

# Proyecto 'Nuevo modelo de remuneración: Presupuesto global prospectivo, por actividad final con incentivo de desempeño'

(Versión preliminar 10)

**Secretaría Distrital de Salud**

**Proyecto ‘Nuevo modelo de remuneración:**

**Presupuesto global prospectivo, por actividad final con incentivo de desempeño’**

**(Versión preliminar 10)**

**Bogotá, 27 de junio de 2017**

**Equipo técnico del proyecto**

**Modelo estructurado por**

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

**Gerente del proyecto**

Carlos Ariel Rodríguez Suárez

**Equipo técnico**

Diego Felipe Rengifo Velásquez

Jesús Augusto Vizcaíno Bejarano

Manuel Alexander Blanco Roa

Sandro Guío Contreras

**Grupo Asesor Uniandes**

David Bardey

Giancarlo Buitrago Gutiérrez

## Contenido

Introducción

Justificación

1. Marco teórico conceptual

1.1. Generalidades

2. Modelos de remuneración en Colombia

3. Nuevo modelo de remuneración Presupuesto global prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño PGPAFID

3.1 Pago por desempeño

3.1.1 Definición

3.1.2 Teoría de base

3.1.3 ¿Qué recompensar?

3.1.4 ¿A quiénes se debe recompensar?

3.1.5 ¿Cómo recompensar?

3.1.6 Mecanismo de pago por desempeño propuesto

4. Documento de armonización del nuevo modelo de remuneración con los demás modelos de salud territorial

4.1 Salud digital

4.2 Modelo de gobernanza

4.3 Modelo de aseguramiento

4.4 Modelo de prestación de servicio de salud

5. Articulación del proyecto con el Plan Territorial de Salud (2016-2020) Bogotá Mejor para Todos

5.1 Plan de Intervenciones Colectivas

- 5.2 Situación actual
- 5.3 Plataforma estratégica
- 5.4 Misión
- 5.5 Visión
- 5.6 Componentes del modelo
- 5.7 Gobernanza
- 5.8 Vigilancia en salud pública
- 5.9 Programas y acciones prioritarias en salud pública
- 5.10 Espacio público
- 5.11 Espacio vivienda
- 5.12 Espacio escolar
- 5.13 Espacio trabajo
- 6. Marco normativo
- 7. Objetivos
  - 7.1 Objetivo general
  - 7.2 Objetivos específicos
- 8. Plan de Intervenciones Colectivas
  - 8.1 Metas
- 9. Ventajas y desventajas
  - 9.1 Ventajas para el usuario
  - 9.2 Ventajas para el prestador
  - 9.3 Ventajas para el asegurador
  - 9.4 Desventajas
- 10. Metodología

- 10.1 Definir población objetivo
  - 10.1.1. Población del régimen subsidiado
  - 10.1.2. Población en movilidad
  - 10.1.3. Poblaciones especiales
  - 10.1.4. Población conexas
    - 10.1.4.1 Población del régimen contributivo
    - 10.1.4.2 Población PSPIC
    - 10.1.4.3 Población PPNA
- 10.2 Identificar el valor UPC presupuesto del modelo de pago
- 10.3 Identificar la población asegurada por Régimen, EPS, por grupo etario y subred de residencia.
- 10.4 Distribución de población sin subred asignada con base en el peso porcentual de la distribución por subred por cada grupo etario.
- 10.5 Asignación de UPC por grupo etario
- 10.6 Cálculo de UPC por subred (población por grupo etario por UPC).
- 10.7 Determinación del techo presupuestal del nuevo modelo de remuneración pago por red, por actividad final con incentivo de desempeño (PGPAFID).
- 10.8 Determinación de las actividades finales y sus tipologías
- 10.9 Determinación de la producción y el rendimiento observados por cada actividad final en función de la capacidad instalada de la red
- 10.10 Determinación de la producción y el rendimiento esperados por cada actividad en función de la capacidad instalada actual de la red en el marco de la nueva forma de pago
- 10.11 Estructura de la tarifa
- 10.12 Determinación del costo unitario de las actividades finales

- 10.13 Selección de tarifa
- 10.14 Incentivos en la forma de pago presupuesto global prospectivo por actividad final
  - 10.14.1 Incentivos monetarios implícitos en la tarifa
  - 10.14.2 Incentivos no monetarios o de prestigio
- 10.15 Rendimientos e instrumentos de medición
- 10.16 Mejoramiento de producción y de costos
  - 10.16.1 Metodología para el cálculo de sendas de producción y de costos
  - 10.16.2 Sendas de producción y de costos
  - 10.16.3 Proyecciones de cambio en producción y costos
- 10.17 Fórmula para entrega de incentivos
- 10.18 Resultados de aplicación de las metodologías de incentivos y sendas descritas
  - 10.18.1 Proyección de déficit operativo de las 4 Subredes frente a tarifa eficiente.
  - 10.18.2 Proyección de déficit UPC
- 10.19 Tarifa de actividades no incluidas
- 10.20 Copagos en el nuevo modelo de remuneración
  - 10.20.1 Protección específica y detección temprana
- 10.21 Determinación de tarifas
- 10.22 Incentivos en PyD
- 10.23 Tarifas Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)
  - 10.23.1 Elementos del costo de funcionamiento del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)
    - 10.23.1.1 Costos de personal directo (talento humano PSPIC)
    - 10.23.1.2 Costos de insumos directos
    - 10.23.1.3 Costos generales

10.23.1.4 Costos de distribución de centro de estructura

10.24 Cálculo y construcción de unidades de costeo del PSPIC

10.25 Construcción de tarifas PSPIC abril 2017-febrero 2018

10.26 Formas de pago

11. Presupuesto del proyecto

12. Indicadores del proyecto

Glosario

Referencias

Lecturas recomendadas

Lista de anexos



## **Introducción**

El Programa de Gobierno “Bogotá Mejor para Todos” incluye el Plan Territorial de Salud (PTS), enmarcado en las Leyes 1751 del 2015 (Ley Estatutaria de Salud) y 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo) basado en cinco ejes, de los cuales el nuevo mecanismo de *Presupuesto Global Prospectivo, por actividad final con incentivos de desempeño* es fundamental para la operación integral, técnica, administrativa y financiera de la reforma del sistema de seguridad social en el Distrito Capital. La reforma basada en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) es la encargada de brindar los lineamientos del sistema para el logro de 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, eficiente y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”; además, de implementarla a través del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), de modo que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para orientar la intervención de los diferentes actores del sistema hacia la transformación de la atención (MinSalud, 2016).

Las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) deben permitir ejecutar el MIAS y, a su vez, eliminar uno de los mayores problemas de la atención en salud: la fragmentación o falta de integralidad; así mismo, fortalecer los requerimientos para el cumplimiento de las acciones por parte de los prestadores, la consolidación de las redes integradas de atención, los procesos de gestión de riesgo y los requerimientos de información para el MIAS. Las RIAS son el conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo, de esta forma la PAIS se convierte en el mecanismo de comunicación y operacionalización entre seguridad social y sistema de salud (MinSalud, 2016).

La nueva forma de pago y los nuevos modelos de atención y aseguramiento pretenden corregir la ineficiencia mencionada anteriormente. El nuevo PTS busca la sostenibilidad financiera

del sistema rompiendo la estructura de negocio actual y los altos costos de transacción que generan las formas de contratación actualmente, lo cual facilitará que los actores del sistema logren mayores estándares de calidad y utilización de recursos bajo esquemas de contratación modernos, que terminarán impactando de manera positiva la salud en la ciudad.

El modelo de remuneración constituye el quinto eje del nuevo Plan Distrital de Salud para ser aplicado en el cuatrienio 2016-2020 y busca llevar al asegurador y al prestador a una mayor eficiencia, eficacia y efectividad, que redundará en calidad en la prestación de los servicios y mayor satisfacción de los usuarios. Con base en las necesidades de atención de la población se determinan los recursos necesarios (humanos, tecnológicos, dispositivos médicos, de apoyo, entre otros), los rendimientos (entendidos como el número de actividades realizadas con un equipo, instrumento o área física por unidad de tiempo) y la producción en condiciones de eficiencia; para ello, el ente territorial y las EPS, como responsables de que la población acceda efectivamente a la utilización de los servicios, a través de una central telefónica para agendamiento de citas, dispondrá de las agendas, de acuerdo con la oferta, garantizando la óptima utilización de la capacidad instalada dentro de la Red Integrada de Servicios de Salud. Dicha Red prestará sus servicios en Unidades Básicas de Atención (UBA) o unidades de servicios ambulatorios, en las que se prestarán servicios de medicina general y especializada, laboratorio, imagenología, odontología y enfermería, con las especialidades y servicios de apoyo diagnóstico altamente resolutivos; todo esto complementado por los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), que pretenden descongestionar los servicios de urgencias hospitalarios y por las unidades de servicios complementarios que prestan los servicios hospitalarios en todos sus componentes (urgencias, hospitalización y quirófanos) operados como centros de excelencia.

En este documento se describe la metodología para la formulación del nuevo modelo de remuneración, la cual tendrá ajustes en la medida en que su implementación lo requiera y se

pretende que sea fuente de consulta de los actores del sistema: la SDS, FFDS, EPS Capital Salud, Subredes Prestadoras de Servicios de Salud ESE, usuarios del sistema y la población en general, con el fin de conocer la herramienta de Presupuesto Global Prospectivo con incentivos de desempeño para la gestión del sistema de seguridad social en el Distrito Capital.

## **Justificación**

El actual modelo muestra una fragmentación que evidencia la falta de complementariedad e integralidad en la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), así como su desarticulación con las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), lo que ocasiona diversas dificultades en la optimización de los servicios y genera altos costos de operación para todos los actores del sistema, entre los que se incluyen:

- Altos costos de transacción generados en los procesos de autorización, auditoría, facturación, cartera y glosas.
- Problemas de flujo de recursos financieros desde el territorio, aseguradores y prestadores.
- El cálculo de la UPC es diferente para el régimen subsidiado, no incluye el porcentaje de administración y el valor de pago por actividades de protección específica y detección temprana (PyD) que sí se asigna para el régimen contributivo.
- Dificultades en la consecución de nuevas fuentes de financiación.
- Los procesos de contratación son segmentados por niveles de atención y no le permiten a los hospitales una posición equilibrada frente a los administradores de los recursos.
- Barreras o trámites administrativos dispendiosos para la autorización de servicios por parte de las EPS.
- Carencia de una red integrada; además los débiles sistemas de información en salud están centrados en el evento y no en los usuarios, por lo tanto no soportan adecuadamente la gestión de la información requerida para la toma de decisiones.

La formulación de un nuevo modelo de remuneración o pago por red por actividad final con incentivos de desempeño, propuesto como un eje del Plan Distrital de Salud pretende generar

mayor eficiencia administrativa y mejores niveles de calidad en la atención en salud, entendida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, con nivel profesional asistencial óptimo y que contemple el balance entre beneficios, riesgos y costos. Lo anterior, con el fin de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios, con atributos de continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad en la prestación de servicios por parte de las redes integradas (Decreto 1011 de 2006), las ESE que las conforman y Capital Salud EPSS SAS.

A la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como Dirección Territorial de Salud con integración vertical por tener mayoritariamente el control de Capital Salud y la tutela sobre la red prestadora distrital, se le facilita ejecutar la reforma propuesta en el Plan de Desarrollo Distrital de Salud 2016-2020.

Consecuentemente con lo anterior, se expidió el acuerdo 641 de 2016 que reorganizó el sector salud del Distrito Capital con la fusión de las veintidós Empresas Sociales del Estado (ESE) en cuatro subredes integradas: Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente y la creación de otras entidades e institutos que liderarán la gestión y el control del riesgo en el modelo de aseguramiento propuesto, garantizando el derecho a la salud y al desarrollo humano en la ciudad.

Con la creación de un nuevo modelo de atención en salud que organiza la red de prestadores de servicios de salud, se fortalece la red pública, en el marco de la normatividad vigente, mediante cuatro componentes: 1. Subredes Integradas de Servicios de Salud. 2. Habilitación y acreditación de Calidad de los Servicios de Salud. 3. Pago por Red con Incentivos al Desempeño. 4. Entidad Asesora de Gestión administrativa y Técnica (EAGAT), para proporcionar una atención integral como respuesta a las necesidades y expectativas de la población.

Este nuevo modelo incluye un portafolio integrado de servicios, tanto individuales como colectivos de responsabilidad de los diferentes actores del sistema, los modelos de atención de

salud familiar y comunitaria, de Atención Primaria en Salud (APS) y atención domiciliaria (Ley 1122 de 2007 lit. i, art. 33), con el fin de afectar los determinantes de salud que inciden en la calidad de vida de la población residente en Bogotá y reducir los diferenciales e inequidades de salud presentes entre grupos y localidades, bajo un enfoque de gestión del riesgo en salud; con ello las subredes replantearán su portafolio de servicios de acuerdo con los requerimientos en salud de su población asignada, soportados en perfiles o estudios epidemiológicos para hacer más racional y eficiente el uso de los recursos disponibles y mejorar la cobertura y la continuidad en la atención. Esta nueva forma de pago que propone la SDS mejorará de manera ostensible el flujo de los recursos y la operación de los nuevos modelos de aseguramiento, de prestación de servicios, de gobernanza y de atención en salud, a la par que permite la autosostenibilidad de Capital Salud y de las cuatro subredes ESE.

El nuevo modelo de remuneración o forma de Presupuesto Global Prospectivo con incentivos de desempeño se convierte en un factor integrador del proceso de atención al usuario a través de las cuatro subredes integradas de servicios de salud y de las rutas de atención en salud.

La relación entre la EPS Capital Salud y la red de prestadores de servicios de salud del Distrito Capital, es una relación de integración vertical. En la cual, tanto la EPS como los hospitales son propiedad del Distrito Capital (mayoritariamente en el caso de la EPS), por tal razón la relación contractual entre estos dos actores, debe aprovechar las ventajas económicas de la integración.

Como lo definen Bardey y Buitrago, “la integración vertical es el proceso mediante el cual dos eslabones de una cadena productiva se integran en una sola empresa. En el sector de la salud, este proceso se entiende como la integración entre el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, y aunque puede existir integración en muchos otros componentes de la cadena de servicios de salud, ésta es la que ha ocupado más la atención de los legisladores y reguladores” (2016). En el caso específico de la relación entre la EPS Salud Capital y la red pública de prestadores de

servicios de salud del Distrito Capital, se configura perfectamente un escenario de integración vertical. En el caso de la EPS, aunque tiene una personería jurídica mixta, el Distrito Capital es el dueño mayoritario de la EPS, y en el caso de los hospitales, todos dependen directamente del Distrito Capital.

Las ventajas económicas expuestas de la integración vertical (Bardey & Buitrago, 2016) están dadas principalmente por:

1. Externalidades horizontales y verticales: en presencia de integración vertical, se puede disminuir el fenómeno de “doble marginalización”, lo que corresponde a que el productor (en este caso los hospitales) internalicen la ganancia marginal del comprador (en este caso la EPS) (Spengler, 1950). Lo anterior es un fenómeno de externalidad vertical. Una externalidad horizontal puede ocurrir, cuando los agentes del renglón de abajo, en medio de la competencia entre ellos, toman decisiones que terminan afectando positivamente a los agentes del renglón de arriba. En nuestro caso, el renglón de abajo está conformado por los hospitales y el renglón de arriba por la EPS.
2. Reducción de los costos de transacción: una ventaja de la integración vertical es que permite disminuir los costos de transacción, especialmente cuando se realizan muchas transacciones entre los agentes. La teoría microeconómica dice que el nivel de los precios en una transacción no se determina solamente por las fuerzas respectivas de la demanda y de la oferta, sino que también por el balance de poder entre las firmas. Este balance de poder depende de los flujos continuos que pueden afectar las firmas, los cuales conducen a aumentar el número de transacciones entre ellas. La multiplicación de estas transacciones incrementa entonces la oportunidad para renegociar, lo cual, en exceso, puede afectar la eficiencia de las transacciones entre las firmas. Una manera de eliminar o por lo menos

reducir este problema es usar un mecanismo de integración vertical que deja menos espacio para la renegociación entre las entidades que son parte de una misma firma (Tirole, 1999).

3. La negociación de precios: Las empresas del renglón de abajo (hospitales) que tienen integradas una o varias firmas del renglón de arriba (EPS) tienen un mayor poder de negociación a momento de firmar contratos con otras firmas del renglón de arriba. Este mayor poder de negociación se debe a que las firmas integradas, por producir sus insumos, tienen un mayor conocimiento sobre los costos incurridos que las firmas que no tienen integración vertical. Por lo tanto, la integración vertical no solamente permite a las firmas obtener los insumos a menores costos cuando los producen, sino que cuando externalizan el servicio, padecen de una menor asimetría de información por el conocimiento que tienen internamente sobre los procesos de producción y de sus costos. Además, los costos de las firmas integradas pueden servir de punto de amenaza en la negociación en caso de externalización (Bardey & Buitrago, 2016). Esto quiere decir que tanto los hospitales, como las EPS, tienen mayor capacidad de negociación con otros proveedores de servicios.

Lo expuesto previamente nos lleva a pensar que los costos de la prestación de servicios de salud, los cuales debe asumir la EPS Capital Salud por medio de los hospitales del Distrito Capital, se deben beneficiar de la integración vertical existente. Finalmente, esta integración vertical nos da la libertad de diseñar las tarifas, que son los precios de los servicios prestados por parte de las redes de prestación de servicios de salud del Distrito Capital a la población afiliada de la EPS Capital Salud, las cuales deben responder a las necesidades del Distrito Capital, como dueño de ambos actores, y, por tanto, a las necesidades de los ciudadanos de Bogotá.



## **1. Marco teórico conceptual**

### **1.1 Generalidades**

En el país, la salud se ha abordado desde la enfermedad dejando al sector la responsabilidad de la atención de los daños ocasionados por un proceso histórico, político, económico y social complejo, que deteriora las condiciones de vida de la población. Para enfrentar esto se debe comprender la salud como un proceso pluridimensional, que genera situaciones específicas en la población determinadas por una serie de factores que van desde los estructurales de la sociedad y el modelo de desarrollo, hasta los que se explican por la biología y la genética. El sistema de salud en el cual se encuentra inmersa la Ciudad está determinado por una serie de interacciones complejas entre los diferentes agentes y actores que lo hacen inaccesible, que no resuelven los problemas de salud de personas, familias y grupos y perpetúa condiciones insalubres para grupos y territorios segregados.

Entre los factores que explican la situación de salud de la población del Distrito Capital se incluyen aquellos de orden estructural, como variaciones entre individuos o atributos individuales; la desigualdad económica y social persistente entre territorios y grupos; los acelerados procesos de urbanización y crecimiento de la ciudad; la migración del campo a la ciudad; la frágil cultura ciudadana; la inadecuada formación, educación y las actitudes de la población frente a su salud. Las desigualdades e inequidades se expresan en las diferencias sociales y territoriales; las estadísticas pueden ocultar las causas reales del proceso salud-enfermedad, razón por la cual, se ha hecho un esfuerzo por explicar los datos capturados por distintas fuentes, haciendo énfasis en su territorialización y discriminación por grupos de edad, sexo, discapacidad, raza, religión y estrato social.

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; es decir, 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 han incrementado las lesiones por causa externa, las adicciones y las 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 obstructiva crónica (EPOC) o coronaria, 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 interviene oportunamente sobre los factores de riesgo. Dichos factores están condicionados por aspectos 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 los 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.

## 2. Modelos de remuneración en Colombia

El actual modelo de atención en salud, caracterizado por la falta de complementariedad e integralidad en la prestación de los servicios, así como por sus altos costos de transacción generados en los procesos de autorización, auditoría, facturación, cartera y glosas, se desarrolla bajo diversas formas de contratación definidas por las normas vigentes para el pago de los servicios por parte de los aseguradores a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a saber:

***Pago por capitación:*** “Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tiene derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tienen derecho a ser atendidas” (Presidencia, Decreto 4747 de 2007, art. 4, lit. a).

En esta modalidad de contratación y pago, el asegurador traslada la responsabilidad de la gestión del riesgo al prestador y en este caso, una de las dificultades identificadas consiste en el riguroso control de costos en la prestación del servicio. Esto puede ocasionar, en los casos más graves, que no se brinden las atenciones necesarias para garantizar el nivel adecuado de asistencia y de calidad en el servicio o que se seleccionen las personas que demanden menos atención y/o que consuman menos recursos, lo que refleja la capacidad o incapacidad tanto del prestador como del asegurador de gestionar el riesgo y de costearlo; ejemplos de esta situación son la baja cobertura de actividades de protección específica y detección temprana; la doble facturación de actividades (actividades capitadas convertidas en evento) y la baja productividad y efectividad del primer nivel, el cual, con el fin de contener costos deja de cumplir con sus actividades, las cuales pasan a ser atendidas por un nivel de complejidad superior a modo de evento.

***Pago por evento:*** “Mecanismo de pago que se genera a partir de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye

cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente” (Presidencia, Decreto 4747 de 2007, art. 4, lit. b).

Este pago se determina después de la atención, toda vez que depende de los requerimientos de cada paciente y puede generar o no glosas posteriores, dependiendo de la documentación de soporte.

Esta modalidad de pago es señalada como poco eficiente, porque estimula la sobreutilización de servicios y el gasto excesivo de recursos e incentiva al prestador para aumentar los costos del servicio porque le genera mayores ingresos.

***Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:***

“Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente” (Presidencia, Decreto 4747 de 2007, art. 4, lit. c).

La implementación de este tipo de pago privilegia su utilización en tratamientos cuyos protocolos de atención y los costos de la misma están suficientemente especializados y estandarizados. No ofrece las herramientas necesarias y suficientes para su aplicación en el Distrito Capital, dadas las condiciones de aseguramiento y financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y presupone un mayor tiempo de implementación.

***Pago fijo global prospectivo por paciente atendido:*** Consiste en establecer una tarifa fija por conjuntos de atención que incluyen una o varias actividades establecidas en los contratos suscritos entre las partes. El pago se hace por consulta médica, tratamientos terminados en odontología (operatoria, cirugía y endodoncia), urgencias odontológicas, partos y otras atenciones.

Anualmente se establecen las condiciones y los contenidos de la atención mediante contratos entre el hospital y la entidad que efectúa el pago. Las condiciones de la contratación y las relaciones derivadas de ella dan todo el control al pagador.

***El contrato por presupuesto global prospectivo:*** Se constituye alrededor de la relación entre capacidad instalada del hospital y demanda esperada en un territorio definido. No hay precio individualizado por persona ni por evento de atención. El presupuesto asignado se define a partir del costo de prestación de servicios a la demanda de referencia ejecutado en la vigencia anterior y teniendo en cuenta la demanda global de servicios a la institución. Se paga en forma prospectiva, con base en un plan de desembolsos. Debe estar predefinido en un conjunto de servicios comprometidos por el hospital, ligado a su capacidad instalada y al área de referencia que cubre.

Hay transferencia parcial del riesgo, en la medida en que existe un tope presupuestal frente a una demanda incierta. El presupuesto aceptado en el contrato se constituye en tope de pago para el ente territorial por la población y beneficios incluidos. El principal problema del contrato con presupuesto es que el hospital tiende a racionar los servicios a la población con el fin de manejar el costo variable.

Los contratos por presupuesto global prospectivo se segmentan de acuerdo con la disponibilidad de hospitales del territorio, la asignación de poblaciones, la distribución del plan de beneficios y el nivel de atención de las instituciones.

El Ministerio de Salud y Protección Social elaboró un proyecto de decreto de nuevas formas de pago en el sistema de Seguridad Social en Salud, en el que se contempla, en el artículo 2.5.3.4.7 Modalidades de contratación y de pago y sus requisitos mínimos:

***Literal e. Presupuesto global prospectivo.***

*Suma global que se establece por anticipado para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención, acordados*

*previamente entre el pagador y el prestador. En esta modalidad además de los requisitos previstos en el artículo anterior en los contratos deberán pactarse los siguientes:*

- 1. Número de episodios de atención*
- 2. Especificación de las tecnologías en salud cubierta y no cubiertas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos*
- 3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.*
- 4. Monto global del número de episodios incluidos y el valor de cada uno de ellos.*
- 5. Uso de guías clínicas y protocolos de atención.*
- 6. Condiciones de ajuste cuando no se cumpla con la suma global pactada.*

***f. Presupuesto global prospectivo con margen de riesgo.***

*Suma global que se establece por anticipado para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un conjunto de episodios de atención o de tecnologías en salud, acordados previamente entre el pagador y el prestador y que incorpora un margen de riesgo. En esta modalidad además de los requisitos previstos en el artículo anterior en los contratos deberán pactarse los siguientes:*

- 1. Conjunto de episodios de atención o de tecnologías en salud incluidos.*
- 2. Especificación de las tecnologías en salud cubiertas y no cubiertas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.*
- 3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.*
- 4. Monto global del presupuesto y el valor de cada uno de los episodios de atención o de las tecnologías en salud.*
- 5. Uso de guías clínicas y protocolos de atención.*
- 6. El margen de riesgo establecido en términos porcentuales y en igualdad de condiciones, por exceso o defecto, del monto global del presupuesto.*

*En esta modalidad de contratación se podrán pactar números mínimos o máximos de los conjuntos de episodios de atención o de tecnologías en salud que deben ser prestados con cargo al monto global del presupuesto.*

#### **Artículo 2.5.3.4.8 Incentivos.**

*Como parte de los acuerdos de voluntades, las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud podrán incluir incentivos orientados a mejorar la eficiencia, el desempeño y los resultados en salud. Los incentivos pueden ser monetarios y no monetarios:*

**a. Incentivos monetarios:** *Estímulos financieros que pueden tomar diferentes formas tales como, pagos adicionales, programas de tarifas vinculadas al desempeño, pago por desempeño.*

**b. Incentivos no monetarios:** *Estímulos orientados a la cooperación para el fortalecimiento del talento humano, tecnologías de información y aquellos elementos que contribuyan al mejoramiento y calidad en la atención en salud, la gestión clínica y reducción de trámites en la prestación y pago de los servicios. Estos no deben entenderse como parte o sustituto del valor pactado según la modalidad de contratación y de pago.*

*El nuevo modelo de remuneración de Presupuesto Global Prospectivo, por actividad final con incentivo de desempeño fusiona diferentes modalidades de pago, como Presupuesto Global Prospectivo con Margen de Riesgo y el Pago Fijo Global Prospectivo por paciente atendido adicionando incentivos de desempeño. Es la nueva forma en que Capital Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) pagarán de ahora en adelante a las subredes por las atenciones en salud que estas presten a sus afiliados. Es un mecanismo mediante el cual se pagan únicamente actividades finales (consulta, hospitalización, cirugía y PIC), la unidad de pago la constituye cada actividad final prestada, con unas tarifas integrales definidas previamente.*

*La tarifa está calculada en condiciones de eficiencia y con rendimientos óptimos de utilización de la oferta (capacidad instalada) en donde se considera que la tarifa es igual al costo,*

el control sobre las actividades intermedias es del prestador y es un pago integral por que reconoce todos los costos de operación, administrativos y de actividades intermedias relacionadas con la actividad final, a través de cinco cargos incluidos en la tarifa: Cargo por disponibilidad, Cargo variable, Cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico, Cargo por traslado secundario y Cargo por administración.

Es un pago que reconoce más recursos en forma de incentivos conforme el prestador mejora su desempeño. Los incentivos son de dos tipos: los primeros están implícitos en la tarifa haciendo que esta les sea más competitiva en la medida que logran una mejor utilización o eficiencia de los recursos. Los segundos, son recursos monetarios adicionales a la tarifa que premian la efectividad del accionar de los prestadores en la salud de las comunidades y la calidad en la prestación de los servicios.

La implementación de este tipo de pago privilegia la eficiencia administrativa del prestador y mejora las relaciones con el asegurador, al disminuir al máximo los costos de transacción que implican los procesos de autorización, facturación y auditoría, así como también, premia el desempeño con calidad en la atención y el aumento en las coberturas de las actividades de protección específica y detección temprana.

En esta modalidad de contratación se pactarán los siguientes requisitos:

1. Conjunto de episodios de atención o de tecnologías en salud incluidos: En términos de producción mínima y producción esperada para cada una de las tipologías.
2. Especificación de las tecnologías en salud cubiertas y no cubiertas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos: Entendidas como los portafolios de servicios de salud debidamente habilitados por las subredes ESE, así como la lista de actividades no incluidas (derivadas de actividades consideradas fuera de rango [*outliers*]).



3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados: Determinado por el cumplimiento de los indicadores de calidad e impacto en la calidad de la salud de las comunidades.
4. Monto global del presupuesto y el valor de cada uno de los episodios de atención o de las tecnologías en salud: Se define un monto global de presupuesto equivalente a un porcentaje de la unidad de pago por capitación (UPC) de Capital Salud y se cuenta con un valor estimado para cada uno de los episodios en condiciones de eficiencia.
5. Uso de guías clínicas y protocolos de atención: Los protocolos y guías de práctica clínica harán parte integral del contrato.
6. El margen de riesgo establecido en términos porcentuales y en igualdad de condiciones, por exceso o defecto, del monto global del presupuesto: Se pactarán números mínimos o máximos de los conjuntos de episodios de atención o de tecnologías en salud (tipologías de atención) que deben ser prestados con cargo al monto global del presupuesto.

El nuevo modelo de remuneración premia de manera importante las acciones de protección específica y detección temprana (PyD) en lo individual y de PIC en lo colectivo, razón por la cual se va impactar positivamente la salud de las comunidades disminuyendo la carga asistencial y, por ende, el riesgo que traslade el asegurador al prestador, garantizando la verdadera operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Por otra parte, el nuevo modelo participa en el cumplimiento de las metas 6 y 7 del proyecto 1189 - Organización y operación de servicios de salud en redes integradas, así:

- 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).

- 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. (SDS, 2016a, p. 37)

### **3. Nuevo modelo de remuneración Presupuesto global prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño (PGPAFID)**

#### **3.1 Pago por desempeño**

Todos los sistemas de salud se caracterizan por una tensión entre el objetivo de mejorar la calidad de la prestación y controlar los costos de la atención. La implementación de incentivos explícitos, principalmente financieros, condicionados a la obtención de desenlaces esperados en la calidad de la prestación de los servicios, ha sido una de las respuestas a esta tensión en las últimas dos décadas.

Estos mecanismos, generalmente llamados mecanismos de pago por desempeño, se basan en teorías económicas y psicológicas, las cuales se pueden resumir a través de las siguientes premisas (Eijkenaar, Emmert, Scheppach, & Schöffski, 2013; Mannion & Davies, 2008):

1. Los incentivos financieros motivan cambios de comportamiento.
2. Estos cambios de comportamiento, llevan a mejoras en calidad y desempeño.
3. Los administradores y diseñadores de política, pueden distinguir entre los aspectos de la actividad clínica que producen beneficios y los que no lo producen.
4. Los beneficios netos de los incentivos financieros superan cualquier consecuencia no deseada o negativa.

Países y actores dentro de los sistemas de salud han utilizado un amplio rango de mecanismos de pago por desempeño, con gran heterogeneidad en los escenarios usados. Existen reportes de la literatura que presentan una caracterización adecuada de los mecanismos usados, los cuales concluyen que el éxito de un mecanismo de pago por desempeño dependerá del diseño y de los detalles institucionales que caracterizan este mecanismo (Cashin, Chi, Y-Ling, Smith, Peter, Borowitz, Michael, & Thomson, Sarah, 2014; Eijkenaar et al., 2013). En particular, estos mecanismos de pago por desempeño tienen mejores resultados en escenarios clínicos donde se puede lograr una alta estandarización de procesos y unos objetivos terapéuticos precisos.

### 3.1.1 Definición

En las últimas décadas el gasto en salud se ha incrementado en muchos países de ingresos medios y bajos; sin embargo, este incremento no está correlacionado con mejoras en la calidad de la presentación de servicios de salud (World Health Organization, 2017). Algunos autores consideran que los esquemas de pago por desempeño son un instrumento que permite ayudar a reorientar problemas estructurales de la presentación de servicios de salud, como la baja responsabilidad por parte de los actores, que genera grandes ineficiencias e inequidades (Meessen, Soucat, & Sekabaraga, 2011).

La OCDE realizó una revisión de literatura que presenta las principales definiciones utilizadas por organizaciones internacionales, de lo que interpretan como pago por desempeño. La tabla 1 presenta el resumen de las definiciones utilizadas.

**Tabla 1. Definiciones de pago por desempeño**

<b>Organización</b>	<b>Definición</b>
AHRQ	Pagar más por desempeño en métricas de calidad.
CMS	El uso de métodos de pago y otros incentivos para fomentar mejoras de la calidad y el cuidado de alto valor centrado en el paciente.
RAND	Estrategia general de promoción de mejoramiento de la calidad a través de la recompensa a los proveedores (médicos, clínicas u hospitales) que cumplan ciertas expectativas de desempeño con respecto a la calidad o la eficiencia en el cuidado de la salud.
Banco Mundial	Una serie de mecanismos diseñados para mejorar el desempeño del sistema de salud a través de pagos basados en incentivos.

USAID	El pago por desempeño introduce incentivos (generalmente financieros) para recompensar el logro de resultados positivos en salud.
Centro del Desarrollo Global	Transferencia de dinero o bienes materiales condicionada a la realización de una acción medible o a alcanzar un objetivo de desempeño predeterminado.

*Fuente:* Tomado de: Cashin et al. (2014).

Existen muchos contextos en los que los modelos de pago por desempeño han sido utilizados. La tabla 2 presenta el listado de países OCDE que han utilizado el pago por desempeño. OCDE describe en el 2012 la utilización de este mecanismo en varios países como: Australia, Bélgica, Chile, República Checa, Francia, Alemania, Corea del Sur, Luxemburgo, México, Holanda, Nueva Zelanda, Portugal, España, Suecia, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos. En estos programas, los objetivos principales del mecanismo de pago por desempeño fueron: desenlaces clínicos, utilización adecuada de procesos, satisfacción del paciente y experiencia del paciente (Cashin et al., 2014).

**Tabla 2. Uso de pago por desempeño en países OCDE**

País	Atención primaria	Cuidado especializado	Hospitales
Alemania			
Australia			
Austria			
Bélgica			

Canadá			
Chile			
Dinamarca			
Eslovaquia			
Eslovenia			
España			
Estados Unidos			
Estonia			
Finlandia			
Francia			
Grecia			
Holanda			
Irlanda			
Islandia			
Israel			
Italia			
Japón			
Luxemburgo			
México			
Noruega			
Nueva Zelanda			

Polonia			
Portugal			
Reino Unido			
República Checa			
República de Corea			
Suecia			
Suiza			
Turquía			

Nota: Las celdas sombreadas corresponden al país y al escenario en los cuales el pago por desempeño se ha utilizado.

*Fuente:* Tomado de Cashin et al. (2014).

### 3.1.2 Teoría de base

La teoría que subyace en muchos de los programas de pago por desempeño, puede ser incluida en la literatura económica de agente-principal. Un principal (como un paciente, o algunas veces en el sistema de salud, un comprador) desea estructurar una relación contractual con un agente (el cual puede ser un médico o una organización, como un hospital), para asegurar servicios de alta calidad al menor costo. Se asume que el incremento en calidad o eficiencia, requiere “esfuerzos” por parte del agente, que deben ser compensados por medio de ganancias financieras (deben ser penalizados). El agente luego evaluará cuánto esfuerzo se debe realizar, comparando los beneficios financieros esperados con los esfuerzos requeridos. En la forma más simple de este modelo, el principal establece las recompensas financieras (o multas) para el agente, conociendo cómo el agente responderá a los incentivos incrementando su esfuerzo y, por lo tanto, mejorando el

desempeño. Para establecer el régimen de incentivos, el principal debe realizar un balance entre los costos esperados de los incentivos a pagar y las mejoras en calidad (Cashin et al., 2014).

A partir de recomendaciones de expertos (Miller & Babiarz, 2014), los aspectos que se deben tener en cuenta en el diseño de un mecanismo de pago por desempeño son:

### **3.1.3 ¿Qué recompensar?**

Como mencionan estos autores, se podría pensar *a priori* que se deben recompensar los resultados más que los procesos o estructuras/conjuntos de insumos que permiten llegar a esos resultados. Sin embargo, existe un consenso para establecer que la tecnología de producción de los resultados en salud involucra demasiados factores como para poder basar un sistema de incentivos directamente en los resultados alcanzados. Por lo tanto, los pagos por desempeño tienden a concentrarse más en procesos o estructuras/conjuntos de insumos que en resultados sanitarios. Además, en lo que concierne a este primer aspecto, *i.e.* ¿qué recompensar?, se debe tener en cuenta que los beneficiarios de estos pagos por desempeño, ya sean los prestadores o los aseguradores, pueden tener incentivos en seleccionar (aún más) los riesgos si su remuneración depende de los resultados sanitarios alcanzados. Si todo lo demás permanece constante, es más costoso obtener los mismos resultados a partir de una población de pacientes/asegurados caracterizados por un riesgo de salud mayor.

Cuando los esquemas de pagos por desempeño se basan en procesos, se requiere poder observar protocolos estandarizados para el diagnóstico y manejo de las enfermedades que padecen los pacientes. Estos procesos pueden entonces detectar problemas de subutilización de algunos procedimientos o al contrario revelar una utilización indebida o excesiva de algunos tratamientos. Cuando un esquema de pagos por desempeño se basa en las estructuras usadas, se requiere entonces observar los insumos utilizados, como el número de médicos y de enfermeras, los equipos, etc. La



publicación de los resultados puede también crear externalidades positivas en el sentido que los prestadores que obtienen resultados menos satisfactorios se pueden “inspirar” en los demás.

### **3.1.4 ¿A quiénes se debe recompensar?**

Miller y Babiarz (2014) explican que los pagos por desempeño involucran generalmente algún grado de riesgo para las entidades que los reciben, especialmente si se basan en resultados que requieren algunas inversiones, mientras que, los pagos recibidos son contingentes a los resultados alcanzados. En tal caso, las entidades que están sometidas a esos pagos no pueden ser demasiado pequeñas por cuestión de la prima de riesgo que se debería pagar a los actores sometidos a este esquema (para compensarlos por ese riesgo). Además, estos autores explican que cuando los incentivos dirigidos por un esquema de pagos por desempeño se aplican a entidades demasiado pequeñas, se pueden limitar iniciativas e innovaciones que podrían contribuir a mejorar la calidad o disminuir los costos. Sin embargo, esos autores subrayan que, *ceteris paribus*, en entidades más grandes se pueden acentuar fenómenos de pasajero clandestino entre los actores que trabajan para ellas<sup>1</sup>. Existe también el riesgo de remunerar vía pagos por desempeño a estructuras más grandes, mientras que no son necesariamente ellas quienes pueden influir directamente sobre la calidad que reciben los pacientes. Por lo tanto, se debe pensar el esquema institucional adecuado para que las entidades que reciben los pagos por desempeño transmitan estos incentivos al nivel de los actores que directamente deciden sobre la calidad.

---

<sup>1</sup> El fenómeno de pasajero clandestino proviene de que los resultados sobre los cuales se basan los pagos por desempeño son consecuencias de esfuerzos comunes mientras que los costos de estos esfuerzos son asumidos de manera privada.

### **3.1.5 ¿Cómo recompensar?**

Finalmente, Miller y Babiarz (2014) abordan también el tema de la manera como se deben recompensar a los actores del sistema para promover la calidad de los servicios. Uno de los aspectos claves es determinar cuál es la proporción de la remuneración que debe ser fija y la parte que debe ser variable en función de los pagos por desempeño. Citan varios análisis empíricos aplicados a sectores de salud (Grady, Lenkau, Lee & Caddell, 1997; Hillman, Ripley, Goldfarb, Nuamah, Weiner & Lusk, 1998; Rosenthal & Frank, 2006), los cuales revelan que los pagos por desempeño tienen que generar un cambio suficientemente importante en los ingresos de sus beneficiarios para poder generar los efectos esperados. También un esquema de pago por desempeño puede involucrar una transferencia de riesgo por lo cual los agentes, especialmente si pertenecen a estructuras pequeñas, deben ser compensados.

### **3.1.6 Mecanismo de pago por desempeño propuesto**

A partir de la literatura revisada y en conjunto con el grupo de pago por desempeño se realizó la definición del mecanismo de pago por desempeño que se propone en la relación entre la EPS Capital Salud y la red de prestadores de salud del Distrito Capital. Este mecanismo tiene como objetivo incentivar la eficiencia<sup>2</sup> y la calidad en la atención, medida con desenlaces clínicos deseables.

El mecanismo diseñado utiliza la información de las tarifas obtenidas (que se presentan en la siguiente sección) y de la propia información de cada red. Se espera que las subredes mejoren la producción de servicios, de acuerdo con la capacidad instalada y disminuyan los costos promedio (o costos unitarios) de cada una de las actividades finales presentadas.

---

<sup>2</sup> Como se observa en la revisión realizada por OCDE, la mayoría de los países que utilizan el mecanismo de pago por desempeño, tiene como objetivo mejorar la eficiencia en el consumo de recursos.

El valor que se debe pagar por cada una de las tipologías planteadas ( $T_i$ ), será igual a una ecuación que incluya los siguientes parámetros:

$C_i^0 = \text{Costo año anterior}$

$C_i^1 = \text{Costo año actual}$

$T_i = \text{Tarifa tipología } i$

$P_i = \text{Producción observada}$

$P_{ij}^* = \text{Producción óptima en cada hospital } j$

$X = \text{Tope UPC}$

$\beta = \text{Variable en Función de Objetivos}$

$P_B^* = \text{Producción Total Distrital en el año anterior}$

$P^B = \text{Producción Total Distrital Observada en el Año Actual}$

Como se observa, se requiere la información de la producción y los costos unitarios del hospital  $j$  en el período anterior, y su comparación con los datos observados en el período de evaluación.

Se presentan cuatro escenarios posibles para el mecanismo de pago por desempeño:

a. Costos eficientes, producción por debajo de la óptima. No se incentiva disminución del déficit, pero sí aumento de la producción:

$$\text{Si } \begin{cases} C_i^0 < T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_i < P_{ij}^* \end{cases} \Rightarrow T_i^* = \beta * \frac{P_i}{P_{ij}^*} * T_i * \frac{P_B^*}{P^B} + \text{Bono}$$

b. Costos eficientes, producción por encima de la óptima. No se incentiva disminución del déficit, pero sí disminución de la producción:

$$Si \begin{cases} C_i^0 < T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_i > P_{ij}^* \end{cases} \Rightarrow T_i^* = \beta * \left| \frac{P_i}{P_{ij}^*} \right|^{-1} * T_i * \frac{P_B^*}{P_B} + Bono$$

c. Costos ineficientes, producción por debajo de la óptima. Se incentiva disminución del déficit y aumento de la producción.

$$Si \begin{cases} C_i^0 > T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_i < P_{ij}^* \end{cases} \Rightarrow T_i^* = \beta * \frac{P_i}{P_{ij}^*} * \left[ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \right] * T_i * \frac{P_B^*}{P_B}$$

d. Costos ineficientes, producción por encima de la óptima. Se incentiva disminución del déficit y disminución de la producción:

$$Si \begin{cases} C_i^0 > T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_i > P_{ij}^* \end{cases} \Rightarrow T_i^* = \beta * \left| \frac{P_i}{P_{ij}^*} \right|^{-1} * \left[ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \right] * T_i * \frac{P_B^*}{P_B}$$

#### **4. Documento de armonización del nuevo modelo de remuneración con los demás modelos de salud territorial**

La nueva forma de remuneración o *Presupuesto global prospectivo por actividad final con incentivo de desempeño (PGP)* tiene como objetivo principal llevar a las cuatro subredes a la eficiencia en la utilización de sus recursos humanos, físicos y tecnológicos; esto va a impactar positivamente la salud de los capitalinos, pues al reducir costos se mejoran las coberturas lo cual va a influir de manera positiva en los demás ejes del Plan Territorial de Salud (PTS) “Bogotá Mejor para Todos”.

El nuevo Plan Territorial de Salud articula el nuevo modelo de remuneración con los nuevos modelos de atención, de prestación de servicios, de aseguramiento y gobernanza.

##### **4.1 Salud digital**

Un solo centro de datos y una sola central de llamadas que maneja la capacidad instalada y la disponibilidad, para garantizar una utilización de la capacidad instalada del 90 %. La tarifa está calculada sobre este porcentaje de utilización que, al ser canalizado por la central, garantiza el éxito en la tarifa pago por red, por actividad final por incentivos de desempeño, optimiza la eficiencia administrativa (a menor costo mayor cobertura), suprime el proceso de autorizaciones y minimiza el de facturación.

La unidad de valor relativo (UVR) calculada en la forma de pago permitirá distribuir los recursos en cada subred.

Esta forma de pago también podrá ser aplicada para las futuras alianzas público-privadas (APP) que tendrán a cargo la construcción y operación de seis hospitales de la red pública.

La forma de pago contempla incentivos de impacto, calidad y eficiencia sobre la gestión del riesgo a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

## **4.2 Modelo de gobernanza**

La nueva forma de pago, al reducir costos financieros de transacción entre el pagador Capital Salud y los prestadores, va a potenciar el nuevo modelo de Gobernanza ejercido por el nuevo Consejo Territorial de Seguridad Social y los consejos locales de salud; además, considerando que la Secretaría Distrital de Salud (SDS) pretende descentralizar muchas de sus funciones en los cuatro gerentes de las Subredes quienes, por otra parte, fungen como secretarios de salud en las localidades de su área de influencia.

Se plantea socializar la forma de pago a través del Nuevo Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y entregar la información a los consejos locales de salud y a los gerentes de las subredes.

El reto al que se enfrenta el mundo sanitario es doble: por un lado el propio proceso de gobernanza en su sistema interno y su reforzamiento, y por otro, la llamada “gobernanza para la salud” que incluye relaciones intersectoriales hacia un objetivo común (SDS, 2016b).

La salud se construye de una manera eficaz y eficiente, no siempre con la participación exclusiva de todo el sector, sino haciendo partícipe a todos cuantos influyen en ella y al conjunto del gobierno, por un lado, y de la sociedad por el otro (SDS, 2016b).

El proceso de fortalecimiento de la capacidad institucional de gobernanza del sistema distrital de seguridad social en salud debe comprometer y regular al sector público y al sector privado. Se debe tener en cuenta la importancia del desarrollo de asociaciones público-privadas, que incluyan regulación, administración del riesgo y compras compartidas para la generación de incentivos que permitan la alineación de los objetivos de los sectores público y privado en pro de la salud de las personas.

La gobernanza del sistema de salud es un componente clave para la implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en Colombia. El fortalecimiento de la capacidad institucional de

gobernanza del sistema de salud permitirá mejorar la adaptabilidad de los entes territoriales al desarrollo del nuevo modelo de salud. Teniendo en cuenta los principios de buena gobernanza se podrán establecer metas en salud aterrizadas para cada región, fortalecer los elementos más débiles del sistema y contribuir de forma significativa a que los “procesos de salud” funcionen de forma sistemática (ciclo continuo).

### **4.3 Modelo de aseguramiento**

La forma de pago genera una relación equilibrada entre el asegurador y el prestador para permitir la supervivencia financiera de ambos actores y propone pagos al prestador basados en el desempeño.

Este nuevo modelo de aseguramiento lidera el desarrollo de RIAS, las cuales son base fundamental para el plan de incentivos propuestos en la forma de pago.

### **4.4 Modelo de prestación de servicio de salud**

Los incentivos en la forma de pago contemplan premios a las subredes que mayor avance tengan en el sistema de acreditación y, por ende, de los centros de excelencia en la especialización de las redes. Igualmente, favorecen la atención centrada en la promoción y fomento de la salud; la teleconsulta y el telediagnóstico (telemedicina).

Permite vender el 20 % de capacidad instalada a las EPS privadas. La tarifa contempla los sobrecostos de atención a la población rural dispersa.

- a. Explicar en qué consiste el nuevo modelo de remuneración

El nuevo modelo de remuneración o *Presupuesto Global Prospectivo, por actividad final con incentivos de desempeño* es un pago por actividad final, planteado sobre las siguientes cuatro actividades: Consulta, egresos, cirugía y actividades PIC, todos en condiciones de eficiencia y con

rendimientos óptimos sobre una utilización de la oferta (capacidad instalada de mano de obra, infraestructura y tecnología) del 80 %, con una tarifa calculada sobre un costo total que involucra la sumatoria de los siguientes cargos:

1. Por disponibilidad: es el costo por mantener la oferta disponible para las cuatro actividades finales mencionadas.
2. Un cargo variable: que se costea en la medida que se involucran servicios adicionales diferenciales.
3. Un cargo por todos los servicios que se pagan por fuera de la subred o cargo externo.
4. Cargo por administración, que involucra los procesos de direccionamiento y gerencia y apoyo logístico.
5. Un cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico.

Los dos últimos, cargo por administración y cargo por apoyo diagnóstico, se distribuyen según su consumo en las cuatro actividades finales.

Este pago se realizará sobre una UVR a cada una de las cuatro subredes; genera, además, un pago adicional por incentivos de eficiencia, calidad e impacto, acordes a los perfiles epidemiológicos de las subredes e incentiva la eficiencia administrativa considerada como *a menor costo mayor cobertura*.

La tarifa integral es igual a los costos ( $T = C$ ), en donde los costos incluyen los siguientes deltas: capital, entendido como las utilidades generadas en el mercado financiero; incluye dos deltas adicionales, a saber, el primero de tecnología, con el cual se pretende calcular el crecimiento exponencial o porcentual de este ítem en un período de tiempo determinado, además del delta poblacional, en el cual se consideran los cambios demográficos de crecimiento y envejecimiento de la población.



## **5. Articulación del proyecto con el Plan Territorial de Salud (2016-2020) Bogotá Mejor para Todos**

La *Meta 6* del POA plantea diseñar y poner en marcha en el 100 % de redes el nuevo esquema de remuneración e incentivos en los seis 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).

Esta meta se logrará mediante las siguientes estrategias:

6.1. Determinar las tarifas de las actividades finales en condiciones de eficiencia a una capacidad del 90 %, con incentivos monetarios de calidad, eficiencia administrativa e impacto financiados por un porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

6.2. Realizar pruebas piloto en cada subred para la verificación y ajustes de la tarifa.

6.3. Implementar la tarifa definitiva por actividades finales con incentivos de desempeño a los gerentes y administrativos de las cuatro subredes, a las entidades responsables de pago (Capital Salud EPS S) y las áreas relacionadas en la SDS, con entrega de cartilla.

### **5.1 Plan de Intervenciones Colectivas**

El valor del contrato interadministrativo entre el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y las cuatro subredes de servicios de salud —con sus unidades prestadoras de servicios de salud—, para la ejecución del contrato del Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), se estimó con base en los costos de los procedimientos, intervenciones y actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida que se describen en el “Plan programático y presupuestal” del contrato del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas de cada una de las localidades en donde van a operar las subredes, los cuales se desarrollan en el marco de la salud urbana, en cuatro espacios (vivienda, trabajo,

educativo y público) y tres procesos transversales (gobernanza para la salud y calidad de vida, gestión de programas y acciones de interés en salud pública y vigilancia en salud pública).

## **5.2 Situación actual**

El estado de salud de la población del Distrito Capital reflejado en la persistencia de indicadores de mortalidad y morbilidad, continúa afectado por el modelo asistencial centrado en la enfermedad, la débil gestión de los riesgos individuales y colectivos, las deficiencias en la atención de servicios de salud derivadas de la fragmentación en la red prestadora, así como el limitado alcance y la frágil articulación de los servicios del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con los servicios de los otros planes de beneficios, la desarticulación de los diferentes agentes del SGSSS, sumados a la limitada capacidad rectora de la Entidad Territorial Distrital y Nacional frente a la gestión de la Salud Pública y a las condiciones estructurales de la población.

En Bogotá, D. C., al igual que en el resto del país, el crecimiento demográfico es el resultado de complejas condiciones políticas, sociales, económicas y de seguridad, las cuales han motivado la migración hacia la ciudad con lo que se ha generado un crecimiento exponencial de la población en las zonas urbanas y el establecimiento de cinturones de miseria en sus alrededores. Un ejemplo de lo anterior es el número de desplazados que han llegado a Bogotá, D. C. Según la Consultoría para los Derechos Humanos (CODHES), entre 1999 y 2012 llegaron a Bogotá, D. C. más de 540.714 desplazados, aproximadamente el 6,8 % del total de la población (Alcaldía, 2016).

Para 2015, Bogotá era la ciudad más poblada del país con un total de 7.878.783 habitantes, con proyección al año 2016 de 7.980.001 pobladores y al 2020 de 8.380.801 habitantes. Esta población se distribuye en una extensión aproximada de 177.598 hectáreas, de las cuales 30.736 (17,3 %) corresponden al área urbana, 17.045 (9,5 %) al área suburbana y 129.815 (73 %) al área rural. La densidad poblacional aproximada es de 4.321 habitantes por km<sup>2</sup>. Solo 16.962 habitantes

se ubican en la zona rural y 7.861.821 en el área urbana. Se puede afirmar que por su extensión territorial la ciudad es rural con un 82,7 %, mientras que el territorio urbano corresponde al 17,3 % (Alcaldía, 2016).

Según la pirámide poblacional de Bogotá, la estructura de la población ha variado durante la última década por reducción de los menores de 15 años y ampliación de los grupos mayores de 50 años de edad, envejecimiento paulatino de la población y menor natalidad acompañada de menor mortalidad de menores de cinco años (Alcaldía, 2016). Se observa un descenso en el número de nacimientos y un progresivo envejecimiento de la población, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida y el descenso en las tasas de mortalidad y de fecundidad. Este comportamiento genera evidentes cambios en las causas de enfermedad y muerte en la población de un territorio específico; sin embargo, dadas las características de la Capital se pueden encontrar localidades en las que las enfermedades transmisibles, las crónicas y las violentas tienen una alta carga en comparación con las demás.

Las desigualdades en el acceso a bienes y servicios y al SGSSS se expresan en barreras e inequidades en la situación de salud y son parte esencial del sustrato en el que se desarrollan las enfermedades que se miden en términos de morbilidad y mortalidad. Sobre el particular, se encuentran datos en salud que permiten contar con un panorama claro sobre la salud de la población bogotana, entre los cuales se tiene que para el año 2014 en Bogotá el 32 % de la carga de la enfermedad está dada por las enfermedades crónicas, con una tasa de prevalencia de 79,85 por 1.000 habitantes y de mortalidad de 113,2 por 100.000 habitantes, constituyéndose en la primera causa de mortalidad. Las principales causas están asociadas a enfermedades cardio-cerebro-vasculares, con una tasa de 120,4 por 100.000 habitantes (hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad arterioesclerótica), cánceres malignos con una tasa de 82,24 por 100.000 habitantes (el 30 % corresponde a menores de 18 años); diabetes, con

una tasa 12,4 por 100.000 habitantes; insuficiencia renal crónica, 12,4 por 100.000 habitantes; enfermedades respiratorias (EPOC [enfermedad pulmonar obstructiva crónica] y EPID [enfermedad pulmonar intersticial difusa]) 12,4 por 100.000 habitantes.

Las complicaciones de todas estas enfermedades podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de exposición o de riesgo común como: alimentación no saludable, sedentarismo, exposición al humo del cigarrillo y uso abusivo de alcohol.

El análisis de morbilidad de Bogotá se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas e infecciosas y eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Durante 2014, del total de las atenciones realizadas a la población, 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 sí 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. La sífilis congénita se continúa presentando en la ciudad; las localidades con mayores incidencias son Santa Fe, Ciudad Bolívar, Usme, Los Mártires, Antonio Nariño, San Cristóbal, Tunjuelito, Barrios Unidos, Chapinero y Rafael Uribe, y requiere de intervención, lo cual es preocupante ya que tratamiento de esta enfermedad es altamente costo-efectivo.

La mortalidad evitable expresada por la tasa de muertes maternas, perinatales, infantiles, en menores de cinco años —generales y por enfermedad diarreica— por neumonías y por desnutrición ha presentado en los últimos quince años tendencia a la reducción; sin embargo, aún persisten diferencias notorias comparadas con las tasas de la ciudad. Se considera que las causas de la situación de salud en la ciudad y del problema identificado son las siguientes:

- La forma de organización y apropiación de la ciudad en el modelo de desarrollo económico genera inequidades que se materializan en amenazas (elementos externos a la persona tales como infraestructura vial deficiente e insuficiente, zonas y parques inseguros, riesgos naturales, etc.), así como las vulnerabilidades (elementos internos de la persona tales como hábitos alimenticios, sedentarismo, prácticas sexuales inseguras, estigmatización y discriminación, etc.), que se constituyen en riesgo de que en el futuro la población presente eventos en salud con efectos negativos en la vida de las personas, tales como discapacidad, pérdida laboral, modificaciones en las dinámicas de pareja o familiares, intervenciones en salud prolongadas, entre otras.
- Debilidad de la Entidad Territorial para ejercer la rectoría y regulación frente a la organización y prestación de servicios de salud individuales y colectivos que no favorecen la protección y garantía del Derecho a la Salud; esto, a su vez, puede incluir prácticas excluyentes y discriminatorias hacia las personas y grupos diferenciales y de inclusión. Por

otra parte, se puede encontrar en la población baja adherencia a programas de protección específica, detección temprana y tratamientos.

- Pobre cultura del autocuidado, exposición prolongada de hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo, abuso en el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, así como deficientes hábitos de autocuidado e higiénicos de la población. A esto se suman entornos físicos, sociales y ambientales que desfavorecen el pleno desarrollo de las personas según sus particularidades (condición, situación, diversidad, identidad) y limitan su autonomía.
- Factores psicosociales y diversas expresiones de violencia, en ocasiones asociadas a pautas de comportamiento firmemente arraigadas, así como presencia de representaciones sociales, patrones culturales y colectivos que generan y normalizan la violencia, la discriminación y las prácticas inadecuadas, que afectan la salud, especialmente, mental. Consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) que afecta a todos los individuos en el curso de vida
- La violencia que se ha prolongado a lo largo de los años en Colombia ha generado impactos y daños devastadores en las personas, sus familiares, las comunidades y las distintas organizaciones e instituciones, alterando en general a la ciudadanía y generando una alta carga de enfermedades y daños con la consecuente demanda de servicios.
- Falta de disponibilidad y acceso inequitativo a los alimentos, aunado a las inadecuadas prácticas de consumo, afectado diferencialmente por condición socioeconómica y por grupos étnicos o grupos poblacionales que habitan en la ciudad. Lo anterior genera malnutrición con afectaciones en la salud debido a patrones culturales, sociales y económicos de las personas y colectivos.

- Construcciones sociales relacionadas con la sexualidad y la reproducción; los mitos, tabúes, creencias, estigmas, discriminación, violencia y abusos por razones de género, curso de vida, identidad —diversidad y situaciones—, condiciones en los entornos familiares, sociales, académicos e individuales que generan restricciones en el ejercicio de la autonomía y las libertades; débil empoderamiento de la autoestima y la toma de decisiones, limitación en las capacidades y estrategias de afrontamiento y construcción de proyectos de vida que no incorporan una vivencia de la sexualidad sana y placentera.
- Emergencia y reemergencia de enfermedades infectocontagiosas, deficiencias en las condiciones higiénicas sanitarias en todos los entornos de vida del ser humano, incluyendo la falta de apropiación de prácticas de cuidado y autocuidado que afectan la salud física y mental de las personas.
- Aumento de la morbimortalidad debido a la presencia de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y a la resistencia a los antimicrobianos, las cuales están relacionadas con varias causas, incluyendo, pero no limitándose, al uso de dispositivos médicos, complicaciones posquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo inadecuado o frecuente de antibióticos.
- Falta de preparación, difusión y acciones estratégicas dirigidas a la comunidad, con relación a los eventos naturales (sismos, inundaciones, incendios, entre otros), antrópicos (atentados terroristas, derrames de materiales peligrosos, intoxicaciones, biológicos, entre otros) y los eventos de interés en salud pública (brotes, epidemias y emergencias en salud pública de interés internacional), los cuales aumentan la vulnerabilidad de la población frente a urgencias, emergencias o desastres.

- Segregación de la población económicamente activa, en trabajadores formales e informales (incluidos niños, niñas y adolescentes), que se traduce en espacios laborales inseguros e inadecuados, y repercuten en la calidad de vida y salud.
- Las acciones e intervenciones del plan obligatorio de salud (POS) y del plan de intervenciones colectivas (PIC) llegan a la población de manera fraccionada, inoportuna, con falta de continuidad en la atención y de congruencia de los servicios con las necesidades y expectativas de la población.
- Insuficiente integración en la respuesta que deben dar los otros sectores para mejorar las condiciones de vida que generan problemas de salud de la población, condiciones crónicas que pueden llevar a discapacidad.
- Un sistema de información que no se encuentra integrado, con deficiencias en el registro, reporte, consolidación y análisis de datos de los procesos de gestión, administrativa y asistencial de la población que no garantiza la producción de datos y el flujo de información con calidad.
- La complicada y numerosa normatividad existente en salud, generan condiciones de asimetría en el conocimiento del sistema, dejando a los ciudadanos en desventaja frente a los demás agentes del SGSSS.
- Bajo nivel de resolutivez en los niveles básicos de atención, lo cual genera congestión en los servicios de urgencias, así como manejos terapéuticos tardíos en la salud de la población.
- Pobre gestión integrada del riesgo por parte de los diferentes actores del SGSSS, limitando las acciones promocionales y preventivas, lo que genera una concentración de acciones y recursos del sistema en tratamiento ante eventos o condiciones de salud ya instauradas.



- La función de inspección, vigilancia y control de los prestadores de servicios de salud es fundamental y el hecho de no desarrollarla significaría exponer a la ciudad y a la población a un gran riesgo en su seguridad e integridad cuando necesite y acceda a servicios de salud.
- De la misma manera, si no se realizan las actividades de inspección, vigilancia y control de las EAPB que operan en el Distrito Capital, se estará incumpliendo con una función delegada a través de la normatividad vigente al Distrito Capital.

### **5.3 Plataforma estratégica**

Con el fin de responder a las necesidades antes señaladas y con base en la normatividad vigente a la fecha, se tiene definida la siguiente plataforma estratégica para el Modelo Integral de Atención.

### **5.4 Misión**

Asegurar la atención integral e integrada en salud a la población de Bogotá, D. C., a través de un modelo de atención en salud, en el que la reorganización de la red pública distrital de prestación de servicios disminuye las barreras de acceso y la gestión del riesgo en salud modifica las condiciones por las que la población enferma, muere o adquiere una discapacidad y en el que la acción intersectorial aporta al mejoramiento de la calidad de vida para un mejor vivir.

### **5.5 Visión**

Para el año 2020 Bogotá, D. C. será reconocida como una ciudad que promueve el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, la familia y la sociedad y el desarrollo sostenible; donde los distintos sectores articulan sus procesos para transformar las condiciones de vida y el riesgo de enfermar, morir o adquirir discapacidad que tienen las personas, mediante la atención integral e

integrada, reduciendo así los índices de vulnerabilidad y fragilidad socioeconómica, promoviendo la equidad y la justicia social.

## **5.6 Componentes del modelo**

En este contexto, se han establecido como parte integrante del modelo integral de atención, dos instancias para la gobernanza y la rectoría en salud:

- Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud ampliado, como máximo organismo asesor del sector salud en el Distrito Capital e instancia de coordinación que posibilite la adecuada ejecución de las políticas públicas en salud.
- Comisión Intersectorial de Salud Pública, con el fin de alcanzar las metas y objetivos de salud pública definidos en el Plan Decenal de Salud Pública y como organismo articulador del Plan de Intervenciones Colectivas, que a nivel distrital vincula tanto al sector salud, como a otros sectores.
- La Red Integrada de Servicios de Salud para la oferta pública de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, integrada por cuatro subredes (Norte, Centro Oriente, Sur Occidente y Sur) que correspondan a cada una de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión de las anteriores ESE. Cada subred establecerá los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) y las Unidades Médicas para Hospitalización Especializada necesarios para la atención integral e integrada de la población más vulnerable de la ciudad.
- La coordinación y articulación de la red integrada de servicios de salud se realiza a través de un Comité Directivo de Red integrado por el Secretario Distrital de Salud, el gerente de

cada una de las ESE, el gerente de Capital Salud EPS y el gerente de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT).

- A su vez, cada Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), debe presentar sus respectivas Redes de Atención con el fin de habilitarlas para la oferta de servicios de salud de la población afiliada en Bogotá, D. C.
- En este sentido, cada EPS incluyendo a Capital Salud, deben adecuar su forma de contratación y pago para que se eliminen las barreras de acceso y fortalecer los mecanismos de seguimiento en la atención integral y de calidad, de tal forma que se redefina su papel como entidad promotora de salud en sus afiliados y cumplan con las funciones establecidas en la normatividad vigente.
- El plan de salud pública de intervenciones colectivas (PSPIC) que mediante el análisis de las condiciones sociales y ambientales que generan los desenlaces prioritarios de interés en salud pública y la observación de patrones de condiciones comunes y diferenciales que afectan tanto a los sujetos como al entorno en todos los espacios, orienta acciones estratégicas dirigidas a transformar los determinantes de la salud que son verdaderos problemas colectivos, sin dejar de reconocer la necesidad de hacer gestión para vincular las personas a los servicios de salud para la atención de los desenlaces si se identifican riesgos inminentes de complicaciones o deficiencia en la gestión de las EAPB en la reducción o control del riesgo individual.

Para la operación del PIC se han organizado operativamente en tres procesos transversales y cuatro espacios de vida, que actúan de manera articulada para dar respuesta a las necesidades poblacionales, en especial de aquellas que se encuentra en mayor vulnerabilidad. Estos son:

## **5.7 Gobernanza**

La *gobernanza en salud* se entiende como un proceso dinámico, sistémico, integral, participativo y estratégico que permite incidir de forma activa en las agendas políticas de otros sectores, para modificar las condiciones que son determinables y que están involucradas en la protección de la vida y la prevención de la enfermedad.

La gobernanza, desde las políticas públicas para la salud y la calidad de vida, tiene como propósito contribuir a alcanzar, en el nivel territorial, los resultados previstos tanto en el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Mejor para Todos” como en el Plan Territorial de Salud 2016 -2020, permitiendo la complementariedad de las acciones donde se integran las actividades individuales, colectivas e intersectoriales con la población y el fortalecimiento de la presencia institucional en los territorios, con el fin de garantizar de manera equitativa la prestación de los servicios de salud.

La gobernanza es la acción más estratégica para incidir en las políticas públicas, puesto que en ella se negocian intereses y se llegan a acuerdos frente a la forma de abordar las cuestiones de interés público, propiciando la formulación de políticas sostenibles en el tiempo hasta alcanzar su finalidad y resultados que logren transformaciones positivas de las condiciones de las diferentes formas de vida.

Las acciones de gobernanza, así mismo, favorecen la gobernabilidad, entendida esta como la capacidad de rectoría y autoridad sanitaria de dirigir junto a otros actores gubernamentales para el logro de sus acciones de gobierno. En dicho sentido, la autoridad sanitaria se liga a las competencias que se le otorgan a la entidad territorial en el sector salud, para que contribuya a proteger el bien común que es la vida, como derecho fundamental; de esta forma incidirá en las responsabilidades que son propias del sector e influirá sobre aquellas que, siendo competencia de otros sectores, modifican las condiciones que son determinables y que están involucradas en la protección de la vida y la prevención de la enfermedad.

Para el desarrollo de las acciones de gobernabilidad y gobernanza, el Distrito cuenta con espacios normados, de coordinación intersectorial, en donde se realiza el seguimiento a la implementación de las políticas públicas.

En el anterior marco, el sector salud debe contribuir a la protección del bien común que es la vida, como derecho fundamental, y para ello debe aportar e implementar los insumos provenientes del análisis de condiciones de salud y calidad de vida (ACSCV), entendido este como un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos competencia del sector salud o de otros sectores.

## **5.8 Vigilancia en salud pública**

La gestión del riesgo en vigilancia en salud pública es una estrategia que permite identificar los riesgos individuales y colectivos en salud, para realizar acciones inmediatas de interrupción de cadenas de transmisión, prevención de la enfermedad, frenar la evolución y sus consecuencias en los desenlaces objeto de la vigilancia.

De tal forma, la gestión del riesgo involucra la participación de actores sectoriales e intersectoriales, para reconocer las vulnerabilidades de los individuos y los colectivos en los espacios donde viven, trabajan, estudian y se recrean, lo cual conlleva a la toma de decisiones para poner en marcha acciones diferenciadas, integrales y efectivas para controlar, disminuir o mitigar el riesgo.

Si bien es cierto, las acciones de vigilancia en salud pública se focalizan principalmente en el componente colectivo, la notificación *per se* de los desenlaces involucra la identificación de riesgos individuales que conllevan a la activación de las rutas de atención en salud, así como las de apoyo social. Dicho accionar permite influir sobre los determinantes proximales y distales de la

salud con el fin de aportar a la disminución de la morbilidad, la mortalidad, la discapacidad, y la ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud.

### **5.9 Programas y acciones prioritarias en salud pública**

La SDS, como ente rector de la salud en Bogotá, tiene entre sus funciones y competencias garantizar el funcionamiento de programas, estrategias y acciones de interés en salud pública, con el fin de promover la calidad de vida de individuos, familias y comunidades, con la participación de los actores del SGSSS, en particular con las IPS públicas y privadas, las EAPB y otros de nivel social y comunitario.

Por lo anterior, se han definido tres ejes para la consolidación de programas y acciones de interés en salud pública para el Distrito Capital:

- EJE I: Planeación estratégica de programas y acciones de salud pública en la SDS que orientan el diseño, adopción y adaptación de estrategias nacionales y distritales para la gerencia de programas y acciones de interés en salud pública.
- EJE II: Direccionamiento estratégico sectorial e intersectorial de la SDS, que promueve el desarrollo de actividades para el logro de la complementariedad en la gestión del riesgo en salud con participación de los actores institucionales, sectoriales e intersectoriales
- EJE III: Gestión local y operativa de programas y acciones de interés en salud pública, para apoyar el continuo de la gestión desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, con el objetivo de contribuir a los resultados en salud en las personas, familias y comunidades, que se operativizará de manera transversal con la acción integrada en el nivel local.

## 5.10 Espacio público

Espacio en el cual, por un lado, se entretejen lazos entre las personas y la arquitectura urbana y rural de la ciudad, posibilitando la interacción social y la intervención espacial, dando lugar a la expresión y apropiación de la identidad cultural y manifestaciones sociales; el espacio público se configura en elemento de la práctica política, no solo como escenario sino, también, como dinamizador, en la medida en que su presencia o ausencia definirá ciertas prácticas asociativas y de representación institucional a partir de ejercicios de debate y construcción discursiva.

Por otro lado, la dimensión comunitaria de este espacio rescata las interacciones con vínculos fuertes entre sujetos que comparten grupos y organizaciones sociales con características o no de red de acción, pero que se identifican con intereses alrededor de una particular situación.

El propósito del espacio en el modelo de atención en salud, consiste en promover prácticas saludables en las personas orientadas al cuidado, autocuidado y sociocuidado; a partir del uso y apropiación adecuada del espacio público, que permitan el goce pleno de derechos para el mejoramiento de la salud de la población en las localidades de Bogotá, D. C. Esto se realiza por medio de la identificación de factores de riesgo que afectan la salud en las prioridades de movilidad, establecimientos abiertos al público y escenarios para la recreación y el disfrute. A partir de los factores de riesgo identificados, se desarrollan acciones sectoriales y se proponen acciones intersectoriales que favorezcan los comportamientos y hábitos que aporten a la promoción y el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del Distrito Capital.

El *espacio público* se define como el entorno físico y social de todos los espacios de vida cotidiana, abierto a los ciudadanos para el goce y beneficio igualitario de la población de la ciudad, que favorece la interacción social e individual para la expresión comunitaria en un ambiente de vida natural o construido desde los siguientes componentes: económico, cultural, político y

ambiental, considerados como referentes principales para la generación de entornos seguros y protectores de la vida y la salud.

El espacio cuenta con tres acciones integradas:

- Control de factores de riesgo en salud en el espacio público: Se desarrolla la formulación, implementación y evaluación de un plan de acción intersectorial y comunitario, para reducir los factores de riesgo en salud en el espacio público durante la vigencia del actual plan de desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” en las 20 localidades del Distrito Capital.
- Acciones sectoriales de uso y apropiación para el fomento de la salud en el espacio público: Se realizan acciones colectivas y de vigilancia en salud pública, para los diferentes grupos poblacionales y de los entornos, que hacen parte del espacio público y que permiten el fomento de la salud.
- Comunidades promotoras y protectoras de la salud: Se propician prácticas sociales mediante procesos organizativos para favorecer la salud y la vida de los ciudadanos y ciudadanas, que generen empoderamiento en la ciudadanía a través de su reconocimiento como sujetos de derechos y desarrollo que les brinde herramientas para la autogestión en salud. Así mismo, se implementan acciones para el desarrollo de competencias ciudadanas en la promoción de la salud de grupos organizados y no organizados, para el ejercicio de la ciudadanía y la movilización en salud, creando vínculos de organizaciones y redes ciudadanas como sistemas de apoyo de las comunidades y grupos poblacionales a nivel local.

## **5.11 Espacio vivienda**



Entendido como el espacio donde transcurre la cotidianidad de la interacción de la familia. Desde la visión integrada, el espacio vivienda debe incluir el abordaje de familias e individuos en sus hogares o en instituciones de protección y restitución de derechos (centros de reclusión, instituciones de protección a menores, entre otros) que hacen sus veces y de la infraestructura para garantizar una vivienda saludable en el entorno barrial. Las acciones están mediadas por el fortalecimiento del cuidado.

El sector salud conocedor de la importancia de llegar a las familias en sus hogares, en el modelo de salud actual trabajará atendiendo riesgos que desde la salud colectiva se presentan creando ambientes de cotidianidad alrededor de los cuales conversar con las personas que conforman dichas familias, precisando la importancia del cuidado; sus experiencias, vivencias y prácticas serán escuchadas y es precisamente desde ellas que el equipo interdisciplinario dará a conocer nuevos elementos alrededor de temas como la alimentación saludable, la salud bucal, el cuidado en la mujer gestante y lactante, el manejo de enfermedades en la infancia, el cuidado emocional, la oportunidad de recuperar y afianzar los lazos familiares, el desarrollo de adecuadas prácticas en la crianza, la necesidad de protección de la salud en los niños y las niñas y la relación con el ambiente en el entorno cotidiano de las familias, entre otros temas, buscando que una vez se genere un conocimiento más amplio las familias apliquen nuevas maneras de cuidarse entre sí.

Así mismo, en las instituciones de protección de personas mayores se realizará un acompañamiento y seguimiento a pautas que son importantes, como la adecuada nutrición en condiciones higiénico-sanitarias óptimas, el ambiente seguro y adecuado a su momento de vida y la importancia de favorecer un desarrollo humano participativo que, a partir de las capacidades y potencialidades, permita una adecuada convivencia y propicie resultados para el mejoramiento de la gestión administrativa.

En centros de atención transitoria (OASIS, Javier Molina y El Camino), en centros penitenciarios (Picota, Modelo, Cárcel Distrital y Reclusorio de Mujeres El Buen Pastor) y en la casa refugio LGBTI se trabajará con las instituciones a cargo y con las personas que allí conviven en el cuidado y el autocuidado de su salud y en la prevención de eventos de alto impacto en salud pública, como la tuberculosis, el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual y la salud mental, construyendo planes de seguimiento en salud que determinen su atención.

Finalmente y reconociendo la violencia por conflicto armado que vive nuestro país, el sector salud trabajará acompañando a las familias que han vivido diferentes hechos de violencia y que experimentan el sufrimiento causado por ello, las necesidades de recuperación emocional y física así como las de reconstruir sus vidas en familia; afianzando sus recursos, su capacidad de resistencia y de afrontamiento, y desarrollando, de manera participativa con las familias, la comprensión de los daños permitiendo avanzar en el cuidado emocional y en la restitución de sus derechos ciudadanos.

### **5.12 Espacio escolar**

El espacio educativo es un escenario que permite la materialización de las políticas públicas, así como la implementación de programas de promoción y mantenimiento de la salud y la calidad de vida; su objetivo es “promover el desarrollo integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a través de la implementación de estrategias de transformación cultural, para la generación de entornos saludables, desde las competencias del sector salud”.

Para lograrlo se ha construido la acción integrada denominada SINTONIZARTE, dicha acción, en las modalidades de educación preescolar, básica y media, es una acción integrada que gira alrededor del arte, con el desarrollo de una estrategia pedagógica basada en el empleo de las tecnologías de la información y comunicación en medios masivos, que facilite la trasmisión de

mensajes claves pensados en una lógica conversacional moderna, que emplea los círculos conversacionales para desarrollar las estrategias de:

- **Amarte:** Estrategia orientada hacia la resignificación de la sexualidad en sus funciones reproductiva/procreativa, erótica, relacional/comunicacional, los abordajes del tema con niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos como medio para la construcción de ciudadanía y convivencia pacífica.
- **Cuidarte:** Estrategia orientada hacia la resignificación de la salud oral y sus implicaciones en la vida; el uso de la palabra y el lenguaje en la construcción de relaciones interpersonales; los hábitos de cuidado y apariencia; y la oralidad como medio de expresión de los sentimientos, gustos, pensamientos y emociones.
- **Acompañarte:** Estrategia orientada hacia la resignificación de las pautas de crianza que favorezcan el desarrollo de potencialidades (cognoscitivas, afectivas, relacionales), los vínculos afectivos y la convivencia y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- **Disfrutarte:** Estrategia orientada hacia la resignificación de las prácticas de alimentación saludable, actividad física, uso adecuado del tiempo libre, autopercepción corporal, estrategias de comunicación asertiva y la importancia de moverse.
- **Explorarte:** Acciones de recuperación de puntos críticos, tenencia adecuada de animales de compañía, prevención de enfermedades transmitidas por vectores, desarrollo de huertas verticales con plantas medicinales, uso eficiente de recursos naturales (agua, aire, energía) y los temas relacionados con el cambio climático; gestión intersectorial para la reducción de ambientes obesogénicos (control sobre la publicidad de alimentos de alta densidad calórica, ricos en sodio, grasas trans), reducción de ambientes criogénicos y desarrollo de procesos de pactos por la convivencia.

### **5.13 Espacio trabajo**

Concebido como el espacio donde se dan un conjunto de interacciones entre sujetos y el sistema educativo que busca garantizar que el derecho a la educación incluya las capacidades ciudadanas para cuidar su salud en la medida en que las acciones estén orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, docentes, adultos cuidadores, mediante aprendizajes sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se entiende como el escenario que contribuye al desarrollo de herramientas e implementación de estrategias para modificar las percepciones y prácticas relacionadas con la labor y que inciden en el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo; reflejándose en la calidad de vida de la población trabajadora de la economía informal. Para el logro de lo anterior se requiere de la articulación con actores institucionales e intersectoriales.

En consecuencia, se diseñaron acciones sectoriales e intersectoriales en el marco de la estrategia entornos laborales saludables para la gestión del riesgo; la implementación de una estrategia para el aporte a la desvinculación progresiva de 2.555 niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil y el desarrollo de una estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y la gestión del riesgo con trabajadores de 5.075 unidades de trabajo informal.

## **6. Marco normativo**

El marco normativo del nuevo modelo de remuneración está en la Resolución 0429 de 2016, del Ministerio de Salud (art. 5, num. 5.7), la cual está enmarcada en las siguientes leyes: Estatutaria 1751 de 2015, arts. 4, 5 y 6 (Plan de Desarrollo Nacional 2014-2018); 1438 de 2011, arts. 6, 12, 14, 61, 62; 1122 de 2007, arts. 14 y 25; 100 de 1993, art. 1º; y 1753 de 2015, art. 65.

Así mismo, el Distrito Capital, mediante el Acuerdo de Concejo 641 de abril de 2016, “por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones”, aprobó el nuevo modelo de atención integral en salud (AIS) en el art. 33, lits. a y m.

### **Resolución 0429 de 2016**

La Resolución 0429 de 2016 del Ministerio de Salud, por medio de la cual se adopta la política de Atención Integral en Salud, establece:

***Artículo 5. Componentes del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS.** El MIAS cuenta con diez componentes, así:*

***5.1.- Caracterización de la Población:** Cada integrante, dentro de sus competencias, debe organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).*

***5.2.- Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.** Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para*

*asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención. En caso de ser requerida la conformación de otros grupos de riesgo no incluidos en la presente resolución así como la elaboración de sus respectivas rutas, los diferentes integrantes podrán definirlos y elaborarlas teniendo en cuenta la metodología que establezca para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

**5.3.- Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS.** *La implementación de la GIRS en la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad. La Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los*

*procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la RED, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los integrantes del sistema.*

**5.4.- Delimitación Territorial del MIAS.** *El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos. El modelo debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto. Los integrantes del Sistema y demás entidades responsables de acciones en salud, dentro de sus competencias deben ajustarse en cada ámbito territorial para implementación del Modelo.*

**5.5.- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.** *Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.*

**5.6.- Redefinición del rol del asegurador.** *Los aseguradores, en cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, deben fortalecer la gestión de riesgo financiero, la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados*

*y la interacción con los demás integrantes del Sistema, dentro de cada ámbito territorial definido para el MIAS, la capacidad de gestión de la redes integrales de prestación de servicios de salud y la capacidad de gestión para representar el usuario. El asegurador debe interactuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud y coordinar las acciones necesarias para la efectiva gestión del riesgo en salud y fortalecer la capacidad para gestión de la información e indicadores, según los requerimientos de autoridades territoriales y nacionales.*

**5.7.- Redefinición del Esquema de incentivos.** *El Nivel Nacional determina el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios, para orientar y alinear aseguradores, prestador y proveedores de insumos alrededor de los resultados en salud. El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica. [cursivas añadidas]*

**5.8. Requerimientos y procesos del sistema de información.** *La operación del MIAS exige ajustes en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social-SISPRO, para integrar los componentes del modelo. Para tal efecto se debe desarrollar un conjunto mínimo de datos, centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad con estándares (semánticos y sintácticos), integrados con interoperabilidad, bajo arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles. El sistema debe asegurar que la información del conjunto mínimo de datos esté disponible para los integrantes: planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, pacientes y*



*ciudadanos y demás entidades o personas responsables de acciones en salud. En todo caso, se deberá respetar la reserva de los datos.*

**5.9.- Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud - RHS:** *Para el fortalecimiento del RHS se deben implementar acciones en cuatro ejes, a saber, la formación, la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el mejoramiento de condiciones laborales. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.*

**5.10 Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.-** *El Ministerio establece seis (6) retos de innovación e investigación en sistemas de salud que deben enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional, relacionados con: la rectoría del sistema de salud, la sostenibilidad financiera del sistema de salud, la gestión eficiente de los recursos humanos en salud, el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes, mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas y el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud. Igualmente, se debe fortalecer la capacidad de investigación en salud pública.*

## **Ley Estatutaria 1751 de 2015**

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 4.** *Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y*

*deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.*

**Artículo 5°.** *Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:*

*a. Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;*

*b. Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;*

*c. Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;*

*d. Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;*

*e. Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;*

f. *Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;*

g. *Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;*

h. *Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;*

i. *Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;*

j. *Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.*

**Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.** *El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:*

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. **Acceptabilidad.** 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;*

*l. **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 palanqueras.** Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, 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.*

### **Ley 1438 de 2011**

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

***Artículo 6. Plan Decenal para la Salud Pública.** El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental,*

*garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.*

*El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan.*

*El Ministerio de la Protección Social podrá hacer modificaciones al Plan Decenal de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten.*

*Parágrafo transitorio. El primer Plan Decenal deberá ponerse en vigencia en el año 2012.*

**Artículo 12. De la atención primaria en salud.** *Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.*

*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 hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.*

*Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.*

**Artículo 14. Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad.** *El Gobierno Nacional formulará la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.*

**Artículo 61. De las redes integradas de servicios de salud.** *La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.*

*Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.*

*Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.*

*Artículo 62. Conformación de redes integradas de servicios de salud. Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.*

*Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.*

## **Ley 1122 de 2007**

Por medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

*Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la*

*garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.*

*Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.*

*A partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:*

*a. Modificado por el art. 39, Decreto Nacional 131 de 2010. Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.*

*b. Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias.*

*c. Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén;*

d. *Modificado por el art. 40, Decreto Nacional 131 de 2010. La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social;*

e. *Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;*

f. *Derogado por el art. 145, Ley 1438 de 2011. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S;*

g. *La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo;*

*h. El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.*

*i. La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien este delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad;*

*j. No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo remplace; Ver el art. 164, Ley 100 de 1993, Ver la Circular del Min. Protección 20 de 2007*

*k. No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia; Ver el art. 164, Ley 100 de 1993, Ver el art. 61, Decreto Nacional 806 de 1998, Ver la Circular del Min. Protección 20 de 2007*

*l. La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del Fosyga se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente período de traslado. El Gobierno Nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta; [Literal declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-063 de 2010, en el entendido que la población indígena desplazada le será reconocida, desde el momento de su inscripción en el Registro Único de Desplazados, la posibilidad de realizar su afiliación inicial al sistema de salud en una EPS de naturaleza indígena o en una EPS pública de carácter nacional].*

*m. Derogado por el art. 145, Ley 1438 de 2011. En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el Fosyga haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud; [Texto en cursiva declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional C-463 de 2008, en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que*

*una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes].*

*n. Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo 2° de la presente ley;*

*o. Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos;*

*p. La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.*

**Artículo 25. De la regulación en la prestación de servicios de salud.** *Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:*

*a. Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios*

*poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;*

*b. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;*

*c. El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;*

*d. Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.*

**Parágrafo 1°.** *El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia*



*Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la Ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.*

**Parágrafo 2°.** *Autorízase al Ministerio de la Protección Social para certificar, previo el lleno de los requisitos, a los municipios capitales de departamentos, que a la entrada en vigencia de la presente ley, no hayan sido certificados para el manejo autónomo de los recursos destinados a la salud.*

**Parágrafo 3°.** *El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente.*

*Que así mismo, el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 establece que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas reemplazará al Plan de Atención Básica, señalando, además que “Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud”.*

## **Ley 100 de 1993**

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 1.** *Sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto 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.*

*El 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.*

*Artículo 152. Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”.*

### **Ley 1753 de 2015**

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 65. Política de atención integral en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros.

**Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.**

Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), establece estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran al sector salud y a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud, con líneas operativas para su implementación, promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública.

**Resolución DDC-000002 de la Secretaría Distrital de Hacienda.**

Por medio de la cual se definen los criterios, las pautas y el método relacionado con el Sistema de Costos de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital y se dictan normas sobre la estructura, los procedimientos, mecanismos de reporte y términos de la entrega de la información respectiva y se deroga la Resolución DDC- 000001 de 2012.

**Resolución 00000256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.**

Por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

**Ley 1438 de 2011**

Salud pública y atención Primaria en Salud.

**Resolución 4505 de 2012**

Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías.

**Resolución 4015 de 2013**

Metodología Planes Financieros Territoriales de Salud.

**Resolución 1841 de 2013**

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

**Decreto 859 de 2014**

Comisión Intersectorial de Salud Pública.

**Decreto 2702 de 2014**

Condiciones de habilitación para EPS.

**Resolución 1536 de 2015**

Planeación Integral para la Salud.

**Resolución 1441 de 2016**

Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

**Resolución 3202 de 2016**

Manual Metodológico Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

**Acuerdo 645 de 2016**

Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos.

## **7. Objetivos**

### **7.1 Objetivo general**

Diseñar, socializar, implementar y evaluar el nuevo modelo de remuneración *Presupuesto Global Prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño* contemplado en el Plan Territorial de Salud, para afectar de manera positiva la operación de los nuevos modelos propuestos y facilitar el acceso al sistema de salud de manera eficiente, efectiva, con calidad y trato digno, ejerciendo un mayor control social y fortaleciendo la sostenibilidad financiera de la red hospitalaria y Capital Salud EPSS.

### **7.2 Objetivos específicos**

- Determinar las nuevas tarifas de las actividades finales (consulta, hospitalización, cirugía y PIC) con una utilización de la capacidad instalada de infraestructura y recurso humano en condiciones de eficiencia al 1° de enero de 2017.
- Diseñar, socializar, implementar y evaluar los incentivos de calidad, eficiencia administrativa e impacto que mejoren la salud de los bogotanos y la eficiencia del pagador y el prestador al 1° de enero de 2017.
- Socializar el nuevo modelo de remuneración *Presupuesto Global Prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño*, a las cuatro subredes, al asegurador y ente territorial.
- Realizar pruebas de facturación a las cuatro subredes ESE al 31 de agosto de 2016.
- Realizar los ajustes necesarios que se deriven de la implementación durante el periodo del plan de gobierno “Bogotá Mejor para Todos”.
- Preparar manuales de forma de pago y facturación como herramientas de socialización al 1° de enero de 2017.

- 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 durante los cuatro años del Plan Territorial de Salud.
- Brindar asistencia técnica en la implementación del nuevo modelo de remuneración *Presupuesto Global Prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño*, a las cuatro subredes, al asegurador y ente territorial.

## **8. Plan de Intervenciones Colectivas**

Contar con un nuevo modelo integral de salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva (APSR), que atienda de manera integral e integrada a las personas, acorde con la reorganización de redes de prestación de servicios, que fortalezca las acciones colectivas y las articule con las de tipo individual, garantice el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disminuya las barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y administrativas incidiendo en el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad; así mismo, responda a las necesidades y expectativas de las personas y especialmente a las poblaciones más pobres y necesitadas, dentro de un esquema de aseguramiento en un ejercicio de gobernanza y rectoría en salud.

Desarrollar acciones intersectoriales y generar asociaciones público-privadas, que permitan la implementación de planes, programas y proyectos que incidan de manera positiva en las condiciones sociales, ambientales y económicas de los habitantes de la zona urbana y rural y que mejoren el acceso a los servicios de salud en condiciones dignas, lo que a su vez se reflejará en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población y en la disminución de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por eventos evitables.

### **8.1 Metas**

Del Plan Territorial de Salud 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos”, se presentan a continuación las metas del Plan de Desarrollo directamente relacionadas con el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas:

- Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá, D. C. con el nuevo modelo de atención integral.



- Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años.
- A 2020, aumentar al 30 % la cobertura en detección temprana de alteraciones relacionadas con condiciones crónicas (cardiovascular, diabetes, EPOC, cáncer). Aumentar en un 15 % las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud oral.
- Reducir a 2020, en una quinta parte, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 64,7 % de la proporción de prevalencia de alteraciones en la salud relacionadas con trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno mental, enfermedad neuropsiquiátrica y consumo problemático de alcohol.
- A 2020, garantizar la atención integral en salud como medida de reparación a 7.200 personas víctimas del conflicto.
- A 2020, aumentar la respuesta efectiva a un 84 % de los niños, niñas y adolescentes identificados en alto riesgo desde la Línea 106.
- A 2020, mejorar en un 60 % las pautas de crianza y protección hacia la infancia y adolescencia captada en los espacios educativos y de vivienda.
- Reducir al 26 % o menos el exceso de peso en la población de 5 a 17 años en el distrito a 2020.
- Erradicar la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2020.
- A 2020, incrementar a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los menores de seis meses.
- A 2020, reducir en 50 % el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70 % de los casos de la mortalidad materna.

- A 2020, reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.
- A 2020, disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6 %.
- A 2020, reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año.
- A 2020, reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.
- A 2020, reducir en 50 % el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60 % de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.
- A 2020, reducir la tasa de mortalidad infantil a 8,16 por 1.000 nacidos vivos.
- Reducir a 2020 la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9,52 por 1.000 nacidos vivos.
- A 2020, el 80 % de las personas viviendo con VIH en el Distrito Capital, cuentan con tamizaje, conocen su diagnóstico y alcanzan una carga viral indetectable.
- A 2020, mantener en 2 casos o menos la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
- A 2020, disminuir a 2,4 casos por 1.000 días de uso de dispositivo, las infecciones asociadas al mismo.
- Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95 % en todos los biológicos del PAI.
- Reducir en 20 % el diferencial que ocurre en las localidades donde se concentra el 70 % de la morbilidad por transmisibles.
- A 2020 reducir a  $6,63 \times 100.000$  menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el distrito capital.
- Reducir a la mitad, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 57,5 % de los casos de la mortalidad por neumonía en menores de cinco años a 2020.

- A 2020, lograr la reducción de la mortalidad por tuberculosis en el Distrito Capital a menos de 1 caso por 100.000 habitantes.
- A 2020, el 70 % de los niños trabajadores identificados e intervenidos por el sector salud serán canalizados efectivamente a los servicios de salud y sociales para su desvinculación del trabajo.
- A 2020, el 100 % de los trabajadores identificados por el sector salud en las unidades de trabajo tendrán implementada la estrategia de entornos laborales saludables.
- Realizar estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo e incorporar al PAI Distrital de manera progresiva en los próximos 4 años de vacuna contra meningococo para población en riesgo.
- Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales.
- A 2020, se implementarán en el 100 % de las localidades del Distrito Capital intervenciones de vigilancia en salud pública.
- A 2020, el 100 % de las unidades comando de salud pública habrán dado respuesta al 100 % de las urgencias y emergencias de salud pública notificadas en el Distrito Capital.
- Diseñar, actualizar y poner en funcionamiento el 100 % de los sistemas de vigilancia de 1<sup>ra</sup>, 2<sup>da</sup> y 3<sup>ra</sup> generación en salud ambiental priorizados para Bogotá, en el marco de las estrategias de gestión del conocimiento y vigilancia de la salud ambiental.
- Realizar intervenciones de prevención y control sanitario en el 100 % de la población objeto de vigilancia priorizada en el marco de la estrategia de gestión integral del riesgo en el D. C.
- Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100 % de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital.

El logro de las metas y objetivos de ciudad en el tema de salud en Bogotá está mediado por la capacidad de liderazgo y gobernanza de la administración pública de salud, que garantice la participación de todas las partes interesadas en las decisiones y en la búsqueda de soluciones de las problemáticas que afectan al Sistema de Salud en Bogotá. De no ser así, se continuará con un esquema de administración de la salud que ha perdido legitimidad con la ciudadanía y las partes interesadas y que no da respuestas efectivas a la crisis financiera y de falta de acceso a los servicios de salud. Se requiere implementar principios de gobernanza institucional y participación social en el Sistema de Salud en Bogotá que contribuyen a mejorar y mantener la salud de los bogotanos.

Se deben hacer esfuerzos reales para respetar, proteger, promocionar y reconocer el derecho a la participación ciudadana y comunitaria, a través del mejoramiento de las instancias ya existentes, creación de nuevos espacios, condiciones óptimas para participar y realizar el ejercicio de control social, para avanzar en la ganancia de confianza y legitimidad por parte de la ciudadanía bogotana; si no se está a la altura de sus expectativas en términos de respuestas oportunas y de calidad a sus necesidades de orientación e información, a sus peticiones, quejas y reclamos, a la disminución y eliminación de trámites innecesarios, al acceso a la información pública de salud y en general, al apoyo en la solución de sus dificultades para el acceso a los servicios de salud, no se recobrarán su confianza en el Sistema de Salud y tampoco en la administración del salud del Distrito Capital.

## **9. Ventajas y desventajas**

### **9.1 Ventajas para el usuario**

Reduce las autorizaciones y sus costos de desplazamiento.

- a. Aumenta la oportunidad en la atención.
- b. Aumenta la calidad e integralidad de la atención.
- c. Mejora el impacto en la salud promoviendo la gestión del riesgo, la cobertura en las actividades PyD y PIC.
- d. Premia el aumento de las coberturas de usuarios con esquema terminado en actividades de promoción y detección y PIC, garantizando la operación del modelo de atención integral en salud.

### **9.2 Ventajas para el prestador**

- a. Lleva a las cuatro subredes a una utilización racional de su capacidad instalada (mano de obra, tecnología e infraestructura).
- b. Reduce las autorizaciones en el POS.
- c. Fortalece la relación EPS-IPS-Dirección Territorial de Salud (DTS).
- d. Optimiza los tiempos de atención.
- e. Simplifica y reduce los tiempos de facturación y glosa.
- f. Reduce los costos.
- g. Aumenta la producción.
- h. Promueve la eficiencia administrativa por los incentivos de desempeño.
- i. Mejora la gestión clínica por incentivos de desempeño.
- j. Mejora el posicionamiento en el mercado para ser más competitivo y atraer nuevos pagadores (régimen contributivo y especial).

- k. Mejora la liquidez de las ESE-subredes.
- l. Incentiva la autosostenibilidad financiera de las ESE.

### **9.3 Ventajas para el asegurador**

- a. Fortalece la relación EPS-IPS-DTS.
- b. Reduce el proceso de autorizaciones en el POS.
- c. Simplifica y reduce los tiempos de facturación y glosa.
- d. Reduce los costos de administración y clínicos.
- e. Promueve la eficiencia administrativa por los incentivos de desempeño.
- f. Mejora el posicionamiento en el mercado para ser más competitivo.
- g. Incentiva la autosostenibilidad financiera de la EPS.
- h. Premia el aumento de las coberturas de usuarios con esquema terminado en actividades de promoción y detección y PIC, garantizando la operación del modelo de atención integral en salud.

### **9.4 Desventajas**

- a. Se presenta mayor riesgo o mayor nivel de exigencia para el prestador de servicios en términos de pertinencia y control de costos.
- b. Tiene implícito un nivel de incertidumbre en los datos, tanto de costos como de producción, los cuales presentan ineficiencias o subregistros.
- c. Genera incertidumbre, lo cual conlleva resistencia al cambio por parte de los actores involucrados.
- d. Produce un efecto “J” de empeoramiento inicial característico de la respuesta normal al cambio.

## **10. Metodología**

### **10.1 Definir población objetivo**

#### **10.1.1 Población del régimen subsidiado**

Esta población se definió según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento, a mayo 2016, corte más reciente; y con el análisis de tendencia poblacional de acuerdo con el comportamiento del aseguramiento en el Distrito Capital; deberá definirse y proyectarse la población para el cuatrienio (2016-2020) del régimen subsidiado y la población pobre no afiliada (PPNA).

#### **10.1.2 Población en movilidad**

Esta población se definirá según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento, fuente DANE, tomando históricos del 2011 a 2015, corte más reciente; y con el análisis de tendencia poblacional de acuerdo con el comportamiento del aseguramiento en el Distrito Capital; deberá definirse y proyectarse la población para el cuatrienio (2016-2020) de la población en movilidad.

#### **10.1.3 Poblaciones especiales**

Entendiendo como población especial, la población posconflicto (desmovilizados, reinsertados) y rural se tomará del listado censal suministrado por la nación, e información obtenida en Aseguramiento.

#### **10.1.4 Población conexas**

##### **10.1.4.1 Población del régimen contributivo**

Esta población se definirá según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento, fuente DANE, tomando históricos del 2011 a 2015, corte más reciente; y con el análisis de tendencia

poblacional de acuerdo con el comportamiento del aseguramiento en el Distrito Capital; deberá definirse y proyectarse la población para el cuatrienio (2016-2020) del régimen contributivo; análisis que permitirá determinar un porcentaje de la población del régimen contributivo que podrá ser atendida en la Red Pública Distrital.

#### **10.1.4.2 Población PSPIC**

Se refiere a la totalidad de la población del Distrito Capital e incluye la población flotante (extranjeros de paso e inmigrantes ilegales).

#### **10.1.4.3 Población PPNA**

Hace relación a la población que en la actualidad no está afiliada pero es objeto de subsidio o en tránsito hacia cualquiera de los dos regímenes y en donde el Distrito Capital funge transitoriamente como asegurador.

### **10.2 Identificar el valor UPC presupuesto del modelo de pago**

Considerando la Resolución 5593 de 2015, por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones, así como el marco legal respectivo, se identificó el valor de la UPC por cada grupo etario teniendo en cuenta el valor de UPC específico para el Distrito Capital el cual está en prueba piloto con un mayor porcentaje.

Teniendo como base la información suministrada por la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) con corte a mayo 2016, se determinó el valor de la UPC que se debe contemplar como techo presupuestal en las modulaciones para aplicar al nuevo modelo de



remuneración: pago por red, por actividad final con incentivo de desempeño (PGPAFID) bajo la siguiente metodología (ver anexo 1: Cálculo de UPC diciembre 2016):

### 10.3 Identificar la población asegurada por Régimen, EPS, por grupo etario y subred de residencia.

**Tabla 3. Población asegurada por Régimen, EPS, por grupo etario y subred de residencia**

Régimen		Subsidiado					
EPS		Capital Salud					
Suma de cantidad		Rótulos de columna					Total general
Rótulos de fila	Centro Oriente	Norte	Null	Sur	Sur Occidente		
<b>a. Menor de 1 año</b>	<b>1.891</b>	<b>1.524</b>	<b>643</b>	<b>2.828</b>	<b>2.348</b>	<b>9.234</b>	
<b>b. 1-4 años</b>	<b>10.630</b>	<b>8.321</b>	<b>4.580</b>	<b>15.489</b>	<b>14.789</b>	<b>53.809</b>	
<b>c. 5-14 años</b>	<b>34.118</b>	<b>24.940</b>	<b>4.745</b>	<b>47.377</b>	<b>44.692</b>	<b>155.872</b>	
<b>d. 15-18 años</b>	<b>17.287</b>	<b>13.763</b>	<b>2.311</b>	<b>24.543</b>	<b>23.144</b>	<b>81.048</b>	
Hombres	8.863	7.038	1.053	12.468	11.767	41.189	
Mujeres	8.424	6.725	1.258	12.075	11.377	39.859	
<b>e. 19-44 años</b>	<b>64.465</b>	<b>49.818</b>	<b>8.850</b>	<b>83.284</b>	<b>84.795</b>	<b>291.212</b>	
Hombres	28.080	21.550	3.810	35.152	35.864	124.456	
Mujeres	36.385	28.268	5.040	48.132	48.931	166.756	
<b>f. 45-49 años</b>	<b>12.854</b>	<b>11.193</b>	<b>1.040</b>	<b>16.043</b>	<b>18.404</b>	<b>59.534</b>	

<b>g. 50-54 años</b>	<b>15.296</b>	<b>13.091</b>	<b>1.004</b>	<b>17.287</b>	<b>20.043</b>	<b>66.721</b>
<b>h. 55-59 años</b>	<b>13.993</b>	<b>11.613</b>	<b>811</b>	<b>15.621</b>	<b>17.284</b>	<b>59.322</b>
<b>i. 60-64 años</b>	<b>11.504</b>	<b>9.323</b>	<b>595</b>	<b>12.810</b>	<b>13.365</b>	<b>47.597</b>
<b>j. 65-69 años</b>	<b>8.600</b>	<b>6.689</b>	<b>388</b>	<b>9.306</b>	<b>9.764</b>	<b>34.747</b>
<b>k. 70-74 años</b>	<b>6.377</b>	<b>5.224</b>	<b>261</b>	<b>7.085</b>	<b>7.372</b>	<b>26.319</b>
<b>l. 75 años o más</b>	<b>10.656</b>	<b>9.823</b>	<b>491</b>	<b>10.893</b>	<b>12.505</b>	<b>44.368</b>
<b>Total general</b>	<b>207.671</b>	<b>165.322</b>	<b>25.719</b>	<b>262.566</b>	<b>268.505</b>	<b>929.783</b>

*Fuente:* Base de aseguramiento, Dirección de Aseguramiento de la SDS con corte a diciembre 2016.

#### 10.4 Distribución de población sin subred asignada con base en el peso porcentual de la distribución por subred por cada grupo etario.

**Tabla 4. Distribución de población sin subred asignada con base en el peso porcentual de la distribución por subred por cada grupo etario**

Suma de cantidad	Distribución población sin Subred					Total general
	Centro Oriente	Norte	Null	Sur	Sur Occidente	
<b>a. Menor de 1 año</b>	2.033	1.638		3.040	2.524	9.234
<b>b. 1-4 años</b>	11.619	9.095		16.930	16.165	53.809
<b>c. 5-14 años</b>	35.189	25.723		48.865	46.095	155.872
<b>d. 15-18 años</b>	17.794	14.167		25.263	23.823	81.048
Hombres	9.096	7.223		12.795	12.076	41.189
Mujeres	8.699	6.944		12.469	11.748	39.859
<b>e. 19-44 años</b>	66.486	51.379		85.894	87.453	291.212
Hombres	28.967	22.231		36.262	36.997	124.456

Mujeres	37.519	29.149		49.632	50.456	166.756
<b>f. 45-49 años</b>	13.083	11.392		16.328	18.731	59.534
<b>g. 50-54 años</b>	15.530	13.291		17.551	20.349	66.721
<b>h. 55-59 años</b>	14.187	11.774		15.838	17.524	59.322
<b>i. 60-64 años</b>	11.649,6295	9.441,02019		12.972,1622	13.534,188	47.597
<b>j. 65-69 años</b>	8.697,11575	6.764,53573		9.411,08827	9.874,26025	34.747
<b>k. 70-74 años</b>	6.440,87278	5.276,3242		7.155,9642	7.445,83882	26.319
<b>l. 75 años o más</b>	10.775,2446	9.932,92303		11.014,8967	12.644,9356	44.368
<b>Total general</b>	<b>213.483</b>	<b>169.874</b>	<b>-</b>	<b>270.263</b>	<b>276.163</b>	<b>929.783</b>

*Fuente:* Base de aseguramiento modificada, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

### 10.5 Asignación de UPC por grupo etario

De acuerdo con la estructura de costos por grupo etario de la Unidad de pago por Capitación del régimen subsidiado (UPC-S) para la prueba piloto de la que trata el artículo 19 de la Resolución 5593 del 2015, del Ministerio de Salud y Protección social.

**Tabla 5. Asignación de UPC por grupo etario**

RANGO DE EDAD	VALOR UPC
a. Menor de 1 año	\$ 2.049.239
b. 1 - 4 años	\$ 606.085
c. 5 - 14 años	\$ 242.093
d. 15 - 18 años H	\$ 285.073
d. 15 - 18 años M	\$ 472.849
e. 19 - 44 años H	\$ 475.369
e. 19 - 44 años M	\$ 752.440
f. 45 - 49 años	\$ 768.892
g. 50 - 54 años	\$ 961.337
h. 55 - 59 años	\$ 1.166.231
i. 60 - 64 años	\$ 1.442.412
j. 65 - 69 años	\$ 1.787.728
k. 70 - 74 años	\$ 2.180.401
l. 75 años o más	\$ 2.710.307

Fuente: Resolución 5593 de 2015.

## 10.6 Cálculo de UPC por subred (población por grupo etario por UPC).

**Tabla 6. Cálculo de UPC por subred**

POBLACION POR					
UPC					
Etiquetas de fila	CENTRO ORIENTE	NORTE	SUR	SUR OCCIDENTE	Total general
<b>a. Menor de 1 año</b>	\$ 4.165.146.201	\$ 3.356.786.256	\$ 6.228.997.068	\$ 5.171.741.554	\$ 18.922.671.079
<b>b. 1-4 años</b>	\$ 7.042.078.318	\$ 5.512.430.262	\$ 10.261.030.205	\$ 9.797.299.741	\$ 32.612.838.527
<b>c. 5-14 años</b>	\$ 8.519.056.231	\$ 6.227.365.684	\$ 11.829.747.554	\$ 11.159.319.452	\$ 37.735.488.922
<b>d. 15-18 años</b>	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Hombres	\$ 2.592.891.238	\$ 2.058.983.249	\$ 3.647.542.363	\$ 3.442.463.184	\$ 11.741.880.035
Mujeres	\$ 4.113.096.130	\$ 3.283.543.622	\$ 5.895.730.742	\$ 5.554.925.768	\$ 18.847.296.263
<b>e. 19-44 años</b>	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Hombres	\$ 13.769.908.495	\$ 10.567.718.236	\$ 17.237.885.449	\$ 17.587.036.975	\$ 59.162.549.155

					\$
Mujeres	\$ 28.230.755.557	\$ 21.932.856.894	\$ 37.345.134.711	\$ 37.965.070.775	125.473.817.938
<b>f. 45-49 años</b>	\$ 10.059.054.340	\$ 8.759.218.549	\$ 12.554.645.152	\$ 14.402.274.473	\$ 45.775.192.514
<b>g. 50-54 años</b>	\$ 14.929.259.246	\$ 12.777.126.882	\$ 16.872.522.528	\$ 19.562.443.977	\$ 64.141.352.633
<b>h. 55-59 años</b>	\$ 16.545.260.331	\$ 13.731.159.024	\$ 18.470.200.217	\$ 20.436.523.945	\$ 69.183.143.518
<b>i. 60-64 años</b>	\$ 16.803.565.455	\$ 13.617.840.815	\$ 18.711.202.493	\$ 19.521.875.201	\$ 68.654.483.964
<b>j. 65-69 años</b>	\$ 15.548.073.864	\$ 12.093.147.218	\$ 16.824.462.253	\$ 17.652.487.582	\$ 62.118.170.917
<b>k. 70-74 años</b>	\$ 14.043.686.747	\$ 11.504.503.617	\$ 15.602.872.918	\$ 16.234.915.901	\$ 57.385.979.183
					\$
<b>l. 75 años o más</b>	\$ 29.204.218.753	\$ 26.921.268.845	\$ 29.853.749.520	\$ 34.271.654.984	120.250.892.102
<b>Total general</b>	<b>185.566.050.908</b>	<b>152.343.949.154</b>	<b>221.335.723.173</b>	<b>232.760.033.514</b>	<b>792.005.756.749</b>

Fuente: UPC calculada, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

### 10.7 Determinación del techo presupuestal del nuevo modelo de remuneración pago por red, por actividad final con incentivo de desempeño (PGPAFID).

**Tabla 7. Techo presupuestal del nuevo modelo de remuneración**

	%	VALOR
Administración	<b>8</b>	\$ 63.360.460.540
Atenciones en salud	<b>92</b>	\$ 728.645.296.209
<b>Total general</b>	<b>100</b>	<b>\$ 792.005.756.749</b>

Fuente: Techo presupuestal, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

### **10.8 Determinación de las actividades finales y sus tipologías**

El proyecto concentra toda la producción hospitalaria en solo cuatro actividades finales que son: consulta, hospitalización, cirugía y PIC; y, a su vez, cada actividad final fue analizada teniendo en cuenta los gráficos de dispersión, en los cuales se hizo necesario definir treinta tipologías que se presentan en la tabla 8 (ver anexo 2: Tipologías de actividad final).

#### **Tabla 8. Tipologías de actividades finales**

<b>TIPOLOGIAS ACTIVIDADES FINALES</b>	
<b>No.</b>	<b>NOMBRE DE PRODUCTO RESOLUTIVO</b>
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL
2	CONSULTORIO BASICO ENFERMERIA
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA
4	CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRAESPECIALIZADO
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO
9	EGRESO CAMA BASICA
10	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
11	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA
12	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA
13	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO
14	EGRESO CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL
15	EGRESO CAMA OBSERVACION URGENCIAS
16	EGRESO CAMA UCI ADULTOS
17	EGRESO CAMA UCI NEONATAL
18	EGRESO CAMA UCI PEDIATRICA
19	EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA
20	EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS
21	EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL
22	QUIROFANO BASICO PARTO Y CESAREA
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23

*Fuente:* Tipologías de actividad final, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

### **10.9 Determinación de la producción y el rendimiento observados por cada actividad final en función de la capacidad instalada de la red**

Un insumo esencial en el cálculo de una tarifa en cualquier sistema de producción es el costo unitario de la actividad final producida, resultante del cálculo: Costos totales de producción

/Unidades producidas, por lo cual resulta fundamental identificar la producción total en el periodo 2015, por cada actividad final, por cada hospital y cada subred la cual denominaremos en adelante *Producción observada*.

Por otra parte y teniendo en cuenta la teoría del costo marginal decreciente explicada con anterioridad, en condición de costos constantes el costo unitario decrece a medida que aumenta la producción; sin embargo, para el caso de los hospitales objeto de estudio esta última solo es comparable a través del porcentaje de rendimiento (producción/capacidad de producción) ya que la capacidad instalada (capacidad de producción) es diferente entre todos ellos, por lo cual se hace necesario determinar este porcentaje por cada tipología, por cada hospital y por cada subred.

Para la elaboración de estos diagnósticos se utilizaron como fuentes de información el portafolio de servicios de cada unidad de servicios de salud que integra la subred, la información de producción y capacidad instalada del aplicativo CIP de la SDS y el registro especial de prestadores del Ministerio de Salud (REPS) y se aplicó la siguiente metodología:

1 Se extrajo toda la información de producción y capacidad instalada del aplicativo CIP de la SDS a una base de datos (Anexo 3: Base CIP).

2 Se clasificó cada ítem de producción y capacidad instalada (agregando, así, cuatro variables a la base de datos) de acuerdo con la tabla de tipología por actividad final establecida con anterioridad.

3 Como se ha descrito, la información de costos y de producción se ha procesado simultáneamente con el fin de relacionarla más adelante en la metodología, por lo cual, atendiendo a las agrupaciones realizadas en costos y con la intención de elaborar los cambios equivalentes en producción, se realizaron las siguientes modificaciones:

4 Costos afectados: Unidad Hospital Simón Bolívar, Unidad de quemados adultos —cama especializada— y Unidad de quemados pediatría —cama especializada—.



Se excluyó en producción la información que se relaciona en la tabla 9.

**Tabla 9. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada**

Norte			Total general
Rótulos de fila	Servicio Nieto	Hospital Simón Bolívar	
<b>Cama UCI adultos</b>	Cuidado intensivo de quemados	242	242
<b>Cama UCI intermedios</b>	Cuidado intermedio de quemados	1.155	1.155
<b>Total general</b>		<b>1.397</b>	<b>1.397</b>

*Fuente:* Aplicativo Capacidad Instalada y Producción (CIP) SDS.

*Nota:* Los costos de “Unidad de quemados adultos —cama especializada—” en CIP únicamente reflejan producción equivalente, como Cuidado Intermedio de Quemados y Cuidado Intensivo de Quemados así pues, es probable que la hospitalización básica de quemados se encuentre inmersa en otro servicio, lo cual afecta la cifra de producción de hospitalización para ese hospital.

Los costos de “Unidad de quemados pediatría —cama especializada—” no reflejan producción equivalente en CIP, es probable que se encuentre inmersa en el servicio de pediatría, lo cual afecta la cifra de producción de este servicio para ese hospital.

Costos afectados: Unidad Hospital Occidente de Kennedy, consulta oncología, consultorio supra especializado y cirugía oncológica, quirófano supra especializado. Unidad El Tunal, consulta oncología, consultorio supra especializado y cirugía oncológica, quirófano supra especializado.

Se excluyó en producción la información relacionada en la tabla 10.

**Tabla 10. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada**

		Centro Oriente		Norte	Sur	Sur Occidente	Total gene ral
Rótulos de fila	Servicio Nieto	Hospital La Victoria	Hospital Santa Clara	Hospital Simón Bolívar	Hospit al El Tunal	Hospital Occidente de Kennedy	
<b>Consultorio supraespeciali zado</b>	Oncolog ía clínica		25	762	3.773	4.017	8.577
<b>Quirófano supraespeciali zado</b>	Cirugía oncológi ca	2		584	377	663	1.626
<b>Total general</b>		<b>2</b>	<b>25</b>	<b>1.346</b>	<b>4.150</b>	<b>4.680</b>	<b>10.20 3</b>

*Fuente:* Aplicativo CIP SDS.

*Nota:* La producción reflejada en CIP de “Consulta oncología y Cirugía oncológica” de los hospitales La Victoria, Santa Clara y Simón Bolívar no reflejan costos equivalentes, así pues, seguramente los costos de dichas actividades se encuentren inmersas en otros servicios lo cual cuestiona las cifras de producción de consulta y cirugía para esos hospitales, en diferente proporción.

5 De acuerdo con las dos clasificaciones anteriores se determinaron la producción observada (anexo 4: Producción Observada 2015). y la capacidad instalada (anexo 5: Capacidad Instalada) para cada unidad de servicios de salud y cada subred en cada una de las actividades finales.

**Tabla 11. Producción observada**

<b>Suma de total actividades (consultas, cirugías, egresos)</b>	<b>Centro</b>	<b>Norte</b>	<b>Sur</b>	<b>Sur</b>	<b>Total</b>
<b>Rótulos de fila</b>					
Cama básica	1.670	4.830	3.714	2.318	12.532
Cama especializada g/o	11.127	10.686	12.228	11.737	45.778
Cama especializada m interna	13.329	14.681	13.240	7.057	48.307
Cama especializada pediatría	8.756	8.394	8.911	5.874	31.935
Cama especializada quirúrgico	7.250	9.774	11.621	7.974	36.619
Cama especializada s mental	2.848	2.786	425	609	6.668
Cama observación de urgencias	21.418	52.868	29.061	26.950	130.297
Cama uci adultos	1.710	1.293	1.284	417	4.704
Cama uci intermedios adulto	2.330	1.837	1.952	872	6.991
Cama uci intermedios neonatal	2.223	1.552	1.046	522	5.343
Cama uci intermedios pediátrico	809	47	385	176	1.417
Cama uci neonatos	671	1.189	789	435	3.084
Cama uci pediátrica	366	350	504	126	1.346
Consultorio básico enfermería	126.880	145.097	245.770	269.016	786.763
Consultorio básico medicina general	282.321	274.314	366.865	543.795	1.467.295
Consultorio básico psicología	20.589	31.784	46.021	26.290	124.684
Consultorio especializado y supra	256.286	305.648	274.523	219.217	1.055.674
Consultorio odontológico	221.989	277.571	394.494	422.136	1.316.190
Consultorio odontológico especializado	20.927	36.105	43.226	50.137	150.395
Consultorio urgencias básico	139.488	155.325	150.291	160.901	606.005
Consultorio urgencias especializado	63.845	149.060	106.550	69.667	389.122
Quirófano básico partos y cesáreas	7.942	7.643	9.279	7.917	32.781
Quirófano especializado por grupo 2 6	8.473	9.070	11.888	8.262	37.693
Quirófano especializado por grupo 7 10	12.801	21.209	16.903	7.674	58.587
Quirófano especializado por grupo 11 13	3.410	5.649	3.106	2.018	14.183
Quirófano especializado por grupo 20 23	2.433	2.360	3.145	1.477	9.415
Quirófano supraespecializado por grupo 2 6	1.058	4.355	2.583	1.127	9.123
Quirófano supraespecializado por grupo 7 10	2.207	6.202	2.055	2.789	13.253
Quirófano supraespecializado por grupo 11 13	2.206	3.137	403	547	6.293
Quirófano supraespecializado por grupo 20 23	488	343	114	195	1.140
<b>Total general</b>	<b>1.247.850</b>			<b>1.858.232</b>	<b>6.413.617</b>

*Fuente:* Producción observada, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID)

5.1 Se determinó el rendimiento de la consulta en relación con la capacidad instalada en talento humano e infraestructura, calculando la capacidad máxima de producción de consulta por cada uno de estos recursos y seleccionando el mínimo entre los dos por cada especialidad (anexo 6: Producción esperada).

5.1.1 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con el talento humano se aplicó la tabla de rendimientos utilizada por el SDS en su aplicativo CIP (la cual especifica la cantidad óptima de consultas por hora para cada especialidad médica) a la cantidad de horas de recurso humano reportado por cada unidad de servicios de salud como horas laboradas en consulta por la especialidad.

5.1.2 Para determinar la Capacidad de Producción y el rendimiento en relación a la infraestructura se relacionó la cantidad de horas de recurso humano reportado por cada Unidad de servicios de salud en consulta contra la cantidad de horas de disponibilidad se espera que brinde cada consultorio de consulta externa, de urgencias y unidad de odontología.

5.1.3 Se determinó la Capacidad de Producción en consulta seleccionando la mínima capacidad de producción entre la capacidad por talento humano y la capacidad por infraestructura por cada especialidad. Es importante resaltar que la diferencia en capacidad de producción por talento humano e infraestructura solo aplica para la actividad de consulta en todas sus tipologías ya que en esta actividad estas dos capacidades son diferentes, para hospitalización y cirugía no, la infraestructura entendida como camas y quirófanos respectivamente, son una unidad en conjunto con el recurso humano que lo habilita.

5.1.4 Se determinó el rendimiento en consulta comparando la producción observada contra la capacidad de producción, así:

$$\text{Rendimiento: } \frac{\text{Producción observada}}{\text{Capacidad de producción}} \times 100$$

Capacidad de producción

**Tabla 12. Rendimiento consulta**

	Centro Oriente	Norte	Sur	Sur Occidente	Total general
<b>Enfermería</b>	91%	96%	114%	126%	109%
<b>Medicina general</b>	92%	91%	91%	95%	92%
<b>Medicina general PYP</b>	102%	81%	115%	107%	106%
<b>Psicología (colectivo)</b>	126%	131%	415%		192%
<b>Psicología (individual)</b>	239%	106%	85%	101%	102%

*Fuente:* Rendimiento consulta, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

5.2 Se determinó el rendimiento de la hospitalización en relación con la capacidad instalada en infraestructura.

Para determinar el rendimiento de hospitalización se empleó como capacidad instalada el promedio de camas reportadas por cada unidad de servicios de salud (ya que este varía en relación a la capacidad habilitada e inscrita en el REPS por la dinámica intrínseca de los servicios de hospitalización en donde se inhabilitan y expanden camas permanentemente), con ello se identificaron por unidad de servicios de salud y por subred los indicadores de porcentaje ocupacional, giro-cama y promedio-día-estancia en la producción observada.

$$\text{Porcentaje ocupacional: } \frac{\text{Días cama ocupado}}{\text{Días cama disponible}} \times 100$$

Días cama disponible

$$\text{Giro cama: } \frac{\text{Egresos}}{\text{Número de camas}}$$

Número de camas

Promedio días estancia:  $\frac{\text{Días cama ocupado}}{\text{Egresos}} \times 100$

Egresos

Se seleccionó el porcentaje ocupacional como el indicador de rendimiento en hospitalización, si bien este indicador a diferencia del giro-cama, no es el más exigente en términos de rendimiento, la nueva forma de pago plantea estimular en primera instancia la ocupación óptima de los servicios (90 %) de forma directa a través de la tarifa y estimular el giro-cama adecuado a través de los incentivos.

**Tabla 13. Rendimiento hospitalización**

Etiquetas de fila	Total CENTRO ORIENTE	Total NORTE	Total SUR	Total SUR OCCIDENTE	Total general
<b>RENDIMIENTO</b>					
CAMA BASICA	29%	28%	31%	34%	30%
CAMA ESPECIALIZADA	94%	97%	99%	108%	98%
CAMA OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	49%	99%	71%	112%	85%
CAMA UCI ADULTOS	88%	78%	78%	87%	83%
CAMA UCI INTERMEDIOS	75%	78%	69%	86%	75%
CAMA UCI NEONATOS	91%	74%	71%	82%	78%
CAMA UCI PEDIATRICA	95%	89%	84%	52%	84%

*Fuente:* Rendimiento Hospitalización, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID)

5.3 Se determinó el rendimiento de la cirugía en relación a la capacidad instalada en infraestructura.

5.3.1 Para determinar el rendimiento en relación con la infraestructura se relacionó la cantidad máxima de horas de salas descrito en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico, contra la cantidad de cirugías realizadas por grupo, por especialidad, por unidad de servicios de salud y por subred estimando así el tiempo total ocupado de quirófano con la producción observada de esta actividad.

5.3.2

**Tabla 14. Cantidad máxima de horas de salas descrito en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico**

<b>Grupo quirúrgico</b>	<b>Tiempo de sala de cirugía (horas)</b>	<b>Frecuencia</b>
4	1	1
5	1,5	1
6	2	1
	1,5	1
	1,6	1
	1	1
7	2	2
	1,5	2
	1,75	1
	1	1
8	2	1
	2,5	1
	3	2
	1,5	1
9	2	2
	2,5	3
	3	1
	4	1
	1	1

10	2	2
	3	5
	1,5	1
	2,75	1
11	2	2
	2,5	2
	3	6
12	2	2
	2,5	3
	3	5
	3,5	1
	4	2
	4,5	1
13	2	1
	3	1
	3,5	2
	4	1
20	3	1
	5	1
21	3	1
	5	1
	7	1
	4,25	1



Total general	69
---------------	----

*Fuente:* Anexo técnico, Decreto 2423 de 1996, Tarifario SOAT.

5.4 Una vez hallado el tiempo total ocupado de quirófano se determinó el rendimiento comparando este tiempo contra la utilización máxima que sería de 24 horas-día 365 días año.

Rendimiento:  $\frac{\text{Tiempo total ocupado de quirófano}}{24 \times 365} \times 100$

8.760 horas año

**Tabla 15. Rendimiento cirugía**

RENDIMIENTO	Total CENTRO ORIENTE	Total NORTE	Total SUR	Total SUR OCCIDENTE	Total general
QUIROFANO BASICO	23%	13%	16%	26%	18%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 2 al 6	74%	80%	82%	66%	76%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 7 al 10	74%	89%	89%	67%	82%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 11 al 13	79%	98%	95%	65%	86%
QUIROFANO ESPECIALIZADO grupos 20 al 23	95%	98%	107%	63%	92%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 2 al 6	89%	77%	108%	63%	83%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 7 al 10	97%	87%	104%	63%	84%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 11 al 13	96%	110%	108%	63%	99%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO grupos 20 al 23	102%	105%	107%	63%	93%

*Fuente:* Rendimiento Cirugía, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

### **10.10 Determinación de la producción y el rendimiento esperados por cada actividad en función de la capacidad instalada actual de la red en el marco de la nueva forma de pago**

De acuerdo con los objetivos planteados tanto en el modelo de atención en salud como en el nuevo modelo de remuneración de llevar las subredes ESE del Distrito Capital a un aprovechamiento óptimo de su capacidad instalada, las modulaciones realizadas durante el proceso de construcción de tarifa deben contemplar el aumento de la producción resultante de todo el proceso de reestructuración de la oferta; sin embargo, como las 22 unidades de servicios de salud y las cuatro subredes se encuentran en porcentajes de rendimiento diferentes (por servicio y especialidad), no es posible seleccionar un porcentaje de rendimiento único ideal, así pues es necesario determinar

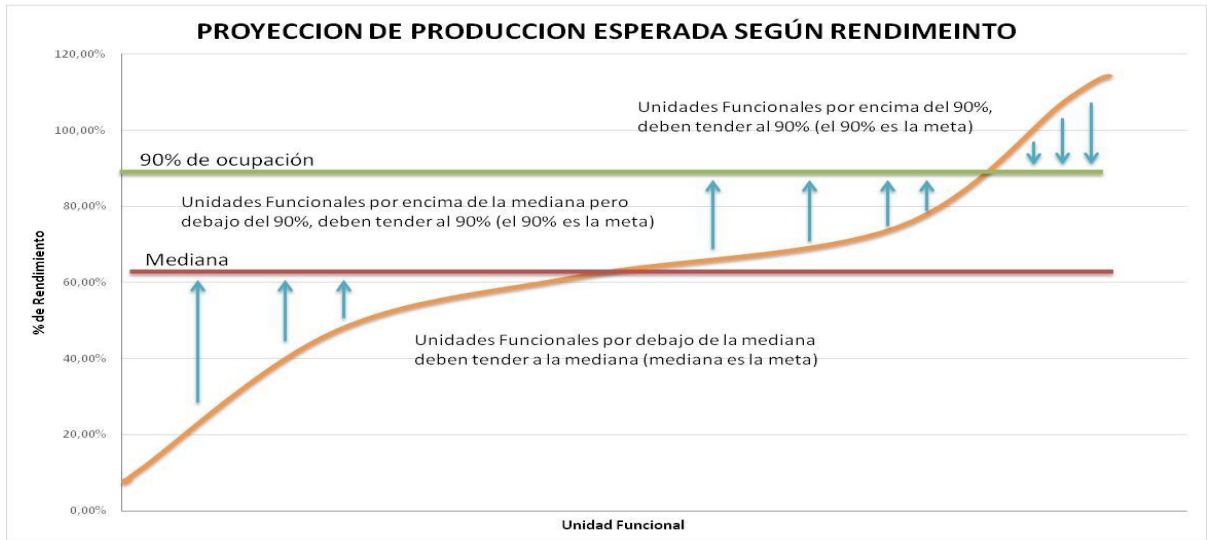
una meta específica para cada unidad de servicios de salud con base en su rendimiento actual y el rendimiento de las demás unidades funcionales que ofertan el mismo servicio.

Al ordenar los rendimientos de todas las unidades de servicios de salud por tipología de actividad final y aplicarles la estadística descriptiva se identificaron los rendimientos medianos de la RED para cada actividad, así como la desviación estándar y demás medidas de tendencia central, con lo cual se plantearon las metas de producción bajo tres premisas (anexo 7: Proyección de producción esperada):

- Los rendimientos por debajo del mediano de la RED (entendida como el valor central en el grupo de rendimientos ordenados) deben tender a alcanzar el rendimiento mediano, para ellos esa es la meta.
- Rendimientos por encima del 90 % deben tender a disminuir su ocupación hasta el 90 %, para ellos esa es la meta ya que ocupaciones por encima de este porcentaje no permiten la expansión como respuesta adecuada a emergencias y ocupaciones por encima del 100 % atentan contra la calidad en la atención.
- Rendimientos por encima del mediano de la RED, pero por debajo del 90 % de ocupación (para las tipologías en las que la mediana es diferente al 90 %), deben tender a alcanzar el 90 % de ocupación, para ellos esa es la meta.

Una vez determinado el rendimiento mediano por actividad final en la RED se identificó cual debería ser el rendimiento (meta) de cada unidad de servicios de salud y subred teniendo en cuenta las tres premisas descritas en la figura 1.

### **Figura 1. Proyección de producción esperada según rendimiento**



*Fuente:* Grupo Forma de Pago.

Con lo anterior se proyectó la producción con la siguiente fórmula:

Producción esperada: Producción observada × % Rendimiento esperado

% Rendimiento Observado

**Tabla 16. Producción esperada**

Etiquetas de fila	Total CENTRO ORIENTE	Total NORTE	Total SUR	Total SUR OCCIDENTE	Total general
CAMA BASICA	3.552	6.147	10.131	7.143	26.972
CAMA ESPECIALIZADA G/O	12.369	12.110	16.112	11.936	52.527
CAMA ESPECIALIZADA M INTERNA	11.733	11.348	12.138	5.839	41.058
CAMA ESPECIALIZADA PEDIATRIA	9.612	8.713	7.349	4.863	30.538
CAMA ESPECIALIZADA QUIRURGICO	7.162	9.361	9.632	6.324	32.479
CAMA ESPECIALIZADA S MENTAL	2.296	2.665	426	451	5.837
CAMA OBSERVACIÓN DE URGENCIAS	30.409	50.227	47.666	31.918	160.219
CAMA UCI ADULTOS	1.859	1.491	1.525	432	5.307
CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTO	2.114	1.808	1.782	1.008	6.712
CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	2.224	1.780	1.317	489	5.810
CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICO	1.144	82	403	292	1.921
CAMA UCI NEONATOS	661	1.323	836	475	3.295
CAMA UCI PEDIATRICA	345	354	536	216	1.452
CONSULTORIO BASICO	1.144.983	995.469	1.475.296	1.523.733	5.139.480
CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRA	542.147	697.449	477.188	463.917	2.180.701
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	372.864	514.366	666.942	785.203	2.339.375
CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO	38.123	74.397	81.104	129.480	323.105
CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	153.674	189.846	187.617	182.019	713.156
CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	69.287	162.739	115.040	75.860	422.925
QUIROFANO BASICO PARTOS Y CESAREAS	5.189	5.424	7.383	7.470	25.466
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 2 6	8.431	9.332	9.982	8.287	36.032
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 7 10	14.455	20.566	13.028	7.718	55.768
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 11 13	3.096	5.090	2.243	2.104	12.534
QUIROFANO ESPECIALIZADO por grupo 20 23	1.694	2.175	2.167	1.530	7.566
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 2 6	969	4.517	1.749	1.270	8.506
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 7 10	1.695	5.613	1.457	3.144	11.908
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 11 13	1.614	2.331	272	614	4.831
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO por grupo 20 23	348	254	79	215	897

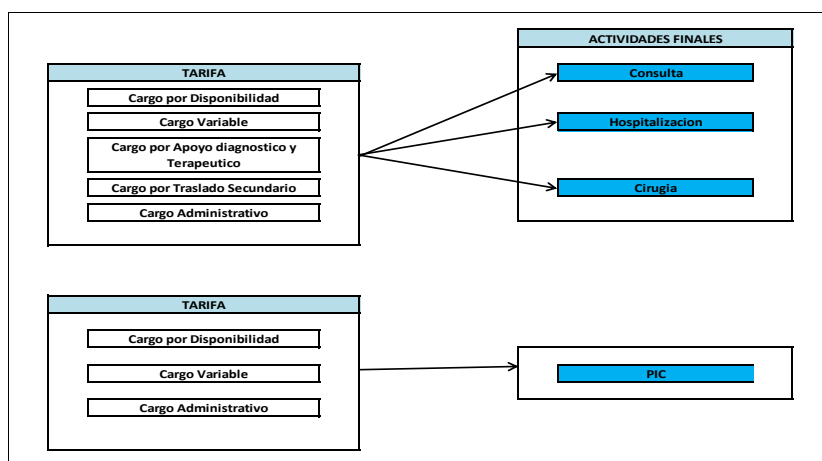
*Fuente:* Producción Esperada, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

### 10.11 Estructura de la tarifa

Cuando se firman acuerdos de voluntades que implican formas de pago por transacciones entre un vendedor y un comprador, se deben definir los procesos de pago entre los actores; por lo tanto, se debe identificar el objeto de pago, quién lo hace, cómo se realiza, el tiempo del mismo y a quién se le realiza, lo cual constituye la modalidad organizativa del pago (Buglioli, Gianneo, & Mieres, 2002).

La definición del nuevo modelo de remuneración por red, por actividad final con incentivos de desempeño (PGPAFID) para el pago de los servicios ofrecidos por la red prestadora de servicios de salud en el Distrito Capital se diseña con base en el cálculo de cinco cargos: por disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico, traslado secundario y administrativo, que conforman la estructura de la tarifa para el reconocimiento de cuatro actividades: consulta, hospitalización, cirugías y PIC, como se describe en la figura 2. Se contempla además un incentivo que reconozca a las subredes el cumplimiento en indicadores de desempeño por resultados, impacto y calidad previamente determinados, que generará eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios.

**Figura 2. Estructura de la tarifa propuesta**



*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID)

## **10.12 Determinación del costo unitario de las actividades finales**

En primer lugar, en la mesa de trabajo se definieron las actividades finales (consulta, hospitalización y cirugía) de la nueva forma de pago, así como la tipología de las mismas para estimar el costo unitario compuesto y discriminado por cada tipo de cargo (cargo por disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico, traslados secundarios y administrativo).

Para la estimación de los costos discriminados para cada cargo, se tomó como fuente de información los informes radicados por los 22 hospitales en los cuatro trimestres de la vigencia 2015, según lo normado por la Resolución DDC-0002 de 2014 de la Secretaría Distrital de Hacienda (ver anexo 8: Estimación de costos por tipología)

- En primer lugar, se verificó la información consolidada por el generador de reportes denominado “El Cubo”, que es la herramienta oficial de costos de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud, frente a cada informe trimestral radicado por los hospitales en sus diferentes distribuciones.
- En segundo lugar, se procedió a homologar la codificación de códigos de centros de costos utilizados por la Resolución DDC-0002 de 2014 de acuerdo con las tres actividades finales según su tipología.
- En tercer lugar, se consolidó la información de costos de la primera y cuarta distribución de costos según lo normado por la Resolución DDC-0002 de 2014 y se definió en mesa de trabajo del Nuevo modelo de Pago la clasificación de los 27 recursos acordes con cada uno de los cargos (disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico, traslados secundarios de ambulancia y administrativo), es importante mencionar que los cargos correspondientes a disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico,

administrativo son producto de los registros de las 22 ESE, y los cargos de traslados secundarios se obtuvieron por estimaciones de algunos hospitales que reportaron el peso porcentual entre el convenio APH y los traslados secundarios de ambulancia; adicionalmente, el criterio de distribución de los traslados secundarios para cada hospital fue la participación del cargo de apoyo diagnóstico y terapéutico por actividad final según su tipología que se tenía plenamente identificado en la cuarta distribución de la Resolución DDC-0002 de 2014.

- En cuarto lugar, se consolidaron todos los cargos de los costos por actividad final según tipología, por ESE, nivel, subred y cargos.
- Para la determinación del costo unitario se tomó como punto de partida el costo al 100 % frente a la producción observada de la vigencia 2015 con la discriminación por cada cargo, cuya fuente de información fueron los informes de costos radicados por la 22 ESE en los cuatro trimestres de la vigencia 2015, según lo normado por la Resolución DDC-0002 de 2014 de la Secretaría Distrital de Hacienda.
- Del análisis de costos unitarios se evidenciaron los valores atípicos (*outliers*), se obtuvo un primer ejercicio de costo unitario por hospital, por actividad final según la clasificación de tipología, nivel, y por subred, se identificaron varios aspectos por mejorar entre los cuales figuran los *outliers* (Oncología y Quemados), así como también algunos programas especiales (Hemocentro, Citocentro y Ruta de la Salud) que afectaban el análisis de costos, los cuales fueron retirados de la estructura de costo de los hospitales que tenían dichos servicios. También, se identificó que el Hospital de Nazaret de primer Nivel de atención debido a la zona geográfica donde presta sus servicios es totalmente atípico y por lo tanto los costos unitarios de dicha institución no fueron seleccionados

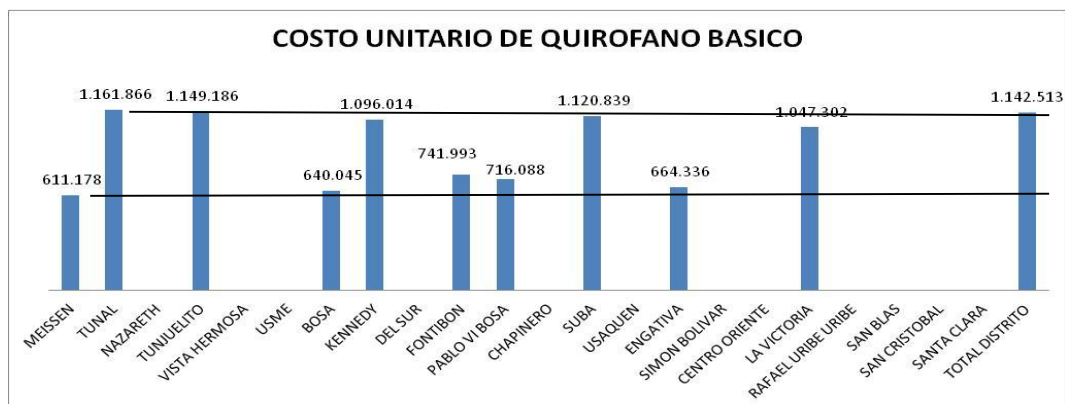
como costos eficientes; sin embargo para el cálculo de los costos de subred se incluyó información de dicha institución. Otro factor relevante que modificó de manera significativa el cálculo de los costos en la subred Norte es sobre la producción presentada en los Hospitales de Engativá, Suba y Simón Bolívar, la cual ocasiona que los costos calculados de la subred Norte en la actividad final de Quirófano supra especializado sean demasiado bajos en comparación con las otras subredes.

Por la situación expuesta se hace necesario realizar la apertura de las tipologías Quirófanos especializados y supraespecializados por grupo quirúrgico, de donde se observa que la concentración de la producción de los Quirófanos supraespecializados se presentan en nueve hospitales, cinco de tercer nivel y cuatro de segundo nivel, donde se puede evidenciar que la producción de los hospitales de segundo nivel se concentra en los grupos quirúrgicos del 2 al 6 y del 7 al 10; por lo anterior, la asignación de costos de la actividad final Quirófano supraespecializado por grupo quirúrgico de los cuatro hospitales de segundo nivel es asignado según el grupo quirúrgico de los mismos hospitales, pero a la actividad final Quirófano especializado. Ante la situación expuesta, el equipo de Nuevo Modelo de Pago decide utilizar como criterio de redistribución de dichos costos el valor según manual tarifario por nivel y grupo quirúrgico, multiplicado por la frecuencia de producción de cada grupo quirúrgico, para, posteriormente, de forma ponderada, asignarlo a Quirófano especializado por grupo quirúrgico.

En lo relacionado con la tipología de quirófano básico, el cual hace referencia específica a parto y cesárea, se evidenció con el ejercicio de cálculo de costo unitario que se presentan dos tendencias, una para instituciones de segundo nivel y otra para instituciones de tercer nivel, tal y como se puede observar en la figura 3.



**Figura 3. Costo unitario de quirófano básico**



Por la situación planteada se definió la tarifa con la sumatoria de los costos totales de instituciones de las dos tendencias observadas en la figura, dividido en la producción de las mismas instituciones. Con la anterior decisión se consigue un valor intermedio en las dos tendencias, buscando mejorar el valor histórico hasta ahora reconocido para los partos y desestimular la frecuencia de cesáreas.

Adicionalmente, por análisis realizado a la tipología de consulta básica y consulta especializada, surge la necesidad de crear dos nuevas tipologías que son consultorio de urgencias básico y consultorio de urgencias especializado.

Con el fin de regular la relación entre cama básica y especializada, se reclasifican las actividades básicas como actividades intermedias a las actividades especializadas, entendiendo solo estas últimas como unidad de pago en el Nuevo Modelo de Remuneración, de la cual surgen cinco tipologías a saber que son: Cama especializada de ginecobstetricia, medicina interna, pediatría, quirúrgico y salud mental (ver Anexo 9: Estimación cálculo egreso especializado).

Por lo anterior se desarrolló la siguiente metodología:

1. Consolidación de los costos de las actividades de cama básica y cama especializada, para definir un nuevo costo total de la tipología “Cama especializada”.

2. Con relación a la producción para la tipología “Cama especializada”, se define la producción únicamente de cama especializada, con lo anterior no se tiene en cuenta la producción de Cama básica ya que se considera una actividad intermedia.
3. Se realiza el cálculo del costo unitario para la tipología “Cama especializada” para cada uno de los 22 hospitales.
4. Se define nuevamente tarifa para la tipología “Cama especializada”, bajo el mismo criterio de eficiencia; menor costo y mayor rendimiento, pero por Red.

Como ejercicio de consolidación de los costos totales por hospital, por tipología y por subred se presentan en las tablas 17 al 24.

**Tabla 17. Subred Sur**

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED SUR AÑO 2015								
No.	TIPO DE PRODUCTO	MEISSEN	TUNAL	NAZARETH	TUNJUELITO	VISTA HERMOSA	USME	TOTAL SUBRED SUR
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	462.892.258	-	476.213.160	2.731.587.988	11.344.219.869	3.411.899.121	18.426.812.397
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	134.463.827	-	-	210.206.924	-	463.782.524	808.453.275
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	11.619.336.097	17.620.658.476	-	2.081.891.818	-	-	31.321.886.391
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	4.970.721.040	5.477.872.154	378.456.234	2.898.560.038	5.528.003.000	2.416.444.116	21.670.056.582
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	6.208.316.958	4.121.381.671	-	767.994.745	-	-	11.097.693.374
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	606.251.030	-	1.281.751.597	2.023.808.533	4.229.204.945	4.027.203.485	12.168.219.590
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	240.597.195	70.967.921	-	419.939.235	-	41.209.869	772.714.221
9	CAMA BASICO	3.217.307.309	6.944.060.703	32.240.095	229.619.228	1.396.244.948	823.932.430	12.643.404.712
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	3.926.134.617	3.195.114.124	-	754.798.613	128.066.350	-	8.004.113.704
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	4.921.139.521	3.260.803.823	-	3.033.166.010	-	-	11.215.109.354
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	2.382.679.357	5.977.110.479	-	855.391.216	1.511.074.206	-	10.726.255.258
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	1.054.248.260	1.640.736.647	-	574	-	-	2.694.985.481
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	-	-	-	1.646.231.265	-	1.646.231.265
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	4.037.482.864	1.651.355.343	186.085.122	2.400.931.043	2.103.264.250	1.535.631.349	11.914.749.971
16	CAMA UCI ADULTOS	2.772.749.767	9.080.092.087	-	-	-	-	11.852.841.854
17	CAMA UCI NEONATAL	1.802.476.676	5.045.230.540	-	-	-	-	6.847.707.216
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	4.032.470.725	-	-	-	-	4.032.470.725
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	1.242.642.043	-	-	-	-	1.242.642.043
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	1.634.812.139	3.655.696.356	-	1.025.445.542	-	-	6.315.954.037
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	1.420.836.349	2.295.515.696	-	562.511.749	-	-	4.278.863.795
22	QUIROFANO BASICO	2.493.626.262	2.922.211.828	58.058.019	1.135.391.482	1.063.983.321	621.910.744	8.295.181.656
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	1.969.240.053	3.506.790.616	-	1.144.406.685	-	-	6.620.437.354
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	6.734.865.237	11.136.091.891	-	1.142.623.973	-	-	19.013.581.101
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	1.546.307.564	3.938.929.020	-	78.565.061	-	-	5.563.801.645
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	421.565.479	8.550.883.726	-	41.119.302	-	-	9.013.568.508
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	1.512.725.662	-	-	-	-	1.512.725.662
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	2.184.286.822	-	-	-	-	2.184.286.822
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	737.406.215	-	-	-	-	737.406.215
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	275.269.280	-	-	-	-	275.269.280

Fuente: Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

**Tabla 18. Subred Norte**

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED NORTE AÑO 2015							
No.	TIPO DE PRODUCTO	CHAPINERO	SUBA	USAQUEN	ENGATIVA	SIMON BOLIVAR	TOTAL SUBRED NORTE
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	2.165.233.684	4.817.494.864	2.638.466.169	8.492.594.152	-	18.113.788.869
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	708.783.167	-	-	-	708.783.167
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	27.902.883	235.973.795	-	346.690.416	158.448.273	769.015.366
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	277.863.123	5.355.721.571	48.902.195	3.960.079.848	12.718.921.284	22.361.488.021
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	1.537.262.201	4.066.450.074	2.327.843.443	9.930.654.850	6.754.153.327	24.616.363.895
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	4.407.459.389	-	3.032.168.083	5.920.964.398	13.360.591.869
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	1.664.032.083	2.320.412.474	2.062.825.204	2.883.476.581	-	8.930.746.343
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	77.593.221	561.738.946	34.791.488	289.699.339	885.110.487	1.848.933.481
9	CAMA BASICO	645.422.315	2.724.380.552	112.147.638	1.646.536.228	5.623.204.284	10.751.691.016
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	13.097.453	4.304.435.074	-	2.256.140.718	4.735.426.877	11.309.100.122
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	168.652.063	3.391.497.758	-	4.848.529.304	9.371.558.604	17.780.237.730
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	-	2.830.934.683	-	2.304.350.173	5.449.080.026	10.584.364.882
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	-	1.359.021.707	-	1.538.575.780	2.279.315.850	5.176.913.337
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	-	747.691.449	-	11.864.734.751	12.612.426.200
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	603.762.025	4.667.998.434	174.460.228	2.372.344.225	5.529.185.105	13.347.750.017
16	CAMA UCI ADULTOS	-	1.731.919.764	-	2.407.711.609	4.866.048.664	9.005.680.038
17	CAMA UCI NEONATAL	-	3.081.783.593	-	1.422.623.411	3.072.000.539	7.576.407.543
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	44.771.954	-	-	5.200.880.334	5.245.652.288
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	-	-	-	177.688.024	177.688.024
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-	1.526.446.493	-	749.405.047	529.119.192	2.804.970.732
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	-	1.422.862.387	-	596.687.910	1.619.128.161	3.638.678.457
22	QUIROFANO BASICO	237.416.062	2.818.762.360	47.078.097	1.424.337.416	3.325.385.469	7.852.979.404
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	1.400.819.169	-	1.960.728.553	1.467.249.138	4.828.796.859
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	7.853.174.313	-	5.433.577.863	8.747.288.534	22.034.040.710
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	3.134.050.514	-	1.062.209.640	4.955.652.098	9.151.912.251
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	547.442.324	-	493.345.368	3.878.593.479	4.919.381.172
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	-	-	-	407.984.141	407.984.141
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	-	-	-	1.203.153.969	1.203.153.969
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	-	-	-	1.495.679.781	1.495.679.781
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	-	-	-	261.366.933	261.366.933

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID)

**Tabla 19. Subred Centro Oriente**

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED CENTRO - ORIENTE AÑO 2015								
No.	TIPO DE PRODUCTO	CENTRO ORIENTE	LA VICTORIA	RAFAEL URIBE URIBE	SAN BLAS	SAN CRISTOBAL	SANTA CLARA	TOTAL SUBRED CENTRO-ORIENTE
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	3.118.860.614	-	5.370.239.935	-	5.765.579.047	-	14.254.679.595
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	31.968.541	-	-	31.968.541
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	30.606.071	63.874.647	11.556.516	158.043.142	-	712.118.347	976.198.724
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	1.435.600.360	8.810.750.891	-	3.071.775.022	39.548.226	17.278.352.941	30.636.027.439
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	5.352.333.112	9.738.007.323	3.774.337.624	2.338.532.692	5.686.937.273	8.971.846.982	35.861.995.006
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	2.271.546.852	-	1.299.022.904	-	3.779.129.832	7.349.699.588
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	1.630.681.351	-	12.641.901.325	-	4.354.240.356	-	18.626.823.033
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	23.357.531	227.518.847	-	64.306.598	-	64.421.108	379.604.085
9	CAMA BASICO	155.587.977	1.974.354.756	757.210.311	3.190.026.797	609.456.274	2.040.329.351	8.726.965.466
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	544.100	9.333.751.032	-	2.248.777.449	-	74.724.622	11.657.797.203
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	3.158.713.879	3.793.080.845	-	3.539.246.173	-	9.444.292.442	19.935.333.339
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	2.406.203.207	2.554.510.049	-	2.995.935.900	-	2.607.408.050	10.564.057.206
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	21.276.050	367.129.303	-	119.127.409	-	3.488.648.405	3.996.181.167
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	1.879.373.293	-	1.517.417.211	-	4.880.208.995	8.276.999.499
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	-	5.372.550.694	510.966.315	2.010.219.399	-	9.183.193.436	17.076.929.845
16	CAMA UCI ADULTOS	-	2.992.616.434	-	1.989.452	-	10.934.711.767	13.929.317.653
17	CAMA UCI NEONATAL	-	5.237.154.161	-	-	-	-	5.237.154.161
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	-	-	-	-	3.996.776.350	3.996.776.350
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	95.229.490	842.189.398	-	-	-	1.908.685.969	2.846.104.858
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-	8.093.189.738	-	1.666.569.964	-	3.382.612.825	13.142.372.527
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	-	3.361.706.847	-	984.262.007	-	-	4.345.968.853
22	QUIROFANO BASICO	-	6.408.441.001	141.848.820	1.359.631.890	175.163.334	-	8.085.085.045
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	551.962.812	2.167.514.782	-	1.113.976.524	-	1.392.594.881	5.226.048.999
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	2.623.571.802	3.709.316.142	-	3.990.291.607	-	5.924.266.965	16.247.446.517
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	617.447.500	2.072.562.134	-	522.782.759	-	3.015.432.155	6.228.224.548
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	28.593.184	704.153.633	-	314.063.876	-	4.798.536.407	5.845.347.100
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	45.298.040	-	-	-	406.156.135	451.454.175
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	112.031.102	-	-	-	2.638.947.109	2.750.978.211
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	591.086.168	-	-	-	4.022.204.354	4.613.290.522
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	5.232.010	-	-	-	1.428.024.523	1.433.256.534

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

**Tabla 20. Subred Sur Occidente**

COSTO TOTAL POR TIPOLOGIA, ESE Y SUBRED SUR OCCIDENTE AÑO 2015							
No.	TIPO DE PRODUCTO	BOSA	KENNEDY	DEL SUR	FONTIBON	PABLO VI BOSA	TOTAL SUBRED SUR-OCCIDENTE
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	-	-	13.231.845.150	3.818.721.140	13.357.719.036	30.408.285.326
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	-	-	6.057.246	94.335.732	665.936.584	766.329.562
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	1.478.255.342	16.530.540.550	359.681.138	4.146.749.303	317.617.535	22.832.843.868
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	6.561.255.677	10.427.351.046	4.742.559.247	2.717.747.183	7.388.298.371	31.837.211.525
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	9.444.491.757	-	400.416.001	-	9.844.907.758
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	-	124.245.333	3.606.027.926	1.589.645.518	4.654.138.878	9.974.057.655
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	-	504.161.670	-	505.894.004	-	1.010.055.675
9	CAMA BASICO	689.917.876	3.293.080.856	666.758.584	743.767.077	1.104.134.775	6.497.659.169
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.058.107.704	8.883.823.830	-	1.199.295.436	713.224.771	11.854.451.741
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	1.431.251.198	5.100.737.664	-	6.613.615.530	-	13.145.604.392
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	1.944.361.973	3.155.943.086	-	828.835.481	368.970.047	6.298.110.587
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	120.784.764	6.139.275.956	-	217.608.025	-	6.477.668.746
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	2.467.193.358	-	-	-	2.467.193.358
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	694.602.476	5.119.614.133	472.639.695	3.002.938.918	1.339.559.823	10.629.355.045
16	CAMA UCI ADULTOS	-	9.223.621.634	-	-	-	9.223.621.634
17	CAMA UCI NEONATAL	-	2.462.053.806	-	-	-	2.462.053.806
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	3.116.661.438	-	-	-	3.116.661.438
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	425.592.456	-	-	-	425.592.456
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-	3.693.090.472	-	1.390.399.418	-	5.083.489.890
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	-	1.444.350.396	-	-	-	1.444.350.396
22	QUIROFANO BASICO	722.610.548	4.990.455.643	434.352.006	753.121.814	517.013.523	7.417.553.534
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	2.248.668.409	3.021.972.284	-	1.154.587.436	-	6.425.228.130
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	1.870.333.068	7.152.552.167	-	2.918.232.450	-	11.941.117.686
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	372.249.821	4.268.920.273	-	427.163.738	-	5.068.333.832
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	5.320.762.204	-	16.341.925	-	5.337.104.129
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	518.474.945	-	-	-	518.474.945
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	2.580.488.339	-	-	-	2.580.488.339
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	773.864.000	-	-	-	773.864.000
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	383.379.912	-	-	-	383.379.912

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

Al obtener el costo total por tipología sobre la producción observada se obtuvo el costo unitario por tipología, por hospital, como se puede observar en las tablas 19 a 22:

**Tabla 21. Costos unitarios Subred Sur**

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED SUR AÑO 2015							
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	MEISSEN	TUNAL	NAZARETH	TUNJUELITO	VISTA HERMOSA	USME
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	26.858	-	7.977	22.006	38.787	20.235
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	30.203	-	-	26.126	-	38.921
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	107.276	152.107	-	48.002	-	-
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	157.576	294.051	503.936	102.822	120.628	95.327
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	110.026	94.845	-	115.142	-	-
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	46.775	-	165.345	39.058	22.803	29.503
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	30.226	-	-	15.996	-	7.542
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	725.450	832.712	2.901.156	355.613	262.958	2.180.657
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	814.219	925.576	-	861.779	-	-
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	718.540	2.148.494	-	637.158	1.524.974	-
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	649.864	1.724.547	-	390.252	-	-
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	-	-	-	-	5.519.672	-
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	428.198	259.892	1.088.217	427.592	386.701	747.994
16	CAMA UCI ADULTOS	6.080.592	10.966.295	-	-	-	-
17	CAMA UCI NEONATAL	2.608.505	51.481.944	-	-	-	-
18	CAMA UCI PEDIATRICA	-	8.000.934	-	-	-	-
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	-	3.227.642	-	-	-	-
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	1.939.279	6.989.859	-	1.749.907	-	-
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	1.862.171	12.018.407	-	6.114.258	-	-
22	QUIROFANO BASICO	594.003	1.011.496	29.029.009	703.900	2.090.341	9.145.746
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	406.448	701.078	-	508.173	-	-
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	817.437	1.409.989	-	1.022.025	-	-
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	1.232.118	2.155.955	-	1.540.491	-	-
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	1.494.913	2.996.105	-	1.869.059	-	-
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-	637.743	-	-	-	-
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-	1.282.611	-	-	-	-
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-	1.961.187	-	-	-	-
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-	2.725.438	-	-	-	-

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

**Tabla 22. Costos unitarios Subred Norte**

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED NORTE AÑO 2015						
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	CHAPINERO	SUBA	USAQUEN	ENGATIVA	SIMON BOLIVAR
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	42.285	33.743	26.956	51.871	-
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	20.016	20.278	-	36.894	80.471
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	137.216	69.784	2.806	48.569	99.433
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	129.312	96.435	299.555	155.760	227.091
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO		75.552		295.966	73.572
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	34.709	30.205	41.150	28.830	-
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	20.802	101.617	21.731	28.085	59.280
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.986.955	1.048.657	-	591.165	2.084.255
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA		1.362.237		561.273	2.884.444
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	-	786.394		1.425.704	1.985.093
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO		770.391		1.655.787	1.979.093
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL					4.258.699
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	218.754	536.613	321.882	151.772	219.099
16	CAMA UCI ADULTOS		3.708.608		5.291.674	13.116.034
17	CAMA UCI NEONATAL		8.805.096		2.969.986	8.533.335
18	CAMA UCI PEDIATRICA					14.859.658
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA					3.780.596
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS		2.146.901		1.193.320	1.062.488
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL		2.945.885		1.056.085	3.212.556
22	QUIROFANO BASICO	7.658.583	809.292	2.615.450	555.514	2.149.570
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6		446.975		358.648	540.224
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10		898.944		721.303	1.086.485
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13		1.354.972		1.087.216	1.661.298
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23		1.643.971		1.319.105	2.308.687
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6					193.541
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10					389.244
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13					595.177
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23					827.111

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

**Tabla 23. Costos unitarios Subred Centro Oriente**

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED CENTRO ORIENTE AÑO 2015							
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	CENTRO ORIENTE	LA VICTORIA	RAFAEL URIBE URIBE	SAN BLAS	SAN CRISTOBAL	SANTA CLARA
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	31.001	-	42.137	-	32.185	-
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	368.748	24.605		30.958		55.613
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	620.130	98.157	-	66.898	110.470	146.684
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	180.596	462.130	160.187	114.259	532.535	263.328
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	101.237		82.915		155.526
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO	31.867	-	199.289		41.065	
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	12.799	54.600	-		-	
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	19.432	999.973	4.542.553	1.360.422	1.337.622	
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	1.310.670	1.130.239		1.439.889		1.850.008
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	1.210.364	1.034.215		1.163.922		1.512.418
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	204.941	1.111.288		1.986.287		2.115.141
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL		1.793.295		1.438.310		6.550.616
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	-	1.769.032	299.687	792.049	-	759.758
16	CAMA UCI ADULTOS		6.606.217				8.699.055
17	CAMA UCI NEONATAL		7.804.999				
18	CAMA UCI PEDIATRICA						10.920.154
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	639.124	3.614.547				4.469.991
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS		6.940.986		3.126.773		5.360.718
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL		1.705.584		3.905.802		
22	QUIROFANO BASICO	-	921.680	5.673.953	1.654.053	12.511.667	
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	1.554.825	531.514		558.104		569.103
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	3.127.022	1.068.967		1.122.445		1.144.565
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	4.713.340	1.634.513		1.691.854		1.750.106
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	5.718.637	2.271.463		2.052.705		2.432.102
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6		612.136				699.064
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10		1.231.111				1.405.939
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13		1.882.440				2.149.762
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23		2.616.005				2.987.499

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).



**Tabla 24. Costos unitarios Subred Sur Occidente**

COSTO UNITARIO POR TIPOLOGIA, POR ESE Y SUBRED SUR OCCIDENTE AÑO 2015						
TIPO DE PRODUCTO	TIPO DE PRODUCTO	BOSA	KENNEDY	DEL SUR	FONTIBON	PABLO VI BOSA
1	CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	-	-	48.147	51.998	27.132
2	CONSULTORIO BASICO OTROS ENFERMERIA	-	-	-	-	-
3	CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA			112.171	26.907	29.298
4	CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUPRA ESPECIALIZADA	50.387	128.228	396.561	75.320	63.498
5	CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	239.366	327.832	169.274	84.310	178.328
6	CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-	194.868		39.145	
7	CONSULTORIO ODONTOLOGICO		52.424	18.829	24.849	28.330
8	CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO		75.609	-	41.324	-
9	CAMA BASICO	-	-	-	-	-
10	CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	444.770	1.349.305	705.869	700.932	1.613.560
11	CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	1.102.659	1.927.716		2.124.515	
12	CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	838.087	1.570.902		1.069.465	968.078
13	CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	552.250	1.772.333		811.972	
14	CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL		4.051.221			
15	CAMA OBSERVACION URGENCIAS	463.687	447.597	152.661	476.430	290.262
16	CAMA UCI ADULTOS		22.118.997			
17	CAMA UCI NEONATAL		5.659.894			
18	CAMA UCI PEDIATRICA		24.735.408			
19	CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA		2.418.139			
20	CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS		15.452.261		2.196.524	
21	CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL		2.766.955			
22	QUIROFANO BASICO	473.222	1.140.676	6.786.750	612.792	716.085
23	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	782.146	846.965		634.737	
24	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	1.573.030	1.703.394		1.276.567	
25	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	2.371.018	2.604.588		1.924.161	
26	QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23		3.619.566		2.334.561	
27	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6		460.049			
28	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10		925.238			
29	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13		1.414.742			
30	QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23		1.966.051			

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID).

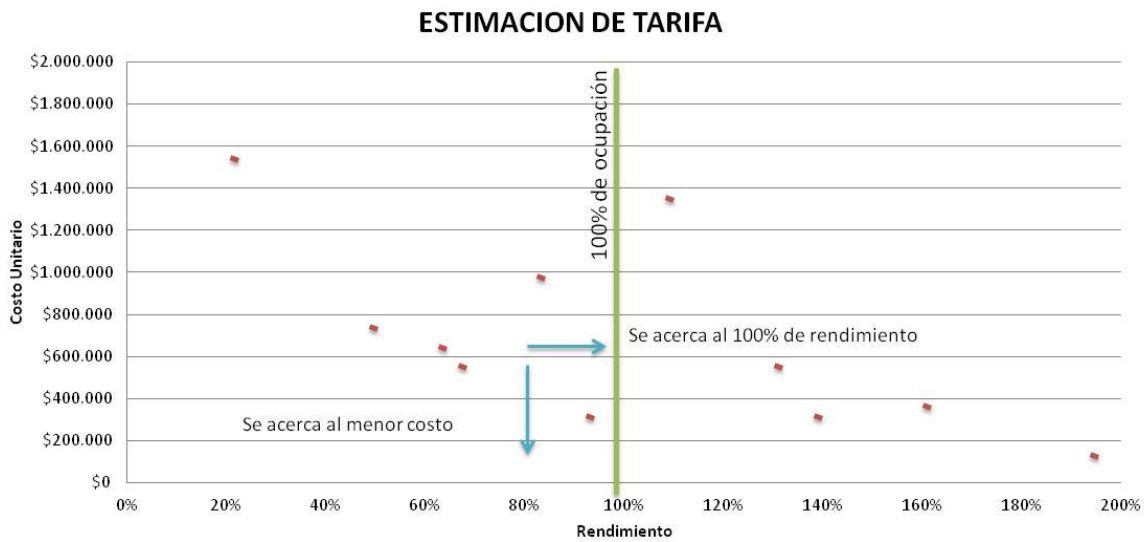
### 10.13 Selección de tarifa

Con toda la metodología descrita, las tarifas del nuevo modelo de remuneración se calcularon con la información disponible de costos, producción y rendimiento de los 22 hospitales de la red durante 2015, identificando con ella el costo más eficiente por cada actividad final y tipología; así:

- Determinando el costo unitario 2015 por cada actividad final y tipología en cada uno de los 22 hospitales de la red.
- Determinando el rendimiento 2015 por cada actividad final y tipología en cada uno de los 22 hospitales de la red.

- Con los resultados obtenidos de estas dos variables, costo unitario frente al porcentaje de utilización de capacidad productiva de cada hospital y de cada tipología, se realizaron análisis para definir por cada tipología en el Distrito y según nivel de atención, el menor costo con la mejor utilización de la capacidad productiva sin superar la utilización del 100 % del aparato productivo de los hospitales, lo anterior fundamentado en la búsqueda de la eficiencia tal y como se puede observar en la figura.

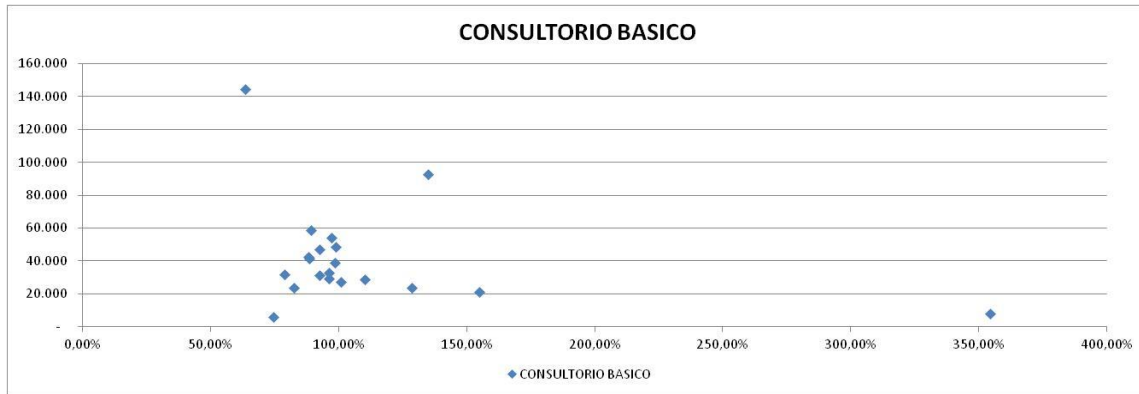
**Figura 4. Estimación de tarifa**



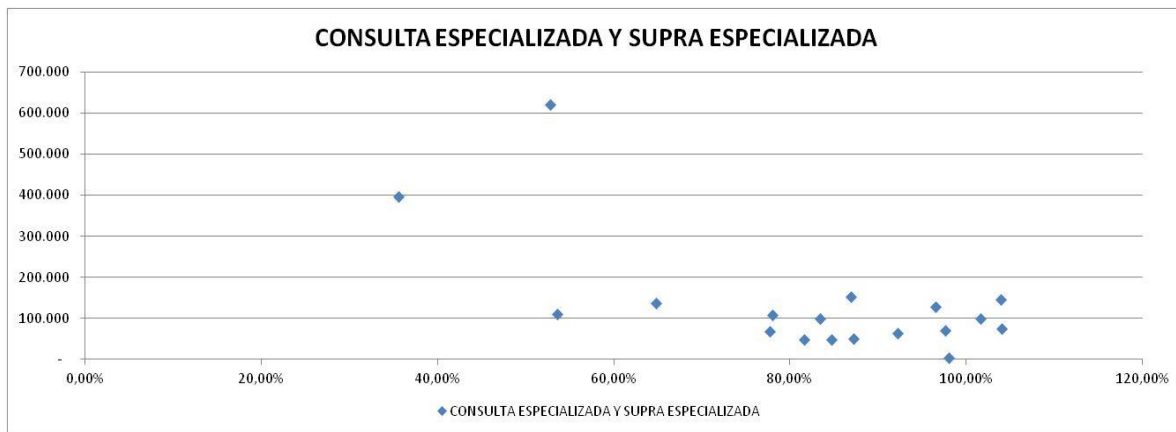
Para el desarrollo de la selección de la tarifa se utilizaron gráficos de dispersión para cada una de las tipologías de actividades finales; se escogió como tarifa el menor costo en condiciones de mejor utilización de la capacidad productiva.

A continuación se presentan las gráficas de dispersión de puntos que fueron utilizadas para la selección de la tarifa según tipología:

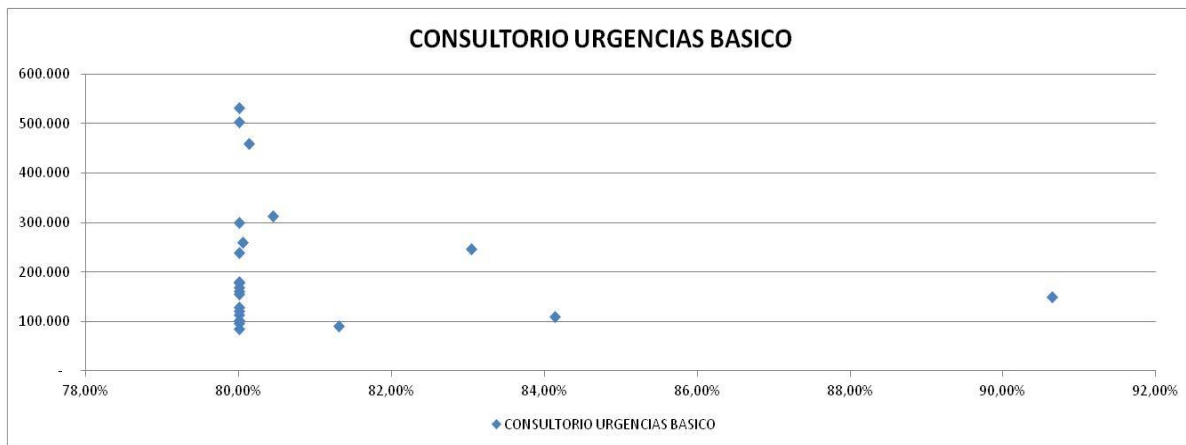
**Figura 5. Consultorio básico**



**Figura 6. Consultorio especializado y supraespecializado**



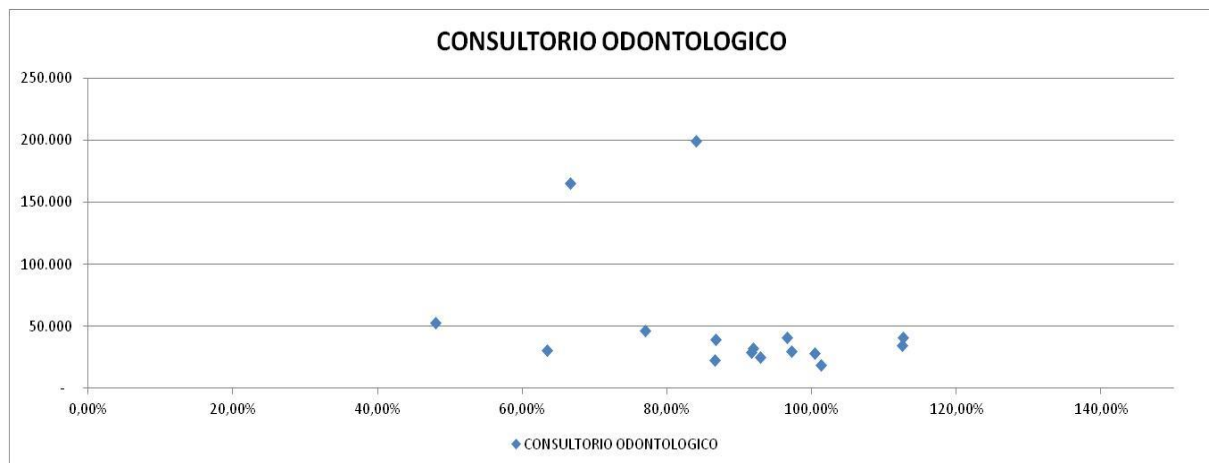
**Figura 7. Consultorio de urgencias básico**



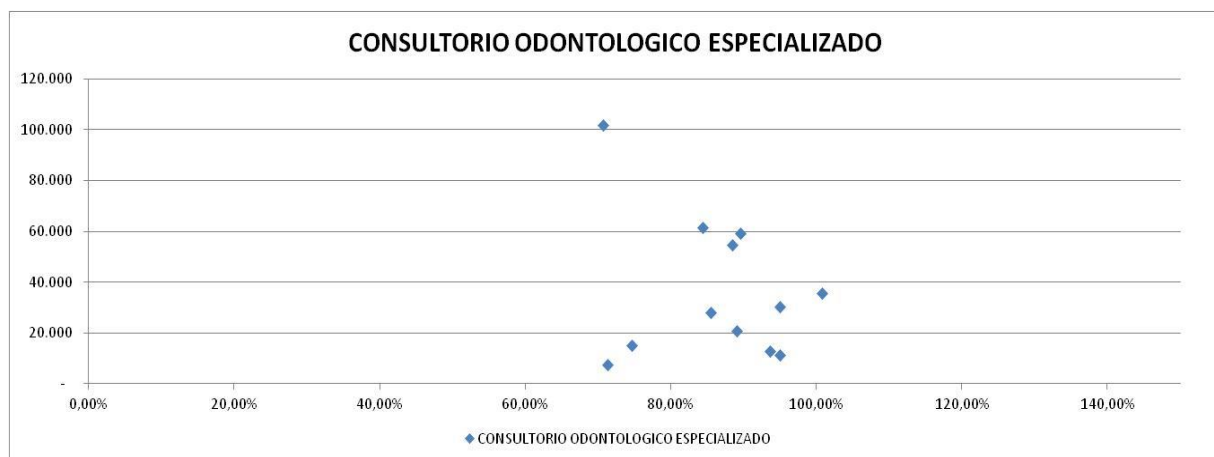
**Figura 8. Consultorio de urgencias especializado**



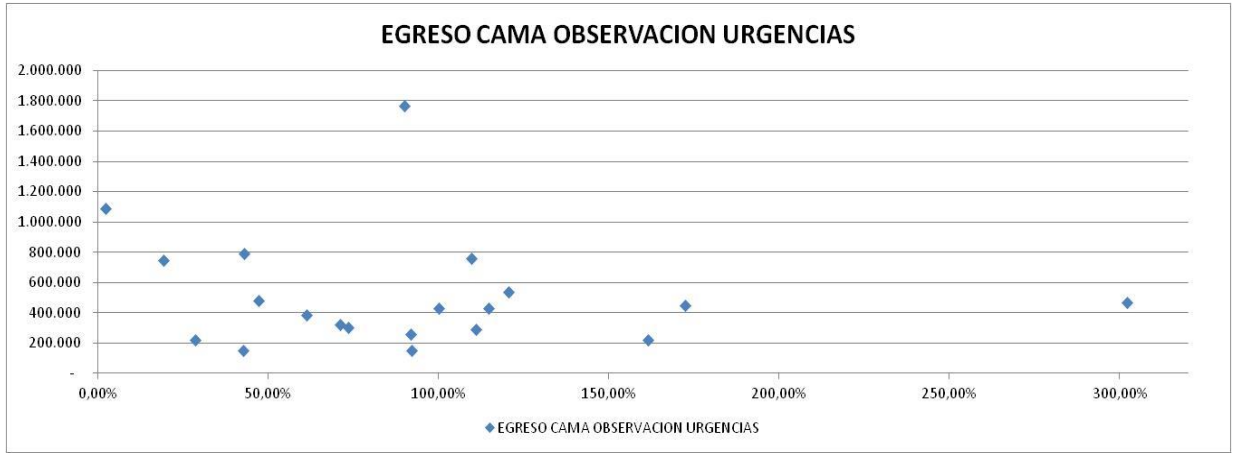
**Figura 9. Consultorio odontológico**



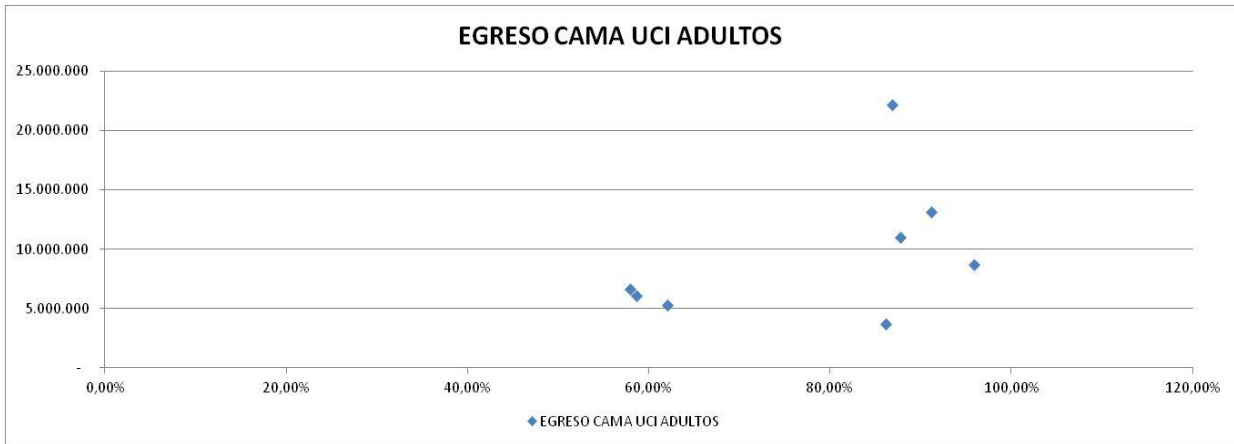
**Figura 10. Consultorio odontológico especializado**



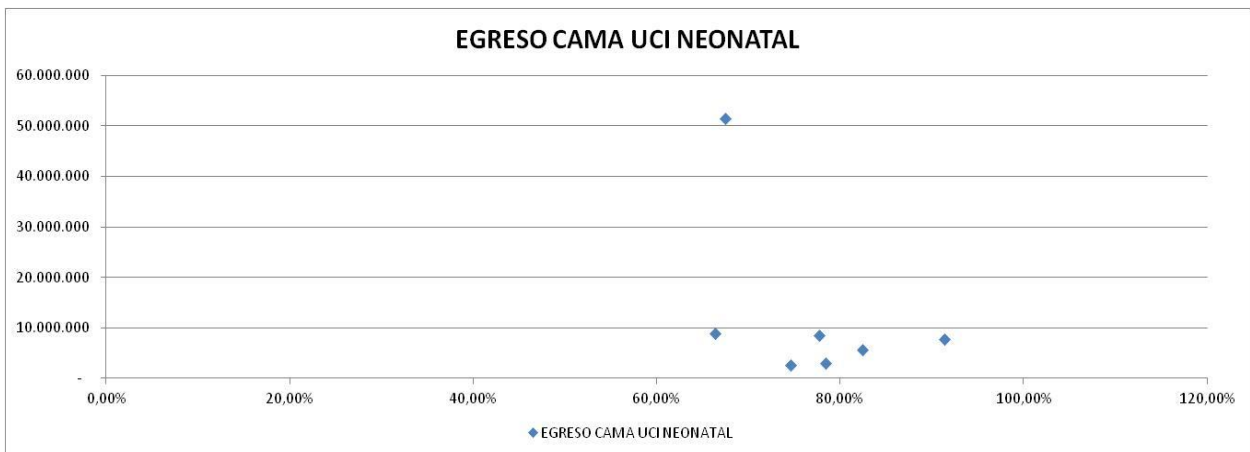
**Figura 11. Cama observación urgencias**



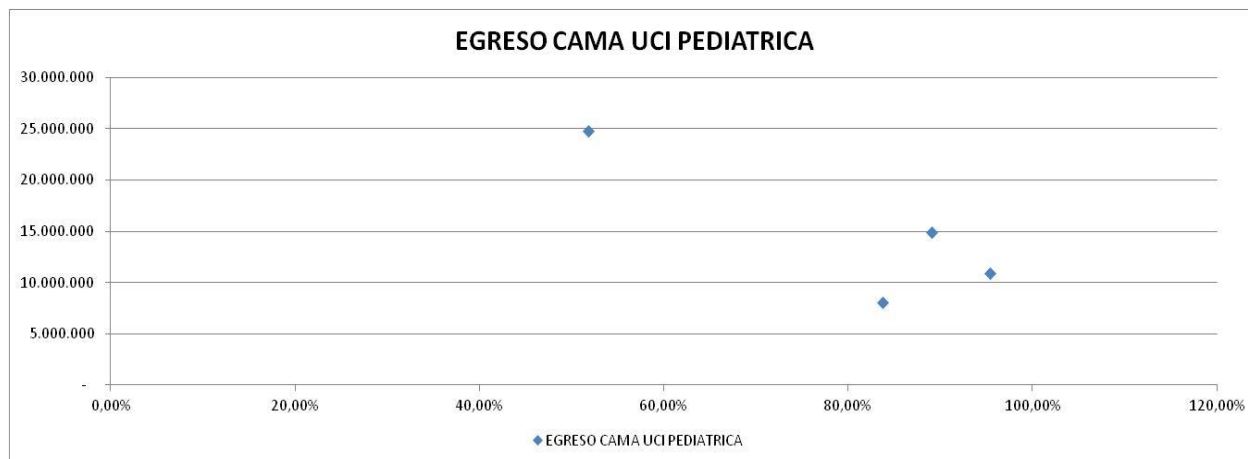
**Figura 12. Cama UCI adultos**



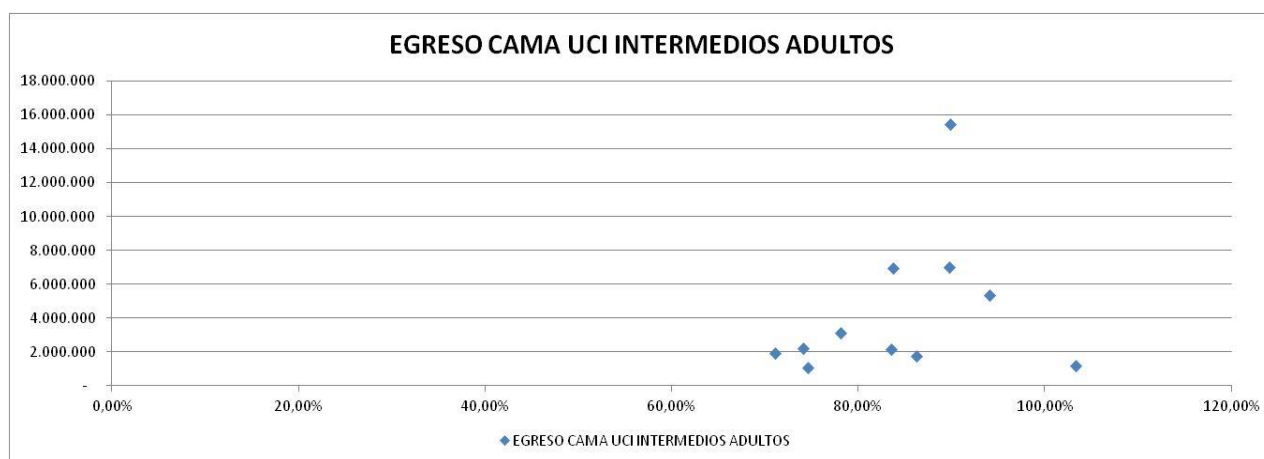
**Figura 13. Cama UCI neonatal**



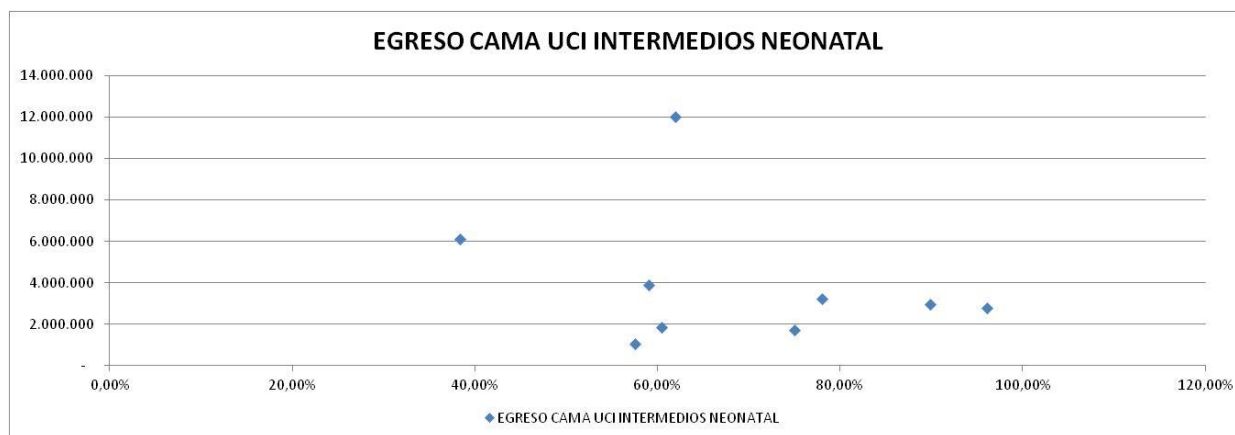
**Figura 14. Cama UCI pediátrica**



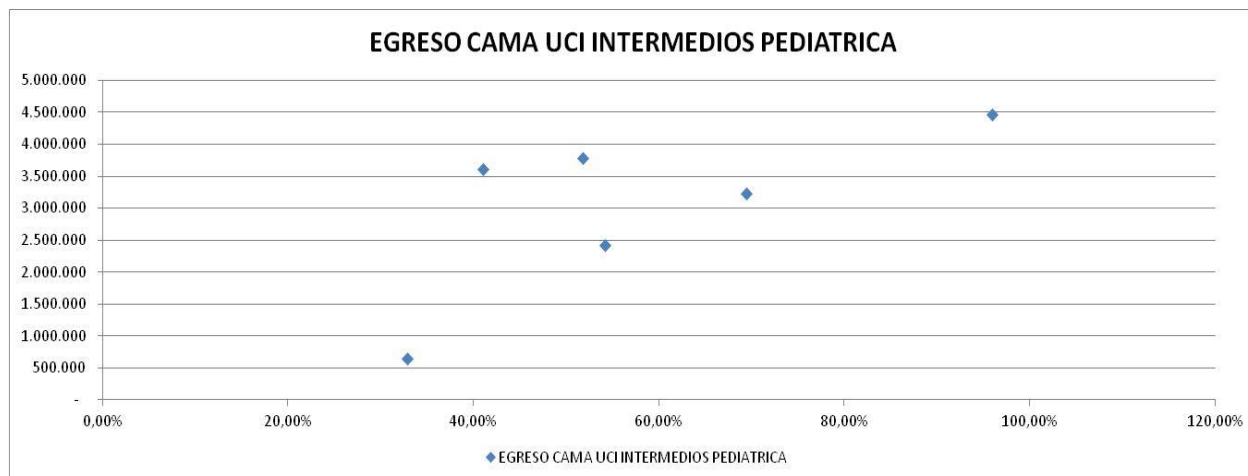
**Figura 15. Cama UCI intermedios adultos**



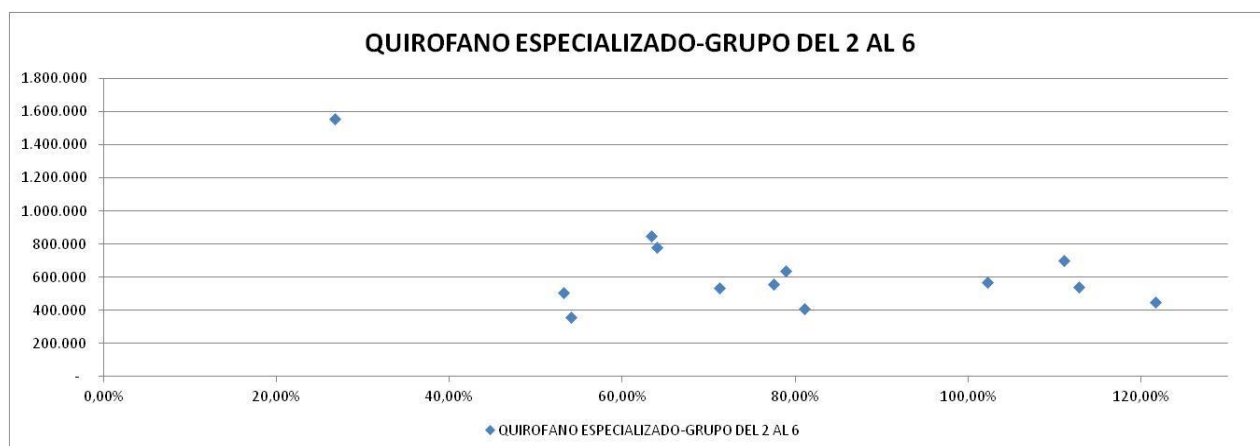
**Figura 16. Cama UCI intermedios neonatal**



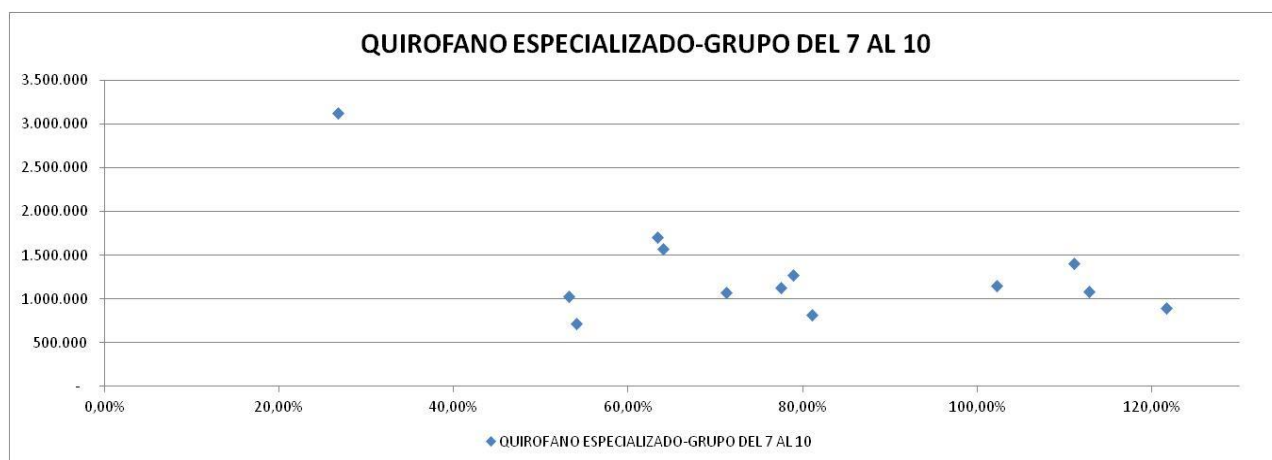
**Figura 17. Cama UCI intermedios pediátrica**



**Figura 18. Quirófano especializado Grupo del 2 al 6**



**Figura 19. Quirófano especializado Grupo del 7 al 10**



**Figura 20. Quirófano especializado Grupo del 11 al 13**

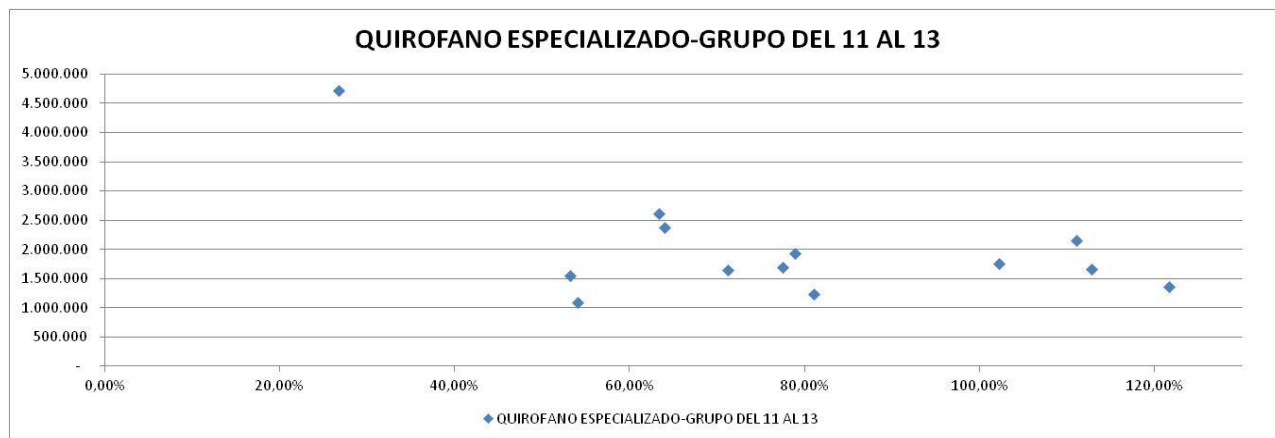


Figura 21. Quirófano especializado Grupo del 20 al 23

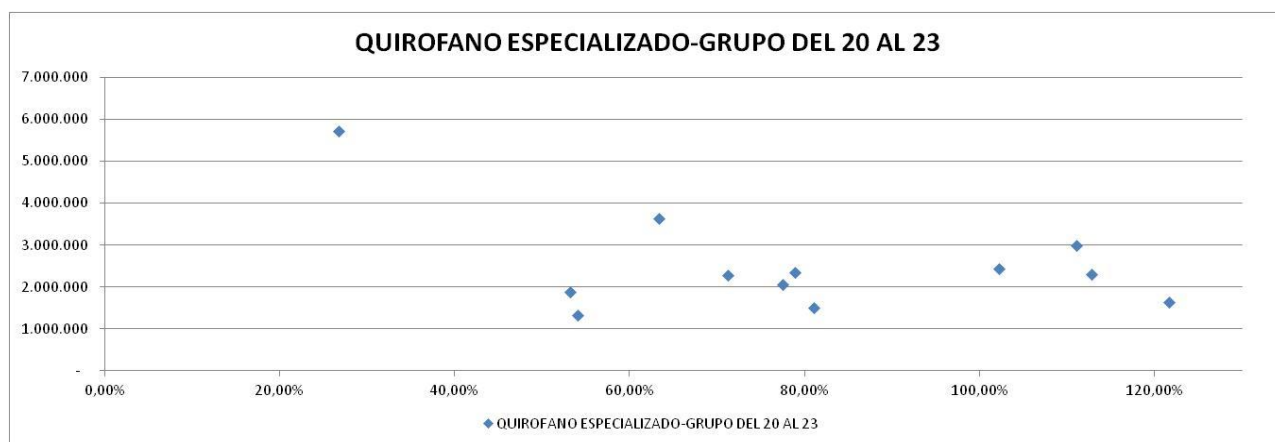


Figura 22. Quirófano supraespecializado Grupo del 2 al 6

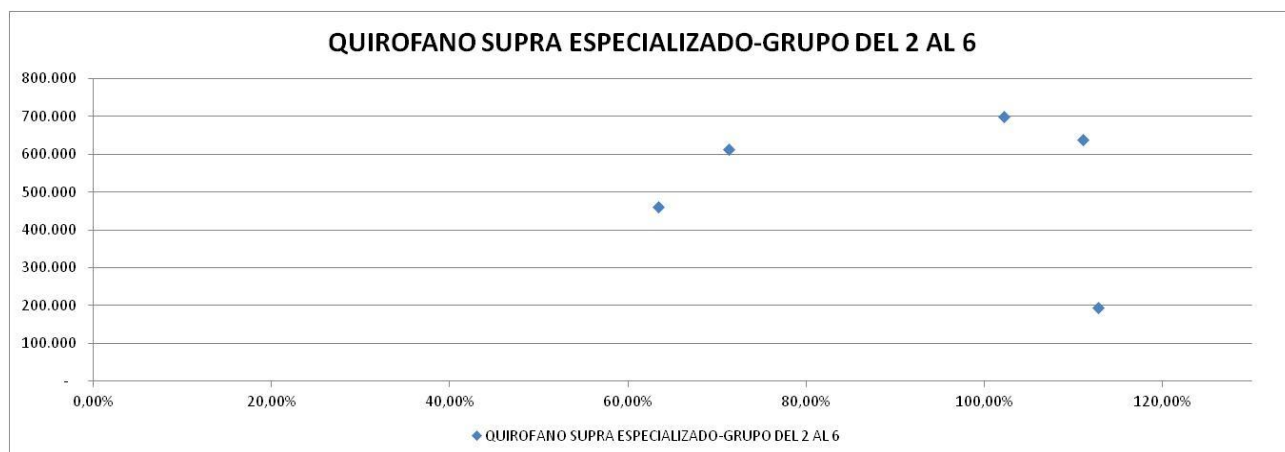
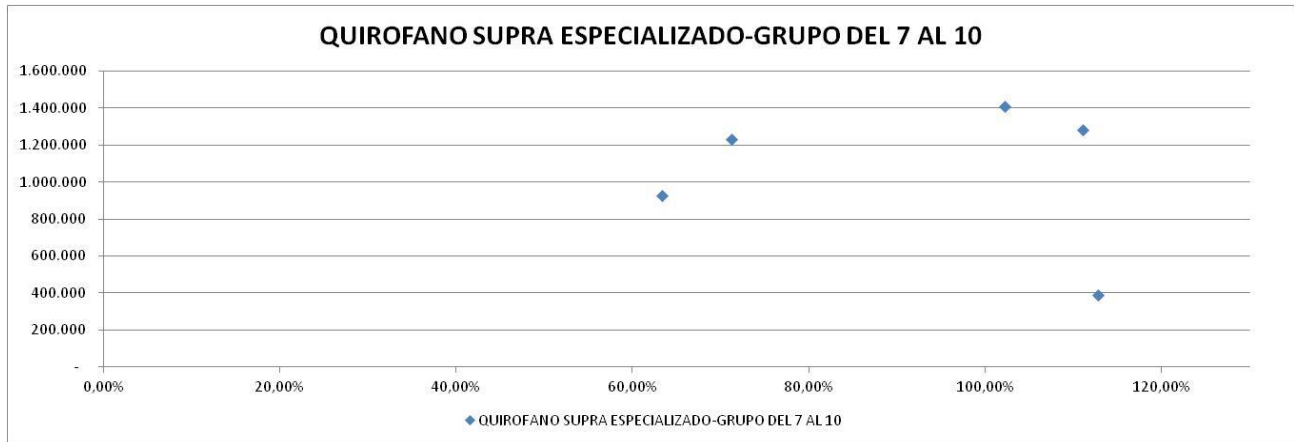
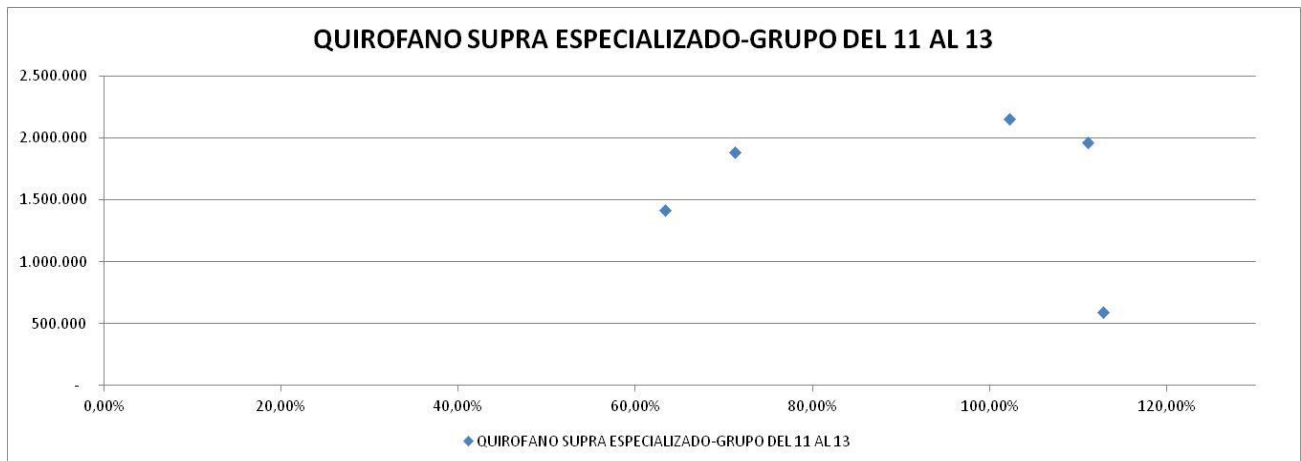


Figura 23. Quirófano supraespecializado Grupo del 7 al 10

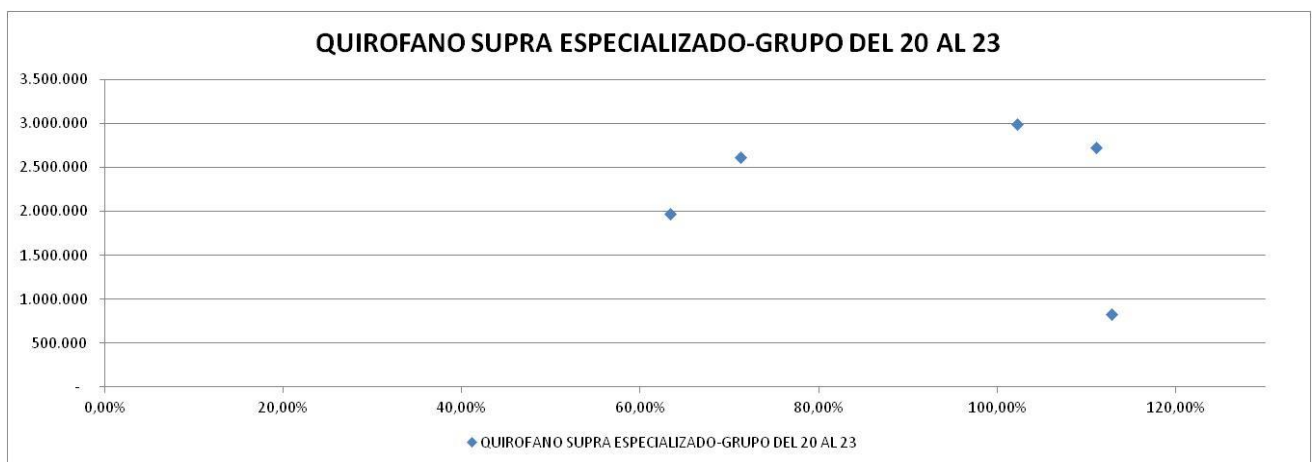




**Figura 24. Quirófono supraespecializado Grupo del 11 al 13**



**Figura 25. Quirófono supraespecializado Grupo del 20 al 23**



En reunión de comité directivo de red del 16 de mayo de 2017, por consenso se definió la creación de cuatro nuevas tipologías que corresponden a: Consulta básica por médico general,

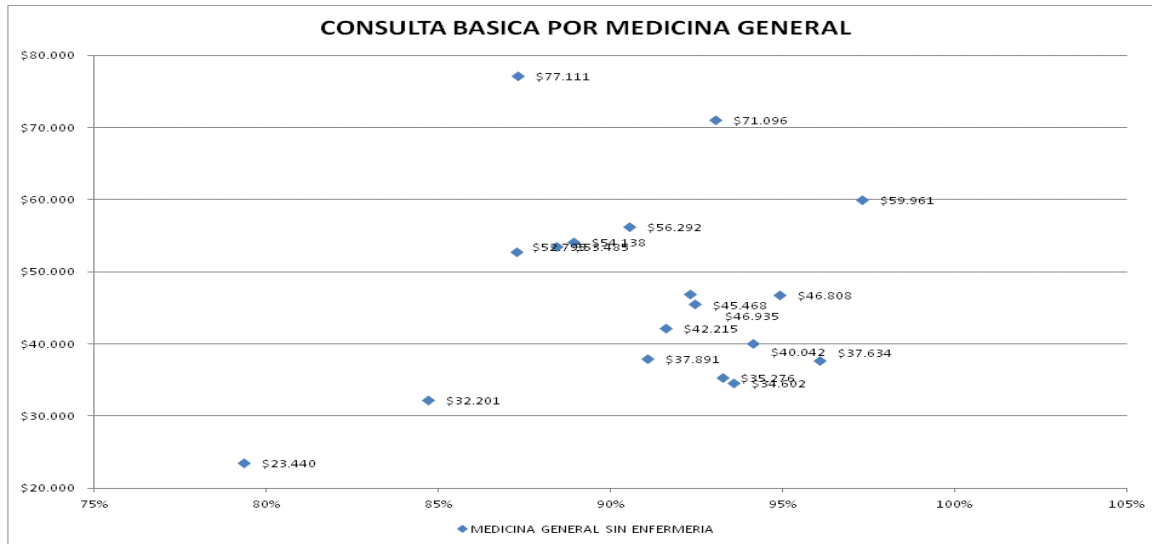
Consulta básica por enfermería, Consulta básica por psicología y Cama básica. Mediante la utilización de la misma metodología empleada para el cálculo de las tipologías iniciales del nuevo modelo de remuneración se calculó el valor estimado (ver anexo 10: Estimación consulta básica por medicina general, enfermería y psicología) tal y como se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 25. Valor estimado por tipología**

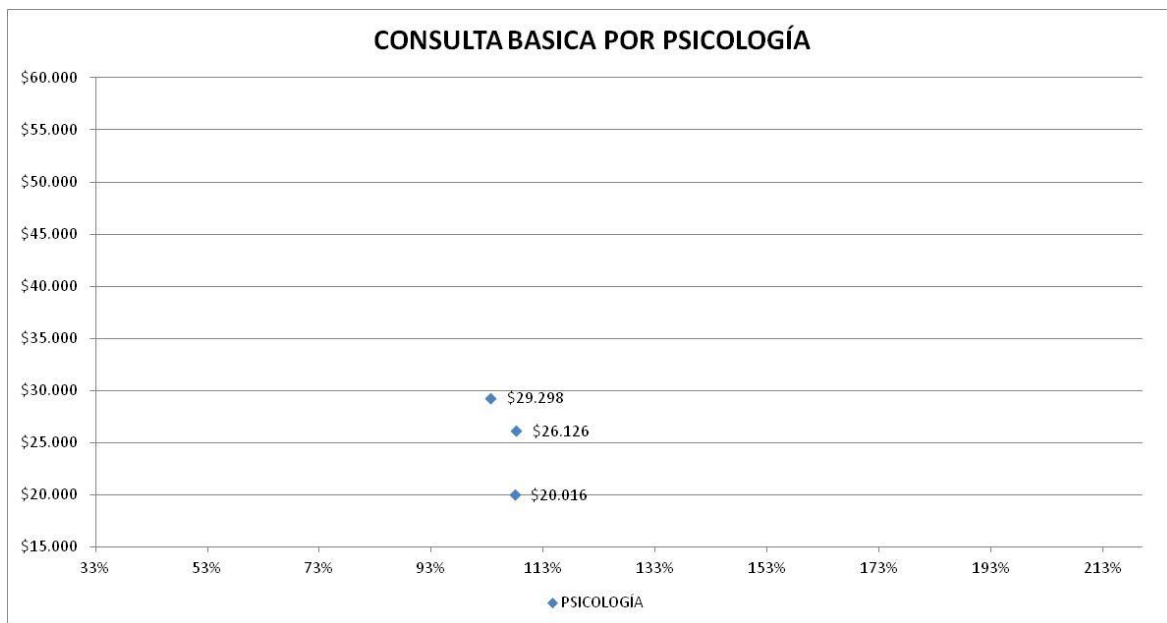
VALOR ESTIMADO POR TIPOLOGIA			
TIPO DE PRODUCTO RESOLUTIVO	USS	VLR. ESTIMADO	% UTILIZACION
CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	PABLO VI BOSA	34.602	93,59%
CONSULTORIO BASICO ENFERMERIA		18.344	
CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	CHAPINERO	20.016	107,81%
CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRAESPECIALIZADO	SUBA	69.784	97,59%
CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	SAN BLAS	114.259	62,00%
CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	SIMON BOLIVAR	73.573	92,09%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO	USME	29.503	97,19%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	MEISSEN	30.226	94,99%
EGRESO CAMA BASICA	SUBRED SUR-OCCIDENTE	345.608	80,00%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	RED	935.503	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	RED	1.285.037	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	RED	1.195.328	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	RED	1.342.971	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	RED	3.749.678	
EGRESO CAMA OBSERVACION URGENCIAS	ENGATIVA	151.772	92,13%
EGRESO CAMA UCI ADULTOS	SANTA CLARA	8.699.055	95,91%
EGRESO CAMA UCI NEONATAL	LA VICTORIA	7.804.999	91,34%
EGRESO CAMA UCI PEDIATRICA	TUNAL	8.000.934	83,72%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	TUNAL	3.227.642	69,48%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	SUBA	2.146.901	83,60%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	KENNEDY	2.766.955	96,11%
QUIROFANO BASICO PARTO Y CESAREA		965.523	
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	MEISSEN	406.448	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	MEISSEN	817.437	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	MEISSEN	1.232.118	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	MEISSEN	1.494.913	81,06%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	KENNEDY	460.049	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	KENNEDY	925.238	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	KENNEDY	1.414.743	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	KENNEDY	1.966.052	63,36%

Y se utilizaron para seleccionar la tarifa eficiente las siguientes gráficas de dispersión:

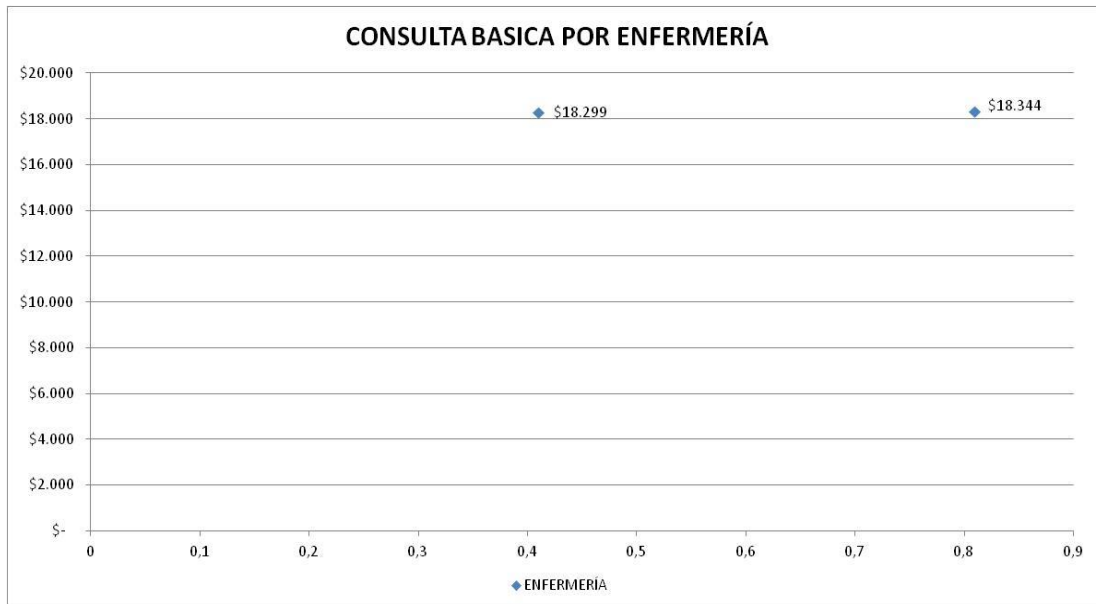
**Figura 26. Consulta básica por médico general**



**Figura 27. Consulta básica por psicología**

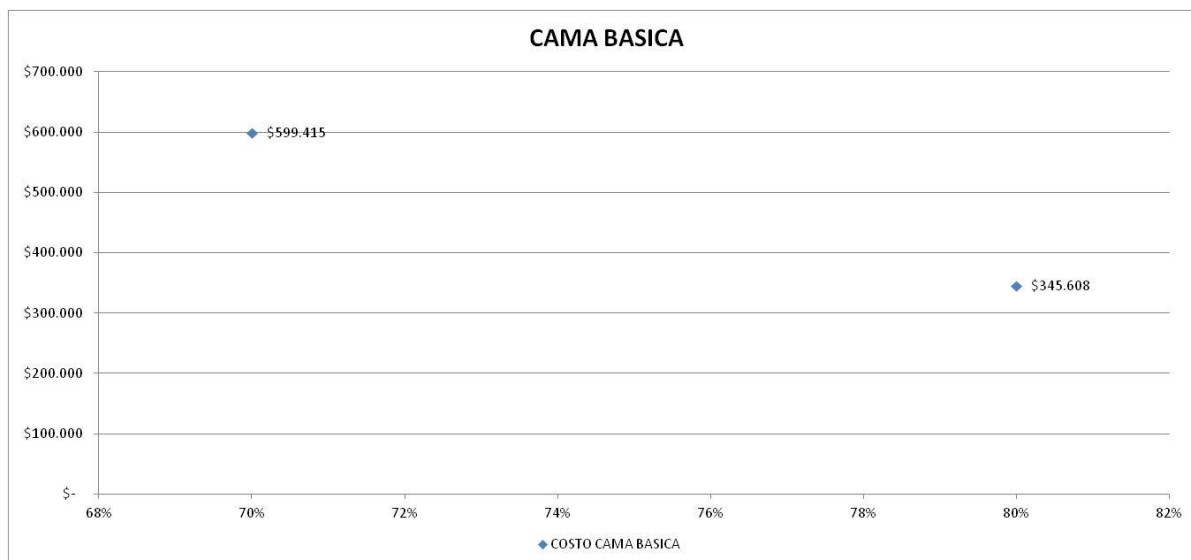


**Figura 28. Consulta básica por enfermería**



Cama básica: Para esta tipología se definió la tarifa de la siguiente manera (ver anexo 11: Estimación cálculo egreso básico), una vez cuantificados los costos totales de cama básica por subredes, se solicitó a las cuatro subredes que presentaran la proyección de los egresos estimados para la vigencia 2017 teniendo en cuenta la reorganización de los portafolios de servicios, así como el porcentaje de utilización ideal de la estructura productiva, de esta forma se recibe información de las Subredes Centro Oriente y Sur Occidente donde mediante la misma metodología empleada, se selecciona la tarifa de la Subred Sur Occidente por tener el menor costo y la mejor utilización de su infraestructura.

**Tabla 26. Cama básica**



**Tabla 27. Valor estimado por tipología**

VALOR ESTIMADO POR TIPOLOGIA			
TIPO DE PRODUCTO RESOLUTIVO	USS	VLR. ESTIMADO	% UTILIZACION
CONSULTORIO BASICO MEDICINA GENERAL	PABLO VI BOSA	34.602	93,59%
CONSULTORIO BASICO ENFERMERIA		18.344	
CONSULTORIO BASICO PSICOLOGIA	CHAPINERO	20.016	107,81%
CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRAESPECIALIZADO	SUBA	69.784	97,59%
CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	SAN BLAS	114.259	62,00%
CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	SIMON BOLIVAR	73.573	92,09%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO	USME	29.503	97,19%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	MEISSEN	30.226	94,99%
EGRESO CAMA BASICA	SUBRED SUR-OCCIDENTE	345.608	80,00%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	RED	935.503	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	RED	1.285.037	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	RED	1.195.328	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	RED	1.342.971	
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	RED	3.749.678	
EGRESO CAMA OBSERVACION URGENCIAS	ENGATIVA	151.772	92,13%
EGRESO CAMA UCI ADULTOS	SANTA CLARA	8.699.055	95,91%
EGRESO CAMA UCI NEONATAL	LA VICTORIA	7.804.999	91,34%
EGRESO CAMA UCI PEDIATRICA	TUNAL	8.000.934	83,72%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	TUNAL	3.227.642	69,48%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	SUBA	2.146.901	83,60%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	KENNEDY	2.766.955	96,11%
QUIROFANO BASICO PARTO Y CESAREA		965.523	
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	MEISSEN	406.448	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	MEISSEN	817.437	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	MEISSEN	1.232.118	81,06%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	MEISSEN	1.494.913	81,06%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	KENNEDY	460.049	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	KENNEDY	925.238	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	KENNEDY	1.414.743	63,36%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	KENNEDY	1.966.052	63,36%

*Fuente:* Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PGPAFID). (Ver anexo 12: Mix de eficiencia)

#### **10.14 Incentivos en la forma de pago presupuesto global prospectivo por actividad final**

Como parte de los acuerdos de voluntades las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud incluyen incentivos orientados a mejorar la eficiencia, el desempeño y los resultados en salud. Los incentivos son monetarios y no monetarios:

##### **10.14.1 Incentivos monetarios implícitos en la tarifa**

Las tarifas del nuevo modelo de remuneración fueron calculadas en condiciones de eficiencia en costos y producción.

El monto del presupuesto global es el valor de las ventas que cada subred efectuó a Capital Salud en la modalidad de evento y Capitación de la vigencia anterior. De ese monto el asegurador reserva un porcentaje para reconocerlo como incentivo monetario, en la medida en que las subredes avancen en las sendas hacia la tarifa eficiente.

Adicionalmente, Capital Salud construyó una tabla de indicadores (tabla 28) que miden el aumento o disminución de la carga asistencial y, al presentarse disminución, este ahorro se dará como estímulo incrementando las tarifas de Promoción y Prevención (tarifas de protección específica y Detección temprana P y D) que se pagan en el nuevo modelo por evento a SOAT menos 45% y no por capitación.

**Tabla 28. Indicadores de carga asistencial**

No.	NOMBRE INDICADOR
1	Proporción de casos nuevos de VIH captados por la Subred
2	Proporción de casos detectados de VIH estadio A y B sobre el total de detectados en la SubRed
3	Proporción de mortalidad materna a causa de una morbilidad extrema en la SubRed
4	Tasa de ingresos a UCI Neonatales por eventos prevenibles en la SubRed
5	Proporción de casos detectados de Cancer de Cuello Uterino in situ en la Subred
6	Proporción de casos detectados de Cancer de mama in situ en la SubRed
7	Mediana de la Hemoglobina Glicosilada en los usuarios con Diabetes Mellitus asignados al programa de cronicos
8	Mediana de la filtración glomerular en los usuarios con HTA (Alto y Muy Alto Riesgo) asignados al programa de cronicos
9	Tasa de ingresos a UCI Adulto por eventos prevenibles de patologías crónicas (HTA y/o Diabetes) en la SubRed
10	Incidencia global de ERC estadio 5 en el programa de cronicos
11	Proporción de egresos de Cama básica Vs egresos Cama Especializada.
12	Proporción de Tratamiento Oral Terminado Vs Proporción de Tratamiento Oral Iniciado

*Fuente:* Capital Salud EPS-S.

### **10.14.2 Incentivos no monetarios o de prestigio**

Son aquellos que en ceremonia pública y de frente a las comunidades premie simbólicamente (diploma, mención, trofeo, etc.) a las Subredes ESE que mayores y mejores resultados tengan en la aplicación del nuevo modelo de atención integral en salud impactando positivamente la salud de los bogotanos.

### **10.15 Rendimientos e instrumentos de medición**

La principal herramienta propuesta es la auditoría de gestión clínica, de calidad y eficiencia, la cual será realizada de manera sistemática y permanente por la aseguradora, que garantice las mejores condiciones de salud de la población con los mejores estándares de calidad.

Su utilizarán los rendimientos cuantitativos del Sistema de Información de Capital Salud EPS-S, Capacidad Instalada y Producción (CIP) y CUBO de información de costos.

El nuevo modelo de remuneración presupone dos tipos de auditoría de cuentas, una *ex ante*, o concurrente, la cual verifica en campo la ejecución de las actividades en salud y su pertinencia; y otra *ex pos* que se encarga de la revisión de: bases de datos (RIPS, anexos soportes de la factura),

cumplimiento en relación con la senda de costos y producción y, por último, el cumplimiento de los indicadores de impacto (Carga asistencial o Indicadores de gestión clínica).

## 10.16 Mejoramiento de producción y de costos

### 10.16.1 Metodología para el cálculo de sendas de producción y de costos

Su objetivo es llevar a los hospitales a niveles eficientes de operación a través de cambios progresivos en los sobrecostos y en la capacidad de producción, junto con la mejora en la calidad de los servicios.

### 10.16.2 Sendas de producción y de costos

**Producción:** Se realiza el cálculo del cambio porcentual anual que debe existir en la producción para alcanzar su nivel óptimo (capacidad instalada). El cálculo se realizó con la fórmula de tasa anual compuesta:

$$Tasa\ de\ Crecimiento\ Anual\ Compuesta = \left[ \frac{Valor\ Objetivo}{Valor\ Observado} \right]^{\frac{1}{Periodos}} - 1$$

Ejemplo:

Si el valor de producción óptima para la tipología “Consultorio especializado y supraespecializado” es 100, el valor actual de producción es 90, y se espera alcanzar el punto de eficiencia en el 2020. Reemplazando obtenemos:

$$Tasa\ de\ Crecimiento\ Anual\ Compuesta = \left[ \frac{100}{90} \right]^{\frac{1}{2020-2016}} - 1$$

$$Tasa\ de\ Crecimiento\ Anual\ Compuesta = 2,669\%$$

El resultado de aplicar la fórmula, nos indica que la producción debe tener un crecimiento anual promedio de 2,669 % para alcanzar su nivel óptimo.



**Costos:** Se realiza el cálculo del cambio porcentual anual que debe existir en los costos que se encuentren por encima de la tarifa para alcanzar el nivel óptimo (Tarifa calculada a partir del mix de eficiencia, relación costo-producción). El cálculo se realizó con la fórmula de tasa anual compuesta:

$$Tasa\ de\ Crecimiento\ Anual\ Compuesta = \left[ \frac{Valor\ Objetivo}{Valor\ Observado} \right]^{\frac{1}{Periodos}} - 1$$

Ejemplo:

Si el valor de tarifa óptima para la tipología “Consultorio especializado y supraespecializado” es \$155.486, el valor actual de prestar dicho servicio es \$202.507, y se espera alcanzar el punto de eficiencia en el 2020. Reemplazando obtenemos:

$$Tasa\ de\ Crecimiento\ Anual\ Compuesta = \left[ \frac{155.486}{202.507} \right]^{\frac{1}{2020-2016}} - 1$$

$$Tasa\ de\ Crecimiento\ Anual\ Compuesta = 1,853\%$$

El resultado de aplicar la fórmula nos indica que los costos deben tener un crecimiento anual promedio de -1,853 % para alcanzar su nivel óptimo.

Para los casos en los que los costos (valor observado) sean menores que la tarifa, se pagará la tarifa que se estipule para dicho caso, establecida con miras a garantizar la capacidad operacional de la IPS y de su equilibrio financiero.

### 10.16.3 Proyecciones de cambio en producción y costos

Como resultado de la aplicación de la metodología de sendas, en la tabla 29 se presentan los resultados por subred.

**Tabla 29. Sendas de producción y costos.**

TIPO DE PRODUCTO	Objetivo Cambio Anual Producción				Objetivo Cambio Anual Senda Costos			
	SUR	SUR OCCIDENTE	NORTE	CENTRO ORIENTE	SUR	SUR OCCIDENTE	NORTE	CENTRO ORIENTE
CONSULTORIO BASICO	13%	15%	28%	28%	5%	1%	-4%	0%
CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRAESPECIALIZADO	12%	21%	24%	18%	-12%	-10%	-1%	-13%
CONSULTORIO URGENCIAS BASICO	2%	2%	0%	0%	-4%	-13%	-6%	-19%
CONSULTORIO URGENCIAS ESPECIALIZADO	-2%	4%	-3%	4%	-8%	-15%	-5%	-11%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO	15%	17%	20%	12%	-1%	6%	-2%	-23%
CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	13%	25%	21%	18%	15%	13%	-11%	14%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	7%	5%	0%	2%	15%	3%	2%	2%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	-7%	1%	-7%	-6%	16%	-5%	6%	0%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	-7%	-4%	1%	-1%	6%	9%	4%	6%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	0%	0%	2%	1%	27%	-7%	3%	2%
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO SALUD MENTAL	3%	-4%	1%	-11%	3%	2%	-1%	11%
EGRESO CAMA OBSERVACION URGENCIAS	-22%	8%	0%	11%	-22%	-21%	-12%	-34%
EGRESO CAMA UCI ADULTOS	2%	-9%	-4%	4%	-1%	-21%	6%	2%
EGRESO CAMA UCI NEONATAL	0%	8%	10%	3%	-3%	8%	5%	0%
EGRESO CAMA UCI PEDIATRICA	11%	13%	-4%	6%	0%	-25%	-15%	-7%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS PEDIATRICA	19%	12%	37%	9%	0%	7%	-4%	-2%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS ADULTOS	-10%	4%	-3%	-3%	-10%	-22%	9%	-21%
EGRESO CAMA UCI INTERMEDIOS NEONATAL	4%	-5%	4%	1%	-9%	0%	4%	9%
QUIROFANO BASICO PARTO Y CESAREA	-1%	7%	-8%	-4%	2%	1%	-2%	-1%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-5%	0%	5%	7%	-7%	-15%	-1%	-9%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-10%	1%	1%	6%	-7%	-15%	-3%	-10%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-13%	4%	2%	0%	-9%	-16%	-4%	-9%
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-11%	8%	-5%	-9%	-15%	-20%	-8%	-11%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	-26%	4%	-3%	7%	-8%	0%	24%	-10%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	-27%	-5%	-10%	-14%	-8%	0%	24%	-10%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	-19%	2%	10%	-18%	-8%	0%	24%	-10%
QUIROFANO SUPRA ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	-19%	7%	12%	-14%	-8%	0%	24%	-10%

*Fuente:* Aplicación de formula Tasa de crecimiento anual compuesta-Equipo PGP-AFID.

Estos resultados muestran el cambio porcentual que debe hacer por cada subred en cada una de sus tipologías, para alcanzar el nivel óptimo de producción y costos (Tarifa eficiente).

### 10.17 Fórmula para entrega de incentivos

Con el fin de incentivar la disminución de sobrecostos, la producción óptima y el cumplimiento de los objetivos de calidad y del Plan Territorial de Salud, se estableció una fórmula que varía la tarifa a reconocer por cada actividad en función del cumplimiento de dichos incentivos (ver anexo 13: Simulación Facturación e Incentivos), la fórmula calcula el avance o retroceso en cada uno de estos aspectos de la siguiente manera:

$$\left\{ Giro \Rightarrow Tarifa * \left( \begin{array}{c} 1 + \text{mejoramiento} \\ \text{en producción} \end{array} \right) * \left( \begin{array}{c} 1 + \text{mejoramiento} \\ \text{en costos} \end{array} \right) \right. \\ \left. + \left( \begin{array}{c} \text{Bono} * \text{Cumplimiento} \\ \text{en calidad} \end{array} \right) \right.$$

Es importante destacar que el mejoramiento en producción en costos y producción se determina en comparación con la senda trazada para cada Subred y por cada tipología, para determinar el cumplimiento en calidad (indicadores propuestos en la tabla 28) se establece la línea base de los indicadores a través del Sistema de Información Capital Salud EPS-S y se fija una meta alcanzable por cada indicador y por cada subred y se mide el porcentaje de cumplimiento de las metas por cada indicador, el porcentaje más bajo de cumplimiento de la meta será seleccionado como el índice total de cumplimiento de la subred.

Ya que cada subred, y dentro de ella cada tipología, se encuentra en un grado de producción y de déficit diferente se contemplan cuatro posibles casos y para cada caso una fórmula que incentive su eficiencia de la siguiente manera:

e. Costos eficientes, producción por debajo de la óptima. No se incentiva disminución del déficit, pero sí el aumento de la producción:

$$Si \left\{ \begin{array}{l} C_i^0 < T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_{2016} < P_{ij}^* \end{array} \right. \Rightarrow T_i^* = \left[ 1 + \left\{ \frac{P_{2016} - P_{2015}}{P_{ij}^*} \right\} \right] * T_i + [\text{Bono} * \beta]$$

f. Costos eficientes, producción por encima de la óptima. No se incentiva disminución del déficit, pero sí disminución de la producción:

$$Si \begin{cases} C_i^0 < T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_{2016} > P_{ij}^* \end{cases} \Rightarrow T_i^* = \left| \frac{P_{2016}}{P_{ij}^*} \right|^{-1} * T_i + [Bono * \beta]$$

g. Costos ineficientes, producción por debajo de la óptima. Se incentiva disminución del déficit y aumento de la producción.

$$Si \begin{cases} C_i^0 > T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_{2016} < P_{ij}^* \end{cases} \Rightarrow T_i^* = \left[ 1 + \left\{ \frac{P_{2016} - P_{2015}}{P_{ij}^*} \right\} \right] * \left[ 1 + \left\{ \frac{C_i^0 - C_i^1}{T_i} \right\} \right] * T_i + [Bono * \beta]$$

h. Costos ineficientes, producción por encima de la óptima. Se incentiva disminución del déficit y disminución de la producción:

$$i. Si \begin{cases} C_i^0 > T_i \\ \frac{C_i^0 - T_i}{C_i^1 - T_i} \leq X \\ P_{2016} > P_{ij}^* \end{cases} \Rightarrow T_i^* = \beta * \left| \frac{P_i}{P_{ij}^*} \right|^{-1} * \left[ 1 + \left\{ \frac{C_i^0 - C_i^1}{T_i} \right\} \right] * T_i + [Bono * \beta]$$

Dónde:

$C_i^0 =$  Costo año anterior

$C_i^1 =$  Costo año actual

$T_i =$  Tarifa tipología  $i$

$P_i =$  Producción observada

$P_{ij}^* =$  Producción óptima en cada hospital

$X =$  Tope UPC

$\beta =$  Variable en Función de Objetivos

$P_B^*$  = *Producción Total Distrital en el año anterior*

$P^B$  = *Producción Total Distrital Observada en el Año Actual*

### 10.18 Resultados de aplicación de las metodologías de incentivos y sendas descritas

Las simulaciones de tarifa por producción esperada frente a UPC al 92 % (8 % para administración) se presentan en varios escenarios para calcular los faltantes y/o sobrantes en cada subred, de manera que pueda evidenciarse la necesidad o no de financiamiento adicional.

Para este cálculo se asumió un B=1 y un tope de incentivos X de 150 %.

**Tabla 29. Simulación aplicación de incentivos**

	SUR	SUR - OCCIDENTE	NORTE	CENTRO - ORIENTE
UPC Total	240.949.857.380,06	263.720.212.084,73	187.186.733.942,01	211.336.041.928,39
UPC 92%	221.673.868.789,66	242.622.595.117,96	172.211.795.226,65	194.429.158.574,12
UPC contratado externo	86.452.808.827,97	94.622.812.096,00	67.162.600.138,39	75.827.371.843,91
UPC Red	135.221.059.961,69	147.999.783.021,95	105.049.195.088,26	118.601.786.730,21
Ingresos Tarifa - Producción Ideal	283.937.484.563,67	238.204.471.713,11	305.646.166.073,55	266.978.848.438,98
Ingresos Senda - Producción Senda (2016)	293.035.910.807,49	221.901.313.182,01	260.923.053.218,86	282.256.064.515,16
Ingresos Incentivos Desempeño	210.645.551.735,79	148.827.026.293,28	231.116.784.475,48	189.382.600.997,62
Facturado a Capital	162.510.102.421,14	134.358.541.271,00	96.133.040.821,00	298.449.012.352,31
Facturado a Terceros	119.525.214.732	125.294.638.974	185.000.216.622	338.197.931.506
Facturación Total	254.746.274.694	273.294.421.996	290.049.411.710	456.799.718.236
Costos - Producción Ideal	308.255.040.813,42	303.726.215.819,83	318.864.189.741,45	376.143.182.224,95
Costos - Producción Proyectada	319.824.544.667,48	226.140.336.051,15	254.190.119.499,55	300.082.736.562,87
Costos - Senda Producción	309.035.508.110,37	241.160.998.072,93	264.330.797.944,98	312.506.491.622,44

*Fuente:* Equipo PGP-AFID.

Con el fin de obtener las diferencias entre los ingresos por UPC y la facturación de las Subredes ESE, y las diferencias entre los ingresos generados por pago a tarifa eficiente de servicios y los costos de los mismos, en la tabla 29 se desglosan dichos resultados en cada uno de sus componentes.

Se toma la UPC para 2016, luego el 92 % destinado a cobertura en salud (8 % restante es para administración de Capital Salud EPS-S) y de esta se descuenta el porcentaje que se contrata con la red pública, que se encuentra alrededor del 69 %. A partir de estos resultados se realizan los siguientes cálculos:

### 10.18.1 Proyección de déficit operativo de las 4 Subredes frente a tarifa eficiente.

Para el cálculo del déficit operativo se desarrollaron tres ejercicios diferentes, descritos a continuación:

1. Tarifa  $\times$  producción ideal (ingresos) - Costos  $\times$  producción ideal (egresos)
2. Ingresos totales calculados bajo la metodología de sendas - costos totales calculados bajo la metodología de sendas (egresos)
3. Tarifa de incentivos  $\times$  producción proyectada (ingresos) - costos totales calculados a partir de la producción proyectada

Se obtuvieron los siguientes resultados (tabla 30).

**Tabla 30. Déficit operativo de las 4 Subredes frente a tarifa eficiente**

	Déficit Operativo			
	SUR	SUR - OCCIDENTE	NORTE	CENTRO - ORIENTE
Tarifa P-ideal	-24.317.556.249,76	-65.521.744.106,72	-13.218.023.667,90	-109.164.333.785,97
Sendas	-15.999.597.302,88	-19.259.684.890,92	-3.407.744.726,12	-30.250.427.107,28
Incentivos - Pproyectada	-109.178.992.931,68	-77.313.309.757,87	-23.073.335.024,07	-110.700.135.565,25

*Fuente:* Equipo PGP-AFID.

### 10.18.2 Proyección de déficit UPC

Teniendo en cuenta que la UPC para la subred Sur es de \$241.000 millones, para Sur Occidente de \$264.000 millones, para Norte \$187.000 millones y para Centro Oriente 211.000 millones, se calculan cuatro déficits:

1. UPC (ingresos) - Costos  $\times$  producción ideal (egresos)
2. UPC (ingresos) - costos totales calculados bajo la metodología de sendas (egresos)
3. UPC (ingresos) - Costos totales calculados a partir de la producción proyectada.
4. Facturado total - Costos producción ideal

Como resultado obtenemos (tabla 31).

**Tabla 31. Déficit UPC**

	Déficit UPC				
	Sur	Sur Occidente	Norte	Centro Oriente	Total
	-	-	-	-	-
Tarifa P-ideal	67.305.183.43	40.006.003.73	131.677.455.79	164.807.140.29	403.795.783.26
	3,36	5,10	9,44	6,56	4,46
	-	-	-	-	-
Sendas	68.085.650.73	22.559.214.01	77.144.064.002	101.170.449.69	223.840.950.41
	0,31	1,81	,97	4,04	5,52
	-	-	-	-	-
UPC Total – Costos y Prod.	78.874.687.28	37.579.876.03	67.003.385.557	88.746.694.634	197.044.891.44
Proyectada	7,42	3,58	,54	,48	5,84
	-	-	-	-	-
Facturado Total - Producción	53.508.766.11	30.431.793.82	28.814.778.031	80.656.536.010	<b>32.098.801.964</b>
Ideal	9,65	3,78	,47	,84	<b>,06</b>

Fuente: Equipo PGP-AFID.

Se puede observar un déficit de \$32.000 millones en el caso de Facturación Total de las Subredes ESE “Vs” Producción Ideal.

En los dos casos se puede observar que el mejor escenario se presenta con los cambios graduales presentados en la metodología de sendas. Si bien no se alcanza el equilibrio financiero inmediatamente, la disminución de los sobrecostos y la mejora gradual en la producción, llevarán al equilibrio operativo a las Subredes ESE.



En el anexo 13 se presentan las tablas para alcanzar los niveles de eficiencia por cada hospital y por cada tipología de cada Subred ESE.

### 10.19 Tarifa de actividades no incluidas

Existen algunas actividades que no se pueden asimilar a los valores estimados dentro del nuevo modelo de pago y cuyo costo no se encuentran incluido por dos razones:

- a. *Outlier* (Fuera de rango): Actividades que dentro de la totalidad de servicios ofertados tienen baja frecuencia y alto costo (ver numeral 7. Metodología para el cálculo del costo unitario de las actividades finales), pero, de igual manera deben ser prestados dentro del concepto de integralidad de la atención en la salud; por lo tanto, deben tener un tratamiento diferencial en el reconocimiento a saber: oncología, quemados e implante coclear.
- b. Sin costo en la tarifa seleccionada: Corresponde a actividades realizadas por las Subredes ESE que no reflejaron costo en la tarifa del hospital seleccionado como tarifa eficiente dentro de las cuales se encuentran (tabla 32).

**Tabla 32. Actividades no incluidas en PGP-AFID.**

#	TIPO DE ACTIVIDAD NO INCLUIDA
1	Litotripsia urológica
2	Resonancia magnética nuclear
3	Polisomnografía
4	Fibrobroncoscopia
5	Electroencefalograma
6	Colposcopia

7	Pruebas de esfuerzo
8	Holter
9	Espirometría
10	Electromiografía
11	Diálisis
12	Mamografía
13	Artroscopia
14	Visiometría, pruebas de optometría y pruebas de audiología
15	Biopsia dermatología
16	Crioterapias dermatología
17	Pruebas de urología
18	Urodinamia
19	Hemodinamia
20	Pruebas cardiacas invasivas
21	Nuclear y radio
22	Quimio

*Fuente:* Equipo PGP-AFID.

El mecanismo planteado para su pago es:

- Identificación de los servicios que cumplen esta condición.
- Ubicación de las unidades donde son prestados estos servicios.

- Negociación de la tarifa por evento a manual tarifario SOAT vigente menos un porcentaje.

## **10.20 Copagos en el nuevo modelo de remuneración**

En el Nuevo Modelo de Remuneración o Pago, los copagos se siguen aplicando con los mismos porcentajes y los mismos topes que determina la ley. La única variación que tendrán es que para las actividades ambulatorias se generará copago solo por cada actividad final (consulta o cirugía), no por las actividades intermedias que estas demanden (laboratorios, radiografías, terapias, medicamentos, etc.), como se ha hecho actualmente. De esta manera, se disminuyen los procesos de autorización y facturación, lo que significa menos filas y mayor acceso a los servicios de salud.

Es importante destacar que en concordancia con los principios y la metodología del nuevo modelo de remuneración, las tarifas por actividad final contemplan subsidios cruzados que consisten en aplicar la misma tarifa a usuarios que han recibido atenciones por la misma tipología de actividad final aún con cargas de apoyo diagnóstico y terapéutico diferentes.

### **10.20.1 Protección específica y detección temprana**

Las actividades de Protección específica y Detección temprana (PyD) tienen un papel preponderante en el nuevo modelo de atención y, por ende, en el nuevo modelo de remuneración; sin embargo, ya que en las fuentes de información de costos y producción utilizadas para el cálculo de las tarifas de las actividades de consulta, cirugía y hospitalización, no fue posible discriminar los costos y la producción de las actividades de (PyD) fue necesario determinarlas por una metodología diferente.

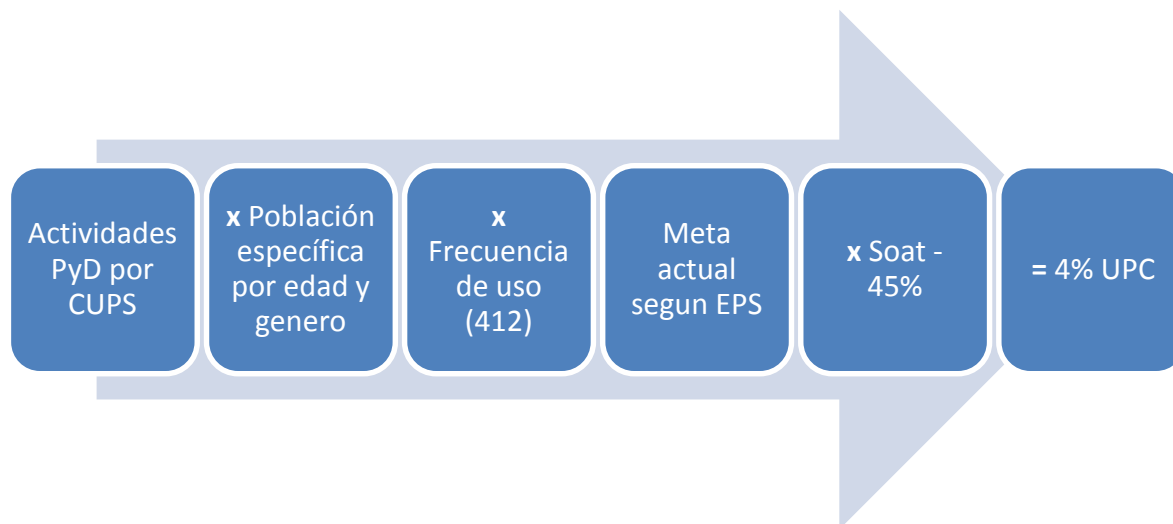
Según lo acordado en el citado comité se reconocerán las actividades de PyD por evento a tarifa manual tarifario SOAT menos 45% (ver tabla de negociación literal D del anexo 1 de la minuta del contrato de prestación de servicios de EPS-S Capital Salud y las Subredes).

Adicionalmente se definió que las Rutas Integrales de Atención en Salud priorizadas por el Distrito hacen parte integral de la minuta del contrato de prestación de servicios de salud, reconociendo las actividades contempladas en la Resolución 412 y/o normas que la modifiquen o sustituyan.

#### **10.21 Determinación de tarifas**

Se calculó el valor total de las actividades de PyD que requiere la población asegurada por Capital Salud en un año (según las frecuencias de uso de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Protección Social y la población de Capital Salud discriminada por evento a tarifa manual tarifario SOAT vigente menos 45%). El valor total de las actividades PyD para la población de Capital Salud se concertó en el 4 % de la UPC (ver anexo 14: Metodología para la determinación de tarifas PYD y anexo 15: Tarifas y metas PyD concertadas), el cual representa la totalidad de las actividades contempladas en la norma cada una en el porcentaje de cumplimiento pactado entre asegurador y prestador, este 4 % se alcanzará gradualmente desde la línea base actual, reconociendo dichas actividades en la modalidad de evento.

**Figura 30. Proceso de cálculo de tarifas PyD**



*Fuente:* Grupo técnico (PGPAFID).

### **10.22 Incentivos en PyD**

El nuevo modelo de remuneración busca incentivar prioritariamente las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto individuales (POS) como colectivas (PIC); así pues, propendiendo por un incremento en las coberturas de las actividades PyD el modelo de remuneración propone reconocer una mayor tarifa por estas actividades en la medida en que cada subred consiga aumentar su cobertura de actividades PyD y, en la medida en que opere el nuevo MIAS, la parte hospitalaria o clínica (carga asistencial) debe ir disminuyendo y liberando recursos de la UPC para seguir incentivando promoción y prevención.

Conforme al cumplimiento de metas de cobertura de las actividades de PyD se incrementará el porcentaje total de UPC reconocido a la subred por las actividades ejecutadas, aumentando proporcionalmente las tarifas. De la misma forma, de no lograr el cumplimiento de metas de cobertura, se reducirá el valor de la tarifa reconocida en la misma proporción.

Así mismo, futuros convenios de desempeño o interadministrativos se destinarán con prelación a PyD y PIC, para que el modelo de atención propuesto funcione.

### **10.23 Tarifas Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)**

#### **10.23.1 Elementos del costo de funcionamiento del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)**

Para el cálculo del valor del contrato se tuvieron en cuenta cuatro elementos, a saber: Los costos de personal directo (talento humano), los costos de insumos directos, los costos generales (incluidas las estimaciones contables) y los costos de centros de estructura.

##### **10.23.1.1 Costos de personal directo (talento humano PSPIC)**

Por *talento humano* se entiende todo el personal que interviene en la ejecución de los procedimientos, intervenciones y acciones del PSPIC y de las labores administrativas y de coordinación establecidas en la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), donde se ejecute el PSPIC. La Subsecretaría de Salud Pública determinó los perfiles, rol y formación, así como el tiempo necesario para la ejecución de las intervenciones y valores de referencia que se deben tener en cuenta para efectos de costear el componente de talento humano que intervendrá en cada una de las intervenciones contratadas con las subredes, definiendo así la tabla 33 de talento humano PSPIC.

#### **Tabla 33. Valores de referencia por perfil. Vigencia agosto 2016**

N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Tipo 3 Formación	Honorarios Agosto 2016
1	Profesional Especializado 1	Coordinación General del Plan de Intervenciones Colectivas (PSPIC).	Profesional de ciencias de la salud. Con especialización en salud pública o gerencia en salud pública con cuatro años de experiencia.	\$ 6.640.667
2	Profesional Especializado 2	Referentes de gestión.	Profesional de ciencias de la salud, ciencias humanas o sociales, ingeniería ambiental y/o sanitaria, ingeniería de alimentos, ingeniería química, química, químico farmacéutico o medicina veterinaria. Con especialización en salud pública, proyectos sociales, gerencia social, educación social y comunitaria, políticas públicas, epidemiología, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, auditoría o sistema general de seguridad	\$ 5.190.788

N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Tipo 3 Formación	Honorarios Agosto 2016
			social en salud, o ciencias administrativas y financieras.	
3	Profesional Especializado 3	Lider operativo	Profesional de ciencias de la salud o ciencias humanas o sociales, ciencias políticas, ingeniería de alimentos, ingeniería químico, químico, ingeniería sanitario, ingeniería sanitario y ambiental, ingeniería ambiental, médico veterinario, ingeniero biomédico o químico farmacéutico.  Con especialización en salud pública, proyectos sociales, gerencia social, educación social y comunitaria, políticas	\$ 4.740.330



N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Tipo 3 Formación	Honorarios Agosto 2016
			públicas, salud ocupacional, epidemiología, ciencias ambientales, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, auditoría o sistema general de seguridad social en salud o ciencias administrativas y financieras.	
4	Profesional Especializado 4	Operativo	Profesional de ciencias de la salud o ciencias humanas o sociales, ciencias políticas. Con especialización en salud pública, proyectos sociales, gerencia social, educación social y comunitaria, políticas públicas, salud ocupacional, epidemiología, ciencias ambientales, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, auditoría o sistema general de seguridad social en	\$ 3.995.468

<b>N o.</b>	<b>Tipo 1 Perfil</b>	<b>Tipo 2 Rol</b>	<b>Tipo 3 Formación</b>	<b>Honorarios Agosto 2016</b>
			salud o ciencias administrativas y financieras.	
5	Profesional Universitario 1	Lider operativo	Profesional universitario. Con 10 a 12 meses de experiencia profesional relacionada: Líderes de Línea de Vigilancia Sanitaria y Ambiental, Gestión de PAI y Espacios.	\$ 3.739.270
6	Profesional Universitario 2	Operativo	Profesional universitario.	\$ 3.241.752
7	Tecnólogo	Operativo	Tecnólogo administrativo, financiero, de sistemas, programación y bases de datos, salud ocupacional.	\$ 1.881.522
8	Técnico 1	Operativo	Técnico en áreas de la salud: auxiliar de enfermería, auxiliar	\$ 1.660.167

N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Tipo 3 Formación	Honorarios Agosto 2016
			en salud pública, salud oral, higienista oral, saneamiento, ambiente, alimentos, salud ocupacional.	
9	Técnico 1	Operativo	Técnico: en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos.	\$ 1.660.167
10	Técnico 3	Operativo	Digitador bachiller	\$ 1.482.944
11	Agentes de cambio, Gestores comunitarios	Operativo	<p>Agente de cambio: persona con discapacidad, cuidador o líder con formación en la estrategia RBC.</p> <p>Gestor comunitario: Líder comunitario con pertenencia étnica (indígenas, afrodescendientes, raizales y gitanos), reconocido por sus autoridades, organizaciones u comunidades, con conocimiento de la ciudad, de la lengua y</p>	\$ 1.157.419

N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Tipo 3 Formación	Honorarios Agosto 2016
			cultura de su pueblo, que habite en las localidades del Distrito Capital.	

Aprobado por: Comité Directivo Subsecretaría de Salud Pública.

Los *costos de personal directo* hacen referencia al reconocimiento monetario al esfuerzo físico y mental del talento humano que presta sus servicios para la ejecución del contrato PSPIC. Los valores de referencia establecidos en la tabla 33 serán los que la SDS reconocerá a las cuatro subredes de servicios de salud y a sus unidades prestadoras de salud para la vigencia abril 2017-febrero 2018 por las personas naturales que se contraten en el PSPIC, mediante la modalidad de contratación directa por prestación de servicios.

Estos valores de referencia fueron calculados tomando como base el valor asignado por perfil para la vigencia 2015 y se le incrementó el valor del IPC 2015 (6,77 %), y este resultado se comparó con 5 referencias de tablas de honorarios de entidades del sector, las cuales se enuncian a continuación: Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Integración Social, Ministerio de Salud y Protección Social, Hospital del Sur, y Subred de Servicios de Salud de Centro Oriente.

La tabla de honorarios de la SDS no tiene un valor único para cada perfil, sino que maneja un rango (piso y techo); la tabla de honorarios de la Secretaría Distrital de Integración Social y la del Ministerio de Salud sí cuentan con un valor único por perfil, mientras que en la tabla de honorarios tanto del Hospital del Sur como en la subred Centro Oriente se evidenció que para un

mismo perfil o perfiles con características similares, se cuenta con más de un valor de honorarios, por lo tanto, fue necesario establecer mediante dos variables estadísticas (mediana y media) dos únicos valores que funcionan como rango mínimo y máximo de acuerdo con la escala de honorarios por perfil.

Con base en los honorarios establecidos por cinco diferentes entidades del sector se calculó la media aritmética, así como la desviación estándar de cada grupo de datos por perfil, lo que permitió establecer un rango mínimo y un rango máximo de valores de referencia para cada perfil, y luego se procedió a verificar que los valores de referencia de febrero 2016 correspondientes al último contrato PSPIC celebrado con las ESE estuvieran dentro del rango establecido; es de resaltar que los valores de referencia de febrero de 2016 fueron calculados con base en los establecidos en la vigencia 2015 más el incremento del IPC 2015 (6,77 %).

El comparativo de tablas de honorarios del sector permitió evidenciar que en ocho de once perfiles, los valores de referencia se encontraban dentro del promedio del sector (5 referencias aplicadas); sin embargo, en los otros tres perfiles los valores de referencia estaban por fuera del rango establecido en el sector, por lo cual, la Subsecretaría de Salud Pública ajustó dichos valores al rango establecido como resultado del análisis comparativo del sector. Para el perfil profesional universitario 1 que se encontraba por encima del rango establecido se ajustó al techo de dicho rango, y para los perfiles técnicos 3 y agentes de cambio o gestor comunitario que se encontraban por debajo del rango establecido se ajustaron al piso del rango.

En conclusión, la Subsecretaría de Salud Pública adoptó para la vigencia abril 2017-febrero 2018 los valores de referencia establecidos en la contratación de la vigencia febrero 2016 para 11 perfiles (profesional especializado 1, 2 3 y 4, profesional universitario 2, tecnólogo, técnico 1 administrativo y técnico 1 asistencial) y ajustó los valores de tres perfiles (profesional universitario 1, técnico 3 y agentes de cambio), de acuerdo con los resultados del análisis comparativo del sector.

A continuación se presenta la tabla 34, en donde se muestra el análisis comparativo de los valores de referencia por perfil de cinco diferentes referencias del sector, para el talento humano definido para el PSPIC, así:

**Tabla 34. Análisis del sector. Tabla de honorarios por perfil**

N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Referencia 1		Referencia 2 SDIS (Res. 111/2016) (Mínimo) - (Máximo)	Referencia 3 MSPS (Res. 425/2016)	Referencia 4		Referencia 5	
			SDS (Res. 114-2016) (Mínimo) - (Máximo)	Referencia 1			ESE del Sur (Mediana) - (Media)	Subred Centro Oriente (Mediana) - (Media)		
1	Profesional Especializado 1	Coordinación General del Plan de Intervenciones Colectivas PSPIC.	\$ 6.164.000	\$ 8.152.000	\$ 6.689.000	\$ 7.503.000	\$ 4.026.230	\$ 4.427.111	\$ 3.663.435	\$ 4.172.612

N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Referencia 1		Referencia 2 SDIS (Res. 111/2016)	Referencia 3 MSPS (Res. 425/2016)	Referencia 4		Referencia 5	
			(Mínimo)	(Máximo)			ESE del Sur (Mediana) - (Media)	Subred Centro Oriente (Mediana) - (Media)		
2	Profesional Especializado 2	Referente de gestión.	\$ 4.743.000	\$ 6.163.000	\$ 4.729.000	\$ 4.163.000	\$ 4.026.230	\$ 4.427.111	\$ 3.663.435	\$ 4.172.612
3	Profesional Especializado 3	Líder operativo	\$ 4.743.000	\$ 6.163.000	\$ 4.729.000	\$ 4.163.000	\$ 4.026.230	\$ 4.427.111	\$ 3.663.435	\$ 4.172.612
4	Profesional Especializado 4	Operativo	\$ 4.743.000	\$ 6.163.000	\$ 4.729.000	\$ 4.163.000	\$ 4.026.230	\$ 4.427.111	\$ 3.663.435	\$ 4.172.612
5	Profesional Universitario 1	Líder operativo	\$ 3.236.000	\$ 4.220.000	\$ 3.359.000	\$ 3.170.000	\$ 3.150.000	\$ 2.995.271	\$ 3.241.752	\$ 3.510.927

N o.	Tipo 1	Tipo 2	Referencia 1		Refere ncia 2	Refere ncia 3	Referencia 4		Referencia 5	
	Perfil	Rol	SDS (Res. 114- 2016) (Mínimo) - (Máximo)	SDIS (Res. 111/20 16)			ESE del Sur (Mediana) - (Media)	Subred Centro Oriente (Mediana) - (Media)		
6	Profesion al Universit ario 2	Operativo	\$ 3.027. 000	\$ 3.236. 000	\$ 2.160.0 00	\$ 2.811.0 00	\$ 3.150. 000	\$ 2.995. 271	\$ 3.241. 752	\$ 3.510. 927
7	Tecnólog o	Operativo	\$ 2.609. 000	\$ 2.818. 000	\$ 1.478.0 00	\$ 2.346.0 00	\$ 1.733. 761	\$ 1.712. 261	\$ 1.475. 157	\$ 2.230. 540
8	Técnico 1	Operativo	\$ 2.533. 000	\$ 2.556. 000	\$ 1.478.0 00	\$ 2.346.0 00	\$ 1.660. 167	\$ 1.725. 692	\$ 1.639. 558	\$ 2.016. 955
9	Técnico 1	Operativo	\$ 2.533. 000	\$ 2.556. 000	\$ 1.478.0 00	\$ 2.346.0 00	\$ 1.660. 167	\$ 1.725. 692	\$ 1.639. 558	\$ 2.016. 955
10	Técnico 3	Operativo	\$ 1.600. 000	\$ 2.000. 000	\$ 1.291.0 00	\$ 1.796.0 00	\$ 1.660. 167	\$ 1.725. 692	\$ 1.639. 558	\$ 2.016. 955



N o.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Referencia 1		Referencia 2 SDIS (Res. 111/2016)	Referencia 3 MSPS (Res. 425/2016)	Referencia 4		Referencia 5	
			(Mínimo)	(Máximo)			ESE del Sur (Mediana) - (Media)	Subred Centro Oriente (Mediana) - (Media)		
11	Agentes de cambio, Gestores comunitarios	Operativo	\$ 1.600.000	\$ 2.000.000	\$ 1.141.000	\$ 1.712.000	\$ 1.217.456	\$ 1.247.719	\$ 1.319.000	\$ 1.377.118

*Fuente:* Tablas de referencia de valores de honorarios en el Sector: 1. Secretaría Distrital de Salud (Resolución 114 de 2016), Secretaría Distrital de Integración Social (Resolución 111 de 2016), Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 425 de 2016), Unidad Ejecutora ESE del Sur, Subred de Servicios de Salud de Centro Oriente.

La tabla 35 muestra el cálculo de la media con su correspondiente desviación estándar para cada perfil, según el grupo de datos obtenidos de las cinco referencias del sector, generando como resultado un rango (piso y techo) de valores de referencia del sector por perfil (columnas 7 y 8), sobre las cuales se pueden comparar los actuales valores de referencia establecidos en el último contrato PSPIC celebrado en febrero de 2016 (columna 4).

Esta tabla 35 permite concluir que los valores de referencia adoptados por la Subsecretaría de Salud Pública para la vigencia agosto 2016-marzo 2017 son los registrados en la columna 9, que

a su vez fueron detallados con sus características en la tabla 34, y serán tenidos en cuenta como parte de las unidades de costeo para los productos que contrate la Subsecretaría de Salud Pública.

**Tabla 35. Comparativo de honorarios febrero 2016 vs. rango del sector (media y desviación estándar)**

No.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Última Contratación PIC (Febrero A Julio 2016)  (Honorarios 2015 + IPC 2015: 6,77%)	Media	Desviación Estándar	Mínimo Según Desviación	Máximo Según Desviación	Valores de Referencia Agosto 2016
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Profesional Especializado 1	Coordinación General del Plan de Intervenciones Colectivas PSPIC.	\$ 6.640.667	\$ 5.599.674	\$ 1.743.489	\$ 3.856.185	\$ 7.343.162	\$ 6.640.667
2	Profesional Especializado 2	Referentes de gestión.	\$ 5.190.788	\$ 4.510.924	\$ 758.426	\$ 3.752.498	\$ 5.269.349	\$ 5.190.788
3	Profesional Especializado 3	Líder operativo	\$ 4.740.330	\$ 4.510.924	\$ 758.426	\$ 3.752.498	\$ 5.269.349	\$ 4.740.330
4	Profesional Especializado 4	Operativo	\$ 3.995.468	\$ 4.510.924	\$ 758.426	\$ 3.752.498	\$ 5.269.349	\$ 3.995.468
5	Profesional Universitario 1	Líder operativo	\$ 4.427.111	\$ 3.360.369	\$ 378.901	\$ 2.981.467	\$ 3.739.270	\$ 3.739.270
6	Profesional Universitario 2	Operativo	\$ 3.241.752	\$ 3.016.494	\$ 403.127	\$ 2.613.366	\$ 3.419.621	\$ 3.241.752
7	Tecnólogo	Operativo	\$ 1.881.522	\$ 2.050.340	\$ 520.195	\$ 1.530.145	\$ 2.570.535	\$ 1.881.522
8	Técnico 1	Operativo	\$ 1.660.167	\$ 1.994.421	\$ 431.958	\$ 1.562.464	\$ 2.426.379	\$ 1.660.167

No.	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Última Contratación PIC (Febrero A Julio 2016) (Honorarios 2015 + IPC 2015: 6,77%)	Media	Desviación Estándar	Mínimo Según Desviación	Máximo Según Desviación	Valores de Referencia Agosto 2016
9	Técnico 1	Operativo	\$ 1.660.167	\$ 1.994.421	\$ 431.958	\$ 1.562.464	\$ 2.426.379	\$ 1.660.167
10	Técnico 3	Operativo	\$ 1.217.456	\$ 1.716.171	\$ 233.227	\$ 1.482.944	\$ 1.949.399	\$ 1.482.944
11	Agentes de cambio, Gestores comunitarios	Operativo	\$ 1.051.439	\$ 1.451.787	\$ 294.368	\$ 1.157.419	\$ 1.746.154	\$ 1.157.419

Aprobado por: Comité Directivo Subsecretaría de Salud Pública.

*Fuente:* Tablas de referencia de valores de honorarios en el Sector: 1. Secretaría Distrital de Salud (Resolución 114 de 2016), Secretaría Distrital de Integración Social (Resolución 111 de 2016), Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 425 de 2016), Unidad Ejecutora ESE del Sur, Subred de Servicios de Salud de Centro Oriente.

### 10.23.1.2 Costos de insumos directos

Este factor hace referencia al reconocimiento de los materiales y suministros utilizados en la operación del PSPIC.

La Subsecretaría de Salud Pública realizó un análisis de los costos de insumos directos del periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2013 y el 31 de diciembre de 2015, reportados por los 14 hospitales que hoy conforman el PSPIC de las cuatro subredes de servicios de salud, a la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial de la SDS-Cubo-Grupo de costos. A la información entregada por la Subsecretaría de Planeación SDS para efectos del análisis mencionado se le excluyeron algunos conceptos del costo tales como: los montos relacionados con

“medicamentos” dado que la Subsecretaría Distrital de Salud asume en su totalidad este tipo de ítems incluido su costo de aquellos que forman parte del PSPIC, por lo tanto las ESE no afectan en ningún caso su presupuesto por compra alguna de este tipo de elementos.

El resultado del análisis evidenció que el porcentaje de los insumos empleado por los 14 hospitales durante dicho periodo de análisis, para cubrir la operación del PSPIC, representó el 1,84 % sobre el valor base de talento humano directo causado en los estados financieros de las ESE durante el periodo de estudio.

#### **10.23.1.3 Costos generales**

Este factor hace referencia al reconocimiento de los costos indirectos del PSPIC, tales como arrendamientos, vigilancia, servicio de aseo, servicios públicos, entre otros.

Los resultados obtenidos en el análisis efectuado a este concepto desde el 1 de octubre de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2015 evidenciaron que el porcentaje de los costos indirectos empleado por los 14 hospitales representó el 7,07 % sobre el valor base de talento humano directo causado en el periodo de análisis.

Es importante aclarar que los elementos registrados en el recurso: “R12-Elementos de consumo de oficina” que hacen parte de este grupo, de acuerdo con la Resolución DDC000002 de 2014, para efectos del presente análisis no fueron tenidos en cuenta dentro del presente capítulo (17.1.3 Costos Generales), toda vez que fueron contemplados dentro del capítulo anterior (17.1.2 Costos de Insumos Directos).

#### **10.23.1.4 Costos de distribución de centro de estructura**

Este factor hace referencia al reconocimiento de los costos directos e indirectos que se generan en los centros de costos de estructura, servicios e intermedios, en cada uno de los 14 hospitales. Estos

centros de costos son los definidos con los códigos CECO No. 001 a 002, P01 a P04, Q01 a Q04, R01 a R09, S01 a S06, T1 a T10, y U1 a U4 de acuerdo con lo establecido en la Resolución DDC000002 de enero 16 de 2014, expedida por la Contaduría General de Bogotá.

Este elemento también es conocido con el nombre de *carga administrativa* y a pesar de que el PSPIC no requiere del mismo de manera directa en la operación, si lo necesita de manera indirecta, dado que la operación de PSPIC está relacionada con los procesos internos administrativos, financieros y logísticos que facilitan el desarrollo de las intervenciones propias de PSPIC.

A la información reportada por las ESE que operan el PSPIC y suministrada oficialmente por la Subsecretaría de Planeación de la SDS se le excluyeron los valores relacionados con la distribución de costos de centros intermedios y de servicios, dado que se considera que este tipo de centros de costos no le aportan a la operación propia de PSPIC; por esta razón, solo se tuvo en cuenta la información de costos relacionada con los centros de costo de estructura que sí están relacionados con la operación de PSPIC.

Los resultados obtenidos en el análisis efectuado a este concepto desde el 1° de octubre de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2015 evidenciaron que el porcentaje de carga administrativa o distribución de costos de centros de estructura empleada por los 14 hospitales representó el 20,9 % sobre el valor base de talento humano directo causado en el periodo de análisis.

El análisis de costos efectuado del periodo 1° de octubre de 2013 a 31 de diciembre de 2015 presentó el siguiente resultado por cada elemento del costo (tabla 36), así:

**Tabla 36. Consolidado octubre 2013 a diciembre 2015**

<b>CONSOLIDADO OCTUBRE 2013 A DICIEMBRE 2015</b>		
<b>ELEMENTO</b>	<b>COSTO</b>	<b>% COSTO SOBRE BASE DE TALENTO HUMANO</b>
TALENTO HUMANO	\$ 509.158.604.335	100,00%
INSUMOS	\$ 9.343.920.537	1,84%
COSTOS GENERALES	\$ 35.986.082.607	7,07%
COSTOS ESTRUCTURA	\$ 106.411.546.007	20,90%
<b>COSTO TOTAL</b>	<b>\$ 660.900.153.486</b>	<b>129,80%</b>

Fuente: Registro Costos Hospitalarios x ESE. Cubo. Dirección de Planeación SDS.

A continuación se presenta la tabla 37 que guarda la misma información de la tabla 36, pero fueron fusionados los costos generales y los costos de estructura, llamándolos “costos de administración”, de la siguiente forma:

**Tabla 37. Consolidado octubre 2013 a diciembre 2015**

<b>CONSOLIDADO OCTUBRE 2013 A DICIEMBRE 2015</b>		
<b>ELEMENTO</b>	<b>COSTO</b>	<b>% COSTO SOBRE BASE DE TALENTO HUMANO</b>
TALENTO HUMANO	\$ 509.158.604.335	100,00%
INSUMOS	\$ 9.343.920.537	1,84%
ADMINISTRACIÓN	\$ 142.397.628.615	27,97%
<b>COSTO TOTAL</b>	<b>\$ 660.900.153.486</b>	<b>129,80%</b>

Fuente: Registro Costos Hospitalarios x ESE. Cubo. Dirección de Planeación SDS.

En la contratación de febrero de 2016 tomando como base el valor del talento humano (100 %), la tarifa PSPIC fue la siguiente (tabla 38):

**Tabla 38. Actual tarifa PIC. Contrato PIC de febrero a julio de 2016**

<b>ACTUAL TARIFA PIC - Contrato PIC Febrero a Julio 2016</b>		
<b>ELEMENTO</b>	<b>TERRITORIOS VIG. EPIDEMIOLOGICA PAI</b>	<b>VIG. SANITARIA</b>
TALENTO HUMANO	100%	100%
INSUMOS	10%	18%
ADMINISTRACIÓN	14%	14%
<b>COSTO TOTAL</b>	<b>124%</b>	<b>132%</b>

Fuente: Registro Contratos PIC. Subsecretaría de Salud Pública

Como se evidencia en las tablas 37 y 38 los porcentajes del costo sobre la base de talento humano para los tres elementos (talento humano, insumos y administración) suman 129,80 %, porcentaje que se encuentra dentro del rango que para el periodo febrero a julio de 2016 estaba reconociendo el PSPIC como tarifa por intervención a las ESE (tabla 38) (124 % -132 %). Sin embargo, la distribución interna de los elementos que conforman este porcentaje resulta diferente entre lo que se establece en el análisis de costos (talento humano 100 %; insumos 1,84 %; administración 27,97 %) y la tarifa PSPIC (talento humano 100 %; insumos 10 % o 18 % según componente; administración 14 %) contratada durante el periodo febrero a julio 2016.

Se hace necesario aclarar que para la definición de la tarifa PSPIC se integrará en un solo concepto lo correspondiente a los elementos: “*Costos Generales*” y “*Costos de Distribución de Centros de Estructura*”, quedando finalmente las siguientes tres categorías:

- a. Talento humano (Costos de personal directo).
- b. Insumos (Costo de insumos directos).
- c. Administración (Costos generales y Costos de distribución de centro de estructura).

Por lo expuesto en el presente análisis de costos el Comité Directivo de la Subsecretaría de Salud Pública determinó lo siguiente:

- a. En relación al primer elemento “Talento Humano” los valores que se deben tener en cuenta por cada perfil serán los establecidos en la tabla 1 que se detalla en el presente anexo.
- b. Frente al segundo elemento “Insumos”, será del 2 % sobre la base de talento humano establecida en el literal anterior (a), para la totalidad de los componentes del PSPIC.
- c. Respecto del tercer elemento “Administración”, será el 28 % sobre la base de talento humano establecida en el literal (a), para la totalidad de los componentes del PSPIC.

#### **10.24 Cálculo y construcción de unidades de costeo del PSPIC**

Una vez determinados los tres elementos del costo y sus correspondientes porcentajes dentro del costo total de funcionamiento para el periodo octubre 2013 a diciembre 2015, se procedió a construir once unidades de costeo (UDC), con las cuales se valorizó cada una de las intervenciones de salud pública.

La UDC es una unidad de medida que permite valorizar y cuantificar las intervenciones PSPIC en términos de los elementos o factores del costo que se requieren para desarrollar de manera integral cada una de las intervenciones en salud pública contratadas en las localidades de Bogotá.

Los componentes de las unidades de costeo del PSPIC para la vigencia abril 2017-febrero 2018, se detallan en la tabla 39, así:



**Tabla 39. Componentes de las unidades de costeo (UDC)**

<b>Código (UDC)</b>	<b>Tipo 1 Perfil</b>	<b>Tipo 2 Rol</b>	<b>Tipo 3 Formación</b>	<b>1 Valor Base Talento Humano 100%</b>	<b>2 Valor Insumos 2%</b>	<b>3 Valor Administración 28%</b>	<b>Valor Mes (UDC) Urbano</b>	<b>Valor Mes (UDC) Rural</b>
UDC01	Profesional Especializado 1	Coordinación General del Plan de Intervenciones Colectivas PSPIC.	Profesional de ciencia de la salud. Con especialización en salud pública o gerencia en salud pública con cuatro años de experiencia.	\$ 6.640.667	\$ 132.813	\$ 1.859.387	\$ 8.632.867	\$ 10.791.084
UDC02	Profesional especializado 2	Referentes de gestión.	Profesional de ciencias de la salud, ciencias humanas o sociales, ingeniería ambiental y/o sanitaria, ingeniería de alimentos, ingeniería química, química, químico farmacéutico o medicina veterinaria. Con especialización en salud pública, proyectos sociales, gerencia social, educación social y comunitaria, políticas públicas, epidemiología, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, auditoría o sistema general de seguridad social en salud, o ciencias administrativas y financieras.	\$ 5.190.788	\$ 103.816	\$ 1.453.421	\$ 6.748.024	\$ 8.435.031

<b>Código (UDC)</b>	<b>Tipo 1 Perfil</b>	<b>Tipo 2 Rol</b>	<b>Tipo 3 Formación</b>	<b>1 Valor Base Talento Humano 100%</b>	<b>2 Valor Insumos 2%</b>	<b>3 Valor Administración 28%</b>	<b>Valor Mes (UDC) Urbano</b>	<b>Valor Mes (UDC) Rural</b>
UDC03	Profesional especializado 3	Lider operativo	Profesional de ciencias de la salud o ciencias humanas o sociales, ciencias políticas, ingeniería de alimentos, ingeniería química, químico, ingeniería sanitaria, ingeniería sanitaria y ambiental, ingeniería ambiental, médico veterinario, ingeniero biomédico o químico farmacéutico.  Con especialización en salud pública, proyectos sociales, gerencia social, educación social y comunitaria, políticas públicas, salud ocupacional, epidemiología, ciencias ambientales, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, auditoría o sistema general de seguridad social en salud, o ciencias administrativas y financieras.	\$ 4.740.330	\$ 94.807	\$ 1.327.292	\$ 6.162.429	\$ 7.703.036

<b>Código (UDC)</b>	<b>Tipo 1 Perfil</b>	<b>Tipo 2 Rol</b>	<b>Tipo 3 Formación</b>	<b>1 Valor Base Talento Humano 100%</b>	<b>2 Valor Insumos 2%</b>	<b>3 Valor Administración 28%</b>	<b>Valor Mes (UDC) Urbano</b>	<b>Valor Mes (UDC) Rural</b>
UDC04	Profesional especializado 4	Operativo	Profesional de ciencias de la salud o ciencias humanas o sociales, ciencias políticas. Con especialización en salud pública, proyectos sociales, gerencia social, educación social y comunitaria, políticas públicas, salud ocupacional, epidemiología, ciencias ambientales, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, auditoría o sistema general de seguridad social en salud, o ciencias administrativas y financieras.	\$ 3.995.468	\$ 79.909	\$ 1.118.731	\$ 5.194.108	\$ 6.492.636
UDC05	Profesional universitario 1	Líder operativo	Profesional universitario. Con 10 a 12 meses de experiencia profesional relacionada: Líderes de Línea de Vigilancia Sanitaria y Ambiental, Gestión de PAI y Espacios.	\$ 3.739.270	\$ 74.785	\$ 1.046.996	\$ 4.861.051	\$ 6.076.314
UDC06	Profesional universitario 2	Operativo	Profesional universitario.	\$ 3.241.752	\$ 64.835	\$ 907.691	\$ 4.214.278	\$ 5.267.847
UDC07	Tecnólogo	Operativo	Tecnólogo: administrativo, financiero, de sistemas, programación y bases de datos, salud ocupacional.	\$ 1.881.522	\$ 37.630	\$ 526.826	\$ 2.445.979	\$ 3.057.473

Código (UDC)	Tipo 1 Perfil	Tipo 2 Rol	Tipo 3 Formación	1 Valor Base Talento Humano 100%	2 Valor Insumos 2%	3 Valor Administración 28%	Valor Mes (UDC) Urbano	Valor Mes (UDC) Rural
UDC08	Técnico 1	Operativo	Técnico en áreas de la salud: auxiliar de enfermería, auxiliar en salud pública, salud oral, higienista oral, saneamiento, ambiente, alimentos, salud ocupacional.	\$ 1.660.167	\$ 33.203	\$ 464.847	\$ 2.158.217	\$ 2.697.771
UDC09	Técnico 1	Operativo	Técnico: en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos.	\$ 1.660.167	\$ 33.203	\$ 464.847	\$ 2.158.217	\$ 2.697.771
UDC10	Técnico 3	Operativo	Digitador bachiller	\$ 1.482.944	\$ 29.659	\$ 415.224	\$ 1.927.827	\$ 2.409.784
UDC11	Agentes de cambio, gestores comunitarios	Operativo	Agente de cambio: persona con discapacidad, cuidador o líder con formación en la estrategia RBC. Gestor comunitario: Líder comunitario con pertenencia étnica (indígenas, afrodescendientes, raizales y gitanos), reconocido por sus autoridades, organizaciones u comunidades, con conocimiento de la ciudad, de la lengua y cultura de su pueblo, que habite en las localidades del Distrito Capital.	\$ 1.157.419	\$ 23.148	\$ 324.077	\$ 1.504.644	\$ 1.880.806

Aprobado por: Comité Directivo Subsecretaría de Salud Pública.

La tabla 39 permite observar el valor asignado mensualmente a las UDC urbanas y rurales. Es de resaltar que las unidades de costeo “rurales” se calcularon aplicando un 25 % adicional sobre las unidades de costeo “urbanas”, manteniendo el porcentaje histórico aplicado en los contratos PSPIC de los últimos años. El PSPIC rural se reconoce para la localidad de Sumapaz, el resto de localidades de Bogotá aplican UDC urbana.

En la tabla 40 se observa el valor hora para cada UDC del PSPIC.

**Tabla 40. Valor hora por UDC**

TABLA No. 8 - VALOR HORA - POR UNIDAD DE COSTEO (UDC)		
CODIGO (UDC)	VALOR HORA (UDC) URBANO 100%	VALOR HORA (UDC) RURAL 100%
UDC01	\$ 46.918	\$ 58.647
UDC02	\$ 36.674	\$ 45.843
UDC03	\$ 33.491	\$ 41.864
UDC04	\$ 28.229	\$ 35.286
UDC05	\$ 26.419	\$ 33.023
UDC06	\$ 22.904	\$ 28.630
UDC07	\$ 13.293	\$ 16.617
UDC08	\$ 11.729	\$ 14.662
UDC09	\$ 11.729	\$ 14.662
UDC10	\$ 10.477	\$ 13.097
UDC11	\$ 8.177	\$ 10.222

Aprobado por: Comité Directivo Subsecretaría de Salud Pública.

El valor de la hora por UDC se calculó tomando el valor mensual de la UDC y dividiéndolo entre 184 horas que se estima para cada UDC.

De esta manera fueron valorizados todos los productos (momentos) de las acciones integradoras que componen los diferentes espacios y procesos transversales a contratar en el PSPIC.

### 10.25 Construcción de tarifas PSPIC abril 2017-febrero 2018

Se realizó un análisis técnico del nuevo modelo PSPIC abril 2017-febrero 2018 y se determinó la necesidad de desarrollar 134 productos en las localidades urbanas y 57 en las localidades rurales con los cuales se llevará a cabo la programación de las intervenciones en los espacios de vida cotidiana (vivienda, trabajo, educativo y público) y en tres procesos transversales (gobernanza para la salud y calidad de vida, gestión de programas y acciones de interés en salud pública y vigilancia en salud pública).

Luego se desarrolló un ejercicio de valorización de dichas intervenciones tomando como referencia las 11 UDC, el cual consistió en determinar qué tipo de UDC y qué cantidad se requerían para la prestación efectiva de cada intervención en salud pública según la programación del PSPIC.

A continuación se presentan las tarifas del PSPIC de las localidades urbanas de la vigencia abril 2017- febrero 2018 (tabla 41).

**Tabla 41. Tarifas PSPIC-GOB, ESPACIOS, PROG Y ACC SP, abril 2017-febrero 2018**

No.	Espacio proceso	Acción integrada	Producto	Unidad de medida	Forma de facturación	Valor unitario
1	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Agenda sectorial construida y gestionada localmente e integrada por subred	Agenda	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 63.634.880

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
2	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Informe de acuerdos logrados en las instancias de coordinación de las políticas en las localidades, y su respectivo seguimiento	Informe de Acuerdo	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 253.089.200
3	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Plan estratégico del proceso transversal de gobernanza elaborado por subred y con seguimiento	Plan Estratégico	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 89.142.484
4	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con contenidos del sector elaborado y	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 97.342.000

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		favorezcan la salud y la vida	con seguimiento (Sur - Suroccidente).	contenidos del sector salud		
5	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con contenidos del sector elaborado y con seguimiento (Norte).	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con contenidos del sector salud	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 109.023.040
6	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con contenidos del sector elaborado y con seguimiento (C. Oriente).	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con contenidos del sector salud	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 116.810.400



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
7	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Documento que recoja propuestas territoriales con los contenidos del sector salud y propuestas a otros sectores, para la implementación en la estrategia de abordaje territorial	Documento	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 369.683.560
8	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Rutas Intersectoriales para riesgos individuales gestionadas y con análisis trimestral de avances y resultados.	Ruta	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 40.494.272
9	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las	Plan de Análisis actualizados a la vigencia 2017.	Plan de Análisis	Por Producto	\$ 3.595.872

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		relaciones entre condiciones , calidad de vida, salud, y enfermedad				
10	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones , calidad de vida, salud, y enfermedad	Gestión de datos a partir de la información primaria y secundaria	Bases de datos	Por Producto	\$ 1.256.933
11	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones , calidad de vida, salud, y enfermedad	Matriz de seguimiento y monitoreo de indicadores	Matrices de seguimiento	Por Producto	\$ 351.002

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
12	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones , calidad de vida, salud, y enfermedad	Gestión del análisis de la información geográfica	Informe de gestión de análisis geográfico	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 16.489.668
13	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones , calidad de vida, salud, y enfermedad	Informe semestral de análisis del seguimiento y monitoreo de los indicadores y metas definidos.	Informe Semestral	Por Producto	\$ 3.067.980

No.	Espacio proceso	Acción integrada	Producto	Unidad de medida	Forma de facturación	Valor unitario
14	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad	Documento Análisis y Síntesis ACCVSyE que contiene los siguientes capítulos:  Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial y demográfico Capítulo 2. Condiciones de vida (determinantes) Capítulo 3. Morbilidad y Mortalidad Capítulo 4. Análisis	Documento de Análisis	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 43.049.523

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			diferencial de poblaciones Capítulo 5. Acciones en salud pública Capítulo 6: Análisis y Síntesis			
15	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad	Documento de estrategia de Sala situacional que incluya los informes de acuerdo a las fases desarrolladas y presentación para la socialización	Documento Sala Situacional	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 151.563.511
16	Gobernanza	Generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones,	Plan de difusión concertado e implementado con delegados de espacios y	Plan de difusión concertado e implementado	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 65.157.492

No.	Espacio proceso	Acción integrada	Producto	Unidad de medida	Forma de facturación	Valor unitario
		calidad de vida, salud y enfermedad	referentes de programas y demás, e incluye el poster IX Jornadas epidemiológicas.			
17	Gobernanza	Estrategia de articulación de las intervenciones de 'información en salud' y 'educación y comunicación para la salud' del PSPIC	Plan estratégico de intervenciones de información en salud implementado, respecto a: jornadas de salud, acciones RBC, fortalecimiento de redes, centros de escucha y zonas de orientación, etc. Incluye informe mensual de seguimiento y	Plan estratégico	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 69.536.544

No.	Espacio proceso	Acción integrada	Producto	Unidad de medida	Forma de facturación	Valor unitario
			evaluación del plan estratégico.			
18	Gobernanza	Estrategia de articulación de las intervenciones de ‘información en salud’ y ‘educación y comunicación para la salud’ del PSPIC	Plan estratégico de orientación y articulación de intervenciones de Educación y Comunicación para la salud del PSPIC de acuerdo al cronograma concertado con espacios. Incluye seguimiento mensual y evaluación del Plan al final de la Vigencia.	Plan estratégico	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 69.536.544

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
19	Gobernanza	Posicionamiento de las políticas públicas para incidir en los riesgos colectivos y favorecer la salud y la calidad de vida	Plan de salud pública de intervenciones colectivas (PSPIC) implementado	PSPIC	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 118.701.528
20	Gobernanza	Posicionamiento de las políticas públicas para incidir en los riesgos colectivos y favorecer la salud y la calidad de vida	Equipo técnico con fortalecimiento de capacidades	Equipo	Por Producto	\$ 90.228.640
21	Gestión de programas y acciones	Proceso de articulación para la atención	Plan de acción implementado con seguimiento	IPS	Por Producto	\$ 5.743.395



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
	de interés en salud pública	integral de las personas, familias y comunidad				
22	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas, familias y comunidad	Gestión y ejecución de acciones extramurales	Jornadas extramurales de intensificación	Por Producto	\$ 85.117
23	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas, familias y comunidad	Jornada extramural rutinaria	Jornadas extramurales de intensificación y rutinaria	Por Producto	\$ 19.344.936
24	Gestión de programas y acciones	Proceso de articulación para la atención	Bloqueos de casos notificados por Enfermedades	Bloqueos de casos notificados	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento	\$ 70.374

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
	de interés en salud pública	integral de las personas, familias y comunidad	Prevenibles por Vacunas		del Plan de Acción	
25	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas, familias y comunidad	Identificación y seguimiento a casos	casos	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 211.352
26	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas, familias y comunidad	Identificación y seguimiento a casos	casos	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 60.291
27	Gestión de programas y acciones	Proceso de articulación para la atención	GESTIÓN EN IPS	IPS	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento	\$ 1.056.760

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
	de interés en salud pública	integral de las personas, familias y comunidad	IPS intervenida con Plan de acción		del Plan de Acción	
28	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas, familias y comunidad	Gestión de casos reportados a las EAPB y a otros sectores -Módulo de activación de rutas gestionado Tablero de control con seguimiento Subredes con casos gestionados	Gestión de casos	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 4.861.096
29	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas,	Distribución de insumos y medicamentos (incluidos los biológicos), de	IPS	Por producto	\$ 951.084

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		familias y comunidad	acuerdo con la necesidad de IPS			
30	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas, familias y comunidad	Recepcionar, depurar, realizar cruce de información.	IPS con información ingresada en el 95%	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 32.372.040
31	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación para la atención integral de las personas, familias y comunidad	Aplicación de la vacuna Fiebre Amarilla para viajeros	Dosis	Por Producto	\$ 2.634
32	Vivienda	Cuidado para la salud familiar y población institucionalizada	Gestión a la implementación de las acciones integradas del Espacio Vivienda	Gestión mensual por Subred	Por Producto	\$ 8.320.480

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
33	Vivienda	Cuidado para la salud familiar y población institucionalizada	Plan operativo de las acciones del Espacio Vivienda por localidad	Plan Operativo implementado por localidad	Por Producto	\$ 4.861.096
34	Vivienda	Cuidado para la salud familiar y población institucionalizada	Fortalecimiento de capacidades-proceso de inducción	Persona con certificación del fortalecimiento de capacidades	Por Producto	\$ 1.598.575
35	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Gestión Operativa del riesgo (Planeación, implantación, monitoreo y evaluación)	Gestión Operativa	Por Producto	\$ 26.128
36	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Gestión de Riesgos identificados por persona	Personas con gestión de riesgo	Por Producto	\$ 17.594

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
37	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Familias con plan formulado	Familias	Por Producto	\$ 402.205
38	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Familias con plan implementado	Familias	Por Producto	\$ 563.087
39	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Familias con plan monitoreado y evaluado	Familias	Por Producto	\$ 458.080
40	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Hogar Comunitario de Bienestar con plan formulado	Hogares	Por Producto	\$ 333.493
41	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Hogar Comunitario de Bienestar con plan implementado	Hogares	Por Producto	\$ 5.389.547
42	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Hogar Comunitario de Bienestar con monitoreo y evaluación del plan.	Hogares	Por Producto	\$ 1.608.820

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
43	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Familias étnicas con atención integral en salud	Familias étnicas	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 1.232.951
44	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Gestión de riesgo en familias emberá de los paga diarios o alojamientos	Paga diario o alojamientos	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 5.099.820
45	Vivienda	Cuidado para la salud de las personas, familias y cuidadores de las instituciones	Instituciones intervenidas con identificación del riesgo individual y activación de ruta (centros de atención transitoria y unidades de protección integral habitante de calle,	Institución	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 7.611.694

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			casa de refugio LGBT, centros carcelarios, sistema penal y adolescente)			
46	Vivienda	Cuidado para la salud de las personas, familias y cuidadores de las instituciones	Institución de personas mayores saludables	Institución	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 2.611.056
47	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Víctimas - PAPSIVI	Gestión de la atención psicosocial de 4 equipos psicosociales en 4 centros locales de atención a víctimas del conflicto.	Gestión de atención psicosocial	Por Producto	\$ 6.162.344



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
48	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Plan operativo, seguimiento de resultados de la implementación del PAPSIVI por 2 centros locales de atención.	Plan Operativo PAPSIVI implementado	Por Producto	\$ 18.969.888
49	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Documento de informe de atención psicosocial a víctimas de conflicto armado interno	Documento	Por Producto	\$ 70.405.192
50	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y	Talento humano profesional líder de gestión y operativo del equipo	Persona con fortalecimiento de capacidades a inicio de	Por Producto	\$ 24.500.352

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		comunidades Victimas - PAPSIVI	interdisciplinario fortalecido en capacidades para la atención psicosocial a víctimas a partir de Lineamientos Nacionales.	vigencia y en el periodo.		
51	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Atención Psicosocial integral Individual a Víctimas del conflicto	Casos Personas Víctimas del conflicto	Por Producto	\$ 366.464
52	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y	Gestión para la atención y seguimiento a víctimas de conflicto armado	Casos Personas Víctimas del conflicto	Por Producto	\$ 4.214.336

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		comunidades Victimas - PAPSIVI				
53	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Atención Psicosocial Familiar Victimas del conflicto (trabajo social)	Casos Familias Victimas del conflicto	Por Producto	\$ 366.464
54	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Atención Psicosocial comunitaria (profesional de ciencias sociales, político,log, sociólogo ó antropólogo	Comunidade s y/o organizacion es víctimas del conflicto	Por Producto	\$ 732.928
55	Vivienda	Atención Psicosocial	Documento de análisis contextual	Documento	Por Producto	\$ 994.592

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	de impactos y daños colectivos del conflicto armado en la ciudad			
56	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Encuentros grupales	Encuentros	Por Producto	\$ 91.616
57	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades	Jornadas comunitarias	Jornadas	Por Producto	\$ 13.192.704

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		Victimas - PAPSIVI				
58	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Base de datos debidamente diligenciada	Base de datos	Producto	\$ 5.726
59	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI	Gestión administrativa de PAPSIVI	Gestión	Producto	\$ 4.316.272
60	Vivienda	Atención Psicosocial Diferencial a	Transporte	Gestión	Producto	\$ 4.175.933

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		personas, familias y comunidades Victimas - PAPSIVI				
61	Educativo	Sintonizarte	Capacitación del talento humano para la implementación de la acción integrada “SINTONIZARTE	Capacitación	Por Producto	\$ 9.145.000
62	Educativo	Sintonizarte	Plan de Acción de SINTONIZARTE armonizado en el Plan de Convivencia Escolar por Institución Educativa.	Plan de Acción por Institución	Por Producto	\$ 343.560

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
63	Educativo	Sintonizarte	Institución educativa con Componente ACOMPAÑARTE implementado en sus 2 fases	Fases del componente Implementado	Por Producto	\$ 870.352
64	Educativo	Sintonizarte	Institución educativa con Componente AMARTE implementado en sus 2 fases	Fases del componente Implementado	Por Producto	\$ 412.272
65	Educativo	Sintonizarte	Institución educativa con Componente DISFRUTARTE implementado en sus 2 fases	Fases del componente Implementado	Por Producto	\$ 687.120
66	Educativo	Sintonizarte	Institución educativa con Componente	Fases del componente	Por Producto	\$ 710.024

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			CUIDARTE implementado en sus 2 fases	Implementa do		
67	Educativo	Sintonizarte	Estrategia de Padrinos y madrinas de la discapacidad implementado	Grupos con estrategia implementa da	Por Producto	\$ 549.696
68	Educativo	Sintonizarte	Instituciones con escolares con Mejores Prácticas en Salud Oral	Grupo de Escolar con mejores prácticas	Por Producto	\$ 2.048.792
69	Educativo	Sintonizarte	Equipo con entrenamiento para el trabajo de salud oral en IED	Equipo con entrenamien to	Por Producto	\$ 91.616
70	Educativo	Sintonizarte	Institución con Componente EXPLORARTE implementado	Componente Implementa do	Por Producto	\$ 778.736



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
71	Educativo	Sintonizarte	Grupo prioritarios con Orientación en salud	Grupo orientado	Por Producto	\$ 183.232
72	Educativo	Sintonizarte	Institución con difusión de mensajes de promoción de la salud en el marco de la acción integrada Sintonizarte	Colegios (Sedes) con acciones implementa das	Por Producto	\$ 1.099.392
73	Educativo	Sintonizarte	Balance y Evaluación de las acciones en las instituciones educativas.	Informe de Balance y Evaluación	Por Producto	\$ 1.099.392
74	Educativo	Sintonizarte	Gestión operativa del Espacio Educativo	Diagnostico mensual de la Operación	Por Producto	\$ 6.162.344

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
75	Educativo	Sintonizarte	Apoyo administrativo a la operación del Espacio Educativo	Plan operativo mensual	Por Producto	\$ 4.861.096
76	Educativo	Sintonizarte	Planeación de las instituciones educativas a intervenir 2018	Plan por institución Educativa 2018	Por Producto	\$ 183.232
77	Educativo	Sintonizarte	Grupos de familias participantes de la Estrategia Familias Fuertes en las instituciones educativas	Grupos de Familias	Por Producto	\$ 1.313.163
78	Trabajo	Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del	UTIS de alto impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la	UTIS de alto impacto con la estrategia	Por Producto	\$ 311.519

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		auto cuidado y gestión del riesgo	promoción del auto cuidado y gestión del riesgo.			
79	Trabajo	Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo	UTIS de mediano impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo.	UTIS de mediano impacto con la estrategia	Por Producto	\$ 146.223
80	Trabajo	Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo	Grupos organizados de trabajadores informales	Grupo	Por Producto	\$ 338.748
81	Trabajo	Estrategia de entornos	Centros de escucha para	Centro de escucha	Por Producto	\$ 3.367.252

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo	personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas de alta concentración			
82	Trabajo	Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo	Centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas media y baja concentración	Centro de escucha	Por Producto	\$ 2.531.074
83	Trabajo	Desvinculación progresiva de niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil	Niños y niñas con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	Niños y niñas trabajadores	Por Producto	\$ 255.626

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		"Ruta para alejarse del trabajo infantil"				
84	Trabajo	Desvinculación progresiva de niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil "Ruta para alejarse del trabajo infantil"	Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o promoción del trabajo protegido.	Adolescentes trabajadores	Por Producto	\$ 236.404
85	Trabajo	Desvinculación progresiva de niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil "Ruta para	Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil	Acción colectiva (grupo)	Por Producto	\$ 366.464

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		alejarse del trabajo infantil"				
86	Trabajo	Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo	Gestión, seguimiento y monitoreo a la implementación de las acciones integradas del espacio trabajo	Gestión para la implementación de las acciones integradas	Por Producto	\$ 3.877.640
87	Trabajo	Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo	Gestión, seguimiento y monitoreo a la implementación de las acciones integradas del espacio trabajo	Gestión para la implementación de las acciones integradas	Por Producto	\$ 10.735.442
88	Público	Gestión del riesgo en salud	Caracterización y monitoreo del riesgo en salud	Puntos caracterizados	Por Producto	\$ 883.368

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		en el espacio público				
89	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Acciones Itinerantes en el Espacio Público	Acciones Itinerantes	Por Producto	\$ 592.124
90	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Puntos Cuídate Sé feliz implementados	Punto	Por Producto	\$ 14.903.080
91	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Jornadas Distritales de promoción de la salud en el Espacio Público	Jornadas	Por Producto	\$ 1.472.280
92	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Gestión, seguimiento y monitoreo para la implementación de las acciones integradas.	acciones integradas implementadas	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 20.745.632

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
93	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Línea SPA	Línea	Por Producto	\$ 31.164.816
94	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Fortalecimiento de capacidades para la implementación de la estrategia de Servicios de orientación a jóvenes SOJU	Capacitación SOJU	Por Producto	\$ 22.330.424
95	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Implementación de la estrategia de Servicios de orientación a jóvenes SOJU	SOJU Implementado	Por Producto de acuerdo con el cumplimiento del Plan de Acción	\$ 42.966.712
96	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Servicios de Acogida	Servicio de Acogida	Por Producto	\$ 56.065.536



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
97	Público	Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Grupos con iniciativas comunitarias en salud	Grupos con iniciativas comunitarias	Por Producto	\$ 2.610.804
98	Público	Gestión del riesgo en salud en el espacio público	Equipo técnico con fortalecimiento de capacidades	Capacitación	Por Producto	\$ 13.802.220
99	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Actualización y mantenimiento de las UPGD-UI que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública	UPGD-UI en mantenimiento	Por Producto	\$ 353.714
100	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Incremento de UPGD y de UI en los diferentes subsistemas de la	UPGD-UI nuevas	Por Producto	\$ 306.798

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			Vigilancia en Salud Pública			
101	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Gestión informática de 13 Subsistemas de VSP por localidad.	13 Subsistemas de VSP	Por Producto	\$ 997.329
102	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Registro Para la localización y caracterización de personas con discapacidad en cada una de las 20 localidades del D.C.	Registros de personas con discapacidad	Por Producto	\$ 37.573
103	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Atención de urgencias y emergencias en Salud Pública por parte del equipo	Atención de urgencias y emergencias en Salud Pública por parte del	Por Producto	\$ 816.749

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			de respuesta inmediata - ERI	equipo de respuesta inmediata - ERI		
104	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Investigación Epidemiológica de Campo, alto impacto	Investigaciones Epidemiológicas de alto impacto	Por Producto	\$ 141.145
105	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Investigación Epidemiológica de Campo, de control	Investigaciones Epidemiológicas de control	Por producto	\$ 103.068
106	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Reporte de casos para activación de rutas	Casos reportados para activación de ruta	Por producto	\$ 7.057

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
107	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Gestantes en el último trimestre y recién nacido con gestión del riesgo de la salud oral	gestantes y recién nacidos	Por producto	\$ 56.458
108	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Animales agresores y pacientes con seguimiento epidemiológico	Animales agresores y pacientes	Por producto	\$ 91.616
109	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Visitas a Colegios para monitoreo de la seguridad alimentaria y nutricional del escolar	Visitas a colegios monitoreados	Por producto	\$ 725.631
110	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	UPGD que participan en la vigilancia intensificada de	UPGD en vigilancia intensificada de	Por producto	\$ 18.446

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			quemaduras por Pólvora	quemaduras por pólvora		
111	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Seguimiento de muertes ocurridas extra institucionalmente para población pobre vulnerable no asegurada y asesoría a muertes intrainstitucionales	Seguimientos realizados a muertes ocurridas extrainstitucionalmente.	Por producto	\$ 163.287
112	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Mantenimiento y fortalecimiento del sistema de Vigilancia Centinela Meningitis y neumonía bacteriana-HOMI	Sistema de vigilancia funcionando	Por producto	\$ 5.194.136

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
113	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Mantenimiento y fortalecimiento Estrategia Vigilancia Epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios	Estrategia implementada en terminales portuarios	Por producto	\$ 8.726.376
114	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Disposición de medicamentos para profilaxis de tosferina y meningitis e insumos para vigilancia centinela de rotavirus	Medicamentos e insumos entregados	Por producto	\$ 19.933.000
115	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Identificación de riesgos colectivos barriales	Barrios con identificación de riesgo	Por producto	\$ 1.282.624

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
116	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Investigación socio epidemiológica de campo	Investigaciones socio epidemiológicas	Por producto	\$ 1.129.160
117	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Estudios Etnográficos con grupos de monitoreo participativo	Estudios etnográficos	Por producto	\$ 15.808.240
118	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Vigilancia intensificada de defectos congénitos	Casos de defectos congénitos identificados y con seguimiento	Por producto	\$ 196.665
119	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Vigilancia de la maternidad y paternidad temprana en articulación con	Seguimiento a la vigilancia de la	Por producto	\$ 14.570.776

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			Secretaria de Educación	maternidad y paternidad temprana		
120	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Vigilancia centinela de la morbilidad neonatal extrema	Casos de morbilidad neonatal extrema identificados y con seguimiento	Por producto	\$ 171.709
121	Vigilancia en salud pública	Análisis y realimentación desde la vigilancia en Salud Pública	Análisis epidemiológico a través de Unidades de análisis, Cove y Covecom de eventos de interés en salud pública	Unidades de análisis, Cove y Covecom	Por producto	\$ 282.290



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
122	Vigilancia en salud pública	Análisis y realimentación desde la vigilancia en Salud Pública	Documentos de análisis epidemiológico	Boletines epidemiológicos y panorama de riesgos	Por producto	\$ 26.874.008
123	Vigilancia en salud pública	Análisis y realimentación desde la vigilancia en Salud Pública	Gestión administrativa y de seguimiento de la vigilancia en la salud pública	Gestión Administrativa	Por producto de acuerdo a plan de acción	\$ 150.238.944
124	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Atención de Eventos de Interés en salud pública	Proceso de atención de Eventos de Interés en Salud Pública	Por producto	Ver SISA
125	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Control de la población canina y felina	Nº Animales	Por producto	Ver SISA

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
126	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Control de vectores	Metros	Por producto	Ver SISA
127	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Establecimiento vigilado y controlado	N° Visitas	Por producto	Ver SISA
128	Salud ambiental	1. Gestión de la información para la vigilancia en salud pública 2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública. 3. Análisis y realimentación	Gestión de vigilancia de la Salud Ambiental	Proceso de Gestión de Vigilancia en la Salud Ambiental	Por producto	Ver SISA

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		desde la vigilancia en salud pública				
129	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Información y Comunicación	N° de Actividades	Por producto	Ver SISA
130	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Inspección en Viviendas	N° de Viviendas	Por producto	Ver SISA
131	Salud ambiental	3. Análisis y realimentación desde la vigilancia en salud pública	Operación del Observatorio de Salud Ambiental	Proceso de Operación del Observatorio de Salud Ambiental	Por producto	Ver SISA
132	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la	Prevención y Control de enfermedades zoonóticas	N° Animales	Por producto	Ver SISA

No.	Espacio proceso	Acción integrada	Producto	Unidad de medida	Forma de facturación	Valor unitario
		vigilancia en salud pública.				
133	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Vigilancia epidemiológica ambiental	N° de Acciones de Vigilancia Intensificada	Por producto	Ver SISA
134	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Vigilancia intensificada de la Salud Ambiental	N° de Acciones de Vigilancia Intensificada	Por producto	Ver SISA

A continuación se presentan las tarifas del PSPIC de las localidades rurales de la vigencia abril 2017- febrero 2018 (tabla 42).

**Tabla 42. Tarifas PSPIC**

No.	Espacio proceso	Acción integrada	Producto	Unidad de medida	Forma de facturación	Valor unitario
1	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de	Agenda sectorial construida y gestionada	Agenda	Por Producto	\$ 12.653.280

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	localmente e integrada por subred			
2	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Informe de acuerdos logrados en las instancias de coordinación de las políticas en las localidades, y su respectivo seguimiento	Informe de Acuerdo	Por Producto	\$ 22.904.000
3	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con contenidos del sector elaborado y con seguimiento.	Informe de seguimiento al Plan de Acción de las políticas con contenidos del sector salud	Por Producto	\$ 12.940.760

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
4	Gobernanza	Posicionamiento de contenidos sociopolíticos de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida	Documento que recoja propuestas territoriales con los contenidos del sector salud y propuestas a otros sectores, para la implementación en la estrategia de abordaje territorial	Estrategia de abordaje territorial desde el sector salud	Por Producto	\$ 50.042.880
5	Gestión de programas y acciones de interés en salud pública	Proceso de articulación de la atención integral de las personas, familias y comunidad	Jornada Extramural rutinaria	Jornadas extramurales de intensificación y rutinaria	Por Producto	\$ 5.395.616
6	Vivienda	Cuidado para la salud familiar y población institucionalizada	Plan operativo de las acciones del Espacio Vivienda por localidad	Plan Operativo implementado por localidad	Por Producto	\$ 6.076.232

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
7	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Fortalecimiento de capacidades- proceso de inducción	Persona con certificación del fortalecimiento de capacidades	Por Producto	\$ 1.298.337
8	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Gestión Operativa del riesgo (Planeación, implantación, monitoreo y evaluación)	Gestión Operativa	Por Producto	\$ 21.993
9	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Familia con Plan formulado	Familias	Por Producto	\$ 565.191
10	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Familias con plan implementado	Familias	Por Producto	\$ 1.030.680
11	Vivienda	Cuidado para la salud familiar	Familias con plan monitoreado y evaluado	Familias	Por Producto	\$ 57.260
12	Educativo	Sintonizarte	Talento humano fortalecido con	Capacitación	Por Producto	\$ 1.832.320

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			habilidades y para la implementación de la acción integrada "SINTONIZARTE"			
13	Educativo	Sintonizarte	Plan de Acción de SINTONIZARTE armonizado en el Plan de Convivencia Escolar por Institución Educativa.	Plan de Acción por Institución	Por Producto	\$ 343.560
14	Educativo	Sintonizarte	Componente CUIDARTE y PROTEGERTE implementado por escuela multigrado	Componente Implementado	Por Producto	\$ 1.385.344
15	Educativo	Sintonizarte	Componente CUIDARTE y PROTEGERTE	Componente Implementado	Por Producto	\$ 2.301.504



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			implementado por para escuelas clásicas núcleos			
16	Educativo	Sintonizarte	Balance y Evaluación de las acciones en las instituciones educativas.	Informe de Balance y Evaluación	Por Producto	\$ 171.780
17	Educativo	Sintonizarte	Planeación de las instituciones educativas a intervenir 2018	Plan por institución Educativa 2018	Por Producto	\$ 143.150
18	Público	Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Talento humano con apropiación conceptual metodológica de los grupos	Informe de Avance del Monitoreo	Por Producto	\$ 1.145.200
19	Público	Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Jornada ejecutada y evaluada	jornadas	Por Producto	\$ 8.245.440

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
20	Público	Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Organizaciones y redes en salud con fortalecimiento y mantenimiento	Organización con fortalecimiento	Por Producto	\$ 3.893.680
21	Público	Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Evaluación trimestral del proceso	Evaluación	Por Producto	\$ 515.340
22	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Actualización y mantenimiento de las UPGD-UI que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública	UPGD-UI en mantenimiento o	Por Producto	\$ 442.144
23	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Incremento de UPGD y de UI en los diferentes subsistemas de la Vigilancia en Salud Pública	UPGD-UI nuevas	Por Producto	\$ 383.496

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
24	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Gestión informática de 13 Subsistemas de VSP por localidad.	13 Subsistemas de VSP	Por Producto	\$ 1.246.674
25	Vigilancia en salud pública	Gestión de la información para la vigilancia en salud pública	Registro Para la localización y caracterización de personas con discapacidad en cada una de las 20 localidades del D.C.	Registros de personas con discapacidad	Por Producto	\$ 46.967
26	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Atención de urgencias y emergencias en Salud Pública por parte del equipo de respuesta inmediata - ERI	Atención de urgencias y emergencias en Salud Pública por parte del equipo de respuesta inmediata - ERI	Por Producto	\$ 1.005.341

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
27	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Investigación Epidemiológica de Campo, alto impacto	Investigaciones Epidemiológicas de alto impacto	Por Producto	\$ 176.430
28	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Investigación Epidemiológica de Campo, de control	Investigaciones Epidemiológicas de control	Por producto	\$ 128.835
29	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Reporte de casos para activación de rutas	Casos reportados para activación de ruta	Por producto	\$ 8.822
30	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Gestantes en el último trimestre y recién nacido con gestión del riesgo de la salud oral	gestantes y recién nacidos	Por producto	\$ 70.572

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
31	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Animales agresores y pacientes con seguimiento epidemiológico	Animales agresores y pacientes	Por producto	\$ 114.520
32	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Visitas a Colegios para monitoreo de la seguridad alimentaria y nutricional del escolar	Visitas a colegios monitoreados	Por producto	\$ 907.050
33	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	UPGD que participan en la vigilancia intensificada de quemaduras por Pólvora	UPGD en vigilancia intensificada de quemaduras por pólvora	Por producto	\$ 23.058
34	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Seguimiento de muertes ocurridas extrainstitucionalmente para población pobre	Seguimientos realizados a muertes ocurridas	Por producto	\$ 204.111

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			vulnerable no asegurada y asesoría a muertes intrainstitucionales	extrainstitucionalmente		
35	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Mantenimiento y fortalecimiento del sistema de Vigilancia Centinela Meningitis y neumonía bacteriana-HOMI	Sistema de vigilancia funcionando	Por producto	\$ 6.492.624
36	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Mantenimiento y fortalecimiento Estrategia Vigilancia Epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios	Estrategia implementada en terminales portuarios	Por producto	\$ 10.908.528
37	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Disposición de medicamentos para profilaxis de tosferina y meningitis e	Medicamentos e insumos entregados	Por producto	\$ 19.933.000

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
			insumos para vigilancia centinela de rotavirus			
38	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Identificación de riesgos colectivos barriales	Barrios con identificación de riesgo	Por producto	\$ 1.603.280
39	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Investigación socio epidemiológica de campo	Investigaciones socio epidemiológica	Por producto	\$ 1.411.440
40	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Estudios Etnográficos con grupos de monitoreo participativo	Estudios etnográficos	Por producto	\$ 19.760.160
41	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Vigilancia intensificada de defectos congénitos	Casos de defectos congénitos identificados y con seguimiento	Por producto	\$ 245.832

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
42	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Vigilancia de la maternidad y paternidad temprana en articulación con Secretaria de Educación	Seguimiento a la vigilancia de la maternidad y paternidad temprana	Por producto	\$ 18.213.608
43	Vigilancia en salud pública	Intervenciones para la vigilancia en salud pública	Vigilancia centinela de la morbilidad neonatal extrema	Casos de morbilidad neonatal extrema identificados y con seguimiento	Por producto	\$ 214.637
44	Vigilancia en salud pública	Análisis y realimentación desde la vigilancia en Salud Pública	Análisis epidemiológico a través de Unidades de análisis, Cove y Covecom de eventos de interés en salud pública	Unidades de análisis, Cove y Covecom	Por producto	\$ 352.860



<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
45	Vigilancia en salud pública	Análisis y realimentación desde la vigilancia en Salud Pública	Documentos de análisis epidemiológico	Boletines epidemiológicos y panorama de riesgos	Por producto	\$ 33.592.272
46	Vigilancia en salud pública	Análisis y realimentación desde la vigilancia en Salud Pública	Gestión administrativa y de seguimiento de la vigilancia en la salud pública	Gestión Administrativa	Por producto de acuerdo a plan de acción	\$ 187.799.968
47	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Atención de Eventos de Interés en salud pública	Proceso de atención de Eventos de Interés en Salud Pública	Por producto	Ver SISA
48	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Control de la población canina y felina	N° Animales	Por producto	Ver SISA

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
49	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Control de vectores	Metros	Por producto	Ver SISA
50	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Establecimiento vigilado y controlado	N° Visitas	Por producto	Ver SISA
51	Salud ambiental	1. Gestión de la información para la vigilancia en salud pública 2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública. 3. Análisis y realimentación	Gestión de vigilancia de la Salud Ambiental	Proceso de Gestión de Vigilancia en la Salud Ambiental	Por producto	Ver SISA

<b>No.</b>	<b>Espacio proceso</b>	<b>Acción integrada</b>	<b>Producto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Forma de facturación</b>	<b>Valor unitario</b>
		desde la vigilancia en salud pública				
52	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Información y Comunicación	N° de Actividades	Por producto	Ver SISA
53	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Inspección en Viviendas	N° de Viviendas	Por producto	Ver SISA
54	Salud ambiental	3. Análisis y realimentación desde la vigilancia en salud pública	Operación del Observatorio de Salud Ambiental	Proceso de Operación del Observatorio de Salud Ambiental	Por producto	Ver SISA
55	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y	Prevención y Control de	N° Animales	Por producto	Ver SISA

No.	Espacio proceso	Acción integrada	Producto	Unidad de medida	Forma de facturación	Valor unitario
		colectivas para la vigilancia en salud pública.	enfermedades zoonóticas			
56	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Vigilancia epidemiológica ambiental	N° de Acciones de Vigilancia Intensificada	Por producto	Ver SISA
57	Salud ambiental	2. Intervenciones individuales y colectivas para la vigilancia en salud pública.	Vigilancia intensificada de la Salud Ambiental	N° de Acciones de Vigilancia Intensificada	Por producto	Ver SISA

### 10.26 Formas de pago

El Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) SDS suscribió contratos interadministrativos con las cuatro subredes integradas de servicios de salud, para realizar actividades del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas en el Distrito Capital. El valor del contrato suscrito con cada Subred se paga contra el valor mensual facturado por cada una de ellas, por las intervenciones, procedimientos y actividades ejecutadas y registradas en el informe de gestión soporte de la factura, previa certificación emitida por el interventor o supervisor del contrato.

Las subredes presentan al interventor o supervisor del contrato la factura mensual dentro de los tres primeros días hábiles del mes siguientes a la ejecución de actividades. El FFDS realiza la reserva del 5 % sobre el valor facturado. Los desembolsos se realizan dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la factura una vez se cuente con el respectivo plan anual mensualizado de caja (PAC).

## 11. Presupuesto del proyecto

**Tabla 43. Presupuesto del proyecto**

Código UNSPSC	Descripción 2	Modalidad de Selección	Fuente de los Recursos 6	Valor Total Estimado 7	Valor Estimado en Vigencia Actual
80161500	Servicios especializados en proyecto remuneración pago por red con incentivos de desempeño, en cumplimiento de la política pública distrital de salud en el marco del fortalecimiento de la gestión y la planeación para la salud-	Contratación directa	12_Aporte Ordinario - Otros del Distrito Para Comprometer en 2016	98.648.662	98.648.662
80161500	Servicios especializados en proyecto remuneración pago por red con incentivos de desempeño, en cumplimiento de la política pública distrital de salud en el marco del fortalecimiento de la gestión y la planeación para la salud-	Contratación directa	12_Aporte Ordinario - Otros del Distrito Para Comprometer en 2016	180.804.655	180.804.655
80161500	Servicios profesionales en proyecto remuneración pago por red con incentivos de desempeño, en cumplimiento de la política pública distrital de salud en el marco del fortalecimiento de la gestión y la planeación para la salud-	Contratación directa	12_Aporte Ordinario - Otros del Distrito Para Comprometer en 2016	48.329.660	48.329.660

*Fuente:* Provisión de servicios.

**Tabla 44. Programación financiera**

Presupuesto Anual - Proyecto				Programación Financiera		
Código Proyecto de Inversión	Detalle de Meta	N° Actividad	Detalle Actividad	2016	2017	TOTAL PROGRAMADO EN TERMINOS FINANCIEROS 2016-2020
1189	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).	10	6.1. Determinar las tarifas de las actividades finales en condiciones de eficiencia a una capacidad del 80%, con incentivos monetarios de calidad, eficiencia administrativa e impacto financiados por un porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)	\$ 239.336.877	\$ -	\$ 239.336.877
1189		11	6.2. Realizar pruebas piloto en cada Subred para verificación y ajustes de la tarifa.	\$ 42.796.500	\$ -	\$ 42.796.500
1189		12	6.3. Implementar la tarifa definitiva por actividades finales con incentivos de desempeño a los gerentes y administrativos de las cuatro subredes, las Entidades Responsables de Pago (Capital Salud EPS S) y las áreas relacionadas en la SDS con entrega de cartilla.	\$ 45.649.600	\$ 200.000.000	\$ 245.649.600

*Fuente:* Provisión de servicios

## 12. Indicadores del proyecto

**Tabla 45. Indicadores del proyecto**

INDICADORES DEL PROYECTO						
NÚMERO	META	OBJETIVO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN DEL NUMERADOR
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).	Medir los niveles de avance del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos	Porcentaje de avance del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos	(Avance ejecutado del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos / Avance programado del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos) *100	Avance ejecutado del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos	Información operativa del proceso de avance del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos (Plan de acción ó cronograma de actividades )
					DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN DEL DENOMINADOR
					Avance programado del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos	Información operativa del proceso d del Diseño e implementación del nuevo esquema de remuneración e incentivos (Plan de acción ó cronograma de trabajo).

*Fuente:* Provisión de Servicios.

**Glosario:**

**Actividades finales de un hospital:** Aquellas actividades en las que se vierte toda la producción hospitalaria a saber: consulta, hospitalización, cirugía y promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Protección específica y Detección temprana [PyD] y Plan de Intervenciones Colectivas [PIC]) y que incluyen la totalidad de las intervenciones y procedimientos médico quirúrgicos propios del desempeño primordial del hospital.

**Atención Primaria en Salud (APS):** 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 y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, con el 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 (SGSSS). La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas, que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo-efectividad de los servicios de salud.

**Cargo por disponibilidad:** Es el costo relacionado con la existencia de una capacidad instalada lista para operar en las tres actividades finales (consultorios, quirófanos y camas de hospitalización). Entre los cuales se encuentran nómina de planta, órdenes de prestación de servicios y costos de infraestructura.

**Cargo variable:** Son los costos relacionados con la generación de una actividad final (consulta, cirugía y hospitalización) y se genera cuando el costo está directamente relacionado con la producción como es el caso de insumos hospitalarios.



**Cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico:** Es el costo relacionado directamente con la generación de actividades intermedias tales como: Laboratorio clínico, imagenología, terapias entre otros y que son inherentes a la atención integral. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.

**Cargo por traslado secundario:** Hace referencia a los costos de los traslados en ambulancia dentro de la subred e intersubredes. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.

**Cargo por administración:** Hace referencia a la asignación de los gastos asociados a los centros de costo de estructura (administrativos) donde se incorpora el talento humano, los insumos y los gastos generales necesarios para el desarrollo de las actividades de gestión administrativa. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.

**Cobertura sanitaria universal:** Condición en la cual toda la población dispone de los servicios de salud necesarios sin que el pago de esos servicios le cause dificultades económicas. Deben estar cubiertos todos los servicios sanitarios esenciales, con una dispensación de calidad, incluidos la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. (Organización Mundial de la Salud, Cobertura sanitaria universal. Nota descriptiva N° 395. Diciembre de 2015).

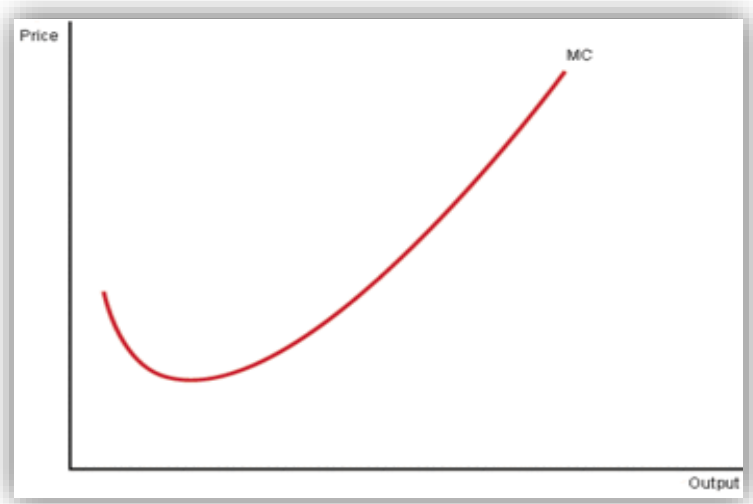
**Costo marginal:** El *costo marginal* mide la tasa de variación del costo dividida por la variación de la producción. Matemáticamente, la función del coste marginal  $CMa$  es expresada como

la derivada de la función del costo total  $CT$  con respecto a la cantidad  $Q$ :

$$CM = \frac{dCT}{dQ}$$

La curva que representa la evolución del costo marginal tiene forma de parábola cóncava, debido a la ley de los rendimientos decrecientes. En el punto mínimo de dicha curva, se encuentra el número de bienes que se deben producir para que los costos, en beneficio de la empresa, sean mínimos. En dicha curva, el punto de corte con la curva de costes medios determina el óptimo de producción, punto a partir del cual se obtiene mayor producción.

En política de precios, el coste marginal marca el precio a partir del cual se obtienen beneficios, siempre y cuando se haya alcanzado el umbral de rentabilidad o punto muerto.



**Incentivo por resultados, impacto y calidad:** Estímulos a la producción, calidad y el impacto en la aplicación del modelo.

**Intervenciones colectivas:** Conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida; definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.

**Modelo de atención integral en salud:** Modelo de operación utilizado por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) para que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para orientar la intervención de los diferentes actores del sistema de forma que induzcan a la transformación de la atención, con miras lograr los resultados en salud a partir del mejoramiento del acceso a los servicios, de manera oportuna, eficaz y con calidad. Su propósito es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población en el medio en el que se desarrolla, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. 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. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

**Plan de Intervenciones Colectivas (PIC):** Plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados, mediante la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas, desarrolladas a lo largo del curso de la vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

**Política de Atención Integral en Salud (PAIS):** Política encargada de brindar los lineamientos del sistema para el logro de 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”, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

**Portabilidad nacional:** Garantía que deben ofrecer todas las entidades promotoras de salud (EPS) sobre el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, por medio de acuerdos con prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud. Las EPS podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

**Prevención primaria:** Conjunto de actividades que se realizan para evitar la adquisición o aparición de la enfermedad. (Por ejemplo: vacunación antitetánica, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). Previene la enfermedad o daño en personas sanas, comprende la promoción y la protección específica de la salud.

**Prevención secundaria:** Acción encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.

**Prevención terciaria:** Conjunto de medidas dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad para hacer más lenta su progresión y, con ello, disminuir o evitar la aparición o el

agravamiento de complicaciones o invalidez, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estos niveles preventivos no son incompatibles entre sí, se complementan enriqueciéndose mutuamente en su implementación conjunta, para mejorar la calidad de vida de la gente y la sociedad en su conjunto

**Promoción de la salud:** Marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, con el fin de aumentar el nivel de salud y de bienestar de toda la población en los entornos donde se desarrollan las personas.

**Red integrada de servicios de salud:** Conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuestas conforme a la demanda y diseñadas con criterios de suficiencia en red por tipo de servicio. Estas redes podrán ser públicas, privadas o mixtas.

**Rendimientos por servicios:** Número de actividades realizadas con un equipo, instrumento o área física por unidad de tiempo. (Juan Pablo Villa Barragán. *Análisis del desempeño*. [http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria//presenta\\_analidesem.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria//presenta_analidesem.pdf)).

**Rutas de atención integral en salud (RIAS):** Programa que busca superar el problema de fragmentación en la atención en salud de la población, se elaboraron las RIAS, las cuales permiten

ejecutar el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), consolidar los requerimientos para el diseño del prestador primario y el complementario, las redes integrales de atención, los procesos de gestión de riesgo y los requerimientos de información para el MIAS. Las RIAS son el conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo. Su alcance se concentra en el cuidado y la gestión de la persona, ya sea en su condición de persona sana con riesgo, con la enfermedad o con discapacidad establecida. Las RIAS incluyen las guías de práctica clínica (GPC) que se relacionen con los eventos que incluye el grupo de riesgo, pero su alcance es mayor en tanto que cubre el continuo promoción prevención-diagnóstico-tratamiento-paliación.

**Servicios o unidades complementarias:** Instalaciones sanitarias que prestan los servicios hospitalarios en todos sus componentes (urgencias, hospitalización, quirófanos), y que, a su vez, darán origen a los centros de excelencia en los que se encierra todo el proceso de atención del paciente.

**Servicios o unidades básicas:** Instalaciones que permiten ofrecer servicios de medicina general, laboratorio, odontología y enfermería, con las especialidades y servicios de apoyo diagnóstico altamente resolutivas. Para efecto del nuevo modelo de atención, estas unidades básicas también prestarán servicios de atención especializada de acuerdo con las necesidades y expectativas de la población.

**Subsidios cruzados:** En este caso la Empresa calcula su tarifa general (que cubre los costos totales) pero no cobra el mismo monto a todos los clientes. Algunos pagan más que el costo real, para permitir que otros paguen menos. No hay necesidad de que el Gobierno ponga nada del costo de

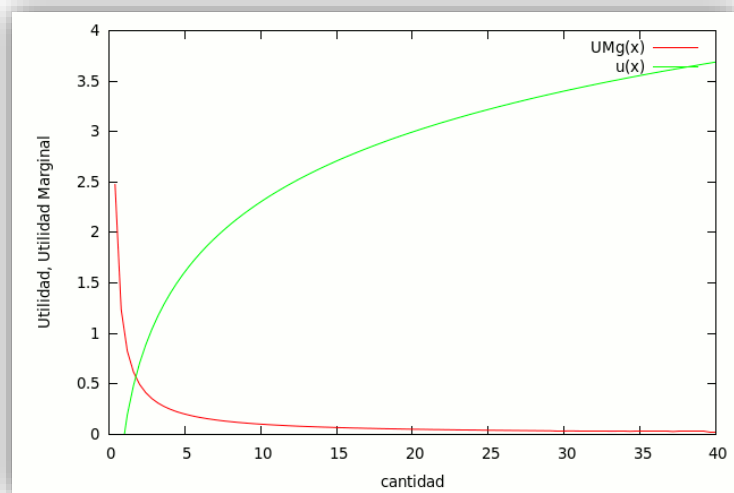
este subsidio. El sector en su totalidad no está siendo subsidiado; sino, algunos usuarios (quienes, se supone, son los menos necesitados) están subsidiando el consumo de otros usuarios (los supuestamente más necesitados).

**Unidad de valor relativo:** Medida comparativa de servicio utilizada por los hospitales para comparar el volumen de recursos necesarios para llevar a cabo diversos servicios en un solo departamento o entre departamentos (<http://www.onsalus.com/definicion-unidad-de-valor-relativo-29828.html#ixzz3yTzcPQ00>).

**Utilidad total:** La utilidad total de un bien es la que obtiene el consumidor por el disfrute de la totalidad de las unidades de ese bien.

**Utilidad marginal decreciente:** La utilidad marginal decreciente es un término muy utilizado en economía que supone un decrecimiento de la utilidad de un bien o servicio en la medida en que las necesidades son satisfechas.

Acceder a un bien adicional luego de satisfecha una necesidad, representa para el consumidor una utilidad inferior a la que representaba ese mismo artículo cuando la necesidad aún no estaba satisfecha.



**Valor estimado:** Valor asignado a una actividad específica, con base en sus características y en las condiciones de mercado del área. Se considera también como el importe total, sin incluir el impuesto sobre el valor añadido.



## Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). *Plan Territorial de Salud 2016-2020*. Recuperado de [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan\\_Territorial\\_Salud\\_2016\\_2020.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf)
- Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Vertical Integration in the Colombian Healthcare Sector. *Desarrollo y Sociedad*, (77), 231-262. <https://doi.org/10.13043/DYS.77.6>
- Buglioli, M., Gianneo, O., & Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica. *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210.
- Cashin, C., Chi, Y-Ling, Smith, Peter C., Borowitz, Michael, & Thomson, Sarah (Eds.). (2014). *Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability*. Maidenhead [u.a]: Open Univ. Press.
- Concejo de Bogotá. (2016). Acuerdo 645 de 2016, por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D. C. 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos”. Bogotá: Registro Distrital 5850 de junio 9 de 2016.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 110(2-3), 115-130.
- Grady, K. E., Lemkau, J. P., Lee, N. R., & Caddell, C. (1997). Enhancing mammography referral in primary care. *Preventive Medicine*, 26(6), 791-800.
- Hillman, A. L., Ripley, K., Goldfarb, N., Nuamah, I., Weiner, J., & Lusk, E. (1998). Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1699-1701.
- Mannion, R., & Davies, H. T. O. (2008). Payment for performance in health care. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7639), 306-308.

- Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156.
- Miller, G., & Babiarz, K. S. (2014). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. En *Encyclopedia of Health Economics* (pp. 457-466). Elsevier.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación a la gestión en la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20518%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20518%20de%202015.pdf).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud – “Hacia un nuevo modelo de Atención Integral en Salud”*. Bogotá: Minsalud.
- Presidencia de la República de Colombia. (2006). *Decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Diario Oficial 46230 del 3 de abril de 2006.
- Presidencia de la República de Colombia. (2007). *Decreto 4747 de 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario Oficial 46835 de diciembre 07 de 2007.
- Rosenthal, M. B., & Frank, R. G. (2006). What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review: MCRR*, 63(2), 135-157.
- Secretaría Distrital de Hacienda. (2014). *Resolución DDC000002 de enero 16 de 2014, por la cual se definen los criterios, las pautas y el método relacionado con el Sistema de Costos de las*

*Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital y se dictan normas sobre la estructura, los procedimientos, mecanismos de reporte y términos de la entrega de la información respectiva y se deroga la Resolución DDC – 000001 de 2012.* Recuperado de <http://www.shd.gov.co/shd/node/16933>.

Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2016a). *Rendición de cuentas del sector salud Plan de desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” vigencia 2016.* Recuperado de [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Inf\\_Rendicion\\_de\\_Cuentas\\_SDS\\_2016.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Inf_Rendicion_de_Cuentas_SDS_2016.pdf)

Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2016b). *Proyecto de Acuerdo 076.* Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=65380>

Secretaría Distrital de Salud, Planeación. (s. f.). *Información costos de funcionamiento ESE.* Cubo 2013-2015.

Spengler, J. J. (1950). Vertical Integration and Antitrust Policy. *Journal of Political Economy*, 58(4), 347-352.

Subsecretaría de Salud Pública. (s. f.). *Información facturación radicada ESE 2013-2015.* Grupo seguimiento PIC.

Tirole, J. (1999). Incomplete Contracts: Where Do We Stand? *Econometrica*, 67(4), 741-781.

World Health Organization. (2017). *External AID for health remains insufficient in low income countries.* Recuperado de [http://www.who.int/health-accounts/External\\_AID\\_for\\_health.pdf](http://www.who.int/health-accounts/External_AID_for_health.pdf)

### **Lecturas recomendadas:**

- Andrade, J. D. (s. f.). Formas de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores [presentación en Power Point]. Recuperado de *files.ricardogallo.webnode.com.co/.../Formas%20de%20contratación%20*. Obtenido de *files.ricardogallo.webnode.com.co*
- Addicott, R., & Ham, C. (2014). *Commissioning and funding general practice*. Londres: The King's Fund.
- Ariely, D., Gneezy U., Loewenstein G., & Mazar N. (2009). Large stakes and big mistakes. *Review of Economic Studies* 76, 451-469.
- Audit Commission. (octubre, 2010). *Financial management of personal budgets*. Recuperado de <http://www.nsun.org.uk/assets/downloadableFiles/financial-management-of-personal-budgets-summary-report.pdf>
- Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E, Sibbald, B., Roland, M. (2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*, 361, 368-378.
- Cooper, Z. (2011). Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal*, 121(554), 228-260.
- Corrigan, P., & Laitner, S. (2012). The accountable lead provider. *Right Care Casebook Series*.
- Dixon, A., Khachatryan, A., Wallace, A., Peckham, S., Boyce, T., Gillam, S. (2011). *Impact of quality and outcomes framework on health inequalities*. Londres: Kings Fund.
- Dunbar-Rees R, Panch, T., & Dancy, M. (2014). From volume to value? can a valuebased approach help deliver the ambitious aims of the NHS cardiovascular disease outcomes strategy? *Heart* 100(11), 827-832.

- Dunbar-Rees, R., & McGough, R. (2013). Team effort: Commissioning through alliance contracts. *Health Service Journal*. Recuperado de <https://www.hsj.co.uk/sectors/commissioning/team-effort-commissioning-through-alliance-contracts/5065272.article>
- Eijkenaar, F., et al. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, *110*(2), 115-130.
- Gómez, L. A. (2012). La crisis hospitalaria: Análisis de la producción y el pago por servicios individuales de salud en un hospital de primer nivel de atención de la red pública de Bogotá. *Revista Salud Bosque*, *2*(2), 61-68.
- Holmstrom, B., & Milgrom, P. (1991). Multitask principal-agent analyses: incentive contracts, asset ownership and job design. *Journal of Law, Economics and Organization* *7* (special issue), 24-52.
- Kaplan, R., & Anderson, S. (2003). Time-driven activity-based costing. Recuperado de <http://ssrn.com/abstract=485443>
- Luft, H. S. (2009). Economic incentives to promote innovation in healthcare delivery. *Clin Orthop Relat Res* *467*, 2497-2505.
- North Central London & Capsticks. (2014). Checklist for North Central London project compliance with the NHS procurement. Recuperado de [http://outcomesbasedhealthcare.com/Contracting\\_for\\_Outcomes.pdf](http://outcomesbasedhealthcare.com/Contracting_for_Outcomes.pdf)
- Oldham, J. (2013). Reform: An essay by John Oldham. *BMJ* *347*, f6716.
- Pollock, R. (2008). Value-based health care: The MD Anderson experience. *Annals of Surgery* *248*(4), 510-516.
- Porter, M. (2010). What is value in healthcare. *N Engl J Med* *363*, 2477-2481
- Porter, M., & Lee, T. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, *91*(12), 24-24.

Rachel, M., Werner, R., & Adams, R. (2009). Making The 'Pay' matter in pay-for-performance: Implications for payment strategies. *Dudley Health Affairs* 28(5), 1498-1508.

Ryan, A. M., & Werner, R. M. (2013). Doubts about payfor-performance in health care. *Harvard Business Review*. Recuperado de <https://hbr.org/2013/10/doubts-about-pay-for-performance-in-health-care>

Stefanos, A., Zenios, S., & Fuloria, P. (2001). Outcomes-adjusted reimbursement in a health-care delivery system. *Management Science* 47(6), 735-775.

## **Lista de anexos**

Anexo 1: Cálculo de UPC diciembre 2016

Anexo 2: Tipologías de actividad final

Anexo 3: Base CIP

Anexo 4: Producción Observada 2015

Anexo 5: Capacidad Instalada

Anexo 6: Producción esperada

Anexo 7: Proyección de producción esperada

Anexo 8: Estimación de costos por tipología.

Anexo 9: Estimación cálculo egreso especializado.

Anexo 10: Estimación consulta básica por medicina general, enfermería y psicología

Anexo 11: Estimación cálculo egreso básico.

Anexo 12: Mix de eficiencia.

Anexo 13: Simulación Facturación e Incentivos

Anexo 14: Metodología para la determinación de tarifas PYD

Anexo 15: Tarifas y metas PyD concertadas