

Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha: 22 DE JUNIO DE 2016

Estado:

Inscrito

Registrado

Actualizado

1. Identificación

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
PROYECTO:	ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN REDES INTEGRADAS

2. Clasificación

SECTOR:	SALUD
PLAN DE DESARROLLO:	BOGOTA MEJOR PARA TODOS 2016-2020
PILAR UNO:	Igualdad de Calidad de Vida
PROGRAMA:	Atención Integral y Eficiente en Salud
PROYECTO ESTRATÉGICO:	Redes Integradas de Servicios de Salud.
PROYECTO DE INVERSIÓN:	Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas

META PLAN:

- Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud.
- Reducir para 2020 a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.
- Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.

3. Localización Geográfica

Localización: Bogotá D.C

4. Problema Central

El actual sistema general de seguridad social en salud colombiano, del cual hace parte la ciudad de Bogotá, se caracteriza por una fragmentación que se manifiesta en la descoordinación entre entidades del sector, duplicidades de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa o sobresaturada y servicios no resolutivos, al igual que segmentación en la prestación de los servicios de salud y deficiencias en la Rectoría y Gobernanza del ente rector en salud.

La problemática descrita tiene como causas fundamentales:

- Desarticulación de las Políticas Nacionales y Distritales en materia de salud y la imprecisión en las normas sobre las competencias de los entes territoriales en el ejercicio de la rectoría en salud y en especial lo relativo a la conformación, integración, operación, habilitación y seguimiento a las redes de

servicios de salud.

- Modelo de atención asistencial e incompleto, centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y en la atención hospitalaria.
- Desintegración en la prestación de los servicios de salud
- Crisis financiera debido al déficit en el financiamiento público de la salud y a las dificultades en la eficiencia en el gasto y en el recaudo de los servicios prestados.
- Planes de beneficios diferenciales (Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado, Plan de Intervenciones Colectivas, Enfermedad Profesional y Accidentes de Trabajo), que no reconocen las diferencias en los grupos de población y género.
- La oferta y disponibilidad de servicios que no se corresponde con las necesidades y expectativas de la población.
- Servicios de salud que no cumplen con los requisitos mínimos de calidad y competitividad
- Déficit en el financiamiento público de la salud por la falta de un manual tarifario adecuado.
- La no existencia de un sistema integrado de información en salud.
- El tiempo empleado por los hospitales en gestión administrativa, los distrae de su misión esencial que es la prestación con calidad de los servicios de salud.

Lo anterior trae como consecuencia:

- Barreras de tipo administrativo, económico, cultural y geográfico
- Inequidades en el acceso a los servicios de salud
- Debilidades en la estructuración y operación de las redes de prestación de servicios de salud
- Ineficiencia acumulada en reprocesos, costos de personal, de insumos, medicamentos, almacenamiento y control.
- Pérdida de oportunidad y continuidad de la atención
- Escasa resolutivez, desintegración de servicios de salud
- Fallas en la calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) y altos gastos de bolsillo para la población.
- Los problemas de gestión de las EPS ha generado desde hace tiempo problemas graves de iliquidez y cartera con los prestadores públicos y privados.
- Condiciones indignas de trabajo para los trabajadores del sector salud (contratación informal, baja remuneración, jornadas exhaustivas de trabajo, pago a destajo, etc).
- Rezagos en temas fundamentales como la actualización y modernización de tecnología e infraestructura física, aunado a la pérdida de competitividad en el sector.
- Sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas.

Lo anterior impacta negativamente la salud de la población del Distrito capital, evidenciándose el deterioro de los indicadores de mortalidad evitable y morbilidad en la ciudad, incremento en la demanda de servicios asistenciales y de alto costo; la ineficiencia y aumento del gasto en salud, la crítica situación de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, el alto riesgo a la sostenibilidad y viabilidad de los hospitales públicos, las redes de servicios desintegradas y fragmentadas, con numerosas y grandes barreras de acceso a servicios de salud; la insatisfacción con la prestación de servicios por parte de usuarios y el abordaje no integral de las necesidades de salud de la población.

JUSTIFICACIÓN:

El Ministerio de salud y Protección Social definió en el año 2016, la Política de Atención Integral en Salud como “Un sistema de salud al servicio de la gente”, la cual se enmarca en un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad,

integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. Comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas. El propósito del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS -es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud.

La política distrital de salud para el cuatrienio 2016-2020, parte de reconocer la existencia de un conjunto de políticas nacionales en torno a un sistema de salud que viene operando desde 1993, consistente en un esquema de aseguramiento social de carácter universal y obligatorio, que separa y especializa en entidades diferentes las funciones de rectoría, vigilancia y control, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Este modelo a pesar de sus logros en materia de cobertura casi total del aseguramiento y de la progresiva disponibilidad de servicios de salud básicos y especializados en ciudades intermedias y pequeñas, que antes no los tenían, enfrenta hoy una grave crisis financiera y de legitimidad que tiene al borde del colapso a varias Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

El sistema de salud en Bogotá D.C. atraviesa hoy por una grave crisis, que afecta notoriamente su legitimidad social. El desempeño general es fiel reflejo de la fragmentación manifiesta en la falta de coordinación entre entidades del sector, duplicidades de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa o sobresaturada, servicios no resolutivos y competencia desleal entre prestadores públicos y privados

Los servicios del plan de intervenciones colectivas (PIC) y del plan obligatorio de salud (POS) llegan a la población de manera fraccionada y con frecuencia inoportuna, hay pérdida de continuidad en la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de la población. El modelo asistencial sigue centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y en la atención hospitalaria. La capacidad rectora de la autoridad sanitaria territorial es débil.

Tampoco hay una gestión adecuada del riesgo de enfermar y morir, dado en la ciudad por el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la comorbilidad, la presencia de enfermedades infecciosas y transmisibles, el deterioro de la salud mental de la población, el aumento de la violencia y de las lesiones y el deterioro de la salud ocupacional, que exigen respuestas más equitativas e integrales del sistema de salud incluidos sectores de la administración local y nacional.

No obstante las coberturas alcanzadas, las barreras de acceso a la prestación de servicios se constituyen en una de las principales problemáticas dentro del aseguramiento (barreras de tipo administrativo, económico, cultural y geográfico).

Según Bogotá Como Vamos en Salud, el 43% de los encuestados señala que en la ciudad no se les garantiza el derecho a la salud, lo que es detectado en las actuaciones de Inspección, Vigilancia y Seguimiento llevadas a cabo por la SDS, evidenciando la necesidad de que se implementen mecanismos efectivos que eviten prácticas que atenten contra la debida gestión del riesgo en salud y sancionen a los actores que incumplan con las obligaciones propias del aseguramiento.

Estas barreras de acceso se evidencian en la sobreutilización de las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, la congestión de los servicios de urgencias y la inoportunidad de las citas médicas, particularmente con especialistas. Esta situación tiene dos causas. En primer lugar, la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios. En segundo lugar, la poca resolutividad clínica en los

servicios básicos. En su conjunto estas situaciones tienen efectos en el componente financiero del sector por los elevados costos que se generan y el pobre impacto en salud a causa de duplicidad de acciones.

El perfil epidemiológico de Bogotá D.C. es propio de un contexto urbano y de una ciudad en desarrollo, el cual se caracteriza porque junto a la transición demográfica, expresada como una reducción durante la última década de los menores de 15 años y el incremento de los grupos mayores de 50 años de edad, ocurre un cambio de incidencia de enfermedades transmisibles por prevalencia de las no transmisibles, así que se ha pasado de la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y la desnutrición a la caracterizada por enfermedades crónico degenerativas, al tiempo que se hacen presentes las lesiones por causa externa, las adicciones y enfermedades mentales.

La mortalidad materna, perinatal, infantil y en el grupo de menores de cinco años, lo mismo que por enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar o coronaria (EPOC), la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer de mama, útero y próstata, son las causas y eventos que mayor número de vidas cobran a la ciudad y se caracterizan porque en su conjunto son potencialmente evitables y prevenibles, si se toman medidas tempranas sobre sus determinantes y se incide oportunamente sobre los factores de riesgo, los cuales están condicionados por factores estructurales; así como por condiciones, estilos y modos de vida; frente a los cuales el fraccionamiento en la respuesta y las barreras de acceso a servicios de salud exigen la adopción de un modelo de salud más resolutivo, así como de un verdadero ejercicio de gobernanza y rectoría del sistema de salud en la ciudad.

Por grupos de edad, la mortalidad se presenta en un 59% de los casos entre los 60 a 69 años y está dada en un 32% por enfermedades crónicas, con una tasa de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes; un 15% por enfermedades mentales, con una tasa de 18,5 por 100.000 habitantes; un 10% por enfermedades de transmisión sexual; un 9% por enfermedades infecciosas, el resto se debe a causas como lesiones de causa externa, enfermedades laborales y violencia.

El perfil de morbilidad se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas e infecciosas y eventos relacionados con salud sexual y reproductiva. Durante el 2014 del total de las atenciones, el 42,2% se relacionaron con enfermedades crónicas, el 27,4% con infecciosas y el 12,1% con eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva. De igual forma se prestaron atenciones por enfermedades de salud mental en un 9,5%, enfermedades asociadas a problemas ambientales 6,2% y violencia y accidentes en un 2,7%.

Las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, insuficiencia venosa de miembros inferiores, asma y epilepsia se encuentran entre las primeras 20 causas de consulta en el Distrito Capital. Estas enfermedades son de origen multicausal y son señal de que Bogotá D.C. se encuentra en una transición epidemiológica y se hace necesario fortalecer los procesos de gestión del riesgo en salud para de esta manera identificar diferenciales, analizar consecuencias e impactar en la ocurrencia en la morbilidad y mortalidad mejorando calidad de vida.

Las enfermedades transmisibles o infecciosas más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y amebiasis y el dengue: Estos eventos deben ser intervenidos, intensificando las estrategias para afectar los condicionantes y factores de riesgo identificados. Llama la atención la presencia de los eventos transmitidos por vectores como el dengue, ya que Bogotá D.C. no es una zona endémica pero si representan una alta demanda de atenciones los casos importados por residentes que viajan a zonas endémicas o por las remisiones de otros departamentos del país.

Antecedentes de la red pública de prestación de servicios de salud aprobada por el MSPS

En cumplimiento de la Ley 715 del 2001, del artículo 33 Ley 1151 de 2007 y en el marco del “Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud”, del Ministerio de

la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en el año 2013 realizó y presentó ante esta Entidad los estudios técnicos de la Situación Actual de Prestación Pública de Servicios de Salud del Distrito de Bogotá y la Propuesta de Conformación de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, para el respectivo aval y el del Departamento Nacional de Planeación – DNP. La propuesta presentada contempló fusionar las 22 Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C en cuatro (4) Subredes.

Como producto de la revisión realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se emite el concepto de viabilidad técnica sobre el documento presentado por la SDS (Radicado No. 137316 de fecha 22/08/2013 de MinSalud), la red pública de las ESE de la Secretaría Distrital de Salud se constituyó por 22 Empresas Sociales del Estado, de las cuales cinco (5) son de III nivel, ocho (8) de II nivel y nueve (9) de I nivel, distribuidos geográficamente en cuatro (4) redes territoriales de hospitales públicos de la SDS: Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente.

Cada red territorial contaba como mínimo con un hospital de tercer nivel de atención y uno de segundo nivel, que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria, de la población que es atendida en el nivel primario de atención.

Cada una de las ESE contaban con sedes conformadas por varios tipos de equipamientos denominados Unidades básicas de atención en salud - UBA, Unidades Primarias de Atención en Salud - UPA, Centros de Atención Médica Inmediata - CAMI, Clínicas y Hospitales de I, II y III Nivel de atención, destinados a la prestación de servicios asistenciales (ambulatorios, urgencias, quirúrgicos, obstétricos y hospitalarios), y de apoyo no asistenciales (Servicio de atención farmacéutica, laboratorio clínico, banco de sangre, promoción y prevención y otros centros que prestan servicios especializados), adicionalmente con equipamientos para servicios administrativos (sedes administrativas de las ESE).

El portafolio de la red de los hospitales públicos del D.C. estaba compuesto por los servicios individuales y colectivos que brindan y se establecieron por actividades y componentes por grados de complejidad (no por niveles de atención), para la definición de los servicios a realizar en las instituciones, como son la baja, mediana y alta complejidad.

Se conformaron también Redes Especiales que obedecen a la necesidad de garantizar en la población de un territorio dado, los servicios considerados vitales o que requieren el apoyo directo del Estado, por su trascendencia en la recuperación de la salud y/o en la detección de problemas de salud pública que tienen altas externalidades y que así no sean rentables, deben prestarse para obtener una mejor calidad de vida de la población, y su correspondiente repercusión en la situación de salud de su población a cargo.

Entre estas redes en el D.C. se cuenta con las Redes Prioritarias como son la red de Urgencias, la Red de Laboratorios de Salud Pública, la Red de Bancos de órganos y tejidos y la Red de Bancos de Sangre. Las Redes de eventos en salud pública conformada por la Red materno y perinatal, la Red de salud mental, la Red de rehabilitación y la Red de salud oral.

Adicionalmente, se desarrollaron programas y modalidades de atención para el fortalecimiento de las redes de servicios de salud de la ciudad, como son los Programas Especiales en Medicinas alternativas y terapias complementarias, Programa de atención domiciliaria y programa de Hospitales sin dolor.

A partir del Acuerdo 641 del 06 de Abril de 2016 del Concejo de Bogotá, se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, definiendo las entidades y organismos que lo conforman y de determina la fusión de las Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., y se establece un periodo de transición de un año, contado a partir de la expedición del acuerdo, para efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites

necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión.

La fusión de las Empresas Sociales del Estado quedó establecida de la siguiente forma:

- Empresas Sociales del Estado de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE”
- Empresas Sociales del Estado de: Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”
- Empresas Sociales del Estado de: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”
- Empresas Sociales del Estado de: Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.”

Se creará además la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica y cuyo objeto social será el desarrollo de actividades de logística y de servicios no misionales como apoyo a la gestión de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.

La coordinación y articulación de la red integrada de servicios de salud se realizará a través de un Comité Directivo de Red integrado por el Secretario Distrital de Salud, los gerentes de cada una de las ESE, el gerente de Capital Salud EPS y el gerente de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica.

El proceso de reorganización del sector salud mantendrá las instancias de participación comunitaria existentes en el Distrito Capital como son las Asociaciones de usuarios de las ESES y los Comités de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS-, y se conformará una junta asesora comunitaria por cada unidad de prestación de servicios de salud, regida por un Director Científico.

La nueva estructura plantea una red de servicios de salud para el Distrito que le permita adaptarse al marco legal vigente, mejorando la competitividad, fortaleciendo la gestión y la efectividad, elevando los niveles de calidad en la prestación de los servicios, obteniendo el equilibrio entre la rentabilidad social y financiera, permitiéndoles ajustarse a la renovación del sector, con el fin de garantizar el funcionamiento y la sostenibilidad de las ESE que conforman la red pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; lo anterior, en el marco de los principios de la política de provisión de servicios de la salud para Bogotá, en términos de respuesta de necesidades y expectativas de salud de la población, accesibilidad, sostenibilidad, integralidad, Longitudinalidad, continuidad, efectividad, intersectorialidad y participación social.

ALTERNATIVA ÚNICA:

Consolidar Red Integrada de Servicio de Salud en el Distrito Capital en el marco de la Atención Integral en Salud que permita garantizar la accesibilidad, calidad, oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

DESCRIPCIÓN DE LA ALTERNATIVA ÚNICA

Para el desarrollo de esta alternativa se plantea lo siguiente:

- Adelantar actividades que permitan el funcionamiento ordenado y armónico del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud,
- Definición, implementación en la gestión y seguimiento de lineamientos para la organización y gestión

de la red de prestación de servicios de salud

- Asesoría y asistencia técnica a las EPS, IPS y demás actores en la prestación de servicios de salud en el marco de la atención integral en salud
- Desarrollar ciclos de mejora que permitan a cada una de las subredes el cumplimiento de los requisitos de habilitación.
- Implementar un modelo de mejoramiento de la calidad que incorpore herramientas de eficiencia y agregue valor en el cuidado de la salud de los ciudadanos.
- Definir los criterios de calidad con los cuales se evaluará la estructura, el proceso y los resultados como parte integrante del modelo de AIS,
- Establecer una nueva forma de remuneración por la prestación de servicios de salud en la capital que articule la operación de las entidades que hacen parte del sistema y que garantice la sostenibilidad financiera de las 4 Subredes ESE y del asegurador público Capital Salud.
- Asesorar la operación logística de abastecimiento, operación de servicios generales, en actividades administrativas y en sistemas de información.

5. DESCRIPCIÓN

Para la ejecución de este proyecto en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud propuesto en el Plan de Desarrollo “Bogotá para todos”.



Se tiene previsto desarrollar 4 líneas de trabajo, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de salud para una atención integral y eficiente, así:

- Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas
- Habilitación y Acreditación de Calidad de los Servicios de Salud.
- Pago por Red con Incentivos al Desempeño.
- Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica.

Con este proyecto se busca dar respuesta a las necesidades poblacionales mediante la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud – AIS - que beneficie a toda la población sin distinciones; un modelo fundamentado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS); que sea incluyente, que convoque y comprometa, que no segregue; que permita construir, con las acciones e intervenciones, los pilares para afectar positivamente los determinantes del proceso salud-enfermedad y procuren condiciones nuevas para la población, en pro de la salud y la calidad de vida y que se consolide y permanezca en el tiempo, independientemente de los cambios de administración en la Ciudad.

Se desarrollaran acciones para fortalecer la prestación de servicios de salud en las ESE y mejorar su eficiencia, la gestión institucional y la sostenibilidad de las mismas, mediante la reorganización de la red pública hospitalaria, asesoría y asistencia técnica en habilitación – acreditación hacia el mejoramiento continuo y estándares superiores de calidad, establecer nueva forma de remuneración por la prestación de servicios de salud en la capital que articule la operación de las entidades que hacen parte del sistema y que garantice la sostenibilidad financiera y Asesoría en la operación logística de abastecimiento, operación de servicios generales, en actividades administrativas y en sistemas de información.

6. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la prestación de servicios de salud consolidando la Red Integrada de Servicio de Salud en el Distrito Capital en el marco de la Atención Integral en Salud (AIS).

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Fortalecer la prestación de los servicios de salud mediante la organización y gestión de la Red Integrada de Servicio de Salud y Red integral de Prestadores de Servicios de Salud.
2. Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud para los ciudadanos implementando un “plan estratégico de mejoramiento”.
3. Fortalecer el componente financiero en la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado, implementando un modelo de remuneración “Pago Integral por Red por Actividad Final con Incentivos de Desempeño”
4. Mejorar la gestión de los procesos no misionales de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital desarrollando actividades de asesoría en procesos administrativos y logísticos.

7. METAS

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
META 1. Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud.	Número	4	4	4	4	4	4
META 2. Reducir para 2020 a 5 días	Número	10	9	8	6	5	5

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.							
META 3. Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.	Porcentaje	250%	200%	150%	100%	94.9%	94.9%
META 4. Diseñar y poner en operación completa y consolidada la estructura técnica y operativa de habilitación y acreditación de calidad al finalizar el 2017	Porcentaje	10%	100%	100%	100%	100%	100%
META 5. Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de	Porcentaje	0%	30%	30%	25%	15%	100%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
carácter técnico y financiero a 2019. (habilitación y acreditación)							
META 6. Diseñar y poner en marcha en el 100% de redes el nuevo esquema de remuneración e incentivos en los seis (6) meses finales de 2016 y tener una operación completa y consolidada del esquema de remuneración e incentivos al finalizar el segundo año de operación (2017)	Porcentaje	50%	50%	0%	0%	0%	100%
META 7. Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero. (Modelo tarifario)	Porcentaje	0%	40%	20%	20%	20%	100%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
META 8. Durante el primer año de este plan conformar la entidad y cumplir todos los trámites legales, administrativos, financieros y técnicos que sean requeridos	Número	1	0	0	0	0	1
META 9. Poner en marcha un plan de transición que un plazo máximo de dos (2) años después de constituida le permita a esta empresa asumir de manera gradual y ordenada el manejo de la labores que le sean delegadas.	Porcentaje	20%	80%	0%	0%	0%	100%
META 10. Tener una operación completa y consolidada la operación de la empresa asesora de gestión administrativa y técnica al finalizar el tercer año de operación (2019).	Porcentaje	20%	30%	30%	20%	0%	100%
META 11. Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo que	Porcentaje	15%	25%	20%	20%	20%	100%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2019. (EAGAT)							

8. GRUPO OBJETIVO:

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2016	2017	2018	2019	2020
Total población de Bogotá	7.980.002	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801
Total individuos priorizados	7.980.002	8.080.734	8.181.047	8.281.030	8.380.801

Características del grupo objetivo

Cuantificación de la población	7.980.002
Identificación de la población priorizada	Población Subsidiada (1.291.158) PPNA (188.245)
Identificación de la población Atendida	2.746.067 575.594 (Atenciones)
Identificación de la población por atender	Población Subsidiada (1.291.158) PPNA (188.245)

9. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

Cód.	Nombre	Entidad	Fecha
	Análisis de Motivos para la Reorganización del sector salud en el Distrito Capital	Secretaria Distrital de Salud	Febrero 22 de 2016
	La Política del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	Ministerio de Salud y Protección Social	Noviembre 2015
	Resolución 1441 de 2016, "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones".	Ministerio de Salud y Protección Social	Abril 2016

10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO [En \$]

EJECUTADO	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)
-----------	------------------------------------

	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL PROYECTO	9.728.216.395	18.672.811.362	15.751.686.361	30.751.686.361	19.348.686.361	94.253.086.840
DOTACION	1.317.080.448	12.826.006.883	9.612.541.658	24.305.584.423	15.938.050.415	63.999.263.827
ADMINISTRACION INSTITUCIONAL	254.730.790					254.730.790
SUBSIDIOS Y OPERACIONES FINANCIERAS	5.000.000.000					5.000.000.000
TALENTO HUMANO	3.156.405.157	5.846.804.479	6.139.144.703	6.446.101.938	3.410.635.946	24.999.092.223

Fuente	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	Total
Recursos Administrados	-	8.409.125.000	8.409.125.000	8.409.125.000	8.409.125.000	33.636.500.000
Recursos del Distrito	9.728.216.395	10.263.686.362	7.342.561.361	22.342.561.361	10.939.561.361	60.616.586.840
Total	9.728.216.395	18.672.811.362	15.751.686.361	30.751.686.361	19.348.686.361	94.253.086.840

11. OBSERVACIONES

El proyecto de Inversión denominado **Organización Y Operación De Servicios De Salud En Redes Integradas**, para la vigencia 2016 - 2020 inicia con una asignación presupuestal de \$94.253.086.840 millones de pesos.

12. DILIGENCIAMIENTO:

Nombre: Julian Hernandez Peña
Cargo Profesional Especializado
Teléfono EXT. 9007 – jahernandez@saludcapital.gov.co

Nombre: Consuelo Peña

Nombre: Sandra Roza Bolaños

Nombre: Carlos Ariel Rodriguez Suarez

Nombre: Ana Lucia Villegas Rodriguez

13. CONCEPTO DE VIABILIDAD

Aspectos Revisar:	S/N
•	
•	

14. CONCEPTO Y SUSTENTACIÓN

	S/N
Aprobó:	
Responsable : SULBY PATRICIA McBAIN MILLÁN	
Cargo profesional /	Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento
Entidad SDS	