



**MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD
PARA RIESGOS LABORALES**

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA RIESGOS LABORALES

Nuestra estructura permite a la compañía disponer los recursos de manera organizada, se busca que los afiliados tengan menos probabilidad de accidentes contando con un desarrollado esquema en promoción y prevención y en caso de presentarse un siniestro o enfermedad laboral, tengan mayores posibilidades de recuperación con nuestro programa de rehabilitación.

BENEFICIOS

1. Mejores oportunidades de tratamiento.
2. Trazabilidad continua en el afiliado.
3. Integralidad.
4. Control del riesgo.
5. Enfoque preventivo empresarial.
6. Ips estratégicas en las diferentes ciudades.
7. Orientación especial para nuestros afiliados contando con un call center 24 horas.

PROTOCOLO DE AUTORIZACIONES

OBJETIVO

Implantar los lineamientos y procedimientos para llevar a cabo las autorizaciones para prestaciones asistenciales, que se puedan generar de un servicio integral por un siniestro. Estas solicitadas por el usuario, IPS a través de la solicitud por la línea especializada o directamente por correo con el profesional asignado.

ALCANCE

Este proceso se inicia desde la solicitud del servicio por contingencia en siniestro de accidente de trabajo o enfermedad Laboral, mediante la línea especializada, bajo correo electrónico o directamente las solicitadas por la IPS a nivel nacional.

Posteriormente se continua con la validación de los datos del afiliado, como la cobertura y pertinencia medica de la solicitud, tomando la decisión de la autorización o negación del servicio bajo los criterios establecidos, culminando así la autorización para la prestación del servicio con el formato definido para ello.

CONDICIONES GENERALES

1. Para generar el apoyo de las solicitudes de autorizaciones es indispensable contar con la historia clínica del afiliado, cobertura y pertinencia médica.
2. El profesional asignado para autorizar prestaciones asistenciales deberá informar hallazgos o inconformidades las cuales se presenten en la gestión de autorizaciones.
3. La autorización se realizara bajo las condiciones generales del formato establecido y se asignará en lo posible dentro de la red asistencial con la cual la compañía cuenta.
4. Las autorizaciones o negaciones de dicha solicitud deberán ir justificadas y bien direccionadas hacia la IPS designada.
5. No se deberá solicitar doble solicitud para el mismo servicio o procedimiento en la misma fecha o con el mismo siniestro.
6. Las autorizaciones tendrán una vigencia de 45 días a partir de la realización de esta.
7. En caso de vencimiento de la autorización, el usuario o IPS deberá comunicarse con el profesional asignado para realizar renovación de la misma.
8. Se realizará anulación de la autorización en caso de: error de digitación en la misma, por cambio de proveedor ó por doble solicitud.
9. La autorización del servicio se gestionará bajo los siguientes parámetros: historia clínica, orden médica acorde con historia, firma y sello del médico tratante, diagnostico calificado como profesional y pertinencia médica.
10. Las autorizaciones para medicamentos se deberá verificar la formula con fecha, nombre del medicamento, presentación, cantidad, días de tratamiento, firma y sello del médico tratante.
11. El asegurado o IPS deberá informar al profesional asignado el recibido de la autorización por correo electrónico o vía telefónica.
12. Todo envío de autorización a correo electrónico del usuario, deberá quedar constancia en base de Excel manejada por el profesional.
13. Los únicos procedimientos que puede ser autorizados sin requerir calificación de origen serán: la atención inicial de urgencia, medicamentos de baja complejidad, curaciones, o cirugías prioritarias.
14. Para solicitud de autorizaciones de procedimiento de alta complejidad se determinará 3 días hábiles para la respuesta de esta con la pertinencia adecuada, lo cual se enviará autorización a correo asignado por afiliado.

PROTOCOLO DE AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN DE EN SALUD CUANDO EL AFILIADO ACCIDENTADO LLEGA DIRECTAMENTE A LA IPS

1. El asegurado o empleador llamará a la línea especializada 018000 118546 a nivel Nacional o 3138546 en Bogotá, donde se reportará el accidente, se validará la afiliación y se dará toda la orientación necesaria.
2. La IPS llamará a la línea donde informará la solicitud requerida, se deberá dar información de todos los datos del accidentado lo cual se ingresa al sistema del call center y se verifica cobertura de afiliación.
3. Se realiza autorización para el servicio solicitado con ello se suministrara un numero de asistencia y de expediente, lo cual este dará la validez necesaria para la prestación del servicio.
4. Toda solicitud deberá tener un registro de llamada.

PROCEDIMIENTO CALIFICACIÓN DE ORIGEN

OBJETIVO

Analizar cada caso reportado con el fin de dar una calificación de origen de presuntos eventos de accidente de trabajo o enfermedades profesionales y así desencadenar el proceso de aprobación de prestaciones asistenciales y económicas.

ALCANCE

Todos los eventos radicados en expediente físico o magnético por los clientes de Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A. y asignados al área de Medicina Laboral.

DEFINICIONES

Accidente de Trabajo (AT): Es accidente de trabajo 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. Resolución 1562 de 2012.

American Assist: Proveedor logístico en cuanto la atención inicial del trabajador en el evento de un accidente.

Aurora Online: Sistema de Información del cliente Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A. (www.segurosaurora.com)

Comité Interdisciplinario de Calificación: Grupo de profesionales de diferentes áreas de la salud que se encargan de revisar los siniestros calificados en origen o PCL y que

DEFINICIONES

requieran de acuerdo a sus características, el concepto o revisión por parte del comité.

Enfermedad Laboral (EL): 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.

El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y 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, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.

FURAT: Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo

FUREP: Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional

Formato Seguimiento Siniestralidad: Registro en el cual se ingresa la información que se obtiene de la llamada telefónica realizada al afiliado, cuyo objetivo es la verificación de las condiciones de salud posteriores a la ocurrencia del evento, esto solo aplica para los Accidentes de Trabajo.

DETERMINACIÓN DE ORIGEN

1. El reporte del evento es recibido a través de dos medios:
 - a. Por correo electrónico: Se reciben del proveedor American Assist.
 - b. contacto vía telefónica por parte del empleador.
2. Al tener la documentación, ya sean físicos o magnéticos, se procede con la revisión de los mismos, dejando el registro del caso en el reporte de siniestralidad.
3. Los documentos requeridos para la calificación de origen son los siguientes:
 - a. Accidente de Trabajo.
4. **FURAT**
5. Historia Clínica de la atención del evento, ya sea hospitalización o
 - a. la historia clínica de urgencias.
6. En caso de sospecha e inconsistencia de ocurrencia de accidente se solicitarán los documentos requeridos para determinar el origen.
7. los casos leves, serán calificados por la Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A. con el formato ML FO 09 (seguimiento de siniestralidad) con el fin de realizar acompañamiento al afiliado y verificar el estado de salud después de ocurrido el evento.
8. Cuando se cuente con los documentos completos, se diligencia el formato ML FO 01 (Formulario calificación de origen) con la información extraída del expediente lo cual el profesional de calificación revisa y digita toda la información médica pertinente extraída de los documentos recibidos del caso.

DETERMINACIÓN DE ORIGEN

9. Para la calificación de Origen de Enfermedad Laboral serán requeridos los siguientes documentos:
 - a. FUREP
 - b. Historia Clínica de la atención del evento, ya sea hospitalización o
 - c. Historia clínica de urgencias
 - d. Historia Laboral
 - e. Análisis de Puesto de Trabajo
 - f. Panorama de Riesgos
10. A la documentación completa, se diligencia el formato ML FO 01 (Formulario calificación de origen) con la información extraída del expediente y se remite al médico laboral quien revisa toda la información médica pertinente extraída de los documentos recibidos del caso.
11. Cuando no se cuenta con la documentación completa, se debe informar a la empresa o asegurado, para que ellos a su vez den trámite a los soportes solicitados en un plazo no mayor a 30 días.
12. Una vez son calificados los eventos, se remiten al Comité Interdisciplinario de Calificación, quienes se encargan de la revisión y ratificación de los casos, a excepción de los casos Sin Cobertura, los cuales se remiten al empleador para su manejo.
13. Cuando el caso ya se encuentra calificado y avalado por el comité, se debe ingresar al aplicativo "Aurora Online" diligenciando los campos requeridos de la siguiente manera:
 - a. Estado Siniestro: Se indica cuando el evento se encuentre finalizado, es decir calificado.
 - b. Fecha de la Auditoria: Se registra la fecha de calificación del evento.
 - c. Observaciones: En este campo se diligencia el origen de evento y el porcentaje de la PCL.
14. Una vez es ingresada la información en el aplicativo, se imprime la documentación existente, adjuntando al expediente, el formulario de calificación de origen y en los casos que aplique, el formulario de calificación de PCL y el seguimiento de siniestralidad.
15. Los formularios de calificación emitidos deben quedar guardados en medio magnético en la carpeta compartida designada para tal fin.
16. Los Casos Calificados de Origen Profesional se clasifican por severidad:
 - a. Leves
 - b. Graves
17. Los siniestros clasificados como leves, se deben registrar en el formato ML FO 09 (seguimiento de siniestralidad) y se realiza el seguimiento telefónico al usuario.
18. Los siniestros clasificados como graves se deben ingresar al programa de rehabilitación integral.
19. Casos Calificados de Origen Común:
 - a. Para los casos en los que posterior a la revisión de la documentación se determina evento COMUN, se emite el formulario de calificación, el cual será notificado al cliente Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A. y este a su vez se encargara de notificarlo al afiliado.