11 y 12 conforme los parámetros determinados en su respectivo instructivo.
3. Los Formatos N. 10, 11 y 12 deben ser enviados en archivo Excel no protegido, no se aceptarán archivos en pdf u otros distintos a Excel.
4. Dentro del proceso de selección y evaluación, el proponente no podrá modificar ni reemplazar las IPS que sean presentadas en la propuesta inicial, relacionadas en los Formatos N. 10, 11 y 12 para conformar la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud. En caso de que el proponente reemplace alguna de las IPS ofertadas en los formatos referidos la oferta será **RECHAZADA**.

El proponente debe acreditar una red de servicios que garantice como mínimo el 90% de los servicios que existen en los municipios que componen la región objeto según lo descrito en el **Anexo Servicios Habilitados por Municipio**, que hacen parte integral del presente proceso según lo definido en el **Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud**, lo anterior, se presentará por el oferente mediante el **Formato No. 10 Red de Prestación de Servicios Componente Primario** y el **Formato No. 11 Red de Prestación de Servicios Componente Complementario**, los cuales deberán incluir la totalidad de servicios ofertados para los municipios que hacen parte de cada región, incluidos en el Registro Especial de Prestadores de Salud - REPS.

Para cada una de las IPS propuestas en los formatos, deberá aportar en su propuesta:

- Promesa de contrato por cada IPS que conforman la red ofertada, de acuerdo con las condiciones exigidas para la presentación de las promesas presentadas que incluya la oferta detallada de los servicios por cada sede, firmada por el representante legal de la IPS. En caso de que el representante legal haya delegado esta responsabilidad, adjuntar adicionalmente el documento con el cual se formalice la delegación.

Nota: Para el caso de proponentes plurales, la promesa podrá ser suscrita por uno de los miembros que la conforman, siempre que se establezca en la misma, que el contrato

prometido será suscrito una vez adjudicado el presente proceso de selección por el oferente plural o uno de sus miembros.

- Prueba de que los servicios ofrecidos están habilitados, bien sea mediante REPS o mediante inscripción ante el ente territorial. En este último caso la inscripción se debe identificar el nombre de la IPS, código de sede, servicios, complejidad y capacidad, cuando sea el caso.
- Documento que acredite la representación legal (Certificado de Cámara de Comercio o Resolución de Nombramiento).

Para acreditar la prestación de servicios de propiedad del oferente se deberá adjuntar los siguientes documentos:

- Declaración de propiedad mediante carta de presentación de la IPS la cual debe contener:
 - 1) Objeto de la oferta específica para la atención de la población requerida en cumplimiento de lo establecido en la invitación pública.
 - 2) Término de duración de la oferta de la IPS, el cual debe corresponder al mismo plazo del contrato a suscribir de la correspondiente invitación pública.
 - 3) Lugar donde se prestan los servicios o las tecnologías en salud.
 - 4) Relación de los servicios de salud ofertados.
- Prueba de que los servicios ofrecidos están habilitados, bien sea mediante REPS o mediante inscripción ante el ente territorial. En este último caso la inscripción se debe identificar el nombre de la IPS, código de sede, servicios, complejidad y capacidad, cuando sea el caso.
- Documento que acredite la representación legal (Certificado de Cámara de Comercio o Resolución de Nombramiento).

Nota 1: En la evaluación de las propuestas se verificará que los servicios ofrecidos por cada IPS/sede se encuentran en el Registro Especial de Prestadores de Salud - REPS, con corte a la fecha de la presentación de la oferta de la invitación pública, de conformidad con el Anexo Servicios Habilitados por Municipio.

Nota 2: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

CONDICIONES EXIGIDAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROMESAS:

El proponente deberá aportar copia de la promesa de contrato suscrita con cada una de los prestadores que conformará su Red sujeta a la adjudicación del presente proceso de selección.

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, Decreto 441 de 2022 y demás normatividad vigente aplicable, incluyendo como mínimo los siguientes elementos, los cuales serán tenidos en cuenta para la verificación del cumplimiento del presente requisito habilitante:

1. Objeto del contrato: debe incluir una cláusula específica donde se determine que el objeto del contrato es para la atención de la población requerida en cumplimiento de lo establecido en la Invitación Pública de 2023.
2. Término de duración, el cual debe corresponder al mismo del plazo del contrato a suscribir objeto del presente proceso de selección.
3. Lugar donde se prestan los servicios o las tecnologías en salud.
4. Servicios contratados: Relación de los servicios de salud habilitados sujetos a contratación, conforme con lo registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
5. Modalidad y forma de pago.
6. Firma de las partes, suscrita por el representante legal, su delegado y/o apoderado

Nota 1: Para el caso de proponentes plurales, la promesa podrá ser suscrita por uno de los miembros que la conforman, siempre que se establezca en la misma, que el contrato prometido será suscrito una vez adjudicado el presente proceso de selección por el oferente plural o uno de sus miembros.

Nota 2: Las IPS que sean presentadas en la propuesta inicial con la cual se suscriba el contrato de promesa para conformar la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, NO podrán ser reemplazadas. En caso de que el proponente reemplace alguna de las IPS ofertadas, la oferta será **RECHAZADA**.

Nota 3: Para efectos de la ejecución del contrato adjudicado producto de la Invitación Pública, se deberá presentar por parte del contratista, la legalización de la totalidad de los

contratos suscritos con la red y presentados en la oferta con el 100% de los elementos definidos en el Decreto 441 de 2022 y demás normatividad vigente aplicable en un plazo no mayor a 30 días calendarios posteriores a la firma de los contratos correspondientes a cada región, frutos del presente proceso de selección..

- **Red de servicios mínima para cumplir requisito habilitante:**

Los mínimos habilitantes se establecieron para garantizar que el oferente tenga capacidad de organizar una red con cobertura geográfica de atención básica en todos los municipios.

El proponente deberá acreditar más del 90% de los servicios habilitados requeridos en todos los municipios de la región para conformar la Red de Servicios, soportados en los formatos establecidos de acuerdo con lo estipulado en el presente estudio previo, sin perjuicio que desde el inicio del contrato y durante la ejecución del mismo, el contratista tenga la obligación de garantizar en la etapa contractual el 100% de los servicios de salud requeridos en cada municipio.

Para determinar el 90% de los servicios habilitados se considera como numerador, el número de servicios presentados en los **Formatos No. 10 Red de Prestación de Servicios Componente Primario** y el **Formato No. 11 Red de Prestación de Servicios Componente Complementario** y como denominador el 100% de los servicios habilitados según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS para cada municipio con corte a la fecha de presentación de la oferta, de conformidad con el Anexo Servicios Habilitados por Municipio.

El listado de los servicios en los Formatos No. 10 y 11 corresponden a los servicios incluidos en el componente primario y complementario, pero no es la totalidad de los servicios habilitados en cada Municipio.

La verificación de los servicios habilitados en el Registro de prestadores de servicios de salud se realizará por parte de la Fiduprevisora, con la fecha de la presentación de la oferta de la invitación pública.

NOTA 1: Se aclara que para efectos de hacer la determinación del 90% de los servicios habilitados, no se tendrán en cuenta y por ende se retiraran los servicios donde la clase del prestador corresponda a: *“Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud,*

transporte especial y los códigos 407 y 423 de Seguridad y Salud en el trabajo y medicina laboral” de conformidad al REPS.

NOTA 2: Dentro del 90 % de la red ofertada para el cumplimiento de los requisitos habilitantes deberá estar contenida el 90% de red de atención integral para la atención de cáncer garantizando la atención integral, oportuna, continua bajo el enfoque de gestión integral de riesgo en salud y acorde con el modelo de atención integral del Magisterio.

Descripción de servicios que conforman la Red de Atención Integral para la atención de cáncer.

Codigo_servicio_anterior_3100	Nombre_servicio_3100 <i>Servicios Obligatorios para la Cobertura</i>
210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA
227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA
232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS
237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
336	ONCOLOGÍA CLÍNICA
346	REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA
364	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS
370	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA
373	CIRUGÍA ONCOLÓGICA
374	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA
375	DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA

379	GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
383	MEDICINA NUCLEAR
390	OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA
391	ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
393	ORTOPEDIA ONCOLÓGICA
395	UROLOGÍA ONCOLÓGICA
406	HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA
408	RADIOTERAPIA
709	QUIMIOTERAPIA
711	RADIOTERAPIA
715	MEDICINA NUCLEAR

NOTA 3: En aquellos municipios donde algunos de los servicios básicos habilitantes exigidos para todos los municipios sean monopólicos por parte de una ESE o privados, no se requerirá aportar los documentos señalados en los numerales anteriores, pero sí registrar el nombre de IPS y código según instrucciones en el **Formato 10 -Red de Prestación de Servicios del Componente Primario** y en consecuencia dichos servicios contabilizarán para efectos del cumplimiento de los requisitos habilitantes para todos los proponentes que se presentan en la respectiva región. Por servicios monopólicos se entiende aquellos que ninguna otra IPS tiene habilitados en el respectivo municipio.

Igualmente, todos los servicios ofrecidos por las IPS de la red deben estar habilitados de conformidad con el Sistema Único de Habilitación contemplado en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia. De no aparecer dichos servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, se entenderán no habilitados

salvo que se aporte constancia de inscripción de los mismos ante la respectiva Secretaría de Salud Departamental.

Nota 4: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

- **Dispensación de Medicamentos para cumplir requisito habilitante.**

El contratista deberá garantizar en cada municipio de la región, como mínimo el 90% de los PDM de la red, de acuerdo con los requisitos establecidos en el presente documento de selección de contratistas y en función de la población del municipio y los afiliados del Plan de Salud del Magisterio, según la tabla “Cantidad mínima de PDM en red por municipio.”

En la siguiente tabla se encuentra la cantidad de PDM en red con la que se debe contar en cada municipio del territorio nacional, de acuerdo con el número de habitantes del municipio según reporte del DANE y número de afiliados del Magisterio.

Cantidad mínima de PDM en red por municipio

NÚMERO DE HABITANTES MUNICIPIO	PDM GENERAL	PDM ESPECIAL	AJUSTE DE PDM TOTALES EXIGIDOS COMO HABILITANTES EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SISTEMA DE SALUD DEL MAGISTERIO
Municipios menores de 20.000 habitantes	uno		
Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes	uno por cada 20.000 habitantes o fracción		Si la relación resultante en el municipio es menor de 500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 30.000 habitantes o fracción
Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes	uno por cada 30.000 habitantes o fracción	uno	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.000 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 45.000 habitantes o fracción

NÚMERO DE HABITANTES MUNICIPIO	PDM GENERAL	PDM ESPECIAL	AJUSTE DE PDM TOTALES EXIGIDOS COMO HABILITANTES EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SISTEMA DE SALUD DEL MAGISTERIO
Municipios de 100.000 a 250.000 habitantes	uno por cada 50.000 habitantes o fracción	uno	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 75.000 habitantes o fracción
Municipios de 250.000 a 500.000 habitantes	uno por cada 100.000 habitantes o fracción	uno por cada 250.000 habitantes o fracción	Si la relación resultante en el municipio es menor de 1.500 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 125.000 habitantes o fracción
Municipios de más de 500.000 habitantes	uno por cada 200.000 habitantes o fracción	uno por cada 500.000 habitantes o fracción	Si la relación resultante en el municipio es menor de 2.000 afiliados por punto la exigencia total se reduce a un punto por cada 250.000 habitantes o fracción

Para cumplimiento del presente requisito, el proponente deberá diligenciar el **Formato No. 12 Red de Farmacias (Puntos de Dispensación de Medicamentos)**

Para los servicios farmacéuticos se debe anexar copia del REPS.

Para las farmacias y droguerías se debe anexar:

1. Promesa de contrato incluyendo como mínimo los siguientes elementos, los cuales serán tenidos en cuenta para la verificación del cumplimiento del presente requisito habilitante:
 - a) Objeto del contrato: debe incluir una cláusula específica donde se determine que el objeto del contrato es para la atención de la población requerida en cumplimiento de lo establecido en la Invitación Pública de 2023.
 - b) Término de duración, el cual debe corresponder al mismo del plazo del contrato a suscribir objeto del presente proceso de selección.
 - c) Lugar donde se prestan los servicios o las tecnologías en salud.

- d) Servicios contratados: Relación de los servicios de salud habilitados sujetos a contratación, conforme con lo registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- e) Modalidad y forma de pago.
- f) Firma de las partes, suscrita por el representante legal, su delegado y/o apoderado

Para acreditar los puntos de dispensación de medicamentos o farmacias de propiedad del oferente se deberá adjuntar los siguientes documentos:

- Declaración de propiedad mediante carta de presentación del servicio farmacéutico o droguería la cual debe contener:
 - a. Objeto de la oferta específica para la atención de la población requerida en cumplimiento de lo establecido en la invitación pública.
 - b. Término de duración de la oferta de la PDM, el cual debe corresponder al mismo plazo del contrato a suscribir de la correspondiente invitación pública.
 - c. Lugar donde se presentan los PDM y/o las tecnologías en salud.

Nota 1: Para el caso de proponentes plurales, la promesa podrá ser suscrita por uno de los miembros que la conforman, siempre que se establezca en la misma, que el contrato prometido será suscrito una vez adjudicado el presente proceso de selección por el oferente plural o uno de sus miembros.

Para efectos de la ejecución del contrato adjudicado producto de la Invitación Pública, se deberá presentar por parte del contratista, la legalización de la totalidad de los contratos suscritos con la red y presentados en la oferta con el 100% de los elementos definidos en el Decreto 441 de 2022 y demás normatividad vigente aplicable, en un plazo no mayor a 30 días calendarios posteriores a la firma de los contratos correspondientes a cada región, frutos del presente proceso de selección.

En caso de que se oferten farmacias fuera de IPS, los establecimientos farmacéuticos que operan como Farmacia cada punto de atención deberá contar con la siguiente información:

- a) Certificado de existencia y representación legal expedido por el órgano competente y certificado de matrícula de establecimiento de comercio, según corresponda al tipo

del establecimiento que acredite el firmante y el objeto social de la entidad, en el que esté incluida la venta, distribución o dispensación de medicamentos.

Nota: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

7.1.3.5. Requisito de idoneidad técnica del proponente de SST – Factor habilitante.

Es la capacidad necesaria para desarrollar el proyecto adecuadamente con competencia para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM.

El Proponente deberá presentar la licencia de seguridad y salud en el trabajo, con el campo de acción de medicina de seguridad y salud en el trabajo, no obstante, una vez iniciada la ejecución del contrato, se deberá presentar dentro de los siguientes treinta (30) días calendarios posteriores a la suscripción del acta de inicio, la licencia de SST de conformidad con la normatividad legal vigente con todos los campos de acción requeridos para dar cumplimiento a las actividades definidas contractualmente.

Para el caso de los proponentes plurales, este requisito puede ser cumplido por uno o varios de los integrantes.

8. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Los Proponentes que obtengan en cada uno de los requisitos habilitantes establecidos en las normas legales pertinentes y en estos estudios, el criterio de ADMISIBLE, serán tenidos en cuenta para la evaluación y calificación de las propuestas, de conformidad con los factores y criterios de escogencia y adjudicación que se establecen a continuación, los cuales determinarán el ORDEN DE ELEGIBILIDAD de las PROPUESTAS, otorgando un puntaje total de CIENTO (100) PUNTOS.

ITEM	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
SEDES EXCLUSIVAS ADICIONALES	Se otorgará 24,50 puntos al proponente que oferte el mayor número de sedes exclusivas tipo D, debidamente habilitadas adicionales a las mínimas	24,50

	<p>exigidas en el anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>Para los demás se otorgará puntaje aplicando regla de 3.</p> <p>Se deberá diligenciar el Formato No. 16 Sedes Exclusivas adicionales (ponderable)</p>	
<p>SERVICIOS ADICIONALES EN SEDES EXCLUSIVAS</p>	<p>Los proponentes podrán ofertar servicios adicionales a los mínimos exigidos los cuales deberán estar debidamente habilitados dentro de las sedes exclusivas. Los cuales se puntuará así:</p> <p>Se otorgarán dos (2) puntos por servicios ofertados en mediano nivel de complejidad.</p> <p>Se otorgará un (1) punto por servicios ofertados en bajo nivel de complejidad.</p> <p>El proponente que obtenga el mayor puntaje se le otorgarán 19 puntos, para los demás se otorgará puntaje aplicando regla de 3.</p> <p>NOTA: No se contará como servicio adicional en sede exclusiva, la habilitación de los servicios de psiquiatría.</p> <p>Se deberá diligenciar el Formato No. 17 Servicios Adicionales en Sedes Exclusivas (ponderable)</p>	19
<p>FARMACIAS ADICIONALES</p>	<p>Se otorgarán 15 puntos al proponente que oferte el mayor número de farmacias adicionales a las mínimas exigidas en los requisitos habilitantes.</p> <p>Para los demás se otorgará puntaje aplicando regla de 3</p> <p>Se deberá diligenciar el Formato No. 18 Farmacias Adicionales (ponderable)</p>	15

<p>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>	<p>Se otorgarán 10 puntos al proponente que cuente con habilitación para prestar los servicios certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), de acuerdo con la descrito en la Resolución 1239 de 2022 del 31 de enero de 2020</p>	<p>10</p>
<p>SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL EN SEDES EXCLUSIVASS</p>	<p>Se otorgarán 10 puntos al proponente que este habilitado en los servicios de 423-SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO o 407-MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL en el Registro Especial de prestadores de Servicios de Salud (REPS), en el mayor número de sedes exclusivas descritas en el modelo de prestación de servicios.</p> <p>Para los demás se otorgará puntaje aplicando regla de 3.</p> <p>FORMATO No. 19 SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL EN SEDES EXCLUSIVAS (PONDERABLE).</p>	<p>10</p>
<p>SERVICIOS DE EN PSQUIATRÍA SEDE TIPO A</p>	<p>Se otorgará 5 puntos al proponente que habilite los servicios de Psiquiatría en el mayor número de sedes exclusivas tipo A.</p> <p>Para los demás se otorgará puntaje aplicando regla de 3.</p> <p>Formato N°20. Servicios Exclusivos Psiquiatría en Sede Tipo A (ponderable)</p>	<p>5</p>
<p>IPS ACREDITADAS</p>	<p>Se otorgará 3 puntos al proponente que oferte el mayor número de IPS acreditadas en su red.</p>	<p>3</p>

	Para los demás se entregará puntaje aplicando regla de 3	
FACTOR DE CONTROL, MONITOREO, ANALÍTICA DE DATOS Y MODELOS PREDICTIVOS	Se otorgará 2 puntos al proponente que ofrezca los servicios durante toda la ejecución del contrato de un ingeniero o economista que garantice el monitoreo, control, analítica de datos y modelos predictivos.	2
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL.	Se otorgarán 10 puntos al proponente que vincule empleados o contratistas para la prestación de servicios colombianos, el cual no será inferior al 40%. Formato No. 21 Apoyo a la Industria Nacional	10
TRABAJADORES EN SITUACIÓN DISCAPACIDAD.	Se otorgarán 1 punto como incentivos a la contratación en favor de personas con discapacidad.	1
CRITERIOS DIFERENCIALES EMPRENDIMIENTO Y EMPRESAS DE MUJERES.	Se otorgarán 0,25 puntos a los proponentes que adopten medidas que incentiven la participación de las mujeres.	0,25
CRITERIOS DIFERENCIALES MIPYME	Se otorgarán 0,25 puntos al Proponente que acredite la calidad de Mipyme domiciliada en Colombia	0,25
TOTAL		100

Para soportar cada uno de los ítems anteriores, se debe aportar:

8.1. SEDES EXCLUSIVAS ADICIONALES - Formato No. 16 Sedes Exclusivas Adicionales (ponderable)

Con la definición de sedes exclusivas adicionales para la prestación de servicios a los usuarios afiliados al FOMAG se busca mejorar la calidad en la atención, ofertando los altos niveles de servicio esperados para un régimen de excepción.

Entendiendo los costos que conllevan ofrecer sedes exclusivas adicionales por parte de un oferente, no es viable exigirlo en todos los municipios, y por tanto dentro de las obligaciones contractuales se establecen unas sedes exclusivas tipo A, B, C y D que deben ofertar los proponentes en los municipios con poblaciones menores a 50.000 habitantes y/o número de afiliados al FOMAG más de 500.

Con lo anterior, se tendría cobertura poblacional del 71% (equivalente a 590.376 usuarios de un total de 827,836).

Estas sedes exclusivas adicionales solo se puntuarán si se ofertan en los 881 municipios (Que se denominarán Municipio Tipo E), donde reside el 29% de la población afiliada ver Anexo MUNICIPIOS EVALUABLES PARA SEDE EXCLUSIVA ADICIONAL.

En revisión del Registro Especial de Prestadores de servicios de salud del Ministerio de Salud y Protección Social, se evidencia, que de la muestra de 2.839 IPS tomadas para el estudio del mercado, un total de 743 IPS cuentan con sedes en los municipios tipo E las cuales podrían ser objeto de oferta exclusivas adicional.

Así las cosas, se establece como Criterio Evaluable, la oferta de sedes exclusivas adicionales dentro de municipios tipo E). Otorgando 24,50 puntos al que oferte el mayor número de sedes exclusivas dentro de cualquiera de los 881 municipios tipo E que no hacen parte del listado anterior.

Requisitos

Las sedes exclusivas adicionales que se oferten deben estar debidamente habilitadas al momento de presentación de la oferta y podrán ser propias o contratadas con un tercero.

Se deben aportar los siguientes documentos por cada sede exclusiva ofertada:

1. Carta de intención donde se especifique que la IPS ofertada será sede exclusiva tipo D firmada por el representante legal de la IPS. En caso de que el representante legal haya delegado esta responsabilidad, adjuntar adicionalmente el documento con el cual se formalice la delegación.
2. Prueba de que los servicios ofrecidos están habilitados mediante REPS.
3. Documento que acredite la representación legal (Certificado de Cámara de Comercio o Resolución de Nombramiento y acta de posesión o certificación de representación legal expedido por el órgano competente). Las personas naturales (profesionales independientes) deben acreditar este requisito con copia del documento de identidad, que debe concordar con la información del REPS.

Nota: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

Se deberá diligenciar el Formato No. 16 Sedes Exclusivas Adicionales (ponderable)

8.2. SERVICIOS ADICIONALES EN SEDES EXCLUSIVAS -Formato No. 17 Servicios Adicionales en Sedes Exclusivas (ponderable)

Dentro de las sedes exclusivas, tanto las mínimas exigidas, como las adicionales ofertadas, se podrán ofrecer servicios exclusivos adicionales a los mínimos exigidos, que se constituyen en áreas específicas para la atención exclusiva de los usuarios del FOMAG, garantizando una infraestructura y personal independiente.

Los servicios exclusivos para los afiliados del FOMAG pueden corresponder a cualquier servicio habilitado según Resolución 3100 de 2019, diferentes a los mínimos exigidos para las sedes exclusivas.

Los servicios exclusivos ofertados deberán ser presentados en un formato independiente de los servicios adicionales en sedes exclusivas A, B, C o D.

El proponente deberá allegar los siguientes documentos:

1. Carta de intención donde se especifique que la IPS ofertada será sede exclusiva firmada por el representante legal de la IPS. En caso de que el Representante legal haya delegado esta responsabilidad, deberá aportar documento en donde se legalice dicha delegación.
2. Identificación de la Sede exclusiva, Nombre, identificación y código de habilitación de la sede exclusiva donde se prestará el servicio exclusivo.
3. Prueba de que los servicios adicionales ofrecidos estén habilitados mediante REPS

Nota 1: Para la obtención del puntaje adicional se deberá diligenciar el Formato No. 17. Servicios adicionales en sedes exclusivas (ponderable), **NO** se tendrán en cuenta los servicios previamente reportados para el cumplimiento del requisito habilitante.

Nota 2: Estos servicios adicionales pueden ser ofertados en cualquiera de las sedes exclusivas, incluidas las mínimas requeridas para la ejecución del servicio.

Nota 3: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

8.3. FARMACIAS ADICIONALES - Formato No. 18 Farmacias Adicionales (ponderable)

Adicional a las farmacias mínimas exigidas en cada municipio dentro de los Requisitos habilitantes, el proponente podrá ofertar farmacias adicionales, para lo cual se deberá aportar:

1. Carta de intención: cada IPS o farmacia que conforma la red ofertada, según el anexo), que incluye la oferta detallada de los servicios por cada sede, firmada por el representante legal de la IPS. En caso de que el representante legal haya delegado esta responsabilidad, adjuntar adicionalmente el documento con el cual se formalice la delegación.
2. Prueba de que los servicios ofrecidos están habilitados: para los servicios farmacéuticos se deberá aportar REPS.

3. En caso de que se oferten farmacias fuera de IPS, los establecimientos farmacéuticos que operan como Farmacia cada punto de atención deberá contar con la siguiente información:
 - a) Certificado de existencia y representación legal expedido por el órgano competente y certificado de matrícula de establecimiento de comercio, según corresponda al tipo del establecimiento que acredite el firmante y el objeto social de la entidad, en el que esté incluida la venta, distribución o dispensación de medicamentos.

Nota 1: Para acceder el criterio de ponderación de farmacias adicionales y con el propósito de asegurar de manera integral la provisión de medicamentos, adicional a las condiciones planteadas el proponente o algún integrante del proponente plural debe acreditar cupos aprobados por la industria farmacéutica por un valor mínimo equivalente al 2% del presupuesto oficial estimado total por regional a través de la presentación de copias de contratos de alianza estratégica y/o contratos de colaboración empresarial suscritos con un operador logístico farmacéutico donde se garantice una vigencia igual o superior a la vigencia del contrato producto del presente proceso de selección.

Se aceptará la suma de los cupos aprobados por la industria farmacéutica de cada uno de los integrantes del proponente plural para el cumplimiento del presente criterio.

Adicionalmente el oferente debe de forma obligatoria relacionar quién(es) es (son) sus gestores farmacéuticos – operadores logísticos para la respectiva zona y cumplir con los criterios definidos por la norma y/o complementarios incluidos en los presentes términos de condiciones.

Nota 2: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

8.4. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Para el cumplimiento de este requisito el proponente o alguno de los miembros del proponente plural deberá aportar por los menos una (1) copia de la resolución expedida por la secretaria municipal, distrital o el ente territorial competente o autorización expresa por parte de la secretaría de salud para la expedición de certificados de discapacidad donde se

le haya autorizado como INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD QUE REALIZARÁN EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, SE ESTABLECE EL MECANISMO DE RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO, de acuerdo con lo establecido en la resolución 1239 de 2022 expedido por el Ministerio de salud y protección social.

8.5. SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL EN SEDES EXCLUSIVAS

Los proponentes podrán ofrecer dentro de las sedes exclusivas, los servicios de Seguridad y salud en el trabajo, para lo cual deberán aportar para cada sede:

1. Carta de intención donde se especifique que la IPS ofertada será sede exclusiva firmada por el representante legal de la IPS. En caso de que el Representante legal haya delegado esta responsabilidad, deberá aportar documento en donde se legalice dicha delegación.
2. Identificación de la Sede exclusiva: Nombre, identificación y código de habilitación de la sede exclusiva donde se prestará el servicio exclusivo.
3. Prueba de que los servicios ofrecidos están habilitados dentro de la sede exclusiva, bien sea mediante REPS o mediante inscripción ante el ente territorial donde conste la habilitación del servicio 423-SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO o 407-MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL. En este caso la inscripción se debe identificar el nombre de la IPS, código de sede, servicios, complejidad y capacidad, cuando sea el caso.

Nota: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

Se deberá diligenciar el **FORMATO No. 19 SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL EN SEDES EXCLUSIVAS (PONDERABLE)**

8.6. SERVICIOS EXCLUSIVOS PSIQUIATRÍA EN SEDE TIPO A (PONDERABLE)

Se otorgará un máximo de cinco (5) puntos al oferente que proponga habilitar el servicio de psiquiatría en el ámbito ambulatorio, en el mayor número de sedes exclusivas tipo A, los

demás proponentes obtendrán un puntaje proporcional y descendente, que se establecerán mediante regla de tres.

Para acceder al puntaje, el proponente a través de su representante legal debe presentar manifestación expresa no condicionada a través de la cual señala el número de sedes exclusivas tipo A donde se compromete habilitar el servicio de psiquiatría.

Adicionalmente deberá aportar:

1. Carta de intención donde se especifique que la IPS ofertada será sede exclusiva firmada por el representante legal de la IPS. En caso de que el Representante legal haya delegado esta responsabilidad, deberá aportar documento en donde se legalice dicha delegación.
2. Identificación de la Sede exclusiva, Nombre, identificación y código de habilitación de la sede exclusiva donde se prestará el servicio exclusivo.

Nota: Se entiende para los efectos de la presentación de la oferta que los datos que se diligencien en los Formatos referidos se hace bajo la gravedad del juramento.

Se deberá diligenciar el **Formato N°20. Servicios Exclusivos Psiquiatría en Sede Tipo A (ponderable)**.

8.7. IPS ACREDITADAS

El proponente que dentro de la red de servicios de salud, presente el mayor número de IPS acreditadas, obtendrá 3 puntos y los demás proponentes obtendrán un puntaje proporcional y descendente, que se establecerán mediante regla de tres.

Para cada una de las IPS acreditadas ofertadas, se deben aportar el siguiente documento:

1. Certificación de Acreditación por el ente certificador.

NOTA 1: Las IPS ACREDITADAS ofertadas podrán encontrarse ubicadas en cualquier región del territorio Nacional.

NOTA 2: En caso de proponentes plurales el presente criterio podrá ser acreditado por uno o varios de los integrantes de la figura asociativa.

8.8. FACTOR DE CONTROL, MONITOREO, ANALITICA DE DATOS Y MODELOS PREDICTIVOS.

Para el proponente que allegue dentro de su propuesta documento en donde declare expresamente que se compromete a ofrecer los servicios de un ingeniero o economista (analista de datos) y adicionalmente indique que se mantendrá dicho perfil durante toda la ejecución del contrato, se le otorgarán 2 puntos.

8.9. APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL.

En aplicación al artículo 2 de la Ley 816 de 2003, Decreto 680 de 2021 y el Decreto 2680 de 2009, al proponente que apoye la industria nacional tendrá un puntaje hasta de 10 puntos, para lo cual el proponente deberá diligenciar y allegar junto con la propuesta el **FORMATO No. 21 “APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (LEY 816 DE 2003)”**, debidamente suscrito por el respectivo representante legal.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 680 de 2021, artículo 2.2.1.2.4.2.9., y conforme al objeto contractual, se considera que no se presentan bienes colombianos relevantes, por lo tanto la entidad otorgará el puntaje de que trata el inciso primero del artículo 2 de la Ley 816 de 2003 al proponente que vincule empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos, el cual no podrá ser inferior al 40% del total de empleados y contratistas asociados al cumplimiento del contrato.

En caso de ser proponente plural, cada uno de los integrantes deberá diligenciar el Formato No. 21 “APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL (LEY 816 DE 2003)”. El proponente que indique que No vinculará al menos el 40% de los empleados o contratistas colombianos para la prestación de servicios, u omita la presentación del FORMATO No. 21, no se le otorgará puntaje alguno.

- Cuando los proponentes vincule empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos, el cual no podrá ser inferior al 40%

10

- Si el proponente indica que No vinculará al menos el 40% de los empleados o contratistas colombianos para la prestación de servicios o no certifica las circunstancias anteriores 0

Se deberá diligenciar el **Formato No. 21 Apoyo a la Industria Nacional**

8.10. TRABAJADORES EN SITUACIÓN DISCAPACIDAD

En aplicación de lo establecido en el Decreto 392 del 29 de febrero de 2018 “Por el cual se reglamentan los numerales 1 y 8 del artículo 13 de la Ley 1618 de 2013 sobre incentivos en procesos de contratación en favor de personas con discapacidad”. Se otorga el uno por ciento (1%) del total de los puntos establecidos, a fin de acreditar la misma se deberán aportar los siguientes documentos:

1. Certificación firmada por el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, en donde se notifique el número total de trabajadores con discapacidad vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección.
2. Certificación del número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal, de conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección, así:

Número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido

TOTAL, DE TRABAJADORES DE PLANTA NÚMERO MÍNIMO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD	
Entre 1 y 30	1
Entre 31 y 100	2

Entre 101 y 150	3
Entre 151 y 200	4
Más de 200	5

NOTA: Para efectos de lo señalado en la norma, si la oferta es presentada por un consorcio, unión temporal y/o promesa de sociedad futura, se tendrá en cuenta la planta de personal del integrante del proponente plural que aporte como mínimo el cuarenta por ciento (40%) de la experiencia requerida para la respectiva contratación.

8.11. PUNTAJE ADICIONAL PARA EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS. ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.15. DEL DECRETO 1082 DE 2015, ADICIONADO POR EL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 1860 DE 2021 (0.25 PUNTOS):

Cumpliendo con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.15. del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el artículo 3 del Decreto 1860 de 2021, "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin reglamentar los artículos 30, 31, 32, 34 y 35 de la Ley 2069 de 2020, en lo relativo al sistema de compras públicas y se dictan otras disposiciones", la entidad dará un puntaje adicional a los oferentes que cumplan con alguna de las siguientes condiciones:

1. Cuando más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenezcan a mujeres y los derechos de propiedad hayan pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde conste la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación.

2. Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel. Se entenderá como empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, serán cargos de nivel directivo los que dentro de la organización de la empresa se encuentran ubicados en un nivel de mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde se señale de manera detallada todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación. La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte, se anexará copia de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador.
3. Cuando la persona natural sea una mujer y haya ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. Esta circunstancia se acreditará mediante la copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil.
4. Para las asociaciones y cooperativas, cuando más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados sean mujeres y la participación haya correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal.

PARÁGRAFO 1. Respecto a los incentivos contractuales para los emprendimientos y empresas de mujeres, las certificaciones antes mencionadas deben expedirse bajo la gravedad de juramento con una fecha de máximo treinta (30) días calendario, anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección.

PARÁGRAFO 2. Tratándose de proponentes plurales, los criterios diferenciales y los puntajes adicionales solo se aplicarán si por lo menos uno de los integrantes acredite que es emprendimiento y empresa de mujeres bajo los criterios dispuestos en el artículo precedente y que tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10%) en el consorcio o la unión temporal.

PARÁGRAFO 3. Los incentivos contractuales para las empresas y emprendimientos de mujeres no excluyen la aplicación de los criterios diferenciales para MiPymes en el sistema de compras públicas.

8.12. PUNTAJE ADICIONAL PARA PROPONENTES QUE ACREDITEN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS DEL ARTÍCULO 2.2.1.2.4.2.18 DEL DECRETO 1860 DE 2021 - CRITERIOS DIFERENCIALES PARA MIPYME EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS (0.25 PUNTOS):

Cumpliendo con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.18. del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el artículo 3 del Decreto 1860 de 2021, "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin reglamentar los artículos 30, 31, 32, 34 y 35 de la Ley 2069 de 2020, en lo relativo al sistema de compras públicas y se dictan otras disposiciones", la entidad dará un puntaje adicional a los oferentes que teniendo en cuenta los criterios de clasificación empresarial, ostenten la calidad MiPymes domiciliada en Colombia.

Tratándose de proponentes plurales, los criterios diferenciales y los puntajes adicionales solo se aplicarán si por lo menos uno de los integrantes acredita la calidad de Mipyme y tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10%) en el consorcio o la unión temporal. Lo previsto en esta norma aplica sin perjuicio de lo dispuesto en los Acuerdos Comerciales suscritos por el Estado colombiano, pero no rige en las convocatorias limitadas que se realicen conforme a los artículos 2.2.1.2.4.2.2 y 2.2.1.2.4.2.3 de este Decreto."

Nota: Para obtener el presente puntaje adicional se debe acreditar como Mipyme de conformidad a lo que se establece dentro del documento Invitación Pública No. 002 de 2023, en su numeral 13.1., literal q.

9. ADJUDICACIÓN

El plazo para la adjudicación del presente proceso de selección se hará el día y la hora fijada en el cronograma establecido dentro de la Invitación Pública, para la realización de la Audiencia Pública de Adjudicación.

La decisión que corresponda, derivada del presente proceso de selección, se informará en audiencia pública, previa recomendación del CDFNPSM.

Como es deber de los proponentes mantenerse informados de las actuaciones en desarrollo del proceso, la fecha de la audiencia de adjudicación podrá ser consultada por medio de Internet en las páginas Web habilitadas para la publicidad del proceso de selección.

La adjudicación se realizará a favor de los proponentes de acuerdo con las recomendaciones del CDFNPSM, una vez sea informado de los resultados finales de la evaluación de propuestas.

El término para adjudicar podrá prorrogarse o suspenderse antes de su vencimiento, siempre que las necesidades de la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, lo requieran.

La adjudicación se hará al proponente que haya presentado la mejor propuesta, es decir, la que haya obtenido el mayor puntaje en las calificaciones para la región a la cual se está presentando

9.1. Adjudicación Parcial

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM realizará la adjudicación por regiones, de conformidad con la metodología adoptada en el documento de selección de contratistas del presente proceso de selección.

Sólo podrá haber un contratista por región. Para ello se adjudicará el contrato a la oferta que cumpla con los requisitos habilitantes y obtenga mayor puntaje en el proceso de evaluación y calificación.

Un proponente podrá presentar propuesta en más de una región, sin embargo, sólo podrá ser adjudicatario de una sola región excepto cuando no exista otro proponente habilitado. En este último caso sólo podrá ser adjudicatario máximo en dos (2) regiones. Esta restricción se hace extensiva a las personas que hagan parte de las uniones temporales, consorcios o promesas de sociedad futura que se constituyan para presentarse como proponentes.

En el caso de que un proponente presente oferta para más de una región, deberá adicionar a sus propuestas un certificado suscrito por el representante legal donde indique de manera expresa a cuál de las regiones se presentará como prioridad para la adjudicación. Se pueden dar los siguientes escenarios

1. El proponente es habilitado en una o más regiones y obtiene el puntaje mayor en una (1) sola región. Caso en el cual le será adjudicada dicha región.
2. El proponente es habilitado en dos (2) regiones y obtiene el puntaje mayor en ambas. Se pueden dar los siguientes casos:
 - a) En ambas regiones es el único proponente habilitado. En dicho caso le serán adjudicadas ambas regiones.
 - b) En ambas regiones existe por lo menos un proponente adicional habilitado. En este caso, le será adjudicada la región que indicó como prioridad en su certificación.
 - c) En una región es el único proponente habilitado, mientras que en la otra región existe por lo menos un proponente adicional habilitado. En este caso, se le adjudicará la región que definió como prioridad en su certificación y se le adjudicará la otra regional si y solo si es el único proponente habilitado, en caso de haber más de un proponente habilitado, la región le será adjudicada al segundo proponente con mayor puntaje en su propuesta.
3. Para la elaboración del diseño y estructura del Sistema General de Seguridad y Salud en el trabajo del Magisterio se tendrá en cuenta los siguientes criterios:
 - a) Identificar el proponente en el primer orden de elegibilidad para cada región.
 - b) Determinar la oferta de menor valor para el ítem del diseño de seguridad y salud en el trabajo.
 - c) Adjudicar el diseño de SGSSTM al proponente con menor valor.

Sobre este particular la Fiduciaria garantizará que la adjudicación se realice al proponente que cumpla con la suma de los requisitos jurídicos, técnicos, financieros y económicos, necesarios para ser adjudicatario y ejecutar los contratos que se deriven del proceso de contratación para las dos regiones, si a ello hubiera lugar.

10. CONDICIONES DEL CONTRATO A CELEBRAR

10.1. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

10.1.1. Obligaciones generales del contratista

1. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo a los estándares y directrices de gestión documental, así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del contrato.
2. Mantener los requisitos ponderables ofertados, durante todo el término de ejecución del contrato, los podrá mejorar, en ningún caso y por ningún evento disminuir o desmejorar los indicadores
3. Mantener en forma permanente los niveles de eficiencia para atender sus obligaciones, de acuerdo con la metodología que para el efecto defina la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG.
4. Subsanan cualquier novedad o anomalía y reportar la situación de manera inmediata al funcionario encargado de la supervisión del contrato y a la interventoría.
5. Colaborar con la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos, o quien haga sus veces, y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG, para que el objeto del contrato se cumpla y que los servicios prestados sean de la calidad contratada y se presten con la oportunidad requerida.

6. Facilitar las actividades administrativas, logísticas, de desplazamiento y las requeridas en general para el cumplimiento de sus obligaciones, la de su personal directo y subcontratistas, en el objeto del presente, contrato en especial lo relacionado con capacitaciones.
7. Acatar las instrucciones y observaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la sociedad FIDUPREVISORA S.A., o quien haga sus veces, administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG por conducto del supervisor del contrato o quien este designe, Sin que el cumplimiento de esta obligación implique reconocimiento económico adicional al valor pactado en el contrato.
8. El contratista, una vez firmado el contrato, deberá garantizar la prestación del recurso humano establecido dentro del Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud numeral 6.4 Estructura Organizacional y los servicios de salud en todos los municipios de la región según el modelo de administración y prestación de servicios definido en el presente documento, para garantizar a los afiliados la prestación de la totalidad de los servicios del Plan de Beneficios en salud del Magisterio.
9. Acreditar a momento de la suscripción del contrato, la legalización de los contratos y de las pólizas de responsabilidad civil médica de cada una de las IPS que componen la red.
10. Presentar ante la supervisión del contrato de forma continua la renovación de las pólizas de responsabilidad civil medica de cada una de las IPS que componen la Red. En el evento de que se produzca el siniestro garantizado por una póliza se debe proceder a la restauración del valor asegurado de manera inmediata lo que será exigible por el supervisor que en el caso de renuencia dará el aviso de incumplimiento correspondiente. Una vez que de oficio o por atención al requerimiento se haga la restitución del valor asegurado se dará la correspondiente noticia acompañando el texto de la garantía.
11. Realizar y entregar la información que sea requerida por la Fiduprevisora S.A., la interventoría y los entes de control.

12. Adoptar Políticas, procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que se realizan en desarrollo del objeto social para la adecuada gestión del riesgo Reputacional.

10.1.2. Obligaciones específicas del contratista regional del régimen exceptuado de salud del magisterio.

13. Garantizar a los afiliados del FOMAG los beneficios del Plan de salud del Magisterio según las instrucciones y lineamientos adoptados por el Consejo Directivo del FOMAG y las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan y lo definido en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud en el marco del modelo de atención exigido en la Invitación Pública.
14. Cumplir en la totalidad de la Red con los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.
15. Garantizar el traslado de los pacientes remitidos a otros municipios dentro de la respectiva región en los términos establecidos en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud para el plan de atención en salud del magisterio de la Invitación Pública y sus documentos contractuales. En los casos excepcionales determinados en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud, cuando el operador justifique no contar con la capacidad resolutive para atender la contingencia, garantizará el traslado del paciente fuera de la red contratada en la respectiva región. El Operador responsable de la prestación inicial de servicios de salud del paciente y el cual recibe el pago de UPCM del afiliado es el responsable de asumir los costos de atención derivados de la prestación de servicios de salud que se presten en otra región con previa coordinación entre los operadores que participan en la referencia y contrarreferencia del paciente.
16. Responder de manera integral por el manejo del riesgo en salud y la garantía de los servicios de salud incluidos en el contrato, de conformidad con el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud, los lineamientos del Consejo Directivo del FOMAG, las normas técnicas aplicables y las expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la materia, las instrucciones generales impartidas por la

Superintendencia Nacional de Salud relativas al Sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas dirigidos a las entidades pertenecientes al Régimen Especial y de Excepción (REE) para lo cual utilizará su capacidad acreditada para la adjudicación, experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, que le permita implementar y operar el Sistema de Administración de Riesgo con los subsistemas de Gestión del Riesgo en Salud, Gestión del Riesgo Actuarial, Gestión del Riesgo del Crédito, Gestión del Riesgo de Liquidez, Gestión del Riesgo de Mercado de Capitales, Gestión del Riesgo operacional, Gestión del Riesgo de Fallas de Mercado.

17. Implementar mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contrarreferencia de pacientes, ajustados a las normas que regulan la materia, con mecanismos ágiles, oportunos, apoyados en plataformas de información y comunicaciones que ordenen y faciliten los trámites a los afiliados. Estos mecanismos y procedimientos deben estar definidos y documentados en todas las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud que hacen parte de la Red de Prestadores de Servicios de Salud y las sedes exclusivas.

18. Garantizar la atención de los principales riesgos en salud que afectan a los afiliados del Magisterio a través de programas, procesos y procedimientos que permitan la estandarización de intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamentos o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de las competencias del talento humano asociado de conformidad con lo establecido en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud, numeral 6.4., una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso a conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones. Estos programas, procesos y procedimientos deben estar definidos y documentados en todas las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud que hacen parte de la Red de Prestadores de Servicios de Salud y las sedes exclusivas.

19. Cumplir con oportunidad en la atención efectiva de los servicios de salud, en los términos señalados en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud y demás

anexos que garanticen oportunidad en la prestación de los servicios de salud del documento de selección de contratistas.

20. El contratista tiene la obligación de prestar todos los servicios establecidos en el Plan de Beneficios en Salud del Magisterio, incluso los que puedan surgir en un futuro por nuevas tecnologías, estén o no contemplados en la Red de Servicios presentada en la propuesta.
21. Implementar la Estrategia de Atención Primaria en Salud de acuerdo con la invitación pública y sus documentos contractuales en sus componentes de tamización, caracterización identificación y clasificación de riesgo individual, ayudas diagnósticas y detección temprana de la enfermedad, promoción de la salud y de hábitos de vida saludables y prevención de la enfermedad, estrategia que priorizará la cobertura de la población afiliada ubicada en las zonas rurales, distantes o remotas o de difícil acceso de conformidad con el plan, periodicidad e indicadores detallados en el anexo técnico.
22. Identificar y priorizar los grupos de riesgo de los usuarios del Fondo de acuerdo con el resultado de la caracterización.
23. Gestionar el riesgo técnico de salud de los usuarios mediante la articulación con las entidades territoriales, generar y reportar informes al FOMAG y los organismos de Inspección Vigilancia y Control cuando sean requeridos.
24. Realizar los ajustes de red en sus Componentes Primario y Complementario una vez Fiduprevisora valide el Estudio de Suficiencia de Red.
25. Garantizar la red de prestadores de servicios en un 100% y una vez sea validada por Fiduprevisora deberá solicitar autorización previa para cualquier cambio de Red.
26. Implementar, aplicar y ejecutar las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud priorizadas por Fiduprevisora conforme los lineamientos descritos en el anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud y las Rutas establecidas en la normatividad vigente y las que la sustituyan, adicionen o modifiquen.

27. Realizar el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria simultánea por el equipo interdisciplinario, a los afiliados que así lo requieran conforme a lo establecido en la Resolución 1239 de 2022 expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y las demás normas que lo modifiquen adiciones y sustituyan, expidiendo los correspondientes certificados de discapacidad.
28. Cumplir con las disposiciones en relación con el Sistema de Información para la calidad y los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud establecidas en la Resolución 0256 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y las demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, y así mismo generar los reportes de información frente a su cumplimiento Fiduprevisora y a las entidades de Inspección Vigilancia y Control cuando sean requeridos.
29. Dar cumplimiento a la prestación de servicios, tecnologías de salud y otros ordenados por fallos de tutela según el anexo técnico Tutelas.
30. Asistir a las mesas de conciliación y saneamiento de cartera mayor a 90 días entre el operador de servicios de salud y su red.
31. Realizar el reporte de novedades de afiliados fallecidos de manera mensual en el formato de nominado Reporte Fallecimientos, adjuntando el certificado de defunción por cada afiliado fallecido
32. Implementar la Política de Participación Social en salud según la resolución No. 2063 de 2017, de acuerdo con los ejes que hacen referencia a esta política: i) Fortalecimiento institucional, ii) empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud, iii) impulso a la cultura de la salud, iv) control social en salud, v) gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión.
33. Prestar los servicios de salud y suministrar bienes, tratamientos, procedimientos y medicamentos que, a pesar de encontrarse excluidos del Plan de Cobertura en servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del FOMAG "Plan de Beneficios del Magisterio", sean exigidos vía acciones constitucionales que obligue a Fiduciaria La Previsora S.A. y/o al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG y/o el CONTRATISTA o a un integrante de la Red de Servicios del contratista a

prestarlos o suministrarlos, sin perjuicio de las excepciones e impugnaciones que sobre esas providencias judiciales puedan presentarse conforme a la Ley, con el propósito de defender los intereses del FOMAG.

Para efectos del cumplimiento de la obligación descrita, todos aquellos servicios que se encuentren por fuera del "Plan de Beneficios del Magisterio" son considerados como servicios excluidos y en tal sentido, deberán ser prestados por el CONTRATISTA en los casos antes descritos, en cumplimiento de una providencia judicial, así como en cumplimiento de una medida cautelar provisional que ordene un Juez de la República o instancia jurisdiccional. En todo caso, el CONTRATISTA, teniendo en cuenta las características de las acciones constitucionales, en especial su inmediatez, su prelación a otros asuntos y sus plazos perentorios e improrrogables, deberá adelantar todas las actuaciones necesarias con la debida diligencia para abordarla de manera correcta, precisa, sin dilación y dentro de los plazos establecidos en la providencia judicial. **Ver Anexo TÉCNICO TUTELAS**

10.1.3. Obligaciones de los operadores en relación con el sistema de vigilancia de salud pública.

34. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia epidemiológica en sus redes de servicios.
35. Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
36. Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
37. Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.

38. Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
39. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Las anteriores obligaciones en armonía con lo dispuesto en el artículo 2.8.8.1.1.11 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, el cual señala las funciones de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, incluyendo a las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y las demás normas que adiciones, modifiquen o sustituyan.

10.1.4. Obligaciones operativas

40. Garantizar una estructura orgánica independiente, a la de los consorciados o los demás integrantes de la oferta plural que permita la gestión del modelo de salud familiar del magisterio y la prestación de los servicios de salud conforme a lo establecido en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud.
41. Mantener durante el plazo de ejecución del contrato, todo el personal idóneo y calificado de nivel directivo, profesional, técnico y de soporte administrativo, operativo y asistencial que sea necesario para el óptimo desarrollo de este.
42. De conformidad con el ordenamiento jurídico vigente, realizar el pago de los aportes al Régimen de Seguridad Social de sus trabajadores y exigir igual condición a sus contratistas, para cada pago.
43. Garantizar la permanencia e idoneidad en las personas responsables de la ejecución del contrato y demás obligaciones que se generen en la ejecución del mismo.
44. Utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, infraestructura, conocimiento técnico y especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto de que se pretende contratar.

45. Socializar e implementar en la Red prestadora de servicios para la población afiliada al FOMAG todos los programas, procesos, procedimientos y requisitos necesarios para la atención de los afiliados y en general todos los procesos de prestación de servicios de salud.
46. Garantizar a través de la Red Prestadora de Servicios de salud el suministro de la información que requieran los usuarios para apoyar el proceso de afiliación y la información sobre derechos y deberes, de acuerdo con las pautas y procedimientos establecidos por Fiduprevisora S.A. La Red ofertada incluye entre otras las sedes exclusivas, la red pública y privada con la que se tenga convenio.
47. Organizar y mantener operativa la red de Instituciones Prestadoras de Servicios en todos los niveles de complejidad, incluidos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, de conformidad con la oferta aprobada, más todos los que sean necesarios para garantizar el Plan de Beneficios en Salud del Magisterio, en todos los municipios que prestan servicios a los afiliados al FOMAG y su tránsito por la red en todos los niveles de complejidad en función de las necesidades de salud, atendiendo el principio de contigüidad, de acuerdo con el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud establecido y la invitación pública y sus documentos contractuales que la conforman.
48. Garantizar en los casos que se requiera la atención integral de pacientes en Programa de Atención Domiciliaria, Hospitalización en Casa según lo ordenado por el Médico Tratante y lo definido por el FOMAG en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud y lo establecido en la normatividad vigente.
49. Garantizar y gestionar el trámite de la portabilidad del afiliado ante Fiduprevisora y las Entidades Territoriales certificadas en educación a través del Sistema de Información definido por la Fiduprevisora, de acuerdo con lo estipulado en la invitación pública y sus documentos contractuales que la conforman, facilitando carta u oficio remisorio al operador del lugar de destino para que garantice la continuidad del servicio por el periodo solicitado. La portabilidad comprende un periodo entre dos (2) semanas y seis (6) meses y procede cuando el usuario requiera atención en salud por fuera de su domicilio por motivos fortuitos no planeados relacionados con aspectos familiares o laborales. El operador remitente responsable de tramitar la portabilidad del afiliado será responsable de la prestación del servicio

de salud hasta tanto se haga efectivo el traslado al operador receptor. El operador al que se encuentre afiliado el paciente responderá por los costos de la atención en salud.

50. El operador receptor y/o uno de los miembros de la unión temporal, consorcio o sociedad futura realizará el trámite de facturación ante el operador remitente por proceso de portabilidad, enviando la cuenta de cobro respectiva, que deberá cancelarse en el término de 30 días calendario posterior a su radicación de acuerdo con la normatividad vigente en materia de glosas. En caso de no recibir el pago en el término establecido el operador receptor que prestó el servicio solicitado a un afiliado de otra región por el plazo determinado podrá exigir a Fiduprevisora S.A. el giro directo sin perjuicio de las actividades de auditoría e interventoría que se aplica al cobro. Fiduprevisora descontará de la UPCM al operador remitente por concepto de prestaciones de servicios de salud prestados al afiliado por el operador receptor quien lo realizará después de una verificación de su pertinencia y descontará el monto pagado al operador que ordenó el servicio por el periodo solicitado.
51. Garantizar el funcionamiento y operación de sedes de uso exclusivo para los afiliados del Régimen exceptuado de Salud del Magisterio en todas las ciudades mayores de 50.000 habitantes y capitales de departamento, así como en los demás municipios con más de 500 afiliados con las condiciones de servicios establecidas en el documento de selección de contratistas.
52. Garantizar en la red de servicios de cada departamento, IPS con servicios de mediana complejidad en todos los municipios con más de 50.000 habitantes y capitales de departamento con menos de 50.000 habitantes, para dar cumplimiento al principio de contigüidad en la organización de la red de servicios y las rutas integrales de atención en salud.
53. Presentar mensualmente dentro de los primeros 15 días calendario del mes la información establecida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS, según establezca Fiduprevisora S.A.; igualmente, la información sobre el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, y las demás notificaciones obligatorias que rigen para el sector salud. El incumplimiento de estas obligaciones será reportado ante La Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

54. Reportar a Fiduprevisora S.A. la información requerida por entes de control, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, entes territoriales entre otros, en los tiempos y formas exigidos.
55. Garantizar el acceso a la información y la infraestructura de la Red propia y contratada y dar soporte a las personas que determine la Fiduprevisora S.A. para la supervisión, auditoría o interventoría en la prestación de los servicios.
56. Contar con sistemas de información que registren toda la operación tanto administrativa como médico asistencial que contenga como mínimo módulos funcionalidades, con: historia clínica electrónica interoperable, información de referencia y contrarreferencia, ayudas diagnósticas, facturación, generación de reportes de enfermedades de interés en salud pública, agendas de citas médicas, Red de Servicios, profesionales, dispensación de medicamentos, medicina laboral (calificación de origen, PCL, recalificación, rehabilitación y/o reincorporación laboral), transcripción y/o expedición de incapacidades que permita gestionar el flujo propio de la atención y autogenerar reportes por parte del contratante, el interventor, los entes de Inspección Vigilancia y Control. Estos sistemas deben permitir la autogestión a través de acceso web o una solución móvil (accesible para todos los sistemas operativos), de conformidad con lo establecido en el anexo técnico Sistema De Información y los documentos de selección de contratistas.
57. Implementar y habilitar un Contact Center como mecanismo único de relacionamiento con todos los afiliados de la región asignada que garantice la oportuna atención 24 horas al día los 7 días de la semana y facilite la accesibilidad a los servicios de salud; así como también la difusión permanente de la oferta y condiciones de los servicios, lo anterior mediante campañas de inbound y outbound.
58. El Contact Center deberá tener un sistema de omnicanalidad que asegure una experiencia integral de servicio para los usuarios y permita verificar la trazabilidad de la atención prestada y la generación de indicadores.
59. El Contact Center debe disponer como mínimo de los siguientes canales de comunicación: página web, línea gratuita nacional, línea celular, correo electrónico,

chat, WhatsApp y mensajes de texto, para brindar orientación al usuario en aspectos relacionados con la prestación del servicio, autorizaciones, cambios de Institución Prestadora de Servicios de Salud, procesos de movilidad, certificaciones, soporte para novedades de afiliación, consulta o actualiza tus datos personales registrados, reembolsos, radicación, solicitudes, reclamos, queja, sugerencias y felicitaciones, solicitar y cancelar citas médicas para afiliados de la Red de Prestación de Servicios de Salud, certificados de afiliación, entrega de medicamentos, certificados de incapacidad, consulta la información y estado de afiliación de tu grupo familiar y prestador Médico asignado a tu servicio, consultar el estado de tus solicitudes de autorización de servicios, la atención de los demás requerimientos solicitados por el afiliado.

60. Facilitar la selección de los prestadores de servicios de salud por parte de los afiliados al FOMAG y sus beneficiarios.
61. Implementar estrategias de promoción y apoyo de la participación ciudadana y del ejercicio del control social en salud.
62. Garantizar la respuesta y solución oportuna a las solicitudes presentadas por el Defensor del Usuario como representante de la defensa de los derechos de salud de los afiliados de Magisterio.
63. Suministrar información y brindar el apoyo necesario a la supervisión, interventorías, auditorías o misiones especiales que delegue la Fiduprevisora S.A.
64. Efectuar los reportes de información a los organismos de Inspección Vigilancia y Control competentes que así lo soliciten.
65. Asistir obligatoriamente y sin excepción a todos los Comités Regionales de Prestaciones Sociales que se lleven a cabo en los departamentos que compongan la región, en los términos de la convocatoria que realice el Ente Territorial Certificado en Educación, mediante la designación de un funcionario que cuente con poder de decisión.

66. Garantizar la puesta en marcha y operación de las sedes exclusivas y administrativas en los términos y condiciones establecidos en el anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud del presente documento de selección de contratistas.
67. Facilitar y apoyar el ejercicio de la veeduría ejercida por los afiliados entregando información oportuna y estableciendo procesos de formación.
68. Remitir informe dentro de los cinco primeros días de cada mes con el consolidado de las PQRD y tutelas, recibidas por el contratista en los diferentes canales de atención dispuestos para este fin; el cual debe contener un análisis donde se identifiquen las cinco primeras causas por las que los afiliados presentan PQRD y tutelas.
69. Remitir semanalmente a la Interventoría un reporte con la información respecto a la asignación, ocupación y acomodación en su red hospitalaria.
70. Facilitar y apoyar el ejercicio de las veedurías a través de la capacitación de los veedores y disposición de espacios mensuales para la recepción y procesamiento de las PQRQ identificadas por los veedores.

10.1.5. Obligaciones financieras

71. Constituir y mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una Garantía Financiera equivalente a la sumatoria de UPCM promedio mensuales por el número total de afiliados asignados en la respectiva región al inicio del contrato, de conformidad con el valor estimado del contrato, para garantizar la cobertura de riesgos asociados a sus obligaciones y la continuidad en la atención en salud de los afiliados durante los seis (6) meses siguientes a la terminación anticipada o definitiva del contrato, garantía financiera que respaldará la provisión técnica respectiva.

La Garantía financiera deberá constituirse mes a mes durante los doce (12) primeros meses a partir de la fecha de inicio del contrato, por un porcentaje mensual mínimo equivalente al ocho punto treinta y tres por ciento (8,33%), de tal manera que al final de este periodo se cuente con la totalidad del monto solicitado en el párrafo anterior, para la constitución de la garantía financiera el operador no podrá designar recursos concernientes a la prima pura de la UPCM.

La garantía financiera posibilita la utilización de títulos de renta fija, depósitos a la vista o certificado de garantía fiduciaria, en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia los cuales deberán cumplir con los criterios de seguridad, rentabilidad y liquidez.

El procedimiento para afectar la garantía financiera será definido al inicio de la ejecución contractual en coordinación con la interventoría contratada para tal efecto.

72. Pagar oportunamente a las IPS, proveedores, médicos especialistas, red hospitalaria pública, farmacéuticas y distribuidores de medicamentos y otras tecnologías en salud, y otros servicios subcontratados, que guarden relación de causalidad con el acto médico y la ejecución a cabalidad del objeto contractual, en los términos señalados en los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, y las normas que los sustituyan, modifiquen o reglamenten, propiciando en todo momento que no se afecte la calidad, oportunidad y efectividad en la atención de los usuarios.
73. Cumplir con oportunidad en atención efectiva de los servicios de salud en los términos señalados en el Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud del documento de selección de contratistas.
74. Implementar y realizar todas las actividades de gestión: del riesgo en salud, del riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de liquidez, riesgo de mercado de capitales, riesgo operacional y riesgo de fallas de mercado, de conformidad con los procedimientos, protocolos, indicadores, metas de cobertura, equipos multidisciplinarios, estrategias como Atención Primaria en Salud, sedes exclusivas, infraestructura tecnológica y otras actividades detalladas en la invitación pública y sus anexos, según las instrucciones que para la administración de cada subsistema imparte la Circular Externa número 2022151000000050-5 de julio 25 de 2022 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud para las entidades del Régimen Exceptuado del Magisterio y las que las sustituyan o modifiquen, y las normas legales, estándares técnicos y reglamentos que expedida sobre estas materias el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud y las autoridades sanitarias, INVIMA y otras agencias del Estado en los distintos niveles que tengan funciones de acreditación, habilitación de servicios y evaluación de tecnologías en salud.

75. Destinar los recursos del FOMAG recibidos por concepto de UPCM diferencial por grupo etario, sexo y zona geográfica, según lo ordenado en la estructura financiera definida en el numeral 9 del artículo primero del Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG teniendo en cuenta la suficiencia de la UPCM diferencial pactada para garantizar la atención integral en salud de los afiliados asignados en la región adjudicada.
76. Realizar los gastos administrativos e inversiones necesarias para garantizar la operación regional, la gestión integral del riesgo en salud y la atención de los afiliados al FOMAG asignados en condiciones de calidad, pertinencia y oportunidad, siempre que guarden estricta relación de causalidad con el acto médico, dentro de los parámetros e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud para el Sistema de Administración de Riesgo por quienes participan en el Régimen Exceptuado de Salud del Magisterio y las demás normas legales y reglamentarias.
77. Reportar periódicamente la información financiera y contable sobre los ingresos y destinación de los recursos recibidos del FOMAG por concepto de UPCM, según las instrucciones que imparta la Superintendencia Nacional de Salud, los entes de control, el Consejo Directivo del FOMAG, el Ministerio de Educación Nacional en calidad de Fideicomitente, sin perjuicio del seguimiento permanente que realice la interventoría del contrato.
78. Adoptar los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta del sector salud, contenidos en el anexo técnico de la resolución 2805 de 2022 o aquellas que la modifiquen, deroguen o sustituyan durante la ejecución del contrato.
79. Adoptar Políticas, procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que se realizan en desarrollo del objeto social y demás características particulares para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos / Financiación del Terrorismo.

10.1.6. Obligaciones en el proceso de atención médico asistencial de accidentes de trabajo y enfermedades laborales

80. Realizar y certificar la capacitación virtual en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, por parte del equipo coordinador del SGSSTM con una intensidad de cincuenta (50) horas, o veinte horas (20), según corresponda a la normativa vigente (Res. 4927 de 2016 o la que lo modifique o sustituya) para el desarrollo de las actividades y programas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio
81. Recepcionar y tramitar ante el Comité de medicina laboral o Junta de Calificación del Prestador de servicios de salud las solicitudes para el proceso de calificación de origen, recalificación o calificación de pérdida de la capacidad laboral; dichas solicitudes deben estar reportadas desde el ingreso hasta el dictamen en firme en el Sistema de Información requerido en los documentos de selección.
82. Prestar al afiliado los servicios de salud incluidos dentro del Plan de Beneficios de Salud del Magisterio y los servicios complementarios requeridos para el proceso de Rehabilitación Integral y calificación de origen y Perdida de Capacidad Laboral.
83. Realizar el seguimiento a los afiliados ingresados a los planes de rehabilitación con origen laboral o que se encuentren en proceso de calificación con el objetivo de mejorar las condiciones de salud del docente y lograr la reincorporación o reintegro a su puesto de trabajo. El seguimiento de cada caso se reportará en el sistema de Información requerido en los documentos de selección desde el ingreso al programa de rehabilitación hasta el cierre de caso por el comité médico laboral o equipo interdisciplinario de rehabilitación.
84. Implementar programas de rehabilitación integral para la reincorporación laboral para el docente sometido a un estudio de enfermedad laboral o que hubiese presentado un accidente de trabajo, que presente una incapacidad permanente parcial o un diagnóstico de difícil recuperación o que requiera recomendaciones para la reincorporación laboral.

85. Expedir por intermedio de los médicos tratantes o que atienden el caso, las incapacidades temporales que sean requeridas, las cuales deben contener como mínimo la información establecida en la Decreto 1427 de 2022, artículo 2.2.3.3.2.
86. Aportar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez la información requerida para el estudio del caso, cuando se presente controversia respecto de la calificación de primera instancia por origen o por Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) dentro de los tiempos definidos.
87. Realizar la remisión del docente con presunción de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral al Comité de Medicina Laboral (Junta de calificación en primera instancia), para la calificación de origen, aunque no haya aviso del evento, en los términos dispuestos en la normatividad vigente. Los casos de presunción aludidos deben estar reportados desde la sospecha del evento hasta el dictamen en firme en el Sistema de Información requerido en los documentos de selección.
88. Brindar información de pronóstico, rehabilitación, y expedir los documentos que sean requeridos para los trámites de calificación y para la emisión de recomendaciones médico laborales, a través del sistema de información exigido en los documentos de selección.
89. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A.
90. Implementar en toda la Red de prestación de servicios en salud, los procedimientos, rutas de atención, lineamientos, actividades y acciones definidos en los anexos señalados en la atención de eventos laborales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral), rehabilitación y reincorporación laboral, expedición y/o transcripción de incapacidades.
91. Capacitar a las Entidades Territoriales en Educación sobre los procedimientos, rutas de atención, lineamientos, actividades y acciones para la atención en salud de eventos laborales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral), rehabilitación y reincorporación laboral, incapacidades. La capacitación se debe realizar cuatro (4) veces al año o cuando se genere un cambio en la prestación del servicio.

92. Garantizar permanentemente un sistema de información que contenga un módulo o funcionalidad de Medicina Laboral que contenga:
- Calificación de origen.
 - Calificación de Pérdida de Capacidad laboral, incluyendo recalificaciones.
 - Proceso de Rehabilitación Integral para la Reincorporación Laboral. Rehabilitación Integral para la Reincorporación Laboral por Accidente de Trabajo.
 - Rehabilitación Integral para la Reincorporación Laboral por Enfermedad Laboral
 - Rehabilitación por Incapacidad Permanente Prolongada de Origen Común. Rehabilitación Casos con diagnóstico de difícil recuperación de - Origen Común.
 - Reincorporación Laboral
93. Asistir a las mesas laborales solicitadas por las Entidades territoriales en Educación o Fiduprevisora, para evaluar los casos de análisis administrativo y asistencial relacionados con el procesos de eventos laborales (Accidente de Trabajo o enfermedad laboral) o proceso de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral.
94. Marcar en los sistemas de información todas las actividades y servicios contratados que se prestan para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los eventos laborales (Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Laboral). Esta marcación debe permitir descargar de forma periódica, las prestaciones asistenciales que se han brindado a un docente, por las contingencias de Accidente de Trabajo o enfermedad laboral, que deben contener el valor unitario de cada prestación y debe permitir descargar a la interventoría y la Fiduprevisora.
95. Registrar en los sistemas de información designados por FIDUPREVISORA para reporte y seguimiento de las actividades contratadas en la atención del Accidente de Trabajo, enfermedad laboral, calificación de origen, calificación de Pérdida de Capacidad Laboral PCL, incapacidades y demás información que requiera FIDUPREVISORA.

96. Recepcionar a través del Contact Center el reporte del Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT) y diligenciar en el sistema de información dispuesto por Fiduprevisora.
97. Ingresar a los programas de Rehabilitación Integral para el Reintegro Laboral los eventos de origen laboral que lo ameriten (Accidente de Trabajo o enfermedad Laboral) en un tiempo menor a 10 días desde la calificación del origen.

10.1.7. Obligaciones en el proceso de calificación de origen y de pérdida de capacidad laboral (PCL)

98. Conformar y mantener un equipo interdisciplinario (Comité Médico Laboral o Junta de Calificación en primera instancia) encargado de realizar el proceso de calificación de origen y/o pérdida de la capacidad laboral para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, de acuerdo con las especificaciones del Manual de Calificación de Invalidez definido para el régimen de excepción del magisterio.
99. Suministrar la información requerida por la interventoría sobre la ejecución de los procesos definidos para la calificación de origen y/o de pérdida de capacidad laboral y respecto de la gestión realizada por el Comité de medicina laboral o Junta de Calificación del Prestador de servicios de salud y garantizar el cumplimiento de sus funciones legales y las dispuestas en el presente documento.
100. La calificación de origen relacionada con AT tendrá lugar cuando: 1. Existan dudas si una patología es consecuencia de un accidente de trabajo anterior, 2. Cuando existan dudas de incapacidades relacionadas con un AT, 3. El médico laboral ponente del caso lo requiera durante el procedimiento de calificación de PCL. En adición el dictamen de calificación de origen deberá expedirse dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la generación del Informe de Investigación de Accidente de Trabajo.
101. Solicitar y recopilar la documentación necesaria para la calificación de origen o pérdida de capacidad laboral a las entidades públicas o privadas pertinentes, según lo dispuesto en la reglamentación vigente.

102. Realizar las valoraciones especializadas y pruebas complementarias asistenciales que sean requeridas por el equipo interdisciplinario (Comité Médico Laboral o Junta de Calificación en primera instancia) para el proceso de calificación de origen y/o de pérdida de capacidad laboral.
103. Realizar la valoración por el médico laboral ponente del caso, (Miembro del comité de medicina laboral o Junta de Calificación en primera instancia) de la persona sujeto de calificación, quien igualmente debe solicitar las valoraciones por los miembros del equipo interdisciplinario médico laboral según la disciplina que se requiera en concordancia con el manual de calificación de invalidez definido para el régimen de excepción del magisterio.
104. Tramitar la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral con los documentos existentes ante ausencia de la persona a la cita.
105. Entregar a la Entidad Territorial Certificada, Docente o Directivo Docente el dictamen con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador, a la entidad territorial certificada en educación y entregar copia a la Fiduprevisora S.A, en los tiempos definidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional para el Magisterio.
106. En situaciones excepcionales de inhabilidad, en las que una Junta Regional de Calificación de Invalidez no defina una calificación de PCL, la Junta Médico Laboral del contratista de servicios de salud y de seguridad y salud en el trabajo de primera instancia debe elevar el caso ante el Ministerio del Trabajo para que éste determine por jurisdicción la Junta Regional habilitada donde se trasladará el caso. Los gastos administrativos derivados de este tipo de situaciones extraordinarias estarán a cargo del Contratista con cargo a la UPCM en el marco de las obligaciones contractuales que debe asumir. Todos los casos radicados deben tener un seguimiento que debe reportarse en los sistemas de información requeridos en los documentos de selección.

107. Recepcionar y registrar en el sistema de información de la FIDUREVISORA S.A y el propio del operador, la información del proceso de resolución de controversias en Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.
108. Enviar la documentación que Fiduprevisora S.A. requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar.
109. Cumplir con las disposiciones del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional para el Magisterio.
110. Mantener el funcionamiento permanente y en completitud del Equipo interdisciplinario (Comité Médico Laboral o Junta de Calificación en primera instancia) durante toda la ejecución del contrato, así como los cambios que se generen en especialidades requeridas para cada caso.
111. El contratista procederá con la investigación de accidente de trabajo mortal para la generación del respectivo informe. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la emisión del informe de investigación de accidente de trabajo, el contratista remitirá el informe en mención con copia del FURAT diligenciado por el empleador, a la Dirección Regional o Seccional de Trabajo, a la Oficina Especial de Trabajo del Ministerio del Trabajo.
112. Emitir el dictamen de calificación de Pérdida de Capacidad Laboral dentro de un tiempo máximo de 180 días, correspondiente al término máximo de incapacidad temporal de un educador.
113. Emitir dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral dentro de los primeros noventa (90) días de la incapacidad para los casos de diagnóstico de difícil recuperación. Ingresar al programa de rehabilitación integral con cierre de caso para proceder a la calificación de pérdida de la capacidad laboral y expedir el correspondiente dictamen.
114. Emitir dictamen de calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, de todos los casos con incapacidad igual o menor a ciento ochenta (180) días de incapacidad

permanente. El dictamen no debe ser emitido en un término superior a los 180 días de incapacidad (Decreto 1655 del 2015).

115. En situaciones en las que los objetivos del plan de rehabilitación se obtengan a largo plazo, no se alcancen o la evolución sea tórpida; los equipos de Rehabilitación Integral deberán emitir informe con pronóstico funcional y de reintegro laboral, en un término inferior a 180 días, remitirlo a Junta de Calificación de Invalidez del prestador para que con base en éste y demás soportes de derecho, se proceda a emitir el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral en un término que no sobrepase el tiempo máximo de incapacidad temporal de un educador (180 días).
116. El contratista pagara las incapacidades mayores a 180 días, si no se expide el dictamen de calificación de PCL antes del día 180. El pago debera efectuarse desde el día 181.

10.1.8. Rehabilitación y/o reincorporación laboral

117. Cumplir con el proceso de rehabilitación integral para la reincorporación laboral de todos los casos con incapacidad permanente mayor a 90 días y menor a 180 días.
118. Conformar los equipos interdisciplinarios para el Programa de Rehabilitación Integral para la Reincorporación laboral (Rehabilitación funcional y Rehabilitación laboral), que deben estar soportado en otras especialidades en el manejo del diagnóstico principal tales como neurólogos, cirujanos ortopédicos, psiquiatras médicos de atención primaria y demás que se requieran. Estos equipos deben mantenerse en funcionamiento permanente y en completitud, así como los cambios que se generen en especialidades durante la ejecución del contrato.
119. Registrar el Plan de Rehabilitación Integral para el Reintegro Laboral en el sistema de información de todos los casos que ingresen al programa de rehabilitación y reincorporación laboral, el registro se debe realizar en un tiempo máximo de 10 días hábiles desde su ingreso al programa.

120. El sistema de información debe contener los datos desde el ingreso hasta el cierre del caso, que permita la consulta por identificación del docente o directivo docente y permita descargar bases de datos que contengan los casos que están en cada Fase del programa de Rehabilitación.
121. Reportar en el módulo o funcionalidad de rehabilitación integral para la reincorporación laboral los datos mínimos del docente tales como: Datos de identificación (Tipo de Identificación, Número, Nombres y apellidos, Departamento, Municipio, Institución educativa a la que pertenece, Edad, Cargo), datos de Contacto (Correo electrónico, Teléfono celular, teléfono de acompañante), datos para el programa de Rehabilitación (Tipo de caso para ingreso, Fecha de Ingreso, Fecha de evaluación Inicial, Diagnósticos principales y secundarios, Tipo de plan de Rehabilitación, Tiempo esperado de Rehabilitación), resultado del Plan de Rehabilitación (Concepto de favorabilidad – Fecha de cierre de caso) - Remisión con fecha a Medicina Laboral (Para proceso de PCL, emisión recomendaciones... otros según pertinencia), y demás que se requieran por la interventoría o FIDUPREVISORA S.A.
122. Disponer en la Red Médica con prestadores de servicios de salud que garanticen la oportunidad y accesibilidad a los planes de rehabilitación definidos para cada caso en busca de reincorporación laboral y/o mitigación de secuelas de la enfermedad laboral o común o el accidente de trabajo.
123. Los conceptos de Rehabilitación o certificados de rehabilitación con “Cierre de Caso” (según pertinencia), deben estar firmados por los integrantes de los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación Integral para la Reincorporación Laboral.
124. La Junta Médico Laboral procederá a generar el Concepto de Recomendaciones Médico Laborales según el tipo de reintegro que requiere el docente, si aplica, y con base en el informe, concepto o certificado de rehabilitación generado por los equipo Interdisciplinarios de Rehabilitación Integral para el Reintegro Laboral.
125. Realizar una evaluación final de las condiciones del docente, para la emisión del concepto de rehabilitación integral por parte del equipo interdisciplinario de

rehabilitación con el fin de compararla con la evaluación inicial y verificar el impacto del programa de rehabilitación en las condiciones de salud del docente.

10.1.9. Expedición y Transcripción de incapacidades

126. Expedir el certificado de incapacidad, de acuerdo con el plan de tratamiento del médico, y realizar las prórrogas necesarias de acuerdo con la evolución del paciente. La información mínima contenida en el certificado de incapacidad es la señalada en el Decreto 1427 de 2022, artículo 2.2.3.3.2 y detallada en el documento 2. Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud, 11. Expedición y Transcripción de Incapacidades para el Magisterio, literal e.
127. Expedir el certificado de licencia de Maternidad o Paternidad, con base en los lineamientos dados en el Decreto 1427 de 2022 y aplicables a Magisterio (Ver Anexo Modelo de Prestación de Servicios de Salud).
128. Informar diariamente a las Entidades Territoriales en Educación por medio electrónico, las incapacidades y/o licencias expedidas.
129. Durante el período en que el afiliado se encuentre en urgencias o internación, tendrá derecho a que se expida constancia de hospitalización, en la que se indique tal circunstancia, y se señale de manera expresa que dicho documento de certificado de incapacidad. En todo caso, se deberá expedir la constancia dentro de los dos (2) días calendarios siguientes a la solicitud efectuada por el paciente o su representante, sin que se exijan requisitos adicionales para su expedición.
130. La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud— RETHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su

expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

131. Expedir los certificados de incapacidad no mayor a treinta 30 días, si la contingencia es por Enfermedad General, SOAT, Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional. (Resolución 2266 de 1998 Artículo 10).
132. En situaciones en las que los objetivos del plan de rehabilitación se obtengan a largo plazo, no se alcancen o la evolución sea tórpida; los equipos de Rehabilitación Integral deberán emitir informe con pronóstico funcional y de reintegro laboral, en un término inferior a 180 días, remitirlo a Junta de Calificación de Invalidez del prestador para que con base en éste y demás soportes de derecho, se proceda a emitir el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral en un término que no sobrepase el tiempo máximo de incapacidad temporal de un educador (180 días).

10.1.10 Obligaciones para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

133. Entregar a Fiduprevisora, a través del supervisor del contrato o quien este designe, los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo a los estándares y directrices de gestión documental. Así mismo deberá entregar a Fiduprevisora, a la Interventoría y a las Entidades Territoriales Certificadas en Educación, los informes y documentos requeridos sobre las actividades de diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM, realizadas durante la ejecución del contrato, con la periodicidad e instrucciones que defina Fiduprevisora
134. Deberá informar a la FIDUPREVISORA S.A., acerca de las modificaciones respecto a la planeación o metodología que presten los servicios objeto del contrato para su rechazo o aprobación.

- 135. Es responsabilidad del proveedor la permanencia, idoneidad y plena disposición del equipo de trabajo requerido, de manera que garantice la continuidad de los servicios, en términos de calidad, oportunidad y cumplimiento.
- 136. Radicar las facturas de cobro dentro de los plazos establecidos.
- 137. Cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Industrial.
- 138. Cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral.

10.1.11. Obligaciones del contratista - Diseño del SGSSTM (ISO 45001:2018)

Estas obligaciones solo serán realizadas por el contratista al que se le adjudique el diseño del SGSSTM.

- 139. El contratista deberá cumplir con el objeto contractual relacionado con el diseño y estructura del SGSSTM, política y matriz legal.
- 140. El contratista deberá diseñar y entregar toda la documentación establecida en el Decreto 1072 Artículo 2.2.4.6.12. Documentación, integrando los párrafos 1,2 y 3, bajo el ciclo PHVA de la mejora continua de la norma ISO 45001:2018.
- 141. El contratista deberá tener el contexto del Magisterio, su gobierno organizacional, consideraciones internas y externas que puedan afectar el logro de los resultados previstos en seguridad y salud en el trabajo (análisis organizacionales tipo DOFA, PESTEL y el mapa estratégico) y analizar la normativa aplicable al régimen especial.
- 142. El contratista deberá identificar si en la organización existen otros sistemas de gestión implementados.
- 143. El contratista deberá entregar la documentación previo al culminar el término otorgado para entregar el diseño y estructuración del SGSSTM, lo anterior con el fin realizar y verificar con profesionales de SST del Ministerio de Educación Nacional y

de Fiduprevisora y avalada por la interventoría, teniendo en cuenta el Formato 15.1 Matriz de Actividades del SGSST Diseño.

144. El contratista debe entregar en medio físico y digital todos los productos definidos en los SERVICIOS SGSSTM del Anexo 15.1 en la pestaña de Diseño y Estructura del SGSSTM.
145. Entregar y Socializar a la Entidades Territoriales en Educación los productos contratados con acta de entrega en medio físico y digital.
146. Entregar y Socializar con los contratistas de Salud y Seguridad y Salud en el Trabajo la documentación y formatos definidos en el Diseño y estructuración para su implementación del SGSSTM.
147. Todos los formatos y documentos entregados en el Diseño y Estructuración deben contener como mínimo: Introducción, Objetivos, Alcance, Metodología (ciclo PHVA), Indicadores, Formación del recurso humano (Si aplica), Periodicidad, Instrumentos, Formatos, Normativa aplicable, Instructivo para su diligenciamiento (Si aplica).

10.1.12. Obligaciones del contratista – Implementación, mantenimiento y mejora continua del SGSSTM (Art. 2.4.4.3.2.2.)

148. Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales certificadas en educación sobre programas de prevención y promoción de riesgos laborales.
149. Informar y divulgar a los educadores activos las normas, reglamentos y procedimientos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.
150. Asegurar la gestión y el manejo adecuado del riesgo laboral en el Magisterio.
151. Realizar programas que fomenten estilos de vida saludables en los educadores activos.

152. Diseñar y aplicar indicadores claros y precisos para medir el impacto de la labor docente y directiva docente en la salud de los educadores activos.
153. Adoptar en coordinación con las entidades territoriales certificadas en educación, medidas para mitigar los riesgos laborales, así como el ausentismo laboral originado por enfermedad laboral o accidentes de trabajo, mejorar los tiempos de atención, reducir la severidad y siniestralidad, entre otros.
154. Elaborar el perfil de riesgo laboral de todos los educadores activos con base en evaluaciones médico-laborales, enfatizando en los factores de riesgo psicosocial, de la voz y del músculo esquelético.
155. Realizar acciones de prevención de la enfermedad laboral de los educadores activos con base en los niveles de riesgo identificados en las evaluaciones médico laborales.
156. Realizar campañas preventivas de salud laboral, dirigidas a los educadores activos de las entidades territoriales certificadas.

10.1.13. Obligaciones específicas del SGSSTM (Decreto 1655 de 2015)

Actividades y programas

El contratista deberá cumplir con el desarrollo e implementación de las actividades del SGSSTM y programas para los docentes y directivos docentes afiliados al FOMAG:

Programa de Medicina Preventiva. (Art. 2.4.4.3.3.4.)

Las actividades de este programa se orientan a la prevención y control de las patologías, generadas por el estilo de vida de los educadores activos y por su entorno laboral, a través de las siguientes acciones:

157. Promover hábitos de autocuidado y de estilos de vida saludable.
158. Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica en articulación con los programas de Higiene y Seguridad Industrial, que incluyan acciones de capacitación

- grupal para la prevención de riesgos ocupacionales, procedimientos adecuados para evitar accidentes de trabajo, campañas masivas de vacunación y exámenes médicos.
159. Promover actividades de vida saludable que fomenten la salud física y mental de los educadores activos.
 160. Analizar las condiciones de salud de los educadores activos que generen ausentismo laboral.
 161. Realizar campañas sobre estilos de vida y trabajo saludable, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, prevención de las enfermedades de mayor mortalidad a nivel cardiovascular, cáncer uterino, de próstata y de seno, así como sobre enfermedades de alta incidencia en la sociedad, como diabetes, osteoporosis, afecciones gástricas y hemáticas, entre otras.
 162. Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por riesgos psicosociales.
 163. Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades musculoesqueléticas generadas por riesgos físicos o ergonómicos.
 164. Diseñar y ejecutar actividades de prevención y promoción sobre riesgos laborales relacionados con la voz.
 165. Realizar los perfiles del riesgo laboral de los educadores activos respecto de las enfermedades laborales de mayor incidencia en el desempeño de la labor docente y directiva docente.

Programa de Medicina del Trabajo Docente. (Art. 2.4.4.3.3.5.)

Las actividades de este programa se orientan a la prevención del riesgo de las enfermedades laborales y su intervención oportuna para evitar el agravamiento de las patologías causadas por la labor docente, a través de las siguientes acciones:

166. Realizar valoraciones médicas de ingreso para establecer las condiciones de salud física y mental del educador que determinen su aptitud y las restricciones que pueda presentar para el desempeño del cargo como educador, antes de posesionarse en el mismo.

167. Realizar valoraciones médicas ocupacionales periódicas para determinar los riesgos laborales incluyendo los riesgos de salud mental de mayor incidencia a los que se encuentran expuestos los educadores activos.
168. Realizar valoraciones médicas de egreso para determinar el estado de salud del educador activo al retirarse del servicio, la cual deberá practicarse dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de ejecutoria de la resolución que dispone el retiro del servicio.
169. Investigar y analizar la ocurrencia de enfermedades y accidentes laborales acaecidos y establecer las medidas preventivas y correctivas a que haya lugar.
170. Prestar asesoría en aspectos médicos laborales tanto en forma individual como colectiva a los educadores activos.

10.14. Otras actividades del programa de Medicina del Trabajo Docente:

171. Realizar Exámenes ocupacionales para participar en eventos deportivos y folclóricos. (Art. 2.3.6.3.11. del Decreto 1075 de 2015, numeral 12 y 13).
 - a) Elaborar y entregar anualmente un diagnóstico general comparativo de salud laboral de la población docente por Entidad Territorial Certificada en Educación, por departamento y regional. El diagnóstico de salud laboral debe comprender como mínimo, lo siguiente: Información sociodemográfica de la población docente y directiva docente (sexo, grupos etarios, composición familiar, estrato socioeconómico)
 - b) Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes peligros y riesgos ocupacionales.
 - c) Información de exposición laboral actual, según la manifestación de los docentes y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios.

- d) Sintomatología reportada por los docentes.
- e) Resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados.
- f) Diagnósticos encontrados en la población docente.
- g) Análisis y conclusiones de la evaluación.
- h) Recomendaciones.

172. Cumplir con el profesiograma definido para los docentes del Magisterio.

Programa de Seguridad Industrial. (Art. 2.4.4.3.3.6.)

Las actividades de este programa se orientan a la identificación de las condiciones y los factores de riesgo que provoquen o puedan provocar accidentes de trabajo, a través de las siguientes acciones:

- 173. Realizar inspecciones planificadas a los lugares de trabajo para la identificación de los factores de riesgo de accidentes de trabajo en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes, a partir del inicio del contrato..
- 174. Implementar acciones correctivas para mejorar los niveles de seguridad industrial y las condiciones laborales en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
- 175. Investigar las causas de accidentes de trabajo, analizar sus estadísticas y establecer el plan de acción para mitigar los riesgos y prevenir los accidentes de trabajo en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes y reportar los hallazgos a las entidades nominadoras para coordinar las acciones de mejoramiento requeridas.
- 176. Actualizar la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos de los establecimientos educativos y definir las rutas de señalización, la demarcación de áreas, vías de evacuación y detectar posibles factores de riesgo.

177. Capacitar brigadas de emergencia en primeros auxilios, evacuación, control de incendios y simulacros.
178. Organizar y desarrollar los planes de emergencias, de acuerdo con el análisis de vulnerabilidad de cada establecimiento educativo oficial, en articulación con la Entidad Territorial Certificada en Educación.
179. Implementar el programa de orden y aseo aplicable en las instalaciones del establecimiento educativo, en articulación con la Entidad Territorial Certificada en Educación.
180. Elaborar y promover en articulación con el programa de Medicina Preventiva, las normas internas de seguridad y salud en el trabajo y el reglamento de higiene y seguridad industrial.

Programa de Higiene. (Art. 2.4.4.3.3.7.)

Las actividades de este programa se orientan a la identificación, evaluación y control de los factores de riesgo y agentes ambientales que ocasionan las enfermedades laborales en los establecimientos educativos, a través de las siguientes acciones:

181. Identificar, clasificar y priorizar los factores de riesgo detectados en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
182. Determinar los elementos de protección personal que se requieren en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
183. Evaluar las condiciones ambientales en los establecimientos educativos oficiales y sus sedes.
184. Capacitar a los educadores activos para que conozcan los riesgos a que están expuestos y la forma de prevenir las enfermedades laborales.
185. Investigar y analizar las causas de las enfermedades laborales más frecuentes y reportarlas a las entidades territoriales nominadoras.

Vigilancia epidemiológica. (Art. 2.4.4.3.4.1., Art. 2.4.4.3.4.2, Art. 2.4.4.3.4.3)

Las enfermedades susceptibles de vigilancia epidemiológica prioritaria que tienen alta prevalencia, incidencia, accidentalidad, incapacidad y que disponen de formas preventivas o de posibilidad de tratamiento adecuado:

186. Desarrollar el procedimiento para la elaboración e implementación de los programas de vigilancia epidemiológica, los registros e indicadores de estructura, proceso y resultado de acuerdo con los riesgos laborales del Magisterio y el resultado del análisis del diagnóstico de salud.
187. Establecer los programas, protocolos y guías de intervención, orientados a la prevención de patologías relacionadas con los procesos de enseñanza, el mejoramiento de las condiciones del ambiente laboral en los establecimientos educativos y el control de los factores de riesgo a los que se encuentren expuestos los educadores activos.
188. Desarrollar los programas permanentes para la identificación de los factores de riesgo psicosocial, de la voz y músculo esquelético.

Estructuración de grupos de apoyo integral.

Estos grupos están orientados a la estructuración, seguimiento de la implementación organizada y metódica de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Comités de convivencia laboral y comités operativos de emergencia, en articulación con la Entidad Territorial Certificada en Educación.

Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo. (Art 2.4.4.3.5.1., Art 2.4.4.3.5.2.)

189. Asesorar en la estructuración de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo.
190. Realizar seguimiento y asesoría en la actualización de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo en cada establecimiento educativo oficial.

191. Capacitar a los miembros de los comités en las funciones de vigilancia, en el desarrollo de las actividades que en materia de medicina, higiene y seguridad industrial que debe realizar en la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC a la que pertenece.
192. Capacitar en el análisis de los accidentes de trabajo y enfermedades Laborales.

Comités de convivencia laboral.

193. Asesorar en la estructuración de los Comités de convivencia laboral.
194. Realizar seguimiento y asesoría en la actualización de los Comités de convivencia laboral en cada establecimiento educativo oficial.
195. Capacitación en liderazgo, ética y control, resolución de conflictos, comunicación asertiva organizacional y manejo del estrés de acuerdo con las necesidades establecidas en la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC.

Comités operativos de Emergencia.

Realizar seguimiento a:

196. Elaborar del Plan de Emergencias de acuerdo con el análisis de vulnerabilidad de cada establecimiento educativo oficial.
197. Asesorar en la estructuración y actualización de los Comités operativos de emergencias.
198. Asesorar en la conformación y capacitación de brigadas de primeros auxilios, evacuación, control de incendios, simulacros y planes de emergencias.

10.1.15. Obligaciones operativas para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

199. El CONTRATISTA deberá implementar, mantener y mejorar el SGSSTM, para lo cual deberá tener en cuenta lo estipulado en el Decreto 1655 de 2015, la matriz temática y el listado maestro de documentos básico suministrado; en coordinación con las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC.
200. El CONTRATISTA debe garantizar la atención de los educadores en todos los establecimientos educativos oficiales y sus sedes en los demás departamentos y municipios de la regional de interés, de forma directa o a través de convenios con IPS de SST con servicios habilitados y con licencia vigente en SST como sea requerido para configurar la red de prestadores, para garantizar la gestión operativa de forma más eficiente para el cumplimiento de los objetivos de este contrato.
201. El CONTRATISTA deberá crear y mantener para operativizar el servicio, una infraestructura física y orgánica con sus dependencias administrativas y financieras para la prestación del servicio desde la sede principal con una gerencia y coordinación médica a nivel regional y coordinación departamental (una por cada tres ETC) para la organización y administración de la red de servicios prestados.
202. El CONTRATISTA deberá garantizar un sistema de información parametrizado permanente que permita la planeación, ejecución, seguimiento y control, técnico y financiero de las actividades propias del sistema, para la generación de informes, reportes e indicadores del mismo con acceso y consulta de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación - ETC y los establecimientos educativos oficiales.
203. El CONTRATISTA recibirá por parte de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, la relación del personal docente sujeto de las actividades contratadas en el presente contrato y éste deberá agendar o programar cita, con un máximo de dos (2) días, contados a partir de la entrega de dicha información.
204. El CONTRATISTA deberá disponer de herramientas y equipos tecnológicos suficientes para el manejo de la historia clínica ocupacional, generación de certificados, actas de intervención y todos los documentos propios de la gestión a nivel regional, departamental y municipal; bajo la modalidad de firma digital, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 839 de 2017, y la Ley 527 de 1999. Así

mismo, mantendrá medidas de seguridad informática para salvaguardar la información médica ocupacional derivada de cualquier actividad, cumpliendo con lo establecido en la Ley estatutaria 1581 de 2012 (Ley de habeas data).

205. El CONTRATISTA coordinará y realizará las evaluaciones médicas ocupacionales (ingreso, periódicos, egreso, post incapacidad y para participar en eventos deportivos y folclóricos) planificadas junto con las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC de acuerdo con los criterios, definiciones y metodología establecidos en este estudio previo por agendamiento concertado. Para eventos deportivos y folclóricos, únicamente valoración previa a eventos oficiales programados.
206. El CONTRATISTA debe diseñar el procedimiento que garantice la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales dando cumplimiento al profesiograma definido para la población del Magisterio..
207. El CONTRATISTA para la programación, ejecución, control y facturación debe utilizar una aplicación informática que permita el registro y la generación de datos técnicos, financieros, epidemiológicos para la construcción de informes mensuales de gestión de acuerdo con los requerimientos del presente contrato.
208. El CONTRATISTA deberá desarrollar la logística para realizar las evaluaciones médicas en la modalidad intramural y/o extramural (de brigadas) en el sitio de trabajo a los docentes indicados por la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, incluyendo zonas rurales y de difícil acceso acorde a la programación. Anualmente mediante Acto Administrativo, según lo dispuesto en el Decreto 521 de 2010, las evaluaciones médicas ocupacionales realizadas en zonas rurales y de difícil acceso podrán ser facturadas con el valor adicional para ese ítem señalado por el CONTRATISTA durante la presentación de la oferta definitiva.
209. El CONTRATISTA deberá desarrollar las actividades operativas de los programas definidos en el Decreto No. 1655 de 2015, teniendo como referencia las cantidades y coberturas definidas de manera progresiva, sistémica y por fases en la presente contratación, de acuerdo con el estudio de mercado definido para tal fin.

210. El CONTRATISTA debe mantener un equipo de trabajo de campo con las competencias definidas en el presente contrato y en el número según los perfiles establecidos en el presente estudio previo que permita desarrollar los programas y actividades de manera idónea.
211. El CONTRATISTA está obligado a entregar archivos y documentación (data recopilada, instrumentos, prácticas, procedimientos, programas de gestión de riesgo de SST). Para el caso de la información contenida en los diferentes medios de almacenamiento serán entregados en versiones o programas que puedan ser fácilmente utilizados por un eventual nuevo contratista. La información y productos generados en el marco del proyecto son propiedad de FIDUPREVISORA S.A.
212. El CONTRATISTA debe presentar para su aprobación a FIDUPREVISORA S.A. el plan de entrega de archivos físicos, magnéticos, ópticos y los formatos de salida de los datos gestionados en el o los aplicativos informáticos que prevé utilizar. Cuatro (4) meses posteriores al inicio de la ejecución contractual.
213. Cumplir con los siguientes entregables:
- Programa de estilos de vida saludable contiene: La implementación para cada ETC, establecimientos educativos y sus sedes de acuerdo con la población docente, teniendo en cuenta el perfil de morbimortalidad y condiciones sociodemográficas.
 - Ejecutar el Programa de capacitación para prevención de riesgos ocupacionales prioritarios, debe contener: -identificación de necesidades de capacitación y entrenamiento en materia de SST y realización de exámenes médicos ocupacionales. Todo el contenido de este producto debe ser adecuado y presentado a cada ETC y establecimientos educativos y sus sedes.
 - Informe de caracterización y análisis del ausentismo laboral para cada ETC y establecimientos educativos verificando la efectividad de los programas en ejecución o para determinar el desarrollo de nuevos programas.
 - Programa de Prevención de los Riesgos Psicosociales: Contener los siguientes temas definidos Liderazgo, Trabajo en equipo y Comunicación asertiva. Otras

temáticas podrán ser seleccionadas de acuerdo con el informe de la aplicación de las baterías (Programa de Prevención de los Riesgo osteomuscular.

- Programa de Prevención de los Riesgo osteomuscular. Contener los siguientes temas definidos Higiene de columna, Prevención del Manguito rotador y Túnel del Carpo, Pausas activas (entrenamiento). Otras temáticas podrán ser seleccionadas de acuerdo con el informe de condiciones de salud.
- Programa para la Prevención de los riesgos y Conservación de la voz. Contener los siguientes temas definidos, Prevención de la disfonía del docente , Higiene de la voz del docente (entrenamiento). Otras temáticas podrán ser seleccionadas de acuerdo con el informe de condiciones de salud.
- Exámenes médicos de ingreso con concepto de aptitud y alimentación de la historia ocupacional del educador activo. Certificado médico de aptitud con restricciones y recomendaciones del educador. De acuerdo con el procedimiento de los exámenes médico ocupacionales y teniendo en cuenta el profesiograma de la organización.
- Exámenes médicos de periódicos y alimentación de la historia ocupacional del educador activo. Certificado médico de aptitud con restricciones y recomendaciones del educador. De acuerdo con el procedimiento establecido para los exámenes médico ocupacionales y el profesiograma y el Diagnostico de condiciones de salud.
- Exámenes médicos para el reintegro laboral y alimentación de la historia ocupacional del educador activo. Certificado médico de evaluación post-incapacidad con restricciones o recomendaciones del evaluado. De acuerdo con el procedimiento establecido, debe llevar las últimas evaluaciones médicas del médico tratante de parte del contratista de salud y las imágenes diagnósticas y laboratorios complementarios.
- Exámenes médicos de retiro y alimentación de la historia ocupacional del educador activo. Certificado médico de egreso con recomendaciones al

evaluado. De acuerdo con el procedimiento establecido para los exámenes médico-ocupacionales.

- Evaluaciones médico-ocupacionales para eventos deportivos y folclóricos y alimentación de la historia ocupacional del educador activo. Certificado de aptitud para evento deportivo con restricciones y recomendaciones del participante.
- Diagnóstico de condiciones de salud del equipo a participar por regional. Evaluación médica con énfasis osteomuscular, con audiometría y visiometría. Para educadores mayores de 45 años se aplica electrocardiograma y perfil lipídico.
- Informe técnico de accidentes y enfermedades laborales con las medidas preventivas, correctivas y recomendaciones a las ETC y establecimientos educativos oficiales a demanda. Que incluirán, Investigación, Plan de acción y Lección por aprender.
- Asesoría Técnica a las Secretarías de Educación para aspectos médicos laborales para la implementación de recomendaciones para reintegro del docente a demanda. Formación específica en aspectos médicos laborales de la calificación. Deberá incluir, Actualización de la normativa (Estándares mínimos de la calificación de la PCL y procedimientos de calificación) y Resolución de casos puntuales.
- Programa de inspecciones de seguridad e higiene (documento técnico con Dx, diseño e implementación, indicadores, periodicidad, recomendaciones). Deberá entregar un Informe de la inspección de seguridad industrial de cada establecimiento educativo programado con sus respectivas recomendaciones e intervenciones del riesgo a intervenir.
- A los directivos de los establecimientos educativos oficiales en la Implementación de acciones correctivas para mejorar los niveles de seguridad industrial y las condiciones laborales como resultado de las recomendaciones del programa. Deberá entregar un Informe de asesoría mediante un acta de asistencia técnica firmada entre las partes

- Analizar las estadísticas de los accidentes de trabajo y establecer el plan de acción para mitigar los riesgos y prevenir los accidentes de trabajo en los establecimientos educativos oficiales y reportar los hallazgos a las entidades nominadoras para coordinar las acciones de mejoramiento requeridas. Informe técnico el cual debe contener: El sistema de Indicadores de resultado (IF, IS, ILI), Plan de acción para mitigar los riesgos y prevenir los accidentes de trabajo, Análisis estadístico de la caracterización y causalidad de la accidentalidad estableciendo las diez primeras causas.
- De acuerdo con el procedimiento establecido dentro del SGSSTM, actualizar la Matriz de Peligros y valoración de los riesgos, siempre y cuando se cumplan los requisitos de modificación o intervención de riesgos. *Deberá entregar, Matriz de riesgos de nueva sede o sede con modificación de los riesgos y el Informe de priorización de las nuevas sedes.
- Documento de plan de emergencias con su análisis de vulnerabilidad por establecimiento educativo y sus sedes. Deberá entregar Plan de emergencias con su análisis de vulnerabilidad por establecimiento educativo y sus sedes, que debe contener rutas de evacuación de acuerdo con la normatividad.
- Conformar y capacitar brigadas de emergencia en primeros auxilios, evacuación, control de incendios y simulacros. Deberá entregar, Plan de capacitación para el manejo de emergencias acorde con el análisis de vulnerabilidad y las características propias de cada establecimiento educativo y sus sedes. Se desarrollarán, Temas a desarrollar: Primeros auxilios. Extinción de incendios y manejo de incendios y Evacuación.
- Programa de orden y aseo, debe ser implementado, alineado con las inspecciones generales por establecimientos educativos oficiales y sus sedes grandes y medianas.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial, debe contener: Documento con procedimiento para la generación de normas internas de seguridad y salud en el trabajo articulados con los demás programas del sistema de

gestión de seguridad y salud en el trabajo magisterio. Deberá entregar, Documento del Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial, de acuerdo con la matriz de peligros y normatividad legal.

- Identificación de los peligros y riesgos a través de la Matriz de Peligros y valoración de los riesgos de las nuevas sedes. Deberá entregar, *Matriz de riesgos de las nuevas sedes Informe de priorización.

- Programa de elementos de protección personal, debe contener: -Documento técnico y procedimiento desarrollado acorde con la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos para la definición, selección, entrenamiento, entrega y mantenimiento de elementos de protección personal, que requieren los establecimientos educativos oficiales de las áreas de mantenimiento y servicios generales. Deberá incluir, Documento por cada establecimiento educativo que cuente con áreas de mantenimiento y servicios generales.

- Mediciones ambientales con establecimiento de los requisitos para la evaluación higiénica de ambientes de trabajo, por punto de medición de ruido e iluminación, y una escala de rangos de acuerdo con el número total de puntos a evaluar, que se indicarán en la matriz de peligros. Deberá incluir, Informe de análisis de medición higiénica de iluminación y de ruido por establecimiento evaluado.

- Programa de vigilancia para prevención de riesgos ocupacionales prioritarios, riesgo psicosocial, de la voz y del músculo esquelético, debe contener. Deberá contener, Documento del programa de vigilancia epidemiológica del factor de riesgo respectivo con atención del individuo y del ambiente que incluya: Introducción, objetivos, alcance, definir la metodología, indicadores, formación, periodicidad, instrumentos, formatos y normativa aplicable. Evaluaciones iniciales y el desarrollo de la implementación, baterías psicosociales aplicadas a un grupo importante de educadores con el fin de tener un muestreo importante del programa.

- Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo por ETC. Incluirá la capacitación en, Análisis de accidentes y enfermedades laborales,

Inspecciones de los establecimientos educativos y sus sedes Indicadores de accidentalidad, Modelo de reuniones efectivas mensuales, definiendo funciones del presidente y secretario.

- Comités de convivencia laboral por ETC. Incluirá el seguimiento y acompañamiento en la conformación y estructuración de los Comités de convivencia laboral. Así como, Capacitación en liderazgo, ética y control, resolución de conflictos, comunicación asertiva organizacional y manejo del estrés de acuerdo con las necesidades establecidas que tengan las ETC.
- Revisar, analizar y retroalimentar los informes y los indicadores del proceso de la atención médico asistencial derivada de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral y del proceso de calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral (PCL), entregado por el contratistas de salud.

10.2. Obligaciones de FIDUPREVISORA S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FOMAG

La Fiduprevisora S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FOMAG, se obliga a:

- 1) Efectuar los pagos del contrato dentro del plazo establecido en el contrato.
- 2) Prestar toda la colaboración al CONTRATISTA para que el objeto del contrato se desarrolle de conformidad con los términos del presente documento.
- 3) Tener en cuenta las observaciones y recomendaciones pertinentes que el CONTRATISTA y el INTERVENTOR le formule en desarrollo de la ejecución del objeto del contrato.
- 4) Convocar a las mesas de conciliación por cartera mayor a 90 días por región a todas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas y privadas que hagan parte de la RED de prestación de servicios a los afiliados del magisterio, para la realización de mesas de conciliación y saneamiento de cartera mayor a 90 días entre el operador de servicios de salud y su red.

La red de atención deberá reportar a Fiduprevisora la cartera mayor a 90 días con los respectivos soportes que tiene el Contratistas – Operador de Servicios de Salud con una anterioridad de 20 días a la citación de la mesa, la cual será trasladada al contratista para su revisión la cual tendrá un tiempo de 15 días calendario.

A la mesa deberá asistir por parte del contratista el representante legal o deberá delegar las funciones en algún funcionario mediante poder especial, quien debe contar con la facultad y la información para proponer y suscribir compromisos de pago, para el desarrollo de las mesas de conciliación y saneamiento de cartera mayor a 90 días, el contratista y la interventoría presentarán el análisis de la cartera a las IPS que hagan parte de la RED y que hubiese presentado la solicitud, asimismo serán parte de esta mesa los veedores del magisterio.

Si como resultado de la presentación de resultados por parte del contratista e interventoría se realizará el reconocimiento efectivo de cartera mayor a 90 días a alguna de las IPS que hacen parte de la red de atención al magisterio, el contratista estará en la obligación de firmar acuerdos de pago con la respectiva IPS, so pena de la aplicación del acuerdo de nivel de servicio de manera mensual hasta tanto no certifique el cumplimiento de sus obligaciones con su red.

El incumplimiento del compromiso de pago conlleva a la aplicación del acuerdo de nivel de servicio establecido en el anexo MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO POR ANS hasta tanto no certifique el cumplimiento del acuerdo suscrito como consecuencia de la mesa de conciliación

- 5) Revisar cada año la suficiencia de UPCM, para garantizar el financiamiento de la prestación de los servicios.

Nota: El cálculo que se hace tendrá efectos únicamente hacia el futuro, y no tendrá efectos retroactivos.

- 6) Pagar al CONTRATISTA, previa aprobación de la auditoría, con cargo a los recursos del FOMAG, la prestación de servicios y suministro de bienes y medicamentos excluidos del "Plan de Beneficios del Magisterio", que haya tenido que prestar o suministrar, por virtud de cualquier providencia o decisiones judiciales o dentro de las facultades jurisdiccionales otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud, que así lo

obliguen sin perjuicio de las excepciones e impugnaciones que sobre esas providencias judiciales puedan presentarse conforme a la Ley, con el propósito de defender los intereses del FOMAG y los propios que le asisten al CONTRATISTA.

Para el pago del servicio o suministro efectivamente prestado por el CONTRATISTA, se entenderá que la providencia judicial o jurisdiccional que lo obliga a prestar servicios, procedimientos y/o suministros no contemplados en Plan de Cobertura de los Servicios de Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG podrá estar dirigido en contra de Fiduciaria La Previsora S.A. y/o Al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio - FOMAG y/o el CONTRATISTA o cualquier integrante de la Red de Servicios del contratista."

- 7) Las demás que se encuentren contempladas en el documento de selección de contratistas, así como las que por la naturaleza del contrato deban cumplirse en atención a las normas que rigen la materia y además las que se deriven de la suscripción del presente contrato.

11. VALOR ESTIMADO DEL BIEN O SERVICIO Y LA FUENTE DE LOS RECURSOS

11.1. PRESUPUESTO OFICIAL

El valor del presupuesto total estimado del presente proceso de contratación *“con el fin de contratar entidades que garanticen la prestación de los servicios de salud del modelo de atención integral, la atención médica derivada de los riesgos laborales y, el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en el territorio nacional, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se deriven”*, es la suma de **QUINCE BILLONES CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS (\$ 15.188.225.946.524)** y el cual se establece por regiones de la siguientes manera:

TOTAL PRESUPUESTO (48 MESES)			
TOTAL PRESUPUESTO	SALUD	SGSSTM	TOTAL REGIÓN
Region 1	886.706.240.870	51.584.427.398	938.290.668.268
Region 2	1.455.483.324.801	72.041.435.448	1.527.524.760.249
Region 3	860.514.409.641	63.809.278.114	924.323.687.755
Region 4	881.362.425.463	55.133.342.462	936.495.767.925
Region 5	1.604.834.569.231	104.205.904.473	1.709.040.473.704
Region 6	1.496.523.976.009	85.227.421.074	1.581.751.397.083
Region 7	1.771.164.755.189	92.581.495.044	1.863.746.250.233
Region 8	1.950.605.330.466	127.340.649.583	2.077.945.980.049
Region 9	984.291.259.242	40.319.007.026	1.024.610.266.268
Region 10	2.500.749.600.171	102.539.709.418	2.603.289.309.589
Diseño y estructura del SGSSTM		1.207.385.401	1.207.385.401
Total Presupuesto SGSSTM	14.392.235.891.083	795.990.055.441	15.188.225.946.524

11.1.1. Para los servicios de Salud

El valor del presente contrato será de cuantía INDETERMINADA PERO DETERMINABLE, de acuerdo con el número de afiliados registrados por los contratistas a FIDUPREVISORA S.A., multiplicado por las UPCM respectivas.

Teniendo en cuenta la UPCM definida en el Acuerdo No 5 de 2022, a continuación, se presenta el presupuesto proyectado y desagregado por regiones:

SALUD							
REGION - DEPARTAMENTO	nov-dic 2023	2.024	2.025	2.026	ene -oct 2027	TOTAL REGIÓN	
Region 1	29.942.280.974	194.710.028.257	213.673.420.893	234.483.715.116	213.896.795.630	886.706.240.870	
Region 2	49.148.735.688	319.606.636.603	350.734.083.880	384.893.126.447	351.100.742.183	1.455.483.324.801	
Region 3	29.057.835.672	188.958.617.064	207.361.862.543	227.557.455.201	207.578.639.161	860.514.409.641	
Region 4	29.761.831.109	193.536.590.651	212.385.698.684	233.070.577.786	212.607.727.233	881.362.425.463	
Region 5	54.192.025.922	352.402.373.999	386.723.896.336	424.388.094.495	387.128.178.479	1.604.834.569.231	
Region 6	50.534.595.687	328.618.670.113	360.623.826.317	395.746.060.511	361.000.823.381	1.496.523.976.009	
Region 7	59.808.660.759	388.926.482.791	426.805.197.440	468.373.033.521	427.251.380.678	1.771.164.755.189	
Region 8	65.868.006.995	428.329.475.431	470.045.765.510	515.824.929.983	470.537.152.547	1.950.605.330.466	
Region 9	33.237.530.184	216.138.524.876	237.188.902.957	260.289.440.386	237.436.860.839	984.291.259.242	
Region 10	84.445.269.160	549.134.541.824	602.616.399.023	661.307.014.426	603.246.375.738	2.500.749.600.171	
Total Capita	485.996.772.150	3.160.361.941.609	3.468.159.053.583	3.805.933.447.872	3.471.784.675.869	14.392.235.891.083	

11.1.2. Para los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

El valor de los servicios para el diseño y estructura e implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo se calculó como resultado del estudio de Mercado realizado a través de la Invitación a cotizar N. 0036 del 2022, donde se realizó un análisis del valor unitario de la actividad, Tipo de actividad, Población objeto de la actividad y frecuencia de la actividad.

El valor del presupuesto para el diseño y estructura e implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo será el siguiente:

Total Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM	794.782.670.040
Diseño y estructura del SGSSTM	1.207.385.401
Total Presupuesto SGSSTM	795.990.055.441

El valor del presupuesto por Región y por vigencia para diseño y estructura e implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo es el siguiente:

SST						
REGIÓN	nov-dic 2023	2.024	2.025	2.026	ene -oct 2027	TOTAL REGIÓN
Región 1	2.246.839.824	13.916.485.212	14.832.869.276	9.354.033.964	11.234.199.122	51.584.427.398
Región 2	3.155.190.983	19.396.234.201	20.177.641.083	13.536.414.265	15.775.954.916	72.041.435.448
Región 3	2.753.802.698	17.139.715.322	18.610.081.607	11.536.664.995	13.769.013.492	63.809.278.114
Región 4	2.388.504.241	14.814.815.568	15.901.059.369	10.086.442.077	11.942.521.207	55.133.342.462
Región 5	4.561.993.027	28.045.504.914	29.185.823.811	19.602.617.587	22.809.965.134	104.205.904.473
Región 6	3.725.432.794	22.858.924.738	23.680.747.666	16.335.151.907	18.627.163.969	85.227.421.074
Región 7	4.033.329.508	24.952.232.271	26.505.929.093	16.923.356.635	20.166.647.537	92.581.495.044
Región 8	5.508.389.979	34.370.766.531	37.521.928.198	22.397.614.983	27.541.949.892	127.340.649.583
Región 9	1.756.621.931	10.839.333.196	11.431.484.816	7.508.457.430	8.783.109.653	40.319.007.026
Región 10	4.527.194.188	27.499.737.057	27.490.627.665	20.386.179.569	22.635.970.939	102.539.709.418
Total Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM	34.657.299.173	213.833.749.010	225.338.192.584	147.666.933.412	173.286.495.861	794.782.670.040
Diseño y estructura del SGSSTM	1.207.385.401					1.207.385.401
VALOR TOTAL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA EL MAGISTERIO						795.990.055.441

El presupuesto oficial para el proceso de selección y el contrato se estima con el estudio de mercado realizado, proyectándose pagos mensuales conforme a los **servicios efectivamente prestados**, a los valores descritos para cada alcance y que harán parte de la oferta económica.

El presupuesto se ejecutará anualmente al 100% de la población objeto del contrato de acuerdo con las actividades y frecuencia en cada región, sin superar el presupuesto asignado.

El detalle de la propuesta económica será presentada por el oferente en el **Formato 15.1. VALORES UNITARIOS SERVICIOS SGSSTM** así:

- Diseño y estructura del SGSSTM, en donde se presenta el número total de requerimientos a entregar, en el cual los proponentes deberán ofertar el valores unitarios por cada uno de ellos.
- Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM, en donde se presenta el número total de actividades a desarrollar por la totalidad de los 4 años, en el cual los proponentes deberán ofertar valores unitarios por cada uno de los servicios, los cuales serán los precios de referencia para el pago de las actividades desarrolladas durante los meses de noviembre y diciembre de 2023 y vigencia 2024.

A partir de la vigencia 2025 se aplicará el ajuste anual con base en el crecimiento del IPC observado al cierre del año inmediatamente anterior al que se aplicará el incremento, certificado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE).

NOTA: Para los servicios de Implementación, Mantenimiento y Mejora Continua del SGSSTM, el valor del contrato será de cuantía INDETERMINADA PERO DETERMINABLE, teniendo en cuenta que el valor total ejecutado está en función de la población objeto y el número de actividades a desarrollar a demanda.

El reconocimiento de las actividades desarrolladas se hará previo al recibo de los servicios y la aprobación del respectivo entregable a entera satisfacción por parte de la Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC y/o el contratante, previa revisión y aprobación de la interventoría sobre las actividades cargadas en el aplicativo parametrizado del contratista.

Los contratistas asumirán el pago total de los impuestos, tasas, contribuciones y derechos relacionados con la celebración y ejecución del contrato.

FIDUPREVISORA S.A, en ninguna circunstancia realizará anticipos o pagos anticipados.

La presente contratación se encuentra amparada bajo el CDP No 12273 del 18 de mayo de 2023.

11.2. FORMA DE PAGO

11.2.1. Para los servicios de Salud.

Para todos los efectos legales y fiscales y dada la modalidad de contratación y de las formas de reconocimiento y pago, los contratos a celebrarse serán de cuantía indeterminada pero determinable, de acuerdo con el número de afiliados registrados en la base de datos de la Fiduprevisora S.A. para cada una de las regionales, multiplicado por las UPCM respectivas.

Consejo Directivo aprueba la siguiente Unidad de Pago por Capitación para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio:

$$UPCM = UP_{Ce,z} + 62.67\% UP_{Ce,z}$$

Dónde:

- UPC= Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo
- e= grupo etario
- z= zona geográfica Corresponde a la UPC del régimen contributivo por los grupos etarios y las zonas geográficas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social como referente para los regímenes especiales o de excepción, más un plus o porcentaje fijo que debe destinarse exclusivamente a la prestación de los servicios de salud, lo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 59,88% sobre el valor de la UPC del Régimen Contributivo.

La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del Régimen Contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo.

Dentro del valor de la UPCM se incluye un valor per Cápita fijo, correspondiente a 2,79% de la UPC del régimen contributivo, para el componente de atención en salud derivada de los riesgos laborales, para un total de 62,67% de la UPC del régimen contributivo de referencia.

El valor de la UPC de referencia para el inicio del contrato será la establecida para el año 2023.

La UPCM se dividirá en 12 mensualidades de igual valor, que se pagan anticipadamente los primeros veinte (20) días de cada mes.

Compensación por Ajuste de Bases de Datos

Se ajustará el valor de la cápita reconocida en periodos anteriores, producto de la actualización de la base de datos por inconsistencias y/o novedades registradas con posterioridad.

Las novedades que se incluyen en un proceso de compensación son entre otras:

1. Fallecimientos reportados en forma extemporánea por el rezago en el registro administrativo de las defunciones cuyas fuentes serán los reportes del RUA, la Registraduría

Nacional del Estado Civil y los reportes realizados por los contratistas prestadores de servicios de salud .

2. Fechas de nacimiento que fueron suministradas en forma incorrecta al momento de la afiliación pero que al validar se evidencia que afectan el grupo etario del usuario.
3. Posibles fallas del aplicativo mediante el cual se liquida la cápita.
4. Zona geográfica que fue suministrada en forma incorrecta al momento de la afiliación pero que al validar se evidencia que afectan la tarifa de capitación aplicada al usuario.
5. Cualquier otro evento que genere diferencias en la liquidación.

Los retiros extemporáneos que no son causados por fallecimiento del docente, sino por reporte tardío de las secretarías de Educación no serán objeto de compensación, sin embargo, la información del retiro quedará reflejada en las bases de datos del sistema de salud dispuesto por la Fiduprevisora.

El proceso de compensación se realizará teniendo en cuenta las siguientes actividades:

- Semestralmente Fiduciaria La Previsora generará un reporte de novedades que reflejará los usuarios a compensar, en el cual se podrán evidenciar las causas de la compensación y los respectivos valores a reconocer o descontar al Operador de Salud.
- Fiduciaria La Previsora notificará al Operador de Salud el resultado del proceso de compensación por ajuste de la base de datos.
- El Operador de Salud dentro de los 15 días siguientes a la recepción de los resultados de la compensación, realizara observaciones o aceptación de esta.
- De presentarse inconformidades respecto de la información remitida, las Partes (Fiduprevisora y el Operador) establecerán mesas de trabajo para conciliar la información.
- Conciliados los usuarios mediante Acta suscrita por las Partes, Fiduprevisora procederá a efectuar los pagos o descuentos a que haya lugar.
- De existir pagos a favor del Operador de Salud, éste remitirá una factura por dicho concepto, adjuntando copia del Acta suscrita entre las Partes.
- De existir valores a descontar al Operador de Salud, Fiduprevisora procederá al descuento, máximo en los dos (2) meses siguientes a la finalización del proceso de conciliación y suscripción del acta o de aceptación de la compensación.

En caso en los cuales el resultado de la compensación por ajuste de bases de datos sea a favor del FOMAG y el Operador en Salud no remita las observaciones en los 15 días siguientes o no asista a las mesas de trabajo para conciliar, se entenderá por aceptado por parte del operador de salud dicho resultado y Fiduprevisora procederá a realizar el respectivo descuento, máximo en los dos (2) meses siguientes.

11.2.2. Para los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se pagará mes vencido, conforme a las actividades efectivamente realizadas por el Contratista, para lo cual deberá presentar los informes que demuestren la ejecución del contrato por ETC, establecimiento y Sede Educativa.

La interventoría contará con cinco (5) días hábiles para efectuar la revisión y devolución, en el caso de encontrar incumplimiento o inconsistencias realizará la devolución de la misma para su corrección o completitud de soportes.

El contratista deberá declarar el cumplimiento de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones; de igual manera de cara al cumplimiento de sus obligaciones de carácter tributario, por lo tanto, asumirá las consecuencias penales y fiscales por cualquier omisión o falla al respecto.

El Contratista asumirá el pago total de los impuestos, tasas, contribuciones y derechos relacionados con la celebración y ejecución del contrato.

Soporte de la factura

Documentos financieros:

a) Factura Original dirigida a Fideicomisos Patrimonios Autónomos Fiduciaria La Previsora S.A. NIT 830.053.105-3, presentada en los términos del Estatuto Tributario, que incluya:

- Resolución DIAN Vigente.
- Numero de Factura
- Valor del servicio en número
- Valor del servicio en letra
- Fecha de elaboración factura
- Fecha de prestación servicio
- Concepto del servicio prestado.

b) Certificación de Aportes Parafiscales firmada por el Revisor Fiscal, al cierre del mes anterior a la expedición de la factura.

- c) Certificación Bancaria con fecha de expedición no mayor a noventa (90) días.
- d) RUT con fecha de expedición no inferior al 1 de marzo de 2019 (si es una Unión Temporal debe tener el RUT de cada uno de los conformantes de la Unión Temporal o Consorcio).
- e) Si es una UT o Consorcio debe incluir composición accionaria especificada. En caso de no contar SEGÚN LA LEY con revisor fiscal, las firmas del mismo las podrá hacer el representante legal.

La facturación deberá realizarse por cada actividad ejecutada y certificada por la ETC, será en el acta de inicio donde se describa los requisitos técnicos para presentar la factura ante la Interventoría y la Fiduprevisora S.A.

11.3. TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

La duración del contrato será de Cuarenta y ocho (48) meses a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio del contrato.

11.4. GARANTÍAS A EXIGIR

El CONTRATISTA garantizará el cumplimiento de las obligaciones que adquiere con el contrato, mediante la constitución a favor de FIDUPREVISORA S.A. como administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

- FOMAG, de póliza(s) con una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, con matriz aprobada por la Superintendencia Financiera, y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes la fecha de perfeccionamiento del contrato, de una garantía única, que ampare los riesgos que a continuación se mencionan:

- Cumplimiento: Por un monto equivalente al 5 % del valor total del contrato, con una vigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución y seis (6) meses más.
- Pago de Salarios y Prestaciones Sociales: Por un monto equivalente al 5 % del valor del contrato, con una vigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución y tres (3) años más.

- Calidad del servicio: Por un monto equivalente al 5% del valor del contrato, con vigencia desde la terminación de ejecución y dos (2) años más .
- Responsabilidad Civil Extracontractual: Por un monto equivalente al 5% del valor del contrato, con una vigencia igual al plazo del contrato o término de ejecución.

Las pólizas deberán ser expedidas por una compañía de Seguros legalmente establecida en Colombia de reconocida experiencia, trayectoria e idoneidad en el país, con póliza matriz aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia y debe corresponder a las que se otorgan a favor de ENTIDADES PÚBLICAS CON RÉGIMEN PRIVADO DE CONTRATACIÓN.

Los Beneficiarios de las pólizas de seguro son FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., NIT. 860.525.148- 5, como vocera y administradora de los recursos del FOMAG y LA NACION – MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO NIT. 830.053.105-3.

En el evento que el contratista no entregue a FIDUPREVISORA S.A. las pólizas exigidas para la ejecución del contrato dentro de los términos establecidos por esta en el contrato, se dará por terminado el contrato por falta de requisito indispensable para su ejecución, sin indemnización alguna a favor del CONTRATISTA y hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta.

La Sociedad FIDUPREVISORA S.A. aprobará las garantías si las encuentra ajustadas a lo especificado. En caso contrario, las devolverá al CONTRATISTA para que dentro de los tres (3) días siguientes, efectúe las modificaciones y aclaraciones necesarias. EL CONTRATISTA deberá reponer el monto de la garantía y ampliar su vigencia en los amparos que corresponda, cada vez que, en razón de las multas (apremios), sanciones impuestas, ampliaciones de plazo o adiciones al valor del contrato, el mismo se disminuyere o agotare.

12. PERSPECTIVA REGULATORIA

La contratación de la prestación de servicios de salud a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio —FOMAG—, por una parte, y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, por otra, se enmarca bajo la Ley 91 de 1989, la cual dispone, de manera general, que:

“ARTÍCULO 4. El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, atenderá las prestaciones sociales de los docentes nacionales y nacionalizados que se encuentren vinculados a la fecha de la promulgación de la presente Ley, siempre con observancia del artículo 2, y de los que se vinculen con posterioridad a ella. Serán automáticamente afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, los docentes nacionales y nacionalizados que se encuentren vinculados a la fecha de la promulgación de la presente Ley, quienes quedan eximidos de requisito económico de afiliación. Los requisitos formales que se exijan a éstos, para mejor administración del Fondo, no podrán imponer renuncias a riesgos ya asumidos por las entidades antecesoras, las cuales reconocerán su respectivo valor en los convenios interadministrativos. El personal que se vincule en adelante, deberá cumplir todos los requisitos de afiliación de naturaleza formal o normativa y económica.”

El artículo 5 de la Ley 91 de 1989 dispone que:

“ARTÍCULO 5. El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, tendrá los siguientes objetivos:

- 1. Efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal afiliado.*
- 2. Garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo.*
- 3. Llevar los registro contables y estadísticos necesarios para determinar el estado de los aportes y garantizar un estricto control del uso de los recursos y constituir una base de datos del personal afiliado, con el fin de cumplir todas las obligaciones que en materia prestacional deba atender el Fondo, que además pueda ser utilizable para consolidar la nómina y preparar el presupuesto en el Ministerio de Hacienda.*
- 4. Velar para que la Nación cumpla en forma oportuna con los aportes que le corresponden e igualmente transfiera los descuentos de los docentes.*
- 5. Velar para que todas las entidades deudoras del Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, cumplan oportunamente con el pago de sus obligaciones.”*

En virtud de las facultades determinadas en el artículo 7 de la Ley 91 de 1989, le compete al Consejo Directivo del FOMAG:

“ARTÍCULO 7. El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tendrá las siguientes funciones:

1. *Determinar las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo, velando siempre por su seguridad, adecuado manejo y óptimo rendimiento. Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo.*
2. *Velar por el cumplimiento y correcto desarrollo de los objetivos del Fondo.*
3. *Determinar la destinación de los recursos y el orden de prioridad conforme al cual serán atendidas las prestaciones sociales frente a la disponibilidad financiera del Fondo, de tal manera que se garantice una distribución equitativa de los recursos.*
4. *Revisar el presupuesto anual de ingresos y gastos del Fondo y remitirlo al Gobierno Nacional para efecto de adelantar el trámite de su aprobación.*
5. *Las demás que determine el Gobierno Nacional.*

PARÁGRAFO. *El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, para el cumplimiento de sus funciones en las entidades territoriales, considerará preferentemente recomendar o escoger a los Fondos Prestacionales, que en algunas de aquellas vienen atendiendo a los docentes, a fin de contratar con dichos organismos en el respectivo territorio. Ello sin perjuicio de que por razones de buen servicio se recomiende a una o varias entidades diferentes. Tanto la primera como la segunda alternativa deberán estar plenamente autorizadas en el contrato de fiducia mercantil a que alude el artículo 3 de la presente Ley.”*

El párrafo del artículo 8 y el artículo 14 de la Ley 91 de 1989 consagran la destinación especial de los recursos del FOMAG. En efecto, el párrafo del artículo 8 establece que:

“PARÁGRAFO. En ningún caso podrán destinarse los recursos del Fondo al pago de prestaciones sociales para personal diferente al señalado en el artículo 4 de la presente Ley, en concordancia con el artículo 2.”

El artículo 14 de la Ley 91 de 1989 prohíbe:

“ARTÍCULO 14. Queda absolutamente prohibido a la administración del Fondo acometer obras y emprender inversiones que comprometan la liquidez del mismo o impidan que con los recursos que éste maneje se puedan atender las solicitudes laborales a su cargo en forma oportuna.”

El parágrafo 1 del artículo 15 de la Ley 91 de 1989, señala que:

“PARÁGRAFO 1. El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, cuando su situación financiera lo permita, podrá extender los servicios asistenciales a las familias de los docentes de acuerdo con el reglamento que se expida.”

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral definido como *“...el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”*

De manera análoga a como lo anticipaba la Ley 91 de 1989 para el Magisterio, el artículo primero de la Ley 100 de 1993 dispone que el objeto del Sistema de Seguridad Social Integral es *“... garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.”* De acuerdo con la Ley 100, dicho Sistema comprende *“...las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”* El artículo 8 de la Ley 100 de 1993 señala que dicho Sistema *“...es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.”*

Como lo señala la Ley 91 de 1989 para los recursos del FOMAG, en un sentido similar la Ley 100 de 1993 en su artículo 9 también estipula que: *“No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.”*

Los artículos 155, 185 y 186 de la Ley 100 de 1993 definen como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que hace parte del Sistema de Seguridad Social Integral, a las instituciones prestadoras de servicios de salud:

“ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.”

“ARTÍCULO 186. DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento.”

Por otra parte, el artículo 193 de la Ley 100 prevé los incentivos para los trabajadores y profesionales de la salud en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 193. INCENTIVOS A LOS TRABAJADORES Y PROFESIONALES DE LA SALUD. Con el fin de estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud y su localización en las regiones con mayores necesidades, el gobierno podrá establecer un régimen de estímulos salariales y no salariales, los cuales en ningún caso constituirán salario. También podrá establecer estímulos de educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Igualmente, las Entidades Promotoras de Salud auspiciarán las prácticas de grupo y otras formas de asociación solidaria de profesionales de la salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<4> determinará las zonas en las cuales se aplicará lo dispuesto en el presente artículo.”

El régimen salarial especial comprenderá la estructura y denominación de las categorías de empleo, los criterios de valoración de los empleos y los rangos salariales mínimos y máximos correspondientes a las diferentes categorías para los niveles administrativos, o grupos de empleados que considere el Gobierno Nacional.

El gobierno nacional establecerá un proceso gradual para nivelar los límites mínimos de cada rango salarial entre las diferentes entidades territoriales. Esta nivelación se realizará con arreglo al régimen gradual aquí previsto y por una sola vez, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 de la Ley 60 de 1993. Esta nivelación debe producirse en las vigencias fiscales de 1995 a 1998 de acuerdo con la disponibilidad de recursos del situado fiscal y de las demás rentas del sector en los diferentes departamentos y municipios con quienes deberá concertarse el Plan específico de nivelación. Para la vigencia de 1994, puede adelantarse la nivelación con arreglo a las disponibilidades presupuestales y al reglamento.

Para la fijación del régimen salarial especial y la nivelación de que trata el presente artículo, se consideraran los criterios establecidos en el artículo 2 de la Ley 4 de 1992, con excepción de las letras k y ll. Igualmente, deberá considerarse la equidad regional y el especial estímulo que requieran los empleados públicos que presten sus servicios en zonas marginadas y rurales, de conformidad con el reglamento.

PARÁGRAFO 1o. Los convenios docente-asistenciales que se realicen con ocasión de residencia o entrenamiento de profesionales de la salud en diferentes especialidades que impliquen prestación de servicios en las instituciones de salud deberán consagrar una beca-crédito en favor de tales estudiantes y profesionales no menor de dos salarios mínimos mensuales. Al financiamiento de este programa concurrirán el Ministerio de Salud<1> y el ICETEX conforme a la reglamentación que expida el Gobierno. El crédito podrá ser

condonado cuando la residencia o entrenamiento se lleve a cargo en las áreas prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y/o la contraprestación de servicios en las regiones con menor disponibilidad de recursos humanos, de acuerdo con la definición que expida el Ministerio de Salud<1>.

PARÁGRAFO 2o. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud podrán establecer modalidades de contratación por capitación con grupos de práctica profesional o con profesionales individuales con el fin de incentivar la eficiencia y la calidad de la prestación de servicios de salud.

[...]

PARÁGRAFO 4o. Las Instituciones Prestadoras de Salud privada podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales y trabajadores asalariados de la salud que tenga en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la modalidad de los estímulos a que se refiere este parágrafo.”

El artículo 194 de la Ley 100 de 1993 señala que:

“La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.”

El artículo 240 de la Ley 100 prevé como participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las cajas de compensación familiar que podrán habilitarse para prestar servicios de salud y/o funcionar como entidades promotoras de salud.

La Ley 100 de 1993, modificada por normas posteriores como la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, han fortalecido las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud sobre las instituciones prestadoras de

servicios de salud privadas, mixtas y las públicas, como las organizadas como empresas sociales del Estado, y las cajas de compensación familiar que prestan servicios de salud.

La Ley 100 de 1993 establece en su artículo 182 la unidad de pago por capitación -UPC- que equivale a una prima global de riesgo por afiliado, diferencial según grupo etario, sexo o zona geográfica, entre otros factores diferenciales, que se le reconoce a las entidades promotoras de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entidades que tienen funciones de aseguramiento, afiliación y recaudo de cotizaciones, por "...la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado". Según esta norma: "Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud."

Finalmente, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 exceptúa del régimen del Sistema de Seguridad Social Integral a los afiliados al FOMAG:

"ARTICULO 279. Excepciones. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida."

La Ley 1562 de 2012 modificó el Sistema de Riesgos Laborales creado por la Ley 100 de 1993 y adopta disposiciones en materia de Salud Ocupacional. El artículo 21 de la Ley 1562 dispone que:

"ARTÍCULO 21. SALUD OCUPACIONAL DEL MAGISTERIO. El Ministerio de Educación Nacional y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio establecerán el Manual de

Calificación de Invalidez y tabla de enfermedades laborales para los docentes afiliados a dicho fondo, Igualmente establecerá la implementación de los programas de salud ocupacional, los comités paritarios de salud ocupacional, las actividades de promoción y prevención y los sistemas de vigilancia epidemiológica. La adopción y puesta en marcha de lo anterior no afectará en nada el régimen especial de excepción en salud que de acuerdo con el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 está vigente para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Las anteriores actividades se reglamentarán en el término de un año por el Ministerio de Educación Nacional, contado a partir de la vigencia de la presente ley.”

Por otra parte, el artículo 23 de la Ley 1562 de 2012 establece que:

“ARTÍCULO 23. LICENCIAS EN SALUD OCUPACIONAL. El Ministerio de la Salud y Protección Social reglamentará en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, que como mínimo deben comprender: requisitos, experiencia, campo de acción de acuerdo a su profesión, cobertura nacional y departamental, formación académica, y vigencia de la licencia. La expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional estará a cargo de las entidades departamentales y distritales de salud.

Se reconocerá la expedición y renovación de las licencias de salud ocupacional a los profesionales universitarios con especialización en salud ocupacional, a los profesionales universitarios en un área de salud ocupacional, tecnólogos en salud ocupacional y técnicos en salud ocupacional, todos ellos con títulos obtenidos en una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional.”

Mediante el Decreto 1655 de 2015 “se adiciona el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación para reglamentar el artículo 21 de la Ley 1562 de 2012 sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo para los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y se dictan otras disposiciones”, expedido por el Gobierno Nacional “en uso de sus facultades constitucionales y legales, en particular las previstas en los artículos 189, numeral 11 de la Constitución Política, 16 de la Ley 91 de 1989, 279 de la Ley 100 de 1993 y 21 de la Ley 1562 de 2012.”

El Decreto 1655 tiene por objeto “...establecer los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, la vigilancia epidemiológica, los comités paritarios de seguridad y salud en el

trabajo, las actividades de promoción y prevención, la Tabla de Enfermedades Laborales y el Manual de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, para los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.”

Por otra parte, el Decreto 1655 de 2015 dispone que:

“La organización, funcionamiento y administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio se regirá por el presente Capítulo y sus anexos -Tabla de Enfermedades Laborales y Manual de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral-, así como por la Ley 1562 de 2012 en lo aplicable.

“Las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo previstas en este Capítulo son aplicables respecto de los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, la fiduciaria administradora y vocera del patrimonio autónomo conformado con los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales certificadas en educación y los directivos docentes.”

El Decreto 1655 de 2015 señala a manera de enunciación en su artículo 2.4.4.3.1.3. que se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

“1. Educadores activos: son los docentes y directivos docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que se encuentren en ejercicio de sus funciones.

“2. Fiduciaria administradora: es la entidad fiduciaria encargada de la administración y representación legal del patrimonio autónomo conformado con los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

“3. Prestadores de servicios de salud: son las entidades contratadas a través de la fiduciaria administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para la prestación de servicios de salud a los educadores afiliados a dicho fondo y sus beneficiarios.”

El artículo 2.4.4.3.1.4. del Decreto 1655 de 2015 señala los derechos de los educadores activos en relación con los temas reglamentados:

“1. Recibir un trato digno y sin discriminación en el acceso a servicios que respeten sus creencias y costumbres, su intimidad y las opiniones personales.

- 2. Acceder a las prestaciones asistenciales y económicas en condiciones de calidad, continuidad y oportunidad.*
- 3. Acceder a los servicios en el sitio más próximo a su trabajo o a su lugar de residencia, según la red contratada.*
- 4. Elegir libremente profesionales e instituciones que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible.*
- 5. Recibir los servicios en condiciones de higiene y seguridad.*
- 6. Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas y sugerencias, y obtener respuesta oportuna.*
- 7. Mantener una comunicación permanente, expresa y clara con el profesional a cargo y ser orientado acertada y oportunamente.”*

El artículo 2.4.4.3.2.1. del Decreto 1655 de 2015 establece, en el contexto de su expedición, que FIDUPREVISORA S.A. en su calidad de administradora y vocera del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio -FOMAG- es la encargada de garantizar, según los lineamientos del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, la implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, mediante el cumplimiento de las siguientes funciones:

- “1. Implementar el contenido organizacional y funcional del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.
2. Administrar los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo a los educadores activos, a través de los prestadores de servicios de salud.
3. Contratar y supervisar a los prestadores de servicios de salud en cuanto a la debida ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, con el apoyo del equipo multidisciplinario de profesionales de que trata el artículo 2.4.4.3.3.3 del presente Decreto.
4. Pagar las prestaciones económicas causadas por accidentes de trabajo y enfermedades laborales, de acuerdo con las normas aplicables a los educadores activos.
5. Verificar y diagnosticar anualmente, junto con los prestadores de servicios de salud, el nivel de desarrollo e implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, la cobertura obtenida, el impacto logrado en el ambiente laboral y las condiciones de salud de los educadores activos en cada entidad territorial certificada en educación.
6. Presentar un informe público anual de gestión, en el primer bimestre del año siguiente a la vigencia correspondiente, con los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y

Salud en el Trabajo del Magisterio, el cual será de carácter público, así como informes parciales anticipados que le solicite el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

7. Identificar e implementar los correctivos que se deriven de la verificación del nivel de desarrollo e implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio y los informes de gestión respectivos, teniendo en cuenta el diagnóstico particular de cada región.

8. Realizar el seguimiento y tomar las medidas necesarias para que a través de los prestadores de servicios de salud, se preste el servicio médico asistencial de forma oportuna, pertinente e integral, en caso de accidentes o enfermedades de origen laboral.

9. Supervisar que los prestadores de servicios de salud elaboren el perfil del riesgo laboral de todos los educadores activos, enfatizando en los factores de riesgo de mayor incidencia en el desempeño de la labor docente y directiva docente.

10. Supervisar que los prestadores de servicios de salud realicen acciones de prevención y atención oportuna de las enfermedades laborales de los educadores activos.

11. Las demás actividades de coordinación y supervisión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Educación Nacional revisará y ajustará, el contrato de fiducia mercantil que se encuentra en ejecución a la entrada en vigencia del presente Capítulo para que las funciones de que trata este artículo sean atendidas en debida forma por la entidad fiduciaria a cargo de la administración de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.”

El Decreto 1655 en el contexto de su expedición y sin que pierda consonancia con la Ley 1562 de 2012 y la Ley 91 de 1989 que atribuye facultades al Consejo Directivo del FOMAG, señala que los prestadores de salud “...son los encargados de implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio en las entidades territoriales certificadas, mediante el cumplimiento de las siguientes funciones:

“1. Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales certificadas en educación sobre programas de prevención y promoción de riesgos laborales.

2. Informar y divulgar a los educadores activos las normas, reglamentos y procedimientos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.

3. Asegurar la gestión y el manejo adecuado del riesgo laboral en el Magisterio.

4. Realizar programas que fomenten estilos de vida saludables en los educadores activos.

5. Implementar planes de rehabilitación para la recuperación de los educadores incapacitados laboralmente.
6. Diseñar y aplicar indicadores claros y precisos para medir el impacto de la labor docente y directiva docente en la salud de los educadores activos.
7. Adoptar en coordinación con las entidades territoriales certificadas en educación, medidas para mitigar los riesgos laborales, así como el ausentismo laboral originado por enfermedad laboral o accidentes de trabajo, mejorar los tiempos de atención, reducir la severidad y siniestralidad, entre otros.
8. Elaborar el perfil de riesgo laboral de todos los educadores activos con base en evaluaciones médico laborales, enfatizando en los factores de riesgo psicosocial, de la voz y del músculo esquelético.
9. Realizar acciones de prevención y atención oportuna de la enfermedad laboral de los educadores activos con base en los niveles de riesgo identificados en las evaluaciones médico laborales.
10. Realizar campañas preventivas de salud dirigidas a los educadores activos de las entidades territoriales certificadas.
11. Ejecutar las actividades de que tratan los artículos 2.4.4.3.3.4., 2.4.4.3.3.5., 2.4.4.3.3.6 y 2.4.4.3.3.7. del presente Decreto.”

El artículo 2.4.4.3.2.3. del Decreto 1655 enuncia las funciones de las Entidades territoriales certificadas en educación en su calidad de entidades nominadoras de los educadores activos, les corresponde en relación con la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.

El Decreto 1655 de 2015 en su artículo 2.4.4.3.3.1. dispone que el “Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio estará orientado a mejorar la calidad de vida de los educadores activos, generando una cultura de vida saludable que favorezca el bienestar laboral y contribuya a reducir las ausencias laborales por incapacidad médica.”

El artículo 2.4.4.3.3.2. del mismo decreto precitado señala que el “Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio se fundamenta en el desarrollo de procesos de prevención y atención permanente de la salud individual y colectiva de los educadores activos, mediante la formulación e implementación de actividades integrales e interdisciplinarias que intervengan directamente sobre la calidad del ambiente laboral e identifiquen y disminuyan los riesgos ergonómicos, físicos y psicosociales, y los demás a los que están expuestos los educadores, para prevenir y brindar atención integral cuando se presenten enfermedades laborales y accidentes de trabajo.”

El Decreto 1655 en su artículo 2.4.4.3.3. establece que “...con los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio se realizarán las funciones administrativas y operativas de la Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales serán contratadas, coordinadas y supervisadas por la fiduciaria administradora y vocera del Fondo. Para el efecto, se conformará un equipo multidisciplinario de profesionales con especialización en seguridad y salud en el trabajo y/o afines, con licencias vigentes, que organizará, administrará y controlará la implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.”

El Decreto 1655 de 2015 en su artículo 2.4.4.3.4.2. establece que “...a partir de los registros e indicadores de vigilancia epidemiológica, el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio con el apoyo del equipo multidisciplinario de profesionales que organizará, administrará y controlará la implementación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, analizará el riesgo laboral del Magisterio para establecer programas, protocolos y guías de intervención, orientados a la prevención de patologías relacionadas con los procesos de enseñanza, el mejoramiento de las condiciones del ambiente laboral en los establecimientos educativos y el control de los factores de riesgo a los que se encuentren expuestos los educadores activos.”

El artículo 2.4.4.3.9.1. del Decreto 1655 de 2015 dispone que las obligaciones y prestaciones económicas contenidas en el presente Capítulo y los gastos derivados de su aplicación, se ejecutarán y asumirán con cargo al patrimonio autónomo conformado con los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

El Decreto 1655 de 2015 establece en el artículo 2.4.4.3.9.2. que, para la consolidación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, “...el Consejo Directivo del Fondo, en un término no superior a un (1) año a partir de la entrada en vigor del presente Capítulo, adoptará las políticas, programas, planes y regulación conducentes a la organización, funcionamiento y administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.”

En 2015, se expidió la Ley Estatutaria 1751 que regula el derecho fundamental a la salud con el objeto de garantizarlo y establecer sus mecanismos de protección, definido como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

La Ley Estatutaria señala que el derecho fundamental a la salud “...comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el

mejoramiento y la promoción de la salud”, condiciones respecto de las cuales el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas y de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.”

La Ley Estatutaria se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

La Ley Estatutaria señala como elementos esenciales e interrelacionados del derecho fundamental a la salud, los siguientes:

“a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

“b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

- a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;
- b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;
- c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;
- d) 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;
- e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;
- f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.
- g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;
- h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;
- i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;
- j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;
- k) Eficiencia. El sistema 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;

1) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección. “

El artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 define la integralidad en los siguientes términos:

“Artículo 8°. La 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, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.”

Por otra parte, el artículo 13 de la Ley Estatutaria establece que el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

El artículo 14 de la Ley Estatutaria advierte que para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

En ejercicio de sus atribuciones legales, el Consejo Directivo del FOMAG adoptó instrucciones y lineamientos mediante Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022, Por su importancia trascendental para la contratación de la operación integrada de los servicios de salud y la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, se reproduce a continuación en su totalidad:

“CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO
ACUERDO N° 5 DE 2022 (30 de diciembre de 2022)

“Por el cual se modifica y adiciona el Acuerdo 09 de 2016.”

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en ejercicio de sus funciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el numeral 2 del artículo 5 de la Ley 91 de 1989 y,

CONSIDERANDO:

Que la Ley 91 de 1989 creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en adelante FOMAG, como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica.

Que, en virtud de lo previsto en el artículo 3 de la Ley 91 de 1989, los recursos de naturaleza pública del FOMAG son manejados a través de la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A conforme al contrato de fiducia mercantil celebrado el 21 de junio de 1990 mediante escritura pública 083.

Que la ley 91 de 1989 en su artículo 3° contempló que el contrato de fiducia mercantil prevería la existencia del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como órgano de gobierno del FOMAG.

Que el numeral 2 del artículo 5 de la Ley 91 de 1989 señala que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tendrá como uno de sus objetivos: “Garantizar la

prestación de los servicios médico-asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo.”

Que el inciso segundo del artículo 279 de la Ley 100 de 1993 dispone que se exceptúa del Sistema Integral de Seguridad Social “a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989”, régimen excepcional que fue declarado exequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-461 de 1995.

Que el artículo 7 de la Ley 91 de 1989 establece entre las funciones del Consejo Directivo del FOMAG la de “Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo” y “Velar por el cumplimiento y correcto desarrollo de los objetivos del Fondo.”

Que la Ley 1474 de 2011 tiene por propósito fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, preceptuando su artículo 83 que “(...) con el fin de proteger la moralidad administrativa, de prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y de tutelar la transparencia de la actividad contractual, las entidades públicas están obligadas a vigilar permanentemente la correcta ejecución del objeto contratado a través de un supervisor o un interventor”. Definiendo el inciso tercero: “La interventoría consistirá en el seguimiento técnico que sobre el cumplimiento del contrato realice una persona natural o jurídica contratada para tal fin por la Entidad Estatal, cuando el seguimiento del contrato suponga conocimiento especializado en la materia, o cuando la complejidad o la extensión del mismo lo justifiquen. No obstante, lo anterior cuando la entidad lo encuentre justificado y acorde a la naturaleza del contrato principal, podrá contratar el seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, jurídico del objeto o contrato dentro de la interventoría.

Que, teniendo en cuenta que la prestación de los servicios de salud se financia con recursos públicos del FOMAG y que se debe garantizar la aplicación de los principios que rigen la función administrativa, se requiere que la actividad contractual sea objeto de interventoría. Que, el día 26 de abril de 2021 en sesión extraordinaria del Consejo Directivo de FOMAG, la Fiduciaria La Previsora S.A, le solicitó al Consejo Directivo de FOMAG la autorización para contratar los servicios de especialistas, que cuenten con experiencia e idoneidad para adelantar la estructuración de la invitación pública para la contratación de los servicios de salud y el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo, petición que fue acogida unánimemente por los Consejeros.

Que los estructuradores realizaron cuatro estudios en los aspectos relacionados con salud, seguridad y salud en el trabajo, ámbito financiero y jurídico, los cuales fueron presentados al Consejo Directivo del FOMAG.

Que, en consecuencia, se requiere contratar una interventoría para el seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable y jurídico de la ejecución contractual con las facultades, deberes y responsabilidad legales que la ley asigna a los interventores comprendiendo las actividades del modelo de auditoría en salud en armonía con lo previsto en el Decreto 441 de 2022, que deberán ser desarrolladas en los lugares de prestación los servicios.

Que de conformidad con lo dispuesto en el inciso 5° del artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, los contratos de interventoría serán supervisados directamente por la entidad fiduciaria.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud que comprende la “promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación” según lo define el inciso segundo del artículo 2o. El articulado de la norma estatutaria regula las condiciones de acceso a los servicios de salud y establece los mecanismos para la protección del goce del derecho a todas las personas.

Que, alineado con la definición legal, se hace recomendable un modelo de atención en salud que enfatice las actividades de promoción y prevención en salud.

Que el principio de libertad de elección, consagrado en la Ley Estatutaria de Salud, establece que: “(...) las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación (...)”

Que los parámetros de obligaciones de la fiduciaria para la contratación, consignados en el Otrosí del 29 de diciembre de 2020 al Contrato de Fiducia Mercantil del 21 de junio de 1990, establece que:

“Los operadores de servicios de salud, deben asumir y gestionar el riesgo en salud, operativo y financiero que ello implique.

(...) Los operadores del Sistema de Gestión y Seguridad en Salud en el Trabajo...asumirán los riesgos inherentes en materia de seguridad en salud, operativos y financieros.

La Fiduciaria debe realizar el seguimiento y verificación de la entrega de pacientes entre operadores, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios a los docentes y sus beneficiarios”.

(...) La contratación de una “auditoria integral sobre los contratistas que presten los servicios de salud del plan de atención integral y la atención médica derivada de riesgos laborales para los afiliados al Fondo, con el número de auditores, capacidad y suficiencia para vigilar la calidad en la prestación de los servicios de acuerdo con la población de cada región, y cuyo objeto tenga como mínimo las siguientes auditorías: (a) administrativa, (b) financiera, (c) de calidad de la prestación de servicios de salud”.

Que en el punto 4.4.3. el Otrosí del 29 de diciembre de 2020 al Contrato de Fiducia Mercantil también señala que “La Fiduciaria se obliga a diseñar e implementar un esquema de procesos y procedimientos para efectuar la supervisión de los contratos de prestación de servicios de salud”.

Que en el inciso tercero Ibídem, La Fiduciaria “se obliga a actualizar e implementar procesos y procedimientos relacionados con la gestión de riesgo en salud de los docentes y sus beneficiarios para actuar como administrador de la información epidemiológica de la población, que permita contar con los datos suficientes para recomendar modelos de salud específicos, de acuerdo con su particular comportamiento”.

Que se requiere establecer Acuerdos de Niveles de Servicios con los operadores de servicios de salud que garanticen que la contraprestación será proporcional a la garantía de la calidad en la atención.

Que de otro lado, en lo que refiere a la implementación del SGSST, es del caso señalar que dentro de los considerandos del Decreto 441 de 2022, el Gobierno Nacional señala: “(...) que en el marco del proceso de producción normativa y con ocasión de la participación de la ciudadanía y los actores del Sistema de Salud, se identificaron acciones dilatorias en el flujo de recursos que tienen origen en las relaciones contractuales entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, por lo que, teniendo en cuenta la prevalencia de la autonomía de la voluntad en la libertad de contratación y de configuración contractual, es necesario brindar herramientas al mercado de carácter dispositivo para contrarrestar y mitigar este tipo de acciones

dilatorias cuando ocurran eventos que afecten el curso normado y eficiente flujo de los recursos entre los actores del SGSSS”.

Que, en virtud de lo señalado, se considera necesario definir mecanismos para asegurar el eficiente flujo de los recursos entre los operadores de salud y la red que éstos contratan con el propósito de disminuir la barrera de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al FOMAG.

Que, para mitigar los efectos de la concentración de riesgo en la garantía de la prestación de los servicios de salud, en armonía con lo previsto en la Ley 1122 de 2007 y las normas que la reglamentan, se adoptará un mecanismo de compensación financiera entre los operadores de salud de las distintas regiones.

Que el artículo 21 de la Ley 1562 de 2012, que modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional, establece que:

“ARTÍCULO 21. SALUD OCUPACIONAL DEL MAGISTERIO. El Ministerio de Educación Nacional y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio establecerán el Manual de Calificación de Invalidez y tabla de enfermedades laborales para los docentes afiliados a dicho fondo, Igualmente establecerá la implementación de los programas de salud ocupacional, los comités paritarios de salud ocupacional, las actividades de promoción y prevención y los sistemas de vigilancia epidemiológica. La adopción y puesta en marcha de lo anterior no afectará en nada el régimen especial de excepción en salud que de acuerdo con el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 está vigente para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Las anteriores actividades se reglamentarán en el término de un año por el Ministerio de Educación Nacional, contado a partir de la vigencia de la presente ley.”

Que el Decreto 1655 de 2015, "Adiciona el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación para reglamentar el artículo 21 de la Ley 1562 de 2012 sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo para los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y se dictan otras disposiciones", faculta al Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para adoptar las políticas, programas, planes y la regulación para implementar un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 2.4.4.3.9.2. Consolidación de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio. El Consejo Directivo del Fondo, en un término no superior a un (1) año a partir de la entrada en vigencia del presente Capítulo, adoptará las políticas, programas, planes y regulación conducentes a la organización, funcionamiento y administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.”

Que la FIDUPREVISORA presentó el documento diagnóstico y el documento técnico con la propuesta para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio (SGSSTM), aportado por la experta contratada para estos efectos de conformidad con la autorización del Consejo Directivo del FOMAG, los cuales sirven de soporte para los criterios, instrucciones y lineamientos que se adoptan en el presente acuerdo.

Que existe la obligación legal de garantizar el SGSSTM (Art. 21 Ley 1562/12, D.1655/15, D.1072/15, Acuerdo 009/16). También se encuentra vigente la normatividad supranacional-CAN - Comunidad Andina de Naciones, que promueve las buenas prácticas laborales en materia social, política y económica. Decisión 584: Instrumento Andino de SST. Resolución 957: Aprobación Reglamento Andino de SST, Decisión 584, los Países Miembros se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para el establecimiento de los Servicios de SST, los cuales podrán ser organizados por las empresas o grupos de empresas interesadas, por el sector público.

Que, de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1562 de 2015, el prestador de SST deberá acreditar que cuenta con licencia vigente (Resolución 754 de 2021-Ministerio de Salud y Protección Social), así como la habilitación de los servicios de SST que se requieran.

Que la atención médico asistencial de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales seguirá siendo garantizada por el prestador de salud habilitado como lo viene cumpliendo.

Que según el documento diagnóstico y el documento técnico con la propuesta para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio (SGSSTM) es necesario contar con una interventoría integral con enfoque técnico, administrativo, financiero y jurídico con experiencia específica en el tema, que permita identificar de manera temprana las brechas en la ejecución contractual y generar los planes de acción necesarios para minimizar los riesgos de incumplimiento, asegurar la calidad y la satisfacción de los usuarios finales.

Que, con fundamento en lo expuesto, el Consejo Directivo del FOMAG, estima necesaria modificar el Acuerdo 09 de 2016, para garantizar la óptima prestación de los servicios de salud e implementar el marco reglamentario del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio.

ACUERDA:

Artículo Primero. Modificar los numerales 1, 3, 8, 9, 10, 11 y 12 del al artículo 1o del Acuerdo 09 de 2016, en los siguientes términos:

1. Modelo de Atención

En el marco del régimen especial de los maestros, se acoge la Política de Atención Integral en Salud, en el componente "La atención primaria como estrategia básica", que desarrolla el enfoque de la atención primaria y la salud familiar y permite avanzar frente a las definiciones previas del Modelo de Salud Familiar del Magisterio.

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

El enfoque de salud familiar y comunitaria 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. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria 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.

El Modelo de Atención hace especial énfasis en la gestión Integral del Riesgo en Salud por grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud

pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral.

El ajuste al modelo de atención en salud implica énfasis en la atención estandarizada a través de programas para las enfermedades de mayor prevalencia, que mejore la calidad en la atención de salud. En función del perfil demográfico de los maestros, trabajadores y pensionados (cotizantes), con una media de edad superior a los 50 años y con una gran concentración entre los 45 y los 60 años.

Para lograr la integralidad y resolutivez, se tendrán las puertas de entrada adicionales a las establecidas, las siguientes especialidades: ginecología, obstetricia y pediatria.

Serán puerta de entrada las especialidades de Medicina Interna y/o Medicina Familiar para los afiliados que pertenezcan al grupo de riesgo cardio cerebro vascular metabólico con clasificación de alto riesgo acorde a caracterización poblacional e individual, así como para los pacientes que pertenezcan a las cohortes de enfermedades de alto costo.

También se habilitará el servicio de psicología con acceso directo para todos los casos en que sea requerida la atención y de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. Lo anterior sin perjuicio de las especialidades adicionales que puedan ofrecer los oferentes en el curso del proceso de selección.

3. Cobertura

Los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio son los cotizantes y sus beneficiarios, según se define:

Cotizantes:

- a) Los docentes de conformidad con la información oficial de la nómina de maestros reportada por las Secretarías de Educación a Fiduprevisora
- b) Los docentes pensionados, de conformidad con la nómina de pensionados del FOMAG reportada por Fiduprevisora

c) 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 Fiduprevisora para la vinculación de padres cotizantes dependientes y realizar los aportes mensuales al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Beneficiarios:

- 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.

La Fiduciaria deberá mantener la vinculación al sistema de salud de los docentes que se encuentren en licencias no remuneradas o inclusive en sanción disciplinaria que no sea destitución, para lo cual el docente deberá realizar el aporte correspondiente. En consecuencia, los beneficiarios del docente no pierden la vinculación.

La Fiduciaria es la única entidad competente para incluir o excluir un afiliado en el régimen exceptuado del Magisterio y, por tanto, con competencia para decidir por los afiliados que responde el FOMAG, de acuerdo con las normas legales y los Acuerdos del Consejo Directivo Sobre cobertura de beneficiarios del Régimen.

En lo relacionado con la solicitud de FECODE de incluir a los padres del cotizante como beneficiarios, cuando dependan económicamente de este sin importar que tengan otros beneficiarios, el Consejo Directivo de Fomag solicita a fiduprevisora realizar un estudio económico, financiero y de riesgo que permita determinar la viabilidad de la propuesta. El

estudio deberá presentar modelos alternativos de fuentes de financiación que no implique recursos de la nación. Con los resultados del estudio, el Consejo Directivo tomará la decisión.

8. Selección de Contratistas.

Sólo podrá haber un contratista por región. Para ello se adjudicará el contrato a la oferta que cumpla con los requisitos habilitantes y obtenga mayor puntaje en el proceso de evaluación y calificación.

Un proponente podrá presentar propuesta en más de una región, sin embargo, sólo podrá ser adjudicatario de una sola región excepto cuando no exista otro proponente habilitado. En este último caso sólo podrá ser adjudicatario máximo en dos (2) regiones. Esta restricción se hace extensiva a las personas que hagan parte de las uniones temporales, consorcios o promesas de sociedad futura que se constituyan para presentarse como proponentes.

Sobre este particular la Fiduciaria garantizará que la adjudicación se realice al proponente que cumpla con la suma de los requisitos jurídicos, técnicos, financieros y económicos, necesarios para ser adjudicatario y ejecutar los contratos que se deriven del proceso de contratación para las dos regiones, si a ello hubiera lugar.

El proceso de selección y los contratos que de él se deriven, se sujetarán a lo dispuesto en el Manual de Contratación del FOMAG y lo que se prevea en el documento de selección aprobados por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

9. Estructura Financiera

El Consejo Directivo aprueba la siguiente Unidad de Pago por Capitación para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio: $UPCM = UP_{Ce,z} + 62.67\% UP_{Ce,z}$

Dónde

- $UP_{Ce,z}$ = Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo
- e= grupo etario
- z= zona geográfica

Corresponde a la UPC del régimen contributivo por los grupos etarios y las zonas geográficas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social como referente para los regímenes

especiales o de excepción, más un plus o porcentaje fijo que debe destinarse exclusivamente a la prestación de los servicios de salud, lo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 59,88% sobre el valor de la UPC del Régimen Contributivo.

La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del Régimen Contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo.

Dentro del valor de la UPCM se incluye un valor per Cápita fijo, correspondiente a 2,79% de la UPC del régimen contributivo, para el componente de atención en salud derivada de los riesgos laborales, para un total de 62,67% de la UPC del régimen contributivo de referencia.

10. Actividades Administrativas.

Los contratistas de los servicios de salud deben implementar de manera unificada y conforme a las pautas establecidas en el pliego o posteriormente desarrolladas por Fiduprevisora, las siguientes actividades: (i) sistema de información; (ii) contact center; (iii) manual del usuario; y, (iv) la Historia Clínica Interoperable. Los costos para la implementación de las actividades descritas se encuentran proyectados e incluidos en el porcentaje adicional que integra el valor inicial de la UPCM.

11. Defensor del Usuario.

El Defensor del Usuario nacional y los defensores del usuario regionales de Salud del Magisterio serán la instancia autónoma con presencia a nivel regional y nacional de vocería y representación de defensa de los derechos, seguimiento, evaluación, monitoreo, coordinación y trámite de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en los que se estén vulnerando los derechos de los usuarios del servicio de salud del Magisterio ante las Instituciones de la red de prestación de servicios, los operadores prestadores, FOMAG e incluso el Consejo Directivo del FOMAG cuando lo considere pertinente.

El Consejo Directivo establecerá las definiciones y los mecanismos de conformación, requisitos, condiciones, selección, elección, vinculación, funciones del defensor nacional y de los regionales, y el financiamiento de la Defensoría del Usuario.

12. Supervisión e Interventoría.

Fiduprevisora S.A. 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. La interventoría se financiará con recursos del Fondo.

La interventoría, que comprende la auditoría, hará seguimiento, dentro de sus facultades y deberes legales, y obligaciones contractuales a la destinación de los recursos de la UPCM, para financiar las coberturas en salud.

Los informes de interventoría deberán incluir los documentos o informes que alleguen los sindicatos departamentales de maestros, las veedurías en salud del magisterio u otros actores que estén validados. Los análisis de los informes de interventoría contarán con la presencia de delegados de FECODE.

Artículo segundo: Adicionar los numerales 13, 14 y 15 al artículo 1o del Acuerdo 09 de 2016, en los siguientes términos:

13. Indicadores y Acuerdos de Niveles de Servicio.

El seguimiento a la ejecución de los contratos de salud se realizará, entre otros instrumentos, con la definición de indicadores que den cuenta de la calidad y tiempo de la atención, la gestión del riesgo y de los servicios, y los resultados en salud.

Estos indicadores, en lo pertinente, harán parte de Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS), que se incorporarán en el documento de selección en los respectivos contratos. El incumplimiento de los indicadores incorporados en los Acuerdos de Niveles de Servicio, tendrán un descuento en la remuneración mensual del contratista, sobre los recursos de la UPCM y dependiendo del % de incumplimiento y condiciones de la prestación efectiva del servicio de salud, se aplicará la condición resolutoria expresa contemplada en el código civil.

En el evento en que se rescinda el contrato, La Fiduprevisora deberá seleccionar entre los oferentes habilitados para la correspondiente región el operador que prestará los servicios

de salud en la correspondiente región, aplicando el procedimiento que para el efecto defina el Consejo Directivo del FOMAG.

14. Mecanismo para asegurar el flujo de recursos.

Se establecerán mecanismos para la ejecución de los recursos de los contratos de salud, de tal forma que se garantice el flujo de los recursos a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman la respectiva región, evitando así barreras de acceso a los servicios de salud, por el no pago oportuno a la red de prestadores.

15. Mecanismo de Compensación de Riesgo.

Para mitigar los efectos de la concentración de riesgo en la garantía de la prestación de los servicios de salud, se adoptará un mecanismo de compensación financiera entre los operadores de salud de las distintas regiones, teniendo en cuenta las enfermedades crónicas, huérfanas y de alto costo con mayor prevalencia. La compensación financiera se realizará semestralmente durante la vigencia del contrato y será con cargo a la UPCM que se reconoce a los operadores de salud, de acuerdo con lineamientos que imparta el Consejo Directivo del FOMAG.

Artículo Tercero: Adicionar el artículo tercero al Acuerdo 09 de 2016 en los siguientes términos: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptar las instrucciones y lineamientos para la contratación del diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, teniendo en cuenta las recomendaciones de expertos y los criterios discutidos en las sesiones del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

1. Modelo de Atención.

En el marco del régimen especial de los educadores, se acoge la Política de Atención Integral en SST con enfoque en la promoción de la salud y prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, orientado a mejorar la calidad de vida de los educadores activos, generando una cultura de vida saludable que favorezca el bienestar laboral y contribuya a reducir las ausencias laborales por incapacidad médica, establecidas dentro del modelo del SGSSTM, de modo que las actividades se ejecuten según la planeación e implementación

enmarcadas en el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA) y de esta manera lograr una gestión de los riesgos laborales más efectiva.

Se fundamenta en el desarrollo de los procesos de prevención y atención permanente de la salud individual y colectiva de los educadores activos, mediante la formulación e implementación de las actividades integrales e interdisciplinarias que intervengan directamente sobre la calidad del ambiente laboral e identifiquen y disminuyan los riesgos a los que están expuestos los educadores.

En atención al principio de integralidad en Salud y SST, la necesaria articulación y armonización efectiva entre los dos sistemas, y garantizar de manera cierta los derechos fundamentales a la salud y a la seguridad y salud en el trabajo, el sistema de SST incluirá por lo menos: medidas en higiene, seguridad industrial, medicina en el trabajo docente, vigilancia epidemiológica, implementación de los comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo (copasst), programas de medicina preventiva, prevención del riesgo psicosocial y todas la actividades definidas en el Decreto 1655 de 2015 y normas que lo modifiquen o adicionen.

El Modelo de Atención hace especial énfasis en la salud laboral de la población docente en función del perfil de riesgo, características sociodemográficas con atención especial al género, edad promedio y otras variables de interés y factores de riesgo etiológicos. El modelo desarrolla actividades y programas estandarizados y orientados a los programas de vigilancia epidemiológica para las enfermedades de mayor prevalencia de origen laboral.

El modelo de atención aplica criterios de calidad, oportunidad en la gestión e impacto en el control de los riesgos laborales del sector educativo.

2. Alcance del Modelo SGSSTM.

El alcance comprende el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio (SGSSTM), se deberá coordinar en cada una de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación garantizando el ciclo PHVA y la articulación del SGSSTM con el servicio de salud del Magisterio.

El modelo que se implementará tendrá los siguientes programas: a) Programa de Medicina preventiva b) Programa de Medicina del trabajo docente c) Programa de Higiene industrial y, d) Programa de Seguridad industrial, así como los componentes de Vigilancia de las

patologías que se presenten con mayor frecuencia en la población docente. Igualmente deberá contener mecanismos para su medición y evaluación, así como la estructuración de grupos de apoyo integral, tales como comités paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo, comités de convivencia laboral y brigadas de Emergencia.

La implementación del SGSSTM se desarrollará como lo establecen los estándares mínimos regulados por la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo y las normas que la modifique, aclaren o sustituyan, y de conformidad con las instrucciones y lineamientos definidos por el Consejo Directivo del FOMAG en el presente Acuerdo. Los contratistas de SST deberán garantizar igualmente el desarrollo de mecanismos y actividades de coordinación y articulación con el operador de salud, para revisar, analizar y retroalimentar los informes y los indicadores del proceso de la atención médica asistencial derivada de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales y del proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral (PCL), analizando el efecto de todo lo anterior en las el gasto medico producto de los accidentes de trabajo y la enfermedad laboral.

3. Cobertura.

Las entidades prestadoras de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo con autonomía técnica, operativa, administrativa y financiera, deberán coordinar y garantizar el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio para todos los educadores oficiales de cada una de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación – ETC, en los 32 departamentos y Bogotá D.C., en todos los municipios y establecimientos educativos.

4. Quienes Pueden Participar.

Podrán participar en el proceso de contratación de los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo -SST-, las personas jurídicas, públicas, privadas o mixtas, nacionales, asociadas en consorcio o unión temporal, promesas de sociedad futura, Cajas de Compensación con desarrollo de servicios de seguridad y salud en el trabajo, IPS habilitadas en SST, con servicios que pueden ser prestados bajo las modalidades intramural y extramural-jornada, empresas especializadas en SST, Sociedades científicas, Asociaciones Técnicas de Empresarios y Profesionales especializadas en SST, Compañías prestadoras de servicios de certificación en SGSST. Las entidades sin excepción deberán contar con licencias en SST y/o habilitación de acuerdo con el servicio que presten.

5. Contratación.

Para garantizar la prestación de servicios de SST, el contratista debe organizar una red de Instituciones Prestadoras de Servicios de SST, con niveles de complejidad media. Así mismo podrá celebrar convenios con IPS SST con servicios habilitados y con licencia vigente en SST como sea requerido para configurar la red de prestadores que permita cubrir todos los establecimientos educativos y sus sedes, localizados en las regiones.

6. Plazo De Ejecución.

El plazo de ejecución de los contratos para garantizar los servicios de SST a los afiliados del FOMAG en cada región definido en el documento de selección, será de cuarenta y ocho (48) meses.

7. Ámbito Regional.

La contratación se realizará por regiones garantizando que la oferta de servicios requerida para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del Magisterio, en cada uno de los establecimientos y sedes educativas, obedezca a criterios de:

- Pluralidad de Oferentes.
- Oportunidad y accesibilidad del servicio.
- Posibilidad de economía en función de reducción de trayectos y contratación de equipos de trabajo en la región, aclarando que en SST se requiere el acompañamiento en trabajo de campo.
- Facilitar la gestión de la interventoría con un equipo regional.
- Coyuntura sociocultural relacionada con la aceptación del servicio con proponentes de la región.

Lo anterior de conformidad con las recomendaciones que para estos efectos presente Fiduprevisora con los documentos precontractuales.

8. Selección de contratistas.

Sólo podrá haber un contratista por región. Para ello se adjudicará el contrato a la oferta que cumpla con los requisitos habilitantes y obtenga mayor puntaje en el proceso de evaluación y calificación.

Un proponente podrá presentar propuesta en más de una región, sin embargo, sólo podrá ser adjudicatario de una sola región excepto cuando no exista otro proponente habilitado. En este último caso sólo podrá ser adjudicatario máximo en dos (2) regiones. Esta restricción se hace extensiva a las personas que hagan parte de las uniones temporales, consorcios o promesas de sociedad futura que se constituyan para presentarse como proponentes.

Sobre este particular la Fiduciaria garantizará que la adjudicación se realice al proponente que cumpla con la suma de los requisitos jurídicos, técnicos, financieros y económicos, necesarios para ser adjudicatario y ejecutar los contratos que se deriven del proceso de contratación para las dos regiones, si a ello hubiera lugar.

El proceso de selección y los contratos que de él se deriven, se sujetarán a lo dispuesto en el Manual de Contratación del FOMAG y lo que se prevea en el documento de selección aprobados por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

9. Estructura Financiera

El valor de los servicios será el que resulte del estudio de mercado, del presupuesto definido para la contratación de los operadores de SST y del resultado del proceso de selección de los contratistas.

Se deberá definir un valor para la fase de diseño y estructuración del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que deberá ser ofertada por todos los proponentes, seleccionando la mejor oferta, con criterios técnicos y económicos.

El ajuste anual al valor de los servicios de implementación, mejora y mantenimiento del SGSSTM se realizará con base en el crecimiento del IPC observado al cierre del año inmediatamente anterior al que se aplicará el incremento, certificado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE).

La financiación del SST se realizará con los recursos que define la norma actual, decreto 1655 de 2015, o aquel que lo modifique o sustituya. El Fomag garantizará financiación suficiente para el diseño, estructuración e implementación del SGSSTM.

10. Actividades Administrativas.

Los contratistas de los servicios del SGSSTM deben implementar de manera unificada y conforme a las pautas establecidas en el documento de selección, las siguientes actividades; a) Sistema de Información o software parametrizado como herramienta que permita la planeación, ejecución, seguimiento y control, técnico y financiero de las actividades propias del SGSSTM b) contact center y c) manual del usuario del sistema de Información o software parametrizado.

11. Interventoría.

Fiduprevisora S.A mediante contratos suscritos para el efecto, con cargo a los recursos del FOMAG, adelantará la interventoría integral (administrativa, financiera, técnica-científica, de calidad del servicio y jurídica) respecto del cumplimiento de todas las obligaciones contractuales de cada uno de los contratistas en las respectivas regiones, teniendo en cuenta el alcance y complejidad técnico-administrativa del objeto contractual.

Los informes de interventoría deberán incluir los documentos o informes que alleguen los sindicatos departamentales de maestros, las veedurías en salud del magisterio u otros actores que estén validados; los análisis de los informes de interventoría contarán con la presencia de delegados de FECODE.

12. Indicadores y Acuerdos de Niveles de Servicios - ANS

El seguimiento a la ejecución de los contratos de SST se realizará, entre otros instrumentos, con la definición de indicadores que tendrán en cuenta la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1655 de 2015, las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, las decisiones de la CAN, y lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales. Estos indicadores, en lo pertinente, harán parte de Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS), que se incorporarán en el documento de selección y en los respectivos contratos.

Artículo Cuarto: Proceso de Contratación. El proceso de contratación para seleccionar los operadores que ejecutaran las actividades del Artículo Primero y Tercero de este acuerdo contemplará la prestación de los servicios de salud y de seguridad y salud en el trabajo con un solo operador por región, siempre y cuando se garantice pluralidad de oferentes, idoneidad y experiencia del futuro contratista.

Sobre el particular, la Fiduprevisora en su calidad de administradora del FOMAG, en la estructuración del proceso contractual debe presentar el análisis particular que permita determinar que el mercado ofrece la prestación de los servicios de salud y de seguridad y salud en el trabajo de manera integrada, sin que esto implique limitaciones a la participación de oferentes o concentración de contratación en pocos contratistas.

Artículo Quinto: Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de su expedición, modifica el Acuerdo 09 de 2016 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Dado en Bogotá, a los 30 días del mes de diciembre de 2022.” Firmado por el Viceministro Hernando Bayona, Presidente del Consejo Directivo y la Secretaria Técnica.

El Acuerdo 5 de 2022 no modificó quiénes pueden participar en la contratación de servicios de salud, el plazo de ejecución ni el ámbito regional definidos en el artículo primero, numerales 4, 6 y 7 del Acuerdo 9 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG el día 29 de septiembre de 2016, que se mantienen vigentes:

“4. Quienes pueden participar.

Podrán participar en el proceso de contratación de los servicios de salud las personas jurídicas públicas, privadas o mixtas o asociadas en Consorcio o Unión Temporal o Promesa de Sociedad Futura, nacionales, clasificadas como INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR que prestan servicios de salud, de conformidad con la normatividad expedida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.”

“6. Plazo de Ejecución

El plazo de ejecución de los contratos para garantizar los servicios de salud a los afiliados del FOMAG en cada región definida en el Pliego de Condiciones, será de cuarenta y ocho (48) meses.”

“7. Ámbito Regional

Se mantiene la contratación por regiones, pero se aprueba, la recomendación del grupo de expertos para constituir regiones de un tamaño intermedio, que integren poblaciones entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente.”

Este es el conjunto de normas, instrucciones y lineamientos que fundamentan el proceso de invitación pública para contratar la operación regional integrada de los servicios de gestión integral del riesgo y prestación de servicios de salud, y del Sistema de Gestión de Seguridad y Saiud en el Trabajo del Magisterio.

En consecuencia, desde la perspectiva regulatoria, la estructuración de la invitación pública debe propiciar la pluralidad de oferentes y la participación concurrente tanto de instituciones prestadoras de servicios de salud y cajas de compensación familiar que presten servicios de salud, para dicho componente de la operación integrada, o integradas en consorcios, sociedades o uniones temporales, así como de personas jurídicas, públicas, privadas o mixtas, nacionales, asociadas en consorcio o unión temporal, promesas de sociedad futura, Cajas de Compensación con desarrollo de servicios de seguridad y salud en el trabajo, IPS habilitadas en SST, con servicios que pueden ser prestados bajo las modalidades intramural y extramural-jornada, empresas especializadas en SST, Sociedades científicas, Asociaciones Técnicas de Empresarios y Profesionales especialistas en SST, Compañías prestadoras de servicios de certificación en Seguridad y Salud en el Trabajo -SST-, que sin excepción deberán contar con licencias en SST y/o habilitación de acuerdo con el servicio que prestan para el diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, operado de manera integrada con la prestación de los servicios de salud y la gestión del riesgo en salud, financiero y operacional para el Régimen Exceptuado del Magisterio.

13. NOTA TÉCNICA

La Unidad de Pago por Capitación del Magisterio diferencial por grupo etario, sexo y zona geográfica que se reconoce al contratista por afiliado al FOMAG corresponde a la estructura financiera definida por el Consejo Directivo del FOMAG mediante Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 en su artículo primero, numeral 9, como sigue:

“9. Estructura Financiera

El Consejo Directivo aprueba la siguiente Unidad de Pago por Capitación para garantizar los servicios de salud de los afiliados del Magisterio:

$$\text{UPCM} = \text{UPCe,z} + 62.67\% \text{UPCe,z}$$

Dónde

- UPC= Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo
- e= grupo etario
- z= zona geográfica

Corresponde a la UPC del régimen contributivo por los grupos etarios y las zonas geográficas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social como referente para los regímenes especiales o de excepción, más un plus o porcentaje fijo que debe destinarse exclusivamente a la prestación de los servicios de salud, lo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 59,88% sobre el valor de la UPC del Régimen Contributivo. La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del Régimen Contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo. Dentro del valor de la UPCM se incluye un valor per Cápita fijo, correspondiente a 2,79% de la UPC del régimen contributivo, para el componente de atención en salud derivada de los riesgos laborales, para un total de 62,67% de la UPC del régimen contributivo de referencia.”

Esta decisión del Consejo Directivo del FOMAG está soportada en el documento “Análisis UPCM 2018-2020” elaborado por el estructurador financiero Guiovanni Esteban Hurtado Cárdenas en enero de 2022 en el cual se explicita que la UPCM está calculada con referencia a la UPC calculada para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud que es una prima de riesgo diferencial con los siguientes factores en su estimación:

“Estimación de la UPCM

La UPCM tiene dos componentes, uno que corresponde al valor de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el régimen contributivo y un segundo componente que corresponde al en 62,67% sobre este valor.

Prima del régimen contributivo.

Denominado UPC, esta se calcula de manera prospectivamente, es decir, busca calcular los costos futuros dadas las condiciones de agenciamiento, de utilización y oferta del régimen. Adicionalmente garantiza el balance global de la ecuación por los grupos de riesgo.

Los dos métodos actuariales básicos que permiten garantizar este balance son el método de prima pura y el método de Los Ratio.

Método de prima pura.

En este método la ecuación básica del seguro se plantea de la siguiente manera:

$$PI = \frac{L + EL + EF}{V - QT} \times PI$$

Donde,

PI Prima Indicada

L Siniestros

EL Gastos por ajustes de siniestros

EF Gastos Fijos

V Gastos Variables como porcentaje de las primas

QT Nivel de utilidad en porcentaje de las primas

A partir de esta expresión, se despeja la prima, dando como resultado la prima suficiente:

$$P_I = \frac{L + E_L + E_F}{1 - V - Q_t}$$

Método de la razón de pérdida o Loss Ratio

Este método busca encontrar el incremento necesario sobre las primas actuales para que la ecuación fundamental del seguro se mantenga balanceada, con la siguiente fórmula:

$$PI = PC (1 + Ind)$$

Donde,

PI Prima Indicada

PC Prima Actual

Ind Indicación de tarifa

Al despejar la indicación de tarifa y reemplazando la prima indicada, se encuentra la fórmula de aplicación:

$$\text{Ind} = (L + E_L + E_F) / (P_C (1 - V - Q_T)) - 1$$

Donde,

Ind	Indicación de tarifa
L	= Siniestros
EL	Gastos por ajustes de siniestros
PC	Prima Actual
V	Gastos Variables como porcentaje de las primas
EF	Gastos Fijos
QT	Nivel de utilidad en porcentaje de las primas

La aplicación de este método en el contexto colombiano y dada la composición que presenta la prima en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se especifica a continuación:

La ecuación básica del seguro es planteada de la siguiente manera:

$$P_I = L + E_L + (E_F + V \times P_I) + (Q_T \times P_I)$$

Donde,

PI	= Prima indicada
L	= Siniestros
EL	= Gastos por ajustes de siniestros
EF	= Gastos fijos
V	= Gastos variables como porcentajes de las primas
QT	= Nivel de utilidad en porcentaje de las primas

Se despeja la prima de esta expresión, para obtener la prima suficiente, así:

$$P_I = (L + E_L + E_F) / (1 - V - Q_t)$$

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Ley 1438 de 2011 ha establecido como tope máximo del total de la prima para gastos administrativos (incluida utilidad), que corresponden al 10% para el Régimen Contributivo y el 8% para el Régimen Subsidiado, se definen los siguientes valores en los parámetros de la ecuación básica del seguro:

Régimen Contributivo

Régimen Subsidiado

La prima pura a aplicar para cada persona, será la razón entre los costos observados ajustados por IBNR y tendencias, y los expuestos de la selección.

$$\hat{\mu}_j = \left(\frac{\sum_{i=1}^{n_j} X_i}{\text{Exp}_j(t)(1+\xi)} \right) (1+\text{IBNR})(1+\tau)(1+f)$$

Donde,

- = Prima pura de riesgo j
- = Costo de la atención en individuos del grupo de riesgo j
- = Ajuste por siniestros incurridos, pero no reportados y/o no correctamente reservados
- = Trending por inflación
- f = Trending por frecuencia
- = Factor de ajuste por compensaciones faltantes.

De acuerdo con las definiciones dadas, la indicación de incremento se estima como:

$$\text{Ind} = L / (P_C (1-V-Q)) - 1$$

Dicha indicación, aplicada sobre el monto de las primas observadas, dará el incremento que se debe generar para financiar las tecnologías en salud y servicios que hacen parte del mecanismo de protección colectiva. Entonces, el incremento se estima como:

$$(P_C \text{Ind}) / (\text{ingresos UPC}) - 1 = \text{Ind_UPC}$$

En relación con el denominado “PLUS” en la UPCM, el documento del estructurador financiero señala que:

“PLUS 62,67% sobre el valor de la UPC del régimen contributivo

Este PLUS corresponde a un porcentaje fijo destinado a cubrir aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual está calculado en 62,67 sobre el valor de la UPC del régimen contributivo. Este compuesto por 11 componentes que son:

Tabla 5 Componentes PLUS UPCM

1	Mayor frecuencia de uso	18,00%
2	Servicios conexos a la mayor frecuencia	8,00%
3	Recobros no POS	16,37%
4	Prevalencias de enfermedades de alto costo	4,00%
5	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	3,25%
6	Suministro de monturas	1,04%
7	Suministro de prótesis y órtesis	0,80%
8	Transporte	2,00%
9	No cobro cuotas moderadoras	3,42%
10	Costos administrativos	3,00%
11	Atención medica derivada de los riesgos laborales	2,79%
		62,67%

Fuente: Elaboración propia autor con información dispuesta para el estudio 2021

La UPCM al tener un componente basado en la UPC del régimen contributivo está recogiendo todos los ajustes que se realizan dentro de este cálculo como el ajuste de IBNR, el ajuste por trending inflacionario, ajuste de frecuencias y corrección por compensaciones recibidas de periodos anteriores.

Dado esto el ejercicio que se realiza corresponde a la razón entre los ingresos dispensados en la cápita y el gasto reportado para cada año del que exista información.

Para el ingreso se liquidarán las capitas tomando como base la población de los meses de abril de los años 2018, 2019, 2020 y 2021 y se liquidara según los factores de ponderación de riesgo de la UPC del régimen contributivo (grupos etarios de edad y sexo, cuatro zonas geográficas) más el PLUS de la UPCM.

Para el gasto se sumarán los valores reportados en cada uno de los archivos de RIPS seleccionados, consultas, medicamentos, procedimientos y otros servicios. Se realizarán comparaciones con las notas técnicas publicadas por el Ministerio de Salud para los años 2018 y 2019 para determinar el mayor uso de los servicios que evaluarían el componente 1 y 2 del PLUS, debido a que el plan de beneficios establecido para la población del Fomag desde sus inicios tiene una cobertura extendida en medicamentos y estos corresponden al 95% de los recobros, con la información disponible no es posible evaluar el componente 3.

Los componentes 6, 7 y 8 no se pueden evaluar debido a que dicha información no corresponde a servicios y tecnologías en salud y dentro de la información disponible no se cuenta con dicho reporte.

Gastos de Administración UPCM

Es necesario establecer de la prima UPCM que porcentaje corresponde a la prima pura y que porcentaje corresponde a gastos de administración debido a que la información disponible de servicios prestados evaluaría el componente de prima pura y no se cuenta con información administrativa y financiera de cada uno de las uniones temporales que permita evaluar el componente de gastos de administración. (subrayado y negrilla fuera del texto original).

En primer lugar, se tiene que la UPCM tiene un componente que corresponde a la prima comercial UPC del régimen contributivo y la Ley 1438 de 2011 estableció el tope máximo del total de la prima comercial para gastos administrativos (incluida utilidad), un valor del 10% para el Régimen Contributivo, se deduce que la prima comercial UPC del régimen contributivo esta compuesta por 90% prima pura y 10% gastos de administración.

En segundo lugar, como se ve en la tabla 5 (Componentes PLUS UPCM), uno de los sumandos de este plus corresponde al 3% para costos administrativos

Luego la UPCM contiene dos componentes de gastos de administración, uno que viene de la UPC del régimen contributivo y el otro componente del sumando del PLUS, el cual corresponde al 8% de valor de la UPCM

Tabla 6 Porcentaje por componente UPCM

Componente	% UPCM
Prima Pura (RC)	55,33%
Gastos Administración (RC)	6,15%
Mayor frecuencia de uso	11,07%
Servicios conexos a la mayor frecuencia	4,92%
Recobros no POS	10,06%
Prevalencias de enfermedades de alto costo	2,46%
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	2,00%
Suministro de monturas	0,64%
Suministro de prótesis y órtesis	0,49%
Transporte	1,23%
No cobro cuotas moderadoras	2,10%
Costos administrativos	1,84%
Atención medica derivada de los riesgos laborales	1,72%
Gastos de Administración	8,0%

Fuente: Elaboración propia autor

De acuerdo con el análisis de suficiencia de la UPCM elaborado por el estructurador financiero, es una prima de riesgo global, soportada en la Nota Técnica del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los inventarios FIAS por cada una de las diez (10) regiones de operación de servicios de salud para el Magisterio definidas con fundamento en el Acuerdo 9 de 2016 para la contratación de 2017. En este sentido, los rubros de egresos que alimentan el cálculo del PLUS son referenciales para determinar la prima UPCM y no presupuestos máximos o mínimos porque cada contratista al que se le reconoce dicha prima por afiliado asume y gestiona el riesgo en salud, financiero y operativo respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada. En esta medida, la UPCM es suficiente para la operación regional de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio definida según el Acuerdo 9 de 2016 en un rango poblacional entre 47.000 y 100.000 afiliados aproximadamente en cada región.

En este sentido, el Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG define la UPCM como la prima global de riesgo que se reconocerá al operador regional por cada afiliado, diferencial según grupo etario, sexo y zona geográfica. Debido a que la naturaleza de la UPCM es una prima para la cobertura integral de riesgos en salud y la prestación de los servicios de salud a la población afiliada en la respectiva región según las coberturas y plan de beneficios definido por el Consejo Directivo del FOMAG en los Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, no corresponde a ninguna de las modalidades de pago previstas en el Decreto 441 de 2022 para la remuneración de los prestadores y, por lo tanto, ya definida por el Consejo Directivo del FOMAG en mediante acto administrativo general no es condición de la contratación tener una nota técnica definida como:

“4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago.”

La nota técnica supone una relación detallada de servicios y tecnologías a contratar con sus costos unitarios y la frecuencia de uso estimada, y el valor total por el grupo de población o de riesgo, el plazo pactado, de manera que soporte la tarifa final acordada de manera global entre la entidad aseguradora o administradora de planes de beneficios y la respectiva de

institución prestadora de servicios de salud. En el caso de la contratación de los servicios de salud en el Régimen Exceptuado del Magisterio, la UPCM es una prima global para cubrir el plan de beneficios en salud de manera integral para los afiliados al FOMAG en la respectiva región.

En efecto, el numeral 2 del artículo primero del Acuerdo 9 de 2016 dispone que:

“2. Plan de Beneficios

El Plan de salud para los afiliados al FOMAG es integral y será garantizado por el proponente a quien se le asigne el contrato desde el día de su inicio. según lo determine la fecha de vigencia del contrato. En este plan de beneficios no aplican preexistencias períodos de carencia, copagos, cuotas moderadoras, o exclusiones distintas a las expresadas explícitamente en los contratos.

Para los efectos del contrato se entenderá que todo aquello que no esté tipificado explícitamente como una exclusión se entenderá cubierto por el Plan de Beneficios del Magisterio, siempre en cumplimiento de lo dispuesto por las normas que rigen al régimen de excepción.

Los beneficios del Plan serán provistos en el marco del modelo de atención exigido en el documento de selección de contratistas y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.

El Plan de beneficios garantiza la atención ambulatoria y hospitalaria en los distintos nivel de complejidad de la red de servicios, la atención de urgencias en todo el territorio nacional, el traslado de los pacientes y la atención domiciliaria, que se brinda en la residencia del paciente en caso de limitaciones físico - funcionales.

También incluye las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio: Incluye las acciones, planes y programas desarrollados integralmente con el fin de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la familia y la comunidad permitiéndoles un estado saludable. Se tendrán en cuenta los programas preventivos de acuerdo a las normas técnicas de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, las demás normas que la modifiquen o actualicen.

Los contratistas deberán garantizar igualmente la atención médica necesaria en las afectaciones de la salud originados en accidentes de trabajo y enfermedad laboral de los maestros, que serán financiados conforme lo establezcan los contratos cuando sean calificados como tales por el médico laboral.”

La UPCM es una prima global de riesgo que se reconoce por afiliado al contratista que no corresponde a ninguna de las modalidades de pago definidas en el Decreto 441 de 2022, tales como el pago prospectivo o retrospectivo, por capitación o global prospectivo, por evento o por paquete:

“Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.

Pago Global prospectiva: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.

Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.

Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.”

Atendiendo la naturaleza de prima que tiene la UPCM, la metodología y las fuentes para el cálculo de suficiencia, no corresponde en estricto sentido a la modalidad de pago prospectivo prevista en el Decreto 441 de 2022, motivo por el cual no aplica la exigencia de la nota técnica

como anexo para la contratación de los servicios de salud del Régimen Exceptuado del Magisterio, como lo estipula en dicha norma:

“Artículo 2.5.3.4.2.4 Nota técnica. En los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, se debe incluir la nota técnica, como anexo que hace parte integral del acuerdo de voluntades, la cual debe contener como mínimo los siguientes elementos.”

Población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología en salud de acuerdo con la caracterización poblacional, el nivel de acceso de las poblaciones, los aspectos operativos de la prestación y los modelos diferenciales.

La caracterización poblacional debe incluir la descripción de factores de Sesgo relacionados con los modos, condiciones y estilos de vida de los usuarios, sus condiciones en salud coexistentes y su severidad, que faciliten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud a estos, contemplando los riesgos a los que hacen referencia los numerales 10 y 11 del artículo 2.5.3. 4.1.3 de este decreto.

Frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con el plazo del acuerdo de voluntades y sus probabilidades de uso.

En los acuerdos de voluntades cuyo objeto sea la prestación de servicios para una RIAS, las frecuencias de uso deben establecerse con base en la normativa vigente que la regula, así como en los lineamientos técnicos o el modelo de atención establecido por la entidad responsable de pago.

Costos acordados para cada servicio o tecnología en salud, de acuerdo con las diferentes modalidades de prestación de los servicios de salud.

Periodicidad con que será monitoreada y evaluada, la que, en ningún caso, podrá ser igual o superior al plazo del acuerdo

Los servicios y tecnologías incluidos en la nota técnica se expresarán con los códigos establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, los cuales son de uso obligatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Parágrafo. En los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago retrospectivas se puede incluir la nota técnica.; sin embargo, en cualquier caso, el elemento establecido en el numeral 1 de este artículo debe ser incluido en todos los acuerdos de voluntades, independientemente de su modalidad de pago, en concordancia con el numeral 4 del artículo 2.5.3. 4.2. 2 de este decreto.”

De acuerdo con el documento “Nota Técnica. Decreto 441 de 2022: Lineamientos sobre su construcción, uso y seguimiento”:

“La nota técnica constituye además un elemento para el seguimiento de los acuerdos, que permita, a partir de del monitoreo de sus desviaciones, identificar posibilidades de ajuste, implementación de mecanismos de ajuste de riesgo o incentivos; complementando de esta manera el seguimiento a partir de indicadores de calidad, gestión y resultados, para que de manera oportuna las partes intervinientes puedan tomar decisiones referentes al modelo de atención y prestación, estrategias para intervenir en los eventos que tienen mayor incidencia en las desviaciones de uso y costo de los servicios, así como el comportamiento de los riesgos, por lo cual el seguimiento de los acuerdos de voluntades, incluida la nota técnica debe incorporar la gestión de riesgo en salud.”

El seguimiento al cumplimiento de los indicadores de calidad, gestión y resultados, se realiza a través de la interventoría y la aplicación de descuentos por Acuerdos de Niveles de Servicios -ANS- y otras medidas contractuales. En el caso de la contratación de la operación regional de servicios para la población afiliada al FOMAG, el Modelo de Atención y prestación se encuentra definido al inicio de la invitación pública y no se prevé que se realicen estrategias para intervenir en los eventos que tienen mayor incidencia en las desviaciones de uso y costo de los servicios para ajustar tarifas o según el comportamiento de los riesgos y que teniendo en cuenta que tanto la UPCM que garantiza el plan integral de beneficios están predeterminados por el Consejo Directivo del FOMAG. Los contratistas de manera conjunta dispondrán del mecanismo de compensación de alto costo.

En este orden de consideraciones, la UPCM es una prima predeterminada por una estructura financiera definida por el Consejo Directivo del FOMAG mediante Acuerdo 5 de 2022 con base en el análisis de suficiencia, decisión que antecede el inicio de la contratación y no es un elemento de negociación contractual. La prima UPCM garantiza la cobertura de riesgos y del plan integral de beneficios en salud para los afiliados al FOMAG en la respectiva región. La prima UPCM no corresponde a ninguna categoría de pago prevista en el Decreto 441 de

2022 porque excluye la posibilidad de negociación de tarifas individuales de servicios o tecnologías en salud para la población afiliada en una región, dado que es una prima determinada ex ante por el Consejo Directivo del FOMAG y, se repite, es suficiente para garantizar el plan integral de beneficios.

La UPCM no corresponde a una modalidad de pago prospectivo porque es una prima que el FOMAG le reconoce al contratista por cada afiliado en la respectiva región durante los cuarenta y ocho (48) meses como plazo para la ejecución de los contratos para la operación integrada en la respectiva región y su valor no se actualiza por frecuencias de uso ajustadas por el nivel de riesgo y los cambios en los volúmenes de población se actualizan según las novedades en la base de datos de afiliados pero no altera el valor de la UPCM diferencial preestablecida por afiliado según grupo etario, sexo y zona geográfica. En efecto, el ajuste de la UPCM diferencial por afiliado a lo largo de la ejecución del contrato está predeterminada en los lineamientos adoptados por el Consejo Directivo del FOMAG en el numeral 9 del artículo primero del Acuerdo 5 de diciembre 30 de 2022, sobre la base de la UPC del Régimen Contributivo, como se señala a continuación:

“La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del Régimen Contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje de incremento por inclusión de tecnologías en el POS del Régimen Contributivo ni primas o incentivos adicionales establecidas para el régimen contributivo. Dentro del valor de la UPCM se incluye un valor per Cápita fijo, correspondiente a 2,79% de la UPC del régimen contributivo, para el componente de atención en salud derivada de los riesgos laborales, para un total de 62,67% de la UPC del régimen contributivo de referencia.”

En consecuencia, no es procedente la exigencia de nota técnica en los términos indicados en el Decreto 441 de 2022 para la contratación de la operación regional del componente de gestión integral del riesgo y prestación de servicios de salud, incluyendo la atención médico asistencial de riesgos laborales, para los afiliados al FOMAG, debido a que ni en el momento de la invitación pública ni en la suscripción del contrato ni durante la ejecución del mismo se negocian ni pactan tarifas con los operadores ya se trate por un paquete de servicios o tecnologías de salud individualizados.

En la medida que no se negocian ni pactan tarifas de servicios ni tecnologías en salud ni se individualizan los servicios o tecnologías en salud o se pactan unas frecuencias de uso, por

capitación o paquete, por evento o pago prospectivo o retrospectivo, sino que al contratista se le reconoce una prima UPCM por cada afiliado en la respectiva región para garantizar el plan integral de beneficios y ambos elementos: UPCM y plan integral de beneficios, son predeterminados con anterioridad a la contratación, como un lineamiento general, por el Consejo Directivo del FOMAG mediante Acuerdo 5 de 2022 y Acuerdo 9 de 2016, respectivamente, y no son objeto de negociación.

EL RÉGIMEN EXCEPTUADO DEL MAGISTERIO NO ESTÁ DEFINIDO UN ROL DE ASEGURADOR.

La Ley 91 de 1989 creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio -FOMAG- como una cuenta especial de la Nación sin personería jurídica donde concurren diversas fuentes de recursos como los aportes de los educadores, afiliados cotizantes, y otras fuentes como recursos del Presupuesto General de la Nación y Sistema General de Participaciones, en la medida que el empleador son las entidades territoriales, según el caso.

El FOMAG es administrado mediante la constitución de un patrimonio autónomo administrado por FIDUPREVISORA S.A. en virtud del contrato de fiducia mercantil celebrado con el Ministerio de Educación Nacional como fideicomitente. En este sentido, FIDUPREVISORA S.A. es una sociedad fiduciaria con participación accionaria mayoritaria del Estado colombiano. FIDUPREVISORA S.A. presta los servicios financieros relacionados con la administración fiduciaria del patrimonio autónomo y sus recursos. De acuerdo con el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las sociedades fiduciarias no son aseguradoras ni están habilitadas o autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, en virtud de la ley, para realizar actividades de aseguramiento.

La Ley 91 de 1989 señala que el FOMAG tiene como objetivos, entre otros, “efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal afiliado” y “garantizar la prestación de los servicios médico asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo.”

En esta medida, los recursos del FOMAG garantizan la financiación de la prima UPCM que se reconoce a los contratistas por cada afiliado en la respectiva región y el plan integral de beneficios, determinados por el Consejo Directivo del FOMAG mediante Acuerdo 5 de 2022 y Acuerdo 9 de 2016, respectivamente. El operador contratado garantiza con la UPCM la gestión integral del riesgo en salud y la prestación de los servicios a los afiliados al FOMAG, incluyendo la atención médico asistencial derivada de riesgos laborales, según la

organización regional determinada por los parámetros adoptados por el Consejo Directivo del FOMAG en el Acuerdo 9 de 2016.

El Régimen de prestaciones sociales del Magisterio, en general, y la garantía de la prestación de servicios de salud a los afiliados al FOMAG creado por la Ley 91 de 1989, en particular, quedó explícitamente exceptuado de la regulación y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993. En efecto, el artículo 279 de la Ley 100 dispone que:

“ARTICULO 279. Excepciones. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

“Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.” (la negrilla fuera del texto legal original)

Dentro de sus competencias legales, el Consejo Directivo del FOMAG determinó mediante Acuerdo 9 de 2015 en su artículo primero, numeral 4, que:

“Podrán participar en el proceso de contratación de los servicios de salud las personas jurídicas públicas, privadas o mixtas o asociadas en Consorcio o Unión Temporal o Promesa de Sociedad Futura, nacionales, clasificadas como INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR que prestan servicios de salud, de conformidad con la normatividad expedida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.”

El anterior lineamiento no fue objeto de modificación mediante Acuerdo 5 de 2022, motivo por el cual en el Régimen Exceptuado del Magisterio sólo pueden participar en la prestación de los servicios de salud, incluida la gestión integral del riesgo en salud y la atención médico asistencial derivada de riesgos laborales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y cajas de compensación familiar que prestan servicios de salud, o consorcios o uniones

temporales o promesas de sociedad futura que integren aquéllas, siempre que tengan servicios habilitados según la normatividad vigente y por las autoridades competentes, de acuerdo con los requisitos de selección determinados en los Estudios Previos y los documentos de selección.

El Régimen Exceptuado del Magisterio debe garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al FOMAG en concordancia con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización regulación, coordinación y control del Estado colombiano.

Mediante la Resolución 429 de 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política de Atención Integral en Salud que define los componentes que deben adoptarse y armonizarse por el Consejo Directivo del FOMAG para el Régimen Exceptuado del Magisterio mediante Acuerdos 9 de 2016 y 5 de 2022, en virtud de lo dispuesto en la Ley 91 de 1989 y el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

La Resolución 429 de 2016 indica que son componentes de dicha política:

La caracterización de la población afiliada al FOMAG.

La regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud -GIRS-, que de acuerdo con las obligaciones pactadas en el Otrosí al Contrato de Fiducia Mercantil celebrado entre la Nación-Ministerio de Educación Nacional y FIDUPREVISORA S.A. mediante instrumento del 29 de diciembre de 2020, corresponde a los operadores contratados en cada región quienes mediante el respectivo contrato deberán asumir y gestionar el riesgo en salud, financiero y operativo.

La delimitación territorial del Modelo de Atención en Salud del Magisterio, que el Consejo Directivo del FOMAG definió mediante Acuerdo 9 de 2016 que se organizara por regiones que combinan alta densificación urbana, alta ruralidad y población dispersa, como se sustenta en el acápite de Regionalización en estos Estudios Previos.

Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, que cada operador debe garantizar en la región adjudicada.

La redefinición del rol de asegurador, que en el Régimen Exceptuado del Magisterio no está asignado de manera a ningún integrante ni participante de la misma manera que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se le asigna a las Entidades Promotoras de Salud -EPS-. El FOMAG es una cuenta especial sin personería jurídica que tiene por objeto garantizar la prestación de servicios de salud a la población afiliada. El FOMAG es administrado mediante la constitución de un patrimonio autónomo en virtud de contrato de fiducia mercantil. FIDUPREVISORA S.A. es la sociedad fiduciaria que administra el patrimonio autónomo, en virtud de las autorizaciones de la Superintendencia Financiera de Colombia de conformidad con la naturaleza de los servicios financieros fiduciarios previstos en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y los deberes estipulados en el Código de Comercio en calidad de fiduciaria. De conformidad con el Otrosí al Contrato de Fiducia Mercantil fechado el 29 de diciembre de 2020, se debe pactar con los operadores de servicios de salud que deben asumir y gestionar el riesgo en salud, financiero y operativo que implique la garantía del derecho fundamental a la salud de los afiliados al FOMAG.

La redefinición del esquema de incentivos, dado por el Modelo de Atención del Régimen Exceptuado definido por el Consejo Directivo del FOMAG, la estructura financiera determinada en la UPCM, la cobertura, el plan integral de beneficios y el esquema de contratación mediante una configuración regional definida a partir del lineamiento del Acuerdo 9 de 2016.

Los requerimientos y procesos del sistema de información que se estipulan en los Estudios Previos.

El fortalecimiento del Recurso Humano en Salud -RHS- que debe obedecer a las leyes nacionales y reglamentos generales y convenios de la Organización Internacional del Trabajo -OIT-.

El fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

La implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud -GIRS- según los lineamientos generales del Ministerio de Salud y Protección Social estipulados en la Resolución 429 de 2016 se ilustra en el documento del plan de capacitación integral Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- elaborado por dicho Ministerio, como sigue:

En el Modelo de Atención en Salud del Magisterio que se desarrolla en estos Estudios Previos a partir de los lineamientos e instrucciones impartidas por el Consejo Directivo del FOMAG mediante Acuerdo 5 de 2022, atribuye a cada operador regional mediante el respectivo contrato la gestión integral del riesgo en salud como prestador primario, según se ilustra en la gráfica anterior, de manera que no se necesita la intermediación de una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) como lo prevé el esquema de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del cual está exceptuado el régimen del Magisterio.

De otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones a las entidades que participan en los Regímenes Especiales y Exceptuados de Salud (REE) mediante Circular Externa 202215100000050-5 de julio 25 de 2022, en materia de gestión del riesgo en salud, en los siguientes términos:

“1. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Se entiende por Riesgo en Salud como 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.

De esta manera, el presente numeral establece las recomendaciones respecto a la identificación, evaluación y tratamiento propias del subsistema de gestión de riesgo en salud. Asimismo, lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que debe acreditar el REE por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

Identificación del Riesgo en Salud

La identificación de riesgos en salud puede realizarse mediante la metodología de preferencia de las entidades del REE, y debe comprender, por lo menos, los siguientes análisis:

- a. Caracterización de la población afiliada según el curso de vida y los grupos de riesgo (Resolución 1536 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya), que incluya la identificación del territorio y la estructura demográfica, análisis de la morbilidad y mortalidad, y de los determinantes sociales de la salud, así como los demás que consideren necesarios o se requieran teniendo en cuenta los planes territoriales de salud tanto en el ámbito individual como colectivo, el enfoque diferencial armonizado en el contexto de los planes territoriales de salud, en el ámbito individual y colectivo, en lo que corresponda.
- b. Caracterización de los factores de riesgo de la población afiliada sana
- c. Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión preventiva, a partir de 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 la salud, a partir del acceso y oportunidad a los servicios de salud, así como el acceso específico por patologías o condiciones de interés identificadas.
- 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).

Adicionalmente, deberán realizar valoraciones complementarias que permitan establecer factores de riesgo y causalidades específicas a su población.

La identificación del riesgo en salud se debe realizar utilizando la información disponible, incluyendo la del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, de las entidades adscritas a este como el Instituto Nacional de Salud - INS, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, Superintendencia Nacional de Salud - SNS, entre otros, Cuenta de Alto Costo - CAC, la información propia y las demás pertinentes para el análisis.

Medición y Evaluación del Riesgo en Salud

Posterior a la identificación de los riesgos en salud se debe realizar la medición y evaluación de estos. Para lo cual, se requiere establecer una metodología que considere como mínimo los siguientes aspectos:

- a. Establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, la severidad y el impacto sobre la salud de la población.
- b. Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales.
- c. Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o su factor identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; pero priorizando los recursos sobre aquellos de mayor importancia según el ejercicio anterior
- d. Priorizar aquellos riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la entidad.

Se recomienda que la metodología implementada por las entidades del REE contemple el desarrollo del análisis de brechas para los indicadores de salud, teniendo como referencia las metas territoriales o nacionales. Para los casos en los que no existan referentes normativos o metas públicas nacionales, se podrán adoptar referencias internacionales o realizar análisis de distribución, u otras técnicas establecidas y alineadas con el direccionamiento estratégico, para así determinar sus metas institucionales. Asimismo, la metodología deberá incluir mecanismos de procesamiento, manejo y análisis de información, como herramientas específicas para estimar el riesgo inherente y el riesgo neto una vez aplicados los tratamientos o controles.

Tratamiento y Control del Riesgo en Salud

Los métodos de tratamiento y control del riesgo en salud deben estar soportados en una metodología que le permita de forma sistemática y holística, establecer acciones coordinadas, integrales y costo efectivas encaminadas al tratamiento y control de los riesgos en salud de sus afiliados, incluyendo estrategias para el mantenimiento de la población sana, de acuerdo con el territorio. Se consideran como elementos mínimos para la selección e implementación de tratamiento y controles los siguientes:

- a. La adopción de los diferentes lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social para garantizar la atención integral en salud de los afiliados de acuerdo con el curso de vida y los grupos de riesgos en salud establecidos para tal fin.
- b. El desarrollo de planes o programas individuales y colectivos de salud orientados a intervenir los riesgos identificados con el fin de abordarlos y mitigarlos. Incluyendo el diseño de estrategias para fomentar el autocuidado de los afiliados, teniendo en cuenta el entorno y la cultura.
- c. El diseño de planes o programas de intervención sobre enfermedades crónicas priorizadas por la entidad, con el propósito de disminuir su prevalencia y mitigar los efectos negativos por la evolución y las complicaciones derivadas.
- d. El desarrollo de un plan individual para el tratamiento del riesgo del afiliado priorizado, orientado a intervenir factores de riesgo y/o gestionar su enfermedad de acuerdo con su complejidad clínica.
- e. La definición de los resultados e impactos esperados por las diferentes intervenciones de los planes o programas individuales y colectivos establecidos por la entidad según los riesgos priorizados.
- f. La planificación, organización y gestión de la red de servicios requerida para atender las necesidades de la población afiliada.
- g. La utilización de modelos de contratación y mecanismos de pago orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad.
- h. La articulación de los diferentes procesos y procedimientos institucionales con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud a los afiliados. El análisis de brechas es una herramienta de análisis para comparar el estado y desempeño real de una organización o entidad, estado o situación en un momento dado, respecto a uno o más puntos de referencia seleccionados de orden local, regional, nacional y/o internacional. La implementación de actividades para la gestión de la oferta y la demanda de servicios de salud de la población afiliada.
- j. La implementación de jornadas de capacitación a su red de prestadores de servicios de salud, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación y adherencia de guías y protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones. Por otro lado, adicional a la gestión del riesgo en salud, se deben tener en cuenta los demás riesgos que tienen un efecto sobre los resultados en salud como: el actuarial, de crédito, de liquidez, de mercado, operacional, entre otros. (...)"

En consecuencia, la Gestión Integral del Riesgo en Salud -GIRS- es un conjunto de actividades que es atribuible mediante contrato a las instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas, incluyendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, entre otras obligaciones estipuladas contractualmente.

14. DEFINICIÓN DE SI ES NECESARIA UNA INTERVENTORÍA

Se hace necesario contar con interventoría integral, dado el alcance y complejidad técnica, administrativa, financiera y jurídica del objeto de la presente invitación pública por la magnitud de la población a cubrir, la cobertura geográfica, la dispersión de establecimientos educativos oficiales y sus sedes, los recursos comprometidos, la responsabilidad legal y muy especialmente, la responsabilidad sobre la salud y el bienestar de los educadores activos, lo anterior justifica la contratación de una interventoría integral externa, con equipos de trabajo con experiencia, metodología de trabajo documentada y procedimientos de trabajo estandarizados, de manera que exista unidad de criterio de Interventoría frente a los diferentes programas, planes, productos y actividades objeto de seguimiento y verificación.

Así mismo, esta interventoría debe permitir identificar de manera temprana las brechas en la ejecución contractual y generar los planes de acción necesarios para minimizar los riesgos de incumplimiento, asegurar la calidad y la satisfacción de los usuarios finales.

Fundamentos normativos y conceptuales

Son los siguientes:

Artículo 153 de la Ley 100 de 1993 se indica al respecto lo siguiente:

“Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

(...)

Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo

con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia(...)”.

En el Decreto 4747 de 20073 se indica:

“Artículo 2. Campo de aplicación. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos”.

(...)

“Artículo 6. Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

(...)

Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.

Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades(...)”.

En el Decreto 1011 de 2006 - Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la atención en salud:

Título 1 Artículo 1 “Campo de aplicación. Las disposiciones del presente Título se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las EPS del régimen subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), de que trata este Título, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas

Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o con Entidades Territoriales”.

Título 4 - Artículo 32 “Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB”.

“(…) La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica: La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas(…)”.

Artículo 33 Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”.

Resolución número 1446 del 8 mayo de 2006 del Ministerio de Protección Social “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.

Ley 1751 de 2015 (Estatutaria del Derecho a la Salud) en la que sobre el particular se señala:

“Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud”.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado

(...)

Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;

Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto(...)”

Acuerdo 03 de Febrero 22 de 2016 expedido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en cuyo artículo 1 se lee:

Artículo 1” Instruir a la Fiduprevisora S.A. para que dentro de los dos meses siguientes a la expedición del presente acuerdo, elabore y presente al consejo directivo, el Manual de Supervisión e Interventoría, en el que se determinen los procedimientos y mecanismos, para

el control, vigilancia y seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico de los contratos que se celebren con cargo a los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción).

Así mismo en el Manual de Supervisión e Interventoría se establecerán mecanismos que permitan auditar de manera permanente la prestación de los servicios de salud y tomar los correctivos oportunamente frente a eventuales situaciones que afecten la calidad del servicio, teniendo en cuenta la asistencia del Defensor del Usuario”.

Acuerdo No. 9 del 2016 expedido por el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en cuyo artículo 1, numeral 12 se especificó:

“ARTÍCULO 1º Ajustar y adoptar los lineamientos para la contratación de los servicios de salud para

el magisterio, teniendo en cuenta las recomendaciones de expertos y los criterios discutidos en las sesiones del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

(...) 12. “Supervisión y/o interventoría. Fiduprevisora S.A 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”

Manual de Contratación del FOMAG, en cuyo numeral 5.5 se dispone:

“5.5. Supervisión e interventoría y seguimiento a la ejecución del contrato: Para efecto (Sic) del detalle de las actividades relacionadas con la supervisión e Interventoría, remítase al Manual de Supervisión e Interventoría”.

Manual de Supervisión e Interventoría de Fiduprevisora S.A expedido en obediencia de lo señalado en el numeral 12 del artículo 1 del Acuerdo 009 de 2016 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG, en el que sobre el tópico que ahora se desarrolla se especifica, entre otros aspectos relevantes, los siguientes:

“1. Objetivo.

Establecer las pautas, criterios, trámites, lineamientos y procedimientos bajo los cuales deben cumplir las obligaciones los supervisores y los interventores respecto de los diferentes contratos celebrados por Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG.

2. Alcance

(...) Su aplicación es exclusiva a quienes sean designados como Supervisores o personas naturales o jurídicas contratadas como interventores de los contratos de Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG.

(...)

Definiciones (...)

Interventor: Es la persona natural o jurídica, contratada por Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG para realizar el seguimiento técnico sobre el cumplimiento de un contrato, cuando dicho seguimiento suponga conocimiento especializado, o la complejidad o extensión del mismo lo justifiquen.

Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG, podrá establecer en el contrato los seguimientos de tipo administrativo, técnico, jurídico, financiero y contable, que considere según la complejidad del objeto contractual.

Generalidades de la supervisión y/o interventoría

El ejercicio del control, vigilancia y seguimiento a la ejecución de los contratos tienen como finalidad procurar la continua y correcta prestación del servicio, así como la mejor utilización de los recursos

asignados a tal fin. El ejercicio de dicha facultad de vigilancia, control y seguimiento se ejerce a través de las siguientes figuras jurídicas, establecidas en la normatividad vigente.

(...)

Diferencias entre supervisor e interventor

La supervisión e interventoría si bien tienen la misma finalidad, vigilar y controlar que el objeto del contrato se cumpla a cabalidad; no obstante presentan diferencias, dado que técnicamente se denomina interventor, a la persona natural o jurídica contratada mediante contrato para ejercer la vigilancia y control de la correcta iniciación, ejecución y liquidación de un contrato y por el contrario, se denomina supervisor, al empleado encargado por Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FOMAG para ejercer la labor de vigilancia y control para la correcta ejecución y liquidación del contrato.

(...)

5.3 Interventoría:

La interventoría tiene como fin vigilar y controlar que el objeto del contrato se cumpla a cabalidad. Cuando se encuentre justificado y acorde a la naturaleza del contrato principal, podrá contratar el seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, jurídico del objeto o contrato dentro de la interventoría.

(...)

Para los contratos en los cuales, dado su grado de complejidad, conocimiento especializado, o extensión requieran la necesidad de contar con interventoría deberá indicarse en los estudios previos dicha necesidad debidamente justificada (...)

Resolución 4559 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud “Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en la que a este respecto se lee:

“Artículo 1 Adopción. Adóptese a través de la presente Resolución el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los riesgos sistémicos como herramienta para la identificación, evaluación y medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos (salud, financieros, operativos, entre otros) a los que se encuentran expuestas las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 2. Condiciones de funcionamiento. Para el funcionamiento del modelo implementado a través de la presente Resolución, las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud deben implementar un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos”.

13.2 Apreciaciones del Informe Final de Evaluación del Modelo de Salud del Magisterio Entorno A La Supervisión E Interventoría.

A este respecto, el referido informe señala lo siguiente:

“(...) en perspectiva de mejoramiento, conlleva la necesidad de establecer ex ante, condiciones exigibles, en la regulación pertinente, a quienes deban y puedan ejercer como operadores de salud del modelo de salud del magisterio, garantizando condiciones e idoneidad jurídica, técnica, administrativa y financiera, para gestionar con autonomía técnica y administrativa, el riesgo en salud, operativo y financiero (...)”.

“(...) los resultados evidenciados en la gestión del riesgo en salud y la garantía en la prestación de los servicios a los afiliados al régimen exceptuado de salud, corroboran a partir de los resultados de la auditoría y la supervisión, falencias en las capacidades y cumplimiento efectivo de condiciones inherentes a las obligaciones contractuales, por parte de los actuales operadores de salud. No obstante, el esquema de supervisión basado en riesgo que ha fundamentado las auditorías y la supervisión, ha contribuido a evidenciar mejoras en las capacidades de los operadores de salud en el transcurso de la ejecución de los contratos (...)”

15. MECANISMO DE COMPENSACIÓN DE ALTO COSTO

En las consideraciones del Acuerdo 5 expedido el 30 de diciembre de 2022 por el Consejo Directivo del FOMAG se advierte que “...para mitigar los efectos de la concentración de riesgo en la garantía de la prestación de los servicios de salud, en armonía con lo previsto en la Ley 1122 de 2007 y las normas que la reglamentan, se adoptará un mecanismo de compensación financiera entre los operadores de salud de las distintas regiones.”

El artículo segundo del Acuerdo 5 de 2022 adiciona el numeral 15 del artículo primero del Acuerdo 9 de 2016 expedido por el Consejo Directivo del FOMAG en los siguientes términos: “15. Mecanismo de Compensación de Riesgo. Para mitigar los efectos de la concentración de riesgo en la garantía de la prestación de los servicios de salud, se adoptará un mecanismo de compensación financiera entre los operadores de salud de las distintas regiones, teniendo en cuenta las enfermedades crónicas, huérfanas y de alto costo con mayor prevalencia. La compensación financiera se realizará semestralmente durante la vigencia del contrato y será con cargo a la UPCM que se reconoce a los operadores de salud, de acuerdo con lineamientos que imparta el Consejo Directivo del FOMAG.”

La necesidad de un mecanismo especial para la atención de las enfermedades de alto costo tiene antecedente normativo en el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007 reglamentado mediante los Decretos 2699 de 2007 modificado parcialmente por los decretos 4956 de 2007, 3511 de 2009, 1186 de 2010 y 3830 de 2011, y otras normas reglamentarias, que

forman parte del fundamento jurídico y referencia regulatoria que requieren adoptarse, armonizarse y adaptarse para la determinación e implementación del mecanismo de compensación en la organización y prestación de servicios a los afiliados al FOMAG en virtud del Régimen Exceptuado del Magisterio estipulado en la Ley 91 de 1989 en concordancia con lo dispuesto en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y las instrucciones y lineamientos adoptados por el Consejo Directivo del FOMAG según sus competencias legales como las consignadas en el Acuerdo 5 de 2022.

El mecanismo de compensación de alto costo regulado e implementado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como propósito proporcionar los recursos para la cobertura de la atención de las denominadas enfermedades “ruinosas” y “catastróficas” o “de alto costo” para garantizar las actividades de detección temprana, identificación y clasificación en grupos de riesgo, protección específica y cumplir de acuerdo con las normas y estándares de la medicina las diferentes fases de tratamiento de la enfermedad.

Los recursos para la financiación de la prima UPMC se reconoce por afiliado al contratista, que son los operadores regionales adjudicatarios, provienen de aportes parafiscales y fiscales a dicho Fondo, incluyendo la atención de las patologías de alto costo. Las compensaciones que se realicen en virtud del mecanismo se calcularán, girarán y distribuirán entre los contratistas con cargo a la UPCM.

El mecanismo de compensación de alto costo regulado e implementado para los dos regímenes, Contributivo y Subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se concibió como obligatorio, de manera que ninguna de las Entidades responsables por el aseguramiento o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) pueden abstenerse de participar y concurrir en dicho mecanismo. De manera similar, en la medida que la participación en la provisión de servicios a la población afiliada al FOMAG se instrumenta a través de la contratación, ninguno de los operadores regionales adjudicatarios está obligado a participar y concurrir en el mecanismo de compensación de alto costo para el Régimen Exceptuado del Magisterio.

El mecanismo de compensación de alto costo del Sistema General de Seguridad Social en Salud es administrado de manera conjunta, autónomo y autogestionado por las entidades participantes. De la misma manera, será administrado de manera conjunta, autónoma y autogestionada, por la totalidad de los contratistas del Régimen Exceptuado del FOMAG para la operación integrada de servicios según la configuración regional definida en estos Estudios

Previos, sin injerencia de FIDUPREVISORA S.A. como vocera y administradora del patrimonio autónomo del FOMAG.

La prima UPCM, que se gira cada mes de manera anticipada a cada operador regional por cada afiliado al FOMAG, son recursos destinados a la garantía del derecho fundamental a la salud de los afiliados y del plan de beneficios integral previsto en el Acuerdo 9 de 2016 que han salido del patrimonio administrado por FIDUPREVISORA S.A. y pasan a ser administrados por el contratista para la atención de dichas coberturas. En consecuencia, una vez girada las primas UPCM a los contratistas adjudicatarios de la operación en cada región, les corresponde administrar de manera conjunta y autónoma el mecanismo de compensación de alto costo mediante los reportes de información y aplicando la metodología de cálculo de los montos a distribuir adoptados en la reglamentación general para la Cuenta de Alto Costo.

Los siguientes aspectos se encuentran regulados por la Ley y mediante reglamentación del Gobierno Nacional y los Ministerios de Salud y Protección Social, y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para efectos de la Cuenta de Alto Costo, los cuales serán aplicados por los operadores contratados para la gestión integral del riesgo en salud y la garantía del plan integral de beneficios para la población afiliada al FOMAG en la respectiva región:

El reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana, por parte de los operadores respecto de la población afiliada al FOMAG en su respectiva región.

La definición de la periodicidad, la forma y el contenido de la información que los operadores respecto de la población afiliada al FOMAG en la región adjudicada.

La aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades, manejo integral y Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, respectivas a cada patología.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con patologías de alto costo.

Los coeficientes, mecanismos y metodologías para el cálculo y determinación de los montos a compensar, girar y distribuir entre los operadores regionales que registren la menor prevalencia, siniestralidad y concentración de riesgo por patología de alto costo y los operadores con los registros con mayor prevalencia, siniestralidad y concentración de riesgo;

El mecanismo de compensación de alto costo tiene como propósito redistribuir de manera técnica, concertada y autogestionada, los recursos necesarios entre todos los operadores regionales adjudicatarios del Régimen Exceptuado del Magisterio atendiendo las desviaciones de siniestralidad y la concentración de riesgo observada en la población afiliada al FOMAG a nivel territorial según las diferentes patologías de alto costo.

Siguiendo los parámetros generales de la regulación general, para efectos de implementación y operación del mecanismo de compensación de alto costo entre los contratistas, Para el efecto, se podrán tener en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- (a) Tasas de Prevalencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo en cada uno de los operadores contratados para cada región.
- (b) Tasas de Incidencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo en cada uno de los operadores adjudicatarios de cada región.
- (c) Costo de la atención de cada una de las Enfermedades de Alto Costo priorizadas para la aplicación del mecanismo de compensación.
- (d) Población afiliada al FOMAG asignada a cada uno de los operadores contratados en cada región.

La periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar cada una de las entidades obligadas a girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, EPS, EPS-S y EOC, será definida por el Ministerio de la Protección Social”.

Dentro del capítulo de Regionalización se detalla la distribución de la población afiliada al FOMAG clasificada según patologías de alto costo priorizadas con indicación de la variación entre los años 2021 y 2022, y la prevalencia respecto de la población total afiliada en la respectiva región, con corte a 31 de diciembre de 2022. La UPCM garantiza la cobertura del plan integral de beneficios de los afiliados al FOMAG y las desviaciones de siniestralidad y concentración de riesgo serán resueltas entre todos los operadores de manera conjunta y autogestionada con cargo a las UPCM reconocidas por el FOMAG mediante el mecanismo de compensación de alto costo. Los operadores contratarán de manera autónoma e independiente las auditorías, personal técnico y financiero, y los sistemas de información que requieran para la implementación y operación del mecanismo de compensación de alto costo. Los operadores se obligarán a reportar de manera oportuna y completa la información requerida sobre sus afiliados diagnosticados con HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HEMOFILIA,

VIH/SIDA, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, DIABETES MELLITUS, CÁNCER, ARTRITIS, ENFERMEDADES HUÉRFANAS con el propósito de que el mecanismo de compensación de alto costo se encuentre funcionando de manera mensual a partir del mes doce (12) de ejecución de los contratos y hasta seis (6) meses de la terminación de los contratos. Los montos adeudados por los operadores en virtud del mecanismo de compensación de alto costo serán descontados por FIDUPREVISORA S.A. o la entidad que haga sus veces como administrador fiduciario del FOMAG, según certificación que expidan de manera conjunta los representantes legales de los operadores y serán aplicados a favor de los operadores beneficiarios en la liquidación final del contrato con cargo a las UPCM.

La interventoría integral que se contrate por el FOMAG, a través de su administrador fiduciario, verificará que todos los contratistas concurren y participan en la administración del mecanismo de compensación de alto costo, y que dicho mecanismo es administrado según las normas reglamentarias generales como las aplicables a la Cuenta de Alto Costo, siempre que los contratistas del Régimen Exceptuado del Magisterio no determinen sus propias metodologías de reporte de información y cálculo de los montos a compensar antes de la terminación de los contratos. Las diferencias surgidas entre los operadores con ocasión del mecanismo de compensación de alto costo serán resueltas de manera técnica mediante la administración conjunta.

FIDUPREVISORA S.A. no es responsable por el mecanismo de compensación de alto costo teniendo en cuenta que los recursos de UPCM que administren de manera conjunta y autónoma los operadores regionales, han salido del patrimonio autónomo y los contratistas deben aplicarlos para cumplir su finalidad. En caso de no presentarse compensaciones en virtud de la implementación y funcionamiento de dicho mecanismo durante el plazo previsto para la ejecución del contrato, se entenderá que no eran pertinentes y no dará lugar a reclamos futuros por dicho concepto en el futuro entre los contratistas ni contra el FOMAG.

16. MANEJO DE RIESGOS

Dentro de los documentos previos de selección se integra el Anexo Matriz de Riesgo para evaluar la probabilidad y la gravedad del riesgo durante el proceso de planificación y ejecución del proyecto.

17. ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO – ANS

Un acuerdo de niveles de servicio suscrito entre un proveedor de un servicio y su cliente tiene como objeto fijar el nivel acordado para la calidad de dicho servicio.

Es una herramienta que ayuda a ambas partes a llegar a un consenso en términos del nivel de calidad del servicio, en atributos tales como la accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, suficiencia, seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, satisfacción.

Permite identificar y definir las necesidades del cliente a la vez que controla sus expectativas de servicio en relación con la capacidad del proveedor, proporciona un marco de entendimiento, simplifica asuntos complicados, reduce áreas de conflicto y favorece el diálogo ante una disputa.

Es importante, que las condiciones de calidad afecten a todos los elementos implicados en el servicio y que en el ANS se especifiquen los términos y parámetros sobre los que se adquiere el compromiso en el servicio.

Se debe indicar el modo de cálculo (indicador) del índice de cumplimiento frente al objetivo pactado; indicando valores, metas, márgenes de referencia, posibles compensaciones por incumplimiento, exclusiones o limitaciones de dicho cálculo.

El acuerdo puede incluir descuentos en la remuneración y la finalización del contrato, si el ANS se incumple de forma recurrente. La disposición, seguimiento y gestión de los ANS son una parte importante de la gestión con proveedores externos. Esto se desarrolla en el respectivo anexo.

Las partes acuerdan en la presente cláusula la aplicación de descuentos a la retribución del CONTRATISTA de acuerdo con los resultados del desempeño general en la ejecución por acuerdos por niveles de servicios con indicadores cuantificables y verificables de oportunidad y calidad en la atención, gestión y resultados, conforme a la matriz de los anexos que hace parte integral del presente contrato denominada MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS.”

Para los servicios de salud se pacta que la base sobre la cual se liquidarán los descuentos es el 8% de la UPCM, DISTRIBUIDOS de la siguiente manera; Componente de salud 50% , componente administrativo 20% componente financiero 20% componente SGSSTM 10% aplicando la tabla Porcentaje de Descuento Acuerdos de Niveles de Servicios que hace parte

integral de este contrato, sin que ese descuento se presente como una justificación a las barreras de acceso al servicio o negación de derechos contemplados en el plan de beneficios para el magisterio y sus familias. Para los servicios de seguridad y salud en el trabajo cuyo valor se pagará por evento se liquidarán los descuentos sobre el valor de servicios facturados aplicando la tabla Porcentaje de Descuento Acuerdos de Niveles de Servicios que hace parte integral de este contrato.

Los Acuerdos de Niveles de Servicio no se entienden como una modificación o alteración de las obligaciones pactadas en el contrato, que se mantienen en su extensión y alcance. Los resultados que surjan de la aplicación de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS no se consideran incumplimientos contractuales sino como un pacto de medición de los niveles de servicio.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las partes acuerdan el siguiente trámite para efectos de determinar la aplicación de los Acuerdos de Niveles de Servicio:

1. Primer paso: El CONTRATISTA, en virtud de la facultad declarativa, presentará a la Fiduprevisora S.A. la factura mensual por concepto de UPCM y Evento por la Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo en la que deberá reflejar los descuentos por Acuerdos de Niveles de Servicio con arreglo a la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO aplicada en el último periodo con los soportes correspondientes, modelo de matriz que hace parte integral del presente contrato.

2. Segundo paso: FIDUPREVISORA, directamente o a través del interventor, verificará la veracidad del descuento aplicado a las facturas emitida por el CONTRATISTA, determinada en el numeral anterior, dentro de los dos (2) meses siguientes a su presentación. En caso tal de que la revisión no se practique dentro de los dos (2) meses siguientes se entenderá aceptado el descuento aplicado a la factura.

3. Tercer paso: Si efectuada la revisión surgieren diferencias o inconsistencias, FIDUPREVISORA, directamente o a través del interventor, las remitirá inmediatamente al CONTRATISTA, quien, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, presentará las explicaciones y justificaciones con sus respectivos soportes que demuestren el resultado de cumplimiento de los indicadores. Si dentro del término antes pactado no se presentan las justificaciones, explicaciones y soportes, FIDUPREVISORA aplicará los descuentos a que haya lugar, conforme con la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO con fundamento en los medios de verificación previstos.

4. Cuarto paso: Presentadas las justificaciones, explicaciones y soportes por parte del contratista, Fiduprevisora, directamente o a través del interventor, verificará la información suministrada y procederá a aceptar o rechazar el descuento aplicado por el contratista. En caso de rechazo, FIDUPREVISORA aplicará los descuentos a que haya lugar, conforme con la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO POR ANS, con fundamento en los medios de verificación previstos, a la siguiente factura mensual por concepto de UPCM, para el caso del servicio de salud y, sobre el valor pagado en el mes respectivo (evento), cuando se trate de servicios de SG-SSTM, presentada por el CONTRATISTA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para el caso del servicio de salud no habrá aplicación de descuento en virtud de los ANS para los tiempos de entrega pactados para dispensación de medicamentos, cuando exista desabastecimiento certificado por el Invima o por los laboratorios distribuidores en el país.

PARÁGRAFO TERCERO: Cuando el resultado de la matriz de evaluación de indicadores y porcentajes de descuento por ANS, tenga un porcentaje de indicadores cumplidos menor o igual al 59% por más de dos (2) periodos consecutivos, se dará aplicación a lo establecido en el literal 18 del presente estudio previo y lo establecido en la cláusula penal pecuniaria.

Ver ANEXO- MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO POR ANS.

18. MULTAS

Con la presentación de la oferta y la suscripción del contrato, las partes acuerdan que en ejercicio de la autonomía de la voluntad, la FIDUPREVISORA podrá aplicar directamente multas ante retardos en la oportunidad de la ejecución del servicio o incumplimientos parciales a través de actos jurídicos regidos por el derecho privado durante la ejecución del contrato, los cuales se expiden con fundamento en el acuerdo negocial y no comportan el ejercicio de una facultad excepcional al derecho común así como tampoco el ejercicio de potestad administrativa alguna. Su sustento es la estipulación contractual libre, consciente y espontánea que la autoriza.

Las multas son las sanciones civiles acordadas por las partes que se aplicarán en vigencia del plazo de ejecución contractual a las que se expone el contratista quien consiente en su aplicación cuando su conducta afecta la prestación del servicio contratado.

Considerando lo anterior, EL CONTRATISTA autoriza para que las multas que eventualmente sean aplicadas por la FIDUPREVISORA sean compensadas de cualquier suma que se le adeude de acuerdo con lo pactado contractualmente. De no existir créditos a su favor, el acto contractual que de manera clara, exprese y exigible la imponga, constituirá título ejecutivo para su recaudo y permitirá que el garante sea requerido para el pago o el contratista mismo la cancele.

18.1. CAUSALES DE PROCEDENCIA

Las multas aplicarán ante el incumplimiento por parte del CONTRATISTA de cualquier obligación a su cargo contenida en el contrato, anexos, aviso de convocatoria y cualquier documento complementario que haga parte integral del acuerdo de voluntades o por retardos en el cumplimiento de las obligaciones que deben ser satisfechas en fecha cierta conforme al cronograma pactado o acordado con el interventor del contrato.

Así mismo, procederá cuando ocurra cualquiera de las siguientes causales, sin que las mismas sean entidades como un listado taxativo:

- a.** Para las obligaciones relacionadas con el servicio de salud, bastará probar que el resultado de la matriz de evaluación de indicadores y porcentajes de descuento por ANS, tenga un porcentaje de indicadores cumplidos menor o igual al 59% por más de dos (2) periodos consecutivos.
- b.** Para las obligaciones relacionadas con el servicio SG-SSTM, se aplicará cuando el contratista obtenga como resultado un incumplimiento de los indicadores que dé lugar a la aplicación del mayor porcentaje de descuento por incumplimiento consagrado en el anexo denominado “MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO POR ANS”.
- c.** Cuando el CONTRATISTA incurra en retardo reiterado e injustificado o incumplimiento parcial del contrato por cualquiera otra de las obligaciones que no impliquen descuentos por ANS.

La condición de retardo reiterado o incumplimiento parcial, se configurara cuando existan más de dos requerimientos por parte de la Fiduprevisora y/o interventoría que no sean atendidos de manera oportuna o satisfactoria por parte del contratista.

d. Cuando el CONTRATISTA cumple de manera insatisfactoria las obligaciones a su cargo, de acuerdo al concepto técnico de la interventoría donde a pesar de ejecutar las obligaciones de manera oportuna desde la perspectiva temporal la calidad de los servicios presenta un nivel de calidad por debajo de los estándares técnicos aplicables a la materia

e. Cuando se han aplicado los ANS y el contratista no ha implementado el plan de mejoramiento previsto para corregir la no prestación eficiente del servicio o de no conformidad dentro del termino

El monto de la multa se establece conforme a la disposición de porcentaje aplicable que las partes acuerdan más adelante en el procedimiento que han convenido.

18.2. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS:

COMPETENCIA: La facultad para imponer multas derivados del contrato que se llegue a celebrar derivado del presente proceso de selección estará en cabeza del Presidente de la Fiduciaria y/o quien designe para el efecto.

En caso que la FIDUPREVISORA detecte acciones u omisiones que puedan constituir un presunto incumplimiento de las obligaciones contenidas en el contrato o en su documentación anexa, se atenderá el siguiente procedimiento:

A. El procedimiento se podrá iniciar a solicitud del supervisor del contrato y/o interventor externo y/o representante legal de la Fiduprevisora S.A

B. El interventor del respectivo contrato presentará en cumplimiento de su interventoría o a petición de su contratante un informe detallado que indique de manera precisa: (i) los hechos y/o omisiones objeto de inconformidad; (ii) la relación precisa de las obligaciones presuntamente incumplidas; (III) los soportes documentales que acrediten los hechos u omisiones objeto del procedimiento (IV) la estimación de la multa a imponerse tomando como referencia el porcentaje aplicable acordado.

C. Dicho informe será trasladado al representante legal del contratista a la dirección de notificación electrónica consignada en la carta de presentación de la propuesta y a la dirección de notificación judicial inscrita en el registro mercantil del contratista y de cada uno de los miembros, en caso de un contratista plural (consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura).

D. Se otorgara un plazo de máximo de cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente la recibo del informe, para que el contratista, a través de su representante legal y/o apoderado, presente sus descargos, se pronuncie expresamente sobre el informe y plantee sus consideraciones sobre i) la relación precisa de las obligaciones presuntamente incumplidas; (ii) los soportes documentales que acrediten los hechos u omisiones objeto del procedimiento (iii) la estimación de la multa a imponerse, además de otorgársele la posibilidad de aportar los argumentos y soportes que considere pertinentes.

La presentación del informe de descargos deberá ser radicada por escrito a la dirección de correspondencia física o correo electrónico que sea expresamente indicada por la Fiduprevisora.

E. En caso que no exista respuesta por parte del contratista dentro del término otorgado por la entidad se entenderán aceptados los hechos y la tasación de la multa..

F. Una vez recibo el informe de descargos por parte de la Fiduprevisora, dicho informe será trasladado a la interventoría para que, en un término no superior a diez (10) días hábiles, emita su concepto técnico, jurídico y financiero correspondiente sobre la procedencia de la aplicación de multa y la tasación de la misma, considerando dentro de su recomendación los argumentos y respuestas expuestos por el contratista.

G. La interventoría, en desarrollo de su estudio, podrá recomendar a la Fiduprevisora la solicitud de explicaciones y/o soportes documentales adicionales al contratista o cualquier tercero que tenga relación con los hechos y/o omisiones objeto de debate, para lo cual se otorgará un terminó al contratista de cinco (5) días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente al recibo de la solicitud.

H. Teniendo como soporte el informe de interventoría, la Fiduprevisora S.A comunicará al contratista sobre la imposición o no de la Multa, a través de comunicación dirigida a la dirección de notificación descrita en la carta de presentación de la propuesta y a la dirección de notificación judicial inscrita en el registro mercantil del contratista y de cada uno de los miembros, en caso de un contratista plural (consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura)

La comunicación sobre la imposición de la multa se entiende como un acto jurídico regido por el derecho privado.

- I. La Fiduprevisora tendrá la facultad de apartarse de la recomendación efectuada por la interventoría, previa motivación desde la perspectiva técnica, jurídica y financiera, la cual será notificada a la interventoría para las consideraciones respectivas.
- J. En caso que no se encuentre contrato vigente con interventor externo, las funciones y responsabilidades asignadas al interventor deberán ser asumidas por el supervisor, quien deberá ser un funcionario de la Fiduprevisora.
- K. El anterior procedimiento se plantea sin perjuicio de las demás acciones de orden administrativo y judicial que correspondan para asegurar la correcta ejecución del contrato.
- L. La decisión contractual de multa podrá ser compensada, cobrada ejecutivamente o reclamada al asegurador quien ha asumido el riesgo de multa.

18.3. PORCENTAJE APLICABLE CUANDO SE INCUMPLA OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE SALUD.

En cualquiera de los eventos y circunstancias descritos para el caso del servicio de salud, FIDUPREVISORA como vocera y representante de la fiducia del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, FOMAG, queda facultada para imponer multas de la siguiente forma que el contratista ha conocido y consentido por hallarlo proporcional y adecuado.

- Durante el primer año de vigencia del plazo de ejecución, se podrán imponer multas por una cuantía individualmente considerada desde el cero punto veinticinco por ciento (0.25 %) hasta el dos por ciento (2%) del valor promedio mensual pagado por concepto de UPCM reconocidas al contratista durante ese período por los afiliados al FOMAG en la región adjudicada.
- Durante el segundo año de vigencia del plazo de ejecución, se podrán imponer multas por una cuantía individualmente considerada desde el cero punto veinticinco por ciento (0.25 %) hasta el cuatro por ciento (4%) del valor promedio mensual pagado por concepto de UPCM reconocidas al contratista por los afiliados al FOMAG en la región adjudicada.
- Durante el tercer año de vigencia del plazo de ejecución, se podrán imponer multas por una cuantía individualmente considerada desde cero punto veinticinco por ciento (0.25 %) hasta el seis por ciento (6%) del valor promedio mensual pagado por concepto de UPCM reconocidas al contratista por los afiliados al FOMAG en la región adjudicada.

- Durante el cuarto año de vigencia del plazo de ejecución, se podrán imponer multas por una cuantía individualmente considerada desde el cero punto veinticinco por ciento (0.25 %) hasta el ocho por ciento (8%) del valor promedio mensual pagado por concepto de UPCM reconocidas al contratista por los afiliados al FOMAG en la región adjudicada.

NOTA 1: La liquidación de la valor promedio de la UPCM se efectuará con corte al día de la presentación del informe de que trata el literal B del procedimiento para la imposición de la multa.

NOTA 2: En caso que por circunstancias sobrevinientes y excepcionales se prorrogue el plazo de ejecución del contrato, el porcentaje máximo del ocho (8) por ciento será aplicable en lo sucesivo.

NOTA 3: El primer año de ejecución se entenderá desde la suscripción del acta de inicio hasta el cumplimiento efectivo del primer año, independiente que el mismo comprenda dos (2) vigencias distintas.

18.4. PORCENTAJE APLICABLE CUANDO SE INCUMPLAN OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE SG-SSTM.

La imposición de las multas establecidas en la presente cláusula cuando se trate del incumplimiento de servicios de SG-SSTM será equivalente desde el cero punto veinticinco por ciento (0.25 %) hasta el cinco por ciento (5%) del valor ejecutado en el mes que se originaron los hechos y/o omisiones objeto de la multa.

En caso de que los mimos se generen en más de un mensualidad, se efectuará el promedio simple respectivo a efectos de establecer la base mensual para aplicar la multa.

PARÁGRAFO PRIMERO: La imposición de multas no debe afectar la continuidad, calidad, acceso y oportunidad de los servicios y demás obligaciones a cargo del contratista como garantía del derecho fundamental a la salud de los afiliados al FOMAG en la región adjudicada, toda vez que los porcentajes de multa previstos no superan los costos administrativos previstos en la estructura financiera de la UPCM.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las multas son compatibles y coexisten con la cláusula penal pecuniaria, la reclamación de perjuicios adicionales no tasados que se acrediten contra el contratista por el incumplimiento parcial o total del contrato. La multa podrá ser aplicada con independencia de los descuentos hechos al contratista por ANS aplicados a las UPCM

que no constituyen sanción, y con independencia de las fallas en la oportunidad en los servicios de salud o dispensación de medicamentos que den lugar a la aplicación de descuentos adicionales cuando los afiliados al FOMAG hagan efectivo el mecanismo extraordinario de garantía de acceso.

PARÁGRAFO TERCERO: Por el pago de las multas no se entienden extinguidas las obligaciones principales contraídas por virtud del presente contrato.

PARÁGRAFO CUARTO: Se entiende que por el hecho de haber presentado la propuesta, EL PROPONENTE favorecido con la aceptación, al celebrar el contrato, está conforme y acepta la estipulación de las multas, el procedimiento, el monto y la deducción de las sumas correspondientes.

PARÁGRAFO QUINTO: En ningún caso la aplicación de la multa será entendida por EL CONTRATISTA como liberatoria o atenuante de cualquiera de las obligaciones adquiridas en virtud del contrato que se llegare a celebrar.

PARÁGRAFO SEXTO: Las multas se causan por el simple incumplimiento. El contratista conserva el pleno de sus derechos para demostrar el rompimiento de la relación imputativa. Los perjuicios que éste cause al fideicomiso de la que es vocera la FIDUPREVISORA podrán hacerse efectivos en forma separada.

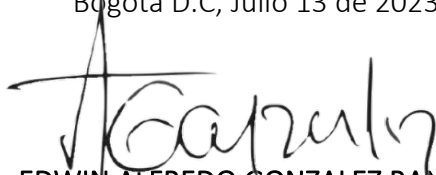
PARÁGRAFO SÉPTIMO: Los actos emitidos por la entidad contratante, con fundamento en las facultades otorgadas por el pacto negocial, cuyo régimen corresponde al derecho privado, como es el caso de la Fiduciaria a Previsora S.A, esto es, a la autonomía negocial particular, configuran un mero acto contractual que no administrativo, pudiendo el contratista inconforme utilizar los medios de control que el ordenamiento jurídico le otorga para elevar sus pretensiones.

PARÁGRAFO OCTAVO: La Fiduprevisora se reserva el derecho de modificar el procedimiento para la imposición de multas previa propuesta, discusión y acuerdo con el contratista para mantener la naturaleza de consensualidad del mismo.





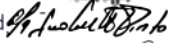



19. ANÁLISIS DEL SECTOR

Ver ANEXO. ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÓMICO

Bogotá D.C, Julio 13 de 2023


EDWIN ALFREDO GONZALEZ RANGEL
Vicepresidente FOMAG (E)

Estructuradores Segunda Fase

- Leidy Rosalba Castillo Gómez- Componente Técnico SST 
- María Angelica Segura - Componente Técnico SST 
- Luz Andrea Burgos Acosta- Componente Técnico Salud 
- Yinna Paola Rojas Ortiz - Componente Técnico Salud 
- María Judith Pinto-Componente Técnico Salud 
- Fredy Jimenez Montaña - Componente Técnico Salud 
- Vivian Angelica Gómez Moreno - Componente Financiero 
- Angélica María Sánchez Álvarez- Componente Jurídico 

Estructuradores Primera Fase

- Olger Leonardo Palacios Jaime - Componente Técnico
- Esteban Hurtado Cárdenas - Componente Financiero
- Samuel García De Vargas- Componente Técnico
- Gloria Maria Morgan- Componente Técnico SST
- Suarez Beltrán S.A.S- Componente Jurídico