

Nuevo modelo de remuneración: pago por desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS)

Subsecretaria de Planeación Sectorial

Documento de marco lógico

Nuevo modelo de remuneración:

pago por desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final

Bogotá, D. C., 20 de junio de 2019

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

Manuel Alexander Blanco Roa

Sandro Guío Contreras

Grupo Asesor Uniandes

David Bardey

Giancarlo Buitrago Gutiérrez



Contenido

Li	sta de	e Tablas	
Li	sta de	e Figuras	9
Lista de Anexos		11	
1.	Int	roducción	12
2.	Jus	stificación	13
3.	Ob	jetivos	17
	Objet	ivo general	17
	Objet	ivos específicos	17
4.	Ma	rco teórico conceptual	19
	a. I	Formas de pago en salud	19
	b. I	Pagos por desempeño	23
	c. 1	NMR PPD-PGPAF	30
5.	Me	etodología de cálculo	36
	a. I	Definición de la población objetivo	36
	b. I	Identificar el valor UPC (presupuesto del modelo de pago)	37
	c. I	Determinación de las actividades finales	43
	d. I	Determinación del valor de referencia por tipología	45
	De	terminación de la producción y el rendimiento por cada actividad final	45
	De	terminación del costo unitario por tipología de actividad final	57
	Sel	ección del valor de referencia	63
	e. (Cálculo de valor de referencia de Tipologías Agrupadas	67
	De	terminación de la producción y el rendimiento por cada tipología	68
	De	terminación del costo unitario por tipologías agrupadas	70

	f.	Estímulos alfa y beta (sendas y calidad)	72
		Componente de eficiencia (producción) ctijt	72
		Componente de calidad: ßj	76
6.		Protección específica y detección temprana PyD	85
		a. Determinación de tarifas	86
		b. Estímulos en PyD	87
7.		Operación	89
	a.	¿Cómo se autoriza?	89
1	b.	¿Cómo se factura?	90
	c.	¿Cómo se audita?	92
,	d.	¿Cómo se realiza el giro?	92
	e.	Cómo se mide el Beta (indicadores, líneas base, líneas meta, ficha técnica)	93
	f.	¿Cómo se mide la carga asistencial?	93
	g.	¿Cómo se reajustan las tarifas de PyD?	94
8.		Ventajas y desventajas	95
;	a.	Ventajas	95
		Ventajas para el usuario	95
		Ventajas para el prestador	95
		Ventajas para el asegurador	96
1	b.	Desventajas	96
9.		Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento	97
;	a.	Socialización	97
1	b.	Implementación	98
	c.	Información a las partes	98
	d.	Evaluación de impacto y ajuste del NMR PPD PGPAF	99

10. Glosario	100
11. Bibliografía/cibergrafía	110
12. Anexos	113
Ejemplo de aplicación	
Marco normativo	117
Tablas	131
Figuras	144

Lista de Tablas

- Tabla A. Definiciones de pago por desempeño
- Tabla B. Uso de pago por desempeño en países OCDE
- Tabla 1. Población asegurada por régimen, por EPS, por grupo etario y por subred de residencia
- Tabla 2. Distribución de población sin subred asignada, con base en el peso porcentual de la distribución por subred por cada grupo etario
- Tabla 3. Asignación de UPC por grupo etario
- Tabla 4. Cálculo de UPC por subred
- Tabla 5. Techo presupuestal del nuevo modelo de remuneración
- Tabla 6. Tipologías de actividades finales
- Tabla 7. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada
- Tabla 8. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada
- Tabla 9. Rendimiento consulta
- Tabla 10 Rendimiento hospitalización
- Tabla 11. Rendimiento cirugía
- Tabla 12. Producción esperada
- Tabla 13. Valor estimado por tipología
- Tabla 14. La estructura de costos por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen
- Subsidiado UPC-S
- Tabla 15. Producción observada
- Tabla 16. Cantidad máxima de horas de salas descrito en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico
- Tabla 17. Costo total Subred Sur
- Tabla 18. Costo total Subred Norte

- Tabla 19. Costo total Subred Centro Oriente
- Tabla 20. Costo total Subred Suroccidente
- Tabla 21. Costos unitarios Subred Sur
- Tabla 22. Costos unitarios Subred Norte
- Tabla 23. Costos unitarios Subred Centro Oriente
- Tabla 24. Costos unitarios Subred Suroccidente

Lista de Figuras

- Figura 1. Proyección de producción esperada según rendimiento
- Figura 2. Estructura del costo
- Figura 3. Costo unitario de quirófano básico
- Figura 4. Estimación de valor de referencia
- Figura 5. Costo unitario cama básica
- Figura 6. Cálculo de sendas de producción
- Figura 7. Proceso de cálculo de tarifas PyD
- Figura 8. Costo marginal
- Figura 9. Utilidad marginal decreciente
- Figura 10. Consultorio básico
- Figura 11. Consultorio especializado y supraespecializado
- Figura 12. Consultorio de urgencias básico
- Figura 13. Consultorio de urgencias especializado
- Figura 14. Consultorio odontológico
- Figura 15. Consultorio odontológico especializado
- Figura 16. Cama observación urgencias
- Figura 17. Cama UCI adultos
- Figura 18. Cama UCI neonatal
- Figura 19. Cama UCI pediátrica
- Figura 20. Cama UCI intermedios adultos
- Figura 21. Cama UCI intermedios neonatal
- Figura 22. Cama UCI intermedios pediátrica
- Figura 23. Quirófano especializado grupos 2-6
- Figura 24. Quirófano especializado grupos 7-10
- Figura 25. Quirófano especializado grupos 11-13

- Figura 26. Quirófano especializado grupos 20-23
- Figura 27. Quirófano supraespecializado grupos 2-6
- Figura 28. Quirófano supraespecializado grupos 7-10
- Figura 29. Quirófano supraespecializado grupos 11-13
- Figura 30. Quirófano supraespecializado grupos 20-23
- Figura 31. Consulta básica por médico general
- Figura 32. Consulta básica por psicología
- Figura 33. Consulta básica por enfermería

Lista de Anexos

- Anexo 1. Cálculo de UPC diciembre de 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. Metodología para la determinación de tarifas PyD
- Anexo 14. Tarifas y metas PyD concertadas
- Anexo 15. Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento
- Anexo 16. Simulación facturación y estímulos

1. Introducción

Dentro de la plataforma estratégica del plan territorial de salud (Numeral 6) y dentro de los pilares estratégicos transversales, en el pilar 1, "Igualdad de calidad de vida", se encuentra el proyecto estratégico de "Redes integradas de servicios salud", en cuyo numeral 3 se establece un "Pago por red con incentivos al desempeño" que direcciona lo siguiente:

Mediante esta línea de acción se incorpora un esquema de remuneración e incentivos para la prestación de servicios de salud por parte de las redes integradas de servicios, permitiendo que se facilite la relación con las entidades administradoras de planes de beneficios en salud, al tiempo que incentiva mejoras significativas en la calidad y eficiencia para la prestación del servicio y que reduce la incertidumbre, los costos de transacción y la conflictividad entre pacientes, aseguradores y prestadores de servicios. El esquema planteado en esta línea entrará en operación en la totalidad de los hospitales del Distrito durante el segundo año de gobierno.

La estrategia central consistirá en diseñar y poner en marcha un mecanismo de pago basado en actividades finales, que estimule una mayor eficiencia y calidad en la prestación del servicio. Las metas evaluables de este proyecto, son las siguientes:

• 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).

• 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.

Este nuevo modelo de remuneración (NMR) es un pago por desempeño que tiene como fin fundamental llevar a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y a Capital Salud a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, conseguir la

eficiencia administrativa y financiera y aumentar el impacto de las atenciones en la salud de su población privilegiando la promoción y la prevención de la enfermedad para facilitar la operación del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MIAS) en el Distrito Capital.

Esta nueva forma de pago de Capital Salud EPSS a las cuatro subredes se desarrolla dentro de los lineamientos de la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y del nuevo Modelo de Integral de Atención en Salud (MIAS), ordenado dentro de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

En este documento se describe la metodología para la formulación del NMR, 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 Secretaría Distrital de Salud (SDS), el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), Capital Salud EPSS, las Subredes Prestadoras de Servicios de Salud, los usuarios del sistema y la población en general, con el fin de conocer la herramienta de pago por desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final (PPD-PGPAF).

2. Justificación

Lo anterior forma la operación del Sistema de Seguridad Social en el Distrito Capital, basada en la relación entre la aseguradora Capital Salud y los prestadores de servicios de salud, organizados en las cuatro subredes ESE, casi exclusivamente en dos maneras de contratación: 1) la capitación para las actividades preventivas y de baja complejidad y 2) el pago por evento para las actividades resolutivas o asistenciales hospitalarias. Estas dos formas presentaban las siguientes situaciones desfavorables para la población:

- Se carecía de pagos por desempeño a la calidad y la eficiencia de la utilización de los recursos financieros, humanos y físicos y a la efectividad o el impacto en los resultados en salud de la población afiliada.
- La gestión del riesgo de salud, verdadera y principal función de una aseguradora de salud, se desdibuja por la situación, ya referida, de elevados costos de transacción y capitación.
- 3. El modelo de capitación incluye de manera intrínseca un estímulo para el prestador al ahorro o contención de las atenciones, entendiendo la relación que existe para él entre la cantidad de atenciones prestadas y su costo de producción. Lo anterior se torna desfavorable para el modelo de atención al aplicar dicho estímulo a las actividades preventivas y de baja complejidad, ya que estas representan la gestión del riesgo y el mayor impacto del modelo en la salud de la población, en las cuales, por ende, no es recomendable ahorrar o contener.

Para el caso del Distrito Capital, esta situación era acentuada por la desarticulación entre las actividades de Protección específica y Detección temprana (PyD) (atención preventiva individual a cargo del asegurador) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (atención preventiva colectiva a cargo del ente territorial), con una ausente intersectorialidad y un pobre impacto sobre los determinantes sociales de salud en el Distrito Capital.

Por su parte, el modelo de pago por evento incluye también de manera intrínseca un estímulo para el prestador al aumento en la generación de atenciones en salud, entendiendo la relación que existe para él entre la cantidad de atenciones prestadas y su facturación. Lo anterior se torna desfavorable para el modelo de atención al aplicar dicho incentivo a las actividades resolutivas o asistenciales hospitalarias, ya

que estas representan el mayor costo y menor impacto del modelo en la salud de la población, lo cual puede llevar al desequilibrio financiero tanto al asegurador como al prestador, por sobrepasar el 92 % de UPC destinada a la prestación de servicios.

La existencia de este riesgo lleva a las partes (asegurador y prestador) a operar su relación contractual a través de procesos de supervisión complejos a fin de proteger su subsistencia financiera, como lo son los procesos de autorizaciones, facturación y auditoría, procesos que están basados en la desconfianza y que implican para las partes altos costos de transacción y un proceso de pago mayor a un año (escaso flujo de caja) profundizando así el desequilibrio financiero de las partes.

El NMR Pago por Desempeño, Presupuesto Global Prospectivo por Actividad Final (PPD-PGPAF), apalancándose en la integración vertical existente en el Distrito Capital —y que consiste, a su vez, en que el ente territorial es dueño mayoritario de la aseguradora y dueño de las 4 subredes, con sus 22 hospitales y sus 190 puntos de atención—, busca aportar soluciones a la problemática ya planteada, tratando de combinar las virtudes de los dos esquemas de remuneración mencionados, sin traer sus defectos. Más precisamente, se busca:

- 1. La operación de un sistema de pago por desempeño (PPD) que condiciona el valor que se va a reconocer por una mayor eficiencia y mejor calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las cuatro subredes, para así mejorar el impacto (efectividad) en la salud de los bogotanos.
- 2. Rescatar el papel del asegurador de gestionar el riesgo de enfermar y morir manteniendo sano al sano; ello, detectando a tiempo al potencialmente enfermo y buscando que el enfermo crónico no acentúe su enfermedad, a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) manejadas con intersectorialidad.

3. Incentivar la ejecución de las actividades individuales de protección específica y detección temprana contenidas en las RIAS, con énfasis en la RIAS Materno-Perinatal y RIAS de promoción y mantenimiento de la salud reconociéndolas bajo la modalidad de pago por evento a una tarifa de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) vigente menos el 45 %, que equivale al 3,89 % de la unidad de pago por capitación (UPC), (cuando se reconocía bajo la modalidad de pago por capitación, solo se alcanzaba el 2,47 % de la UPC) y favoreciendo la demanda inducida tanto del prestador como del asegurador, lo cual va a impactar positivamente en la salud de los bogotanos. Eso permite reducir los gastos en la carga de los servicios de internación, ahorro que será utilizado al final de la vigencia del contrato para incrementar las tarifas de PyD para un nuevo contrato, y, por ende, el porcentaje de participación en la UPC, y permitirá, a su vez, la verdadera operación del Nuevo Modelo de Atención Integral.

En la ejecución del actual Plan Territorial de Salud 2016-2020 se está realizando la articulación de PyD con el PIC del ente territorial, obedeciendo a los determinantes sociales de la salud del Distrito Capital contenidos en las siete Rutas Integrales de Atención en Salud priorizadas bajo el nuevo concepto de Salud Urbana.

Lo anterior permite también disminuir y simplificar al máximo los onerosos costos de transacción en los procesos de autorizaciones, facturación y auditoria, buscando que el afiliado tenga la menor participación posible en los trámites de los procesos en mención, lo cual se está logrando a través del pago por actividad final y por la política pública de salud digital, que está sistematizando la historia clínica de las cuatro subredes. Al unificarla de forma digital en la nube, se facilita el acceso del

asegurador y del personal asistencial autorizado de la Red Pública Distrital desde cualquier sitio de la capital.

A través de las estrategias de Presupuesto Global Prospectivo (PGP) con una tarifa o valor de referencia eficiente y un giro directo cercano al 100 %, el NMR busca el equilibrio financiero y el flujo de caja de las partes.

3. Objetivos

Objetivo general

Diseñar, socializar, implementar y evaluar el NMR PPD-PGPAF como la forma de remuneración de los servicios que las cuatro subredes ESE presten a Capital Salud EPS-S para el régimen subsidiado y a la SDS para la población pobre no afiliada (incluye nuevas APP) como una herramienta que paga por el desempeño en eficiencia y en la calidad en la prestación de los servicios de salud, propendiendo por el equilibrio financiero del prestador y del asegurador y privilegiando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para, de esta forma, impactar positivamente la salud de los bogotanos.

Objetivos específicos

- 1. Contribuir a la eficiencia del prestador logrando un avance de, al menos, el 25 % al valor de referencia (costo unitario eficiente) por cada una de las tipologías de actividad final de las cuatro subredes por cada año de implementación del NMR. Este objetivo debe estar al 100 % para el cuarto año de operación del NMR.
- Contribuir a la eficiencia del prestador y a la del asegurador disminuyendo en el 50 % los costos de transacción entre el asegurador (Capital Salud) y el prestador

- (las cuatro Subredes ESE) en los procesos de autorizaciones, facturación y auditorias para el 31 de diciembre de 2020.
- 3. Contribuir a mejorar el acceso y la oportunidad del usuario disminuyendo en un 50 % los trámites que lleve a cabo el usuario en los procesos de autorizaciones y facturación, y realizables por parte del asegurador o del prestador para el 31 de mayo de 2020.
- 4. Pagar —y que así, de manera gradual, se prioricen en la relación contractual de Capital Salud y las cuatro subredes ESE a partir del 1 de agosto de 2017—, por el 100 % por los indicadores de calidad y de gestión del riesgo derivados de los nuevos modelos de atención en salud y de aseguramiento del plan territorial en salud.
- 5. Pagar —y, de esta forma, aumentar el impacto de estas actividades en la salud de los usuarios— el 100 % de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana PyD por evento, y que, en la medida en que disminuya la carga asistencial hospitalaria, dichos ahorros se destinen a mejorar las tarifas de PyD aumentando de manera gradual el porcentaje de UPC destinado a este cometido.
- 6. 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.
- 7. Lograr que Capital Salud EPS-S preste, a través de las cuatro subredes ESE, del 74,76 % de UPC de Capital, destinado a prestación de servicios, para el 31 de diciembre 2018, aumentando gradualmente cada año hasta el tope del 80 % de UPC para el 31 diciembre de 2020.

4. Marco teórico conceptual

a. Formas de pago en salud

En Colombia, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se emplean diferentes modelos de pago. Los más frecuentes, descritos en el Decreto 4747 de 2007 de la Presidencia de la República, son: 1) Pago por capitación, 2) Pago por evento y 3) Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

En la modalidad de contratación y pago por capitación¹, el asegurador traslada la responsabilidad de la gestión del riesgo al prestador, 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 bien, que se seleccione a las personas que demanden menos atención o consuman menos recursos, lo cual refleja la capacidad o la incapacidad, tanto del prestador como del asegurador, para gestionar el riesgo y para costearlo. Algunos Ejemplos de esta situación son: 1) la baja cobertura de actividades de protección específica y detección temprana, 2) la doble facturación de actividades (actividades capitadas convertidas en evento) y 3) la baja productividad y la baja efectividad del primer nivel, el cual, con el fin de contener costos, deja de cumplir con sus actividades, que pasan a ser atendidas por un nivel de complejidad superior, a modo de evento. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el proyecto de

¹ 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).

decreto² en su Artículo 2.5.3.4.7 que actualmente se está socializando a los actores del sistema, propone para subsanar las anteriores anomalías:

a. Capitación. Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número predeterminado de personas, durante un periodo definido de tiempo y en cuyo pago se reconoce una suma fija y una suma variable. La suma variable se reconocerá por persona de acuerdo con los indicadores de desempeño y resultados que se pacten. La unidad de pago es la persona con el valor convenido. En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente: 1. Listado y caracterización de las personas incluidas y mecanismo de actualización de novedades. 2. Especificación de las tecnologías en salud de baja complejidad incluidas. 3. Suma a ser pagada por persona especificando la parte fija y la parte variable. 4. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención cuando aplique. 5. Especificación de los indicadores de desempeño y resultados esperados, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población objeto del contrato y el seguimiento periódico de las metas establecidas. 6. Definición de las reglas para el reconocimiento de la suma variable. En todo caso la suma fija deberá tener en cuenta la operación del prestador, teniendo en cuentas su capacidad de resolución. Para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para su aplicación.

Es importante resaltar que se empiezan a introducir en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano pagos por desempeño al contemplar una suma fija y una suma variable; esta última, sujeta a indicadores de desempeño y resultados esperados o de impacto en la salud de la población.

² Proyecto de decreto del Ministerio de Salud y Protección Social; Por medio del cual se modifican, adicionan o sustituyen disposiciones del Libro 2, Parte 5, Título 3, Capítulo 4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regulan las relaciones y contratos entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud; Artículo 1. Modificación del Capítulo 4 del Título 3 del Decreto 780 de 2016; CAPÍTULO 4 CONTRATACIÓN; Sección 2. Condiciones de contratación de los servicios de salud; Artículo 2.5.3.4.2.4. Modalidades de contratación y de pago y sus requisitos mínimos.

El *Pago por evento*³ 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, pues hacerlo le genera mayores ingresos.

En relación con el *Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico* ⁴, la implementación de este tipo de pago privilegia su utilización en tratamientos cuyos protocolos de atención y los costos de dicha utilización 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, debido a serios problemas de información, tales como los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), los cuales, en el 40 % de los casos, se encuentran mal diligenciados y hacen referencia a signos y síntomas de enfermedad, no a diagnósticos de esta (CIE10).

Otro modelo de pago empleado en Colombia, pero no descrito en el Decreto 4747, es el *Pago fijo global prospectivo por paciente atendido*, que consiste en establecer una tarifa fija por conjuntos de atención que incluyen una o varias actividades estipuladas en los

_

³ 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 periodo 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).

⁴ 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 de2007, art. 4, lit. c).

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.

Por último, es necesario destacar que en el país, durante los últimos años, ha incursionado como modalidad de pago el contrato por *presupuesto global prospectivo*, el cual se constituye en torno a 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 tomando en cuenta la demanda global de servicios a la institución. Se paga de 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 los 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.

b. Pagos 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 estímulos 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 a lo largo de las últimas dos décadas.

Estos mecanismos, generalmente llamados *mecanismos de pago por desempeño*, se basan en teorías económicas, las cuales se pueden resumir a través de las siguientes premisas (Eijkenaar et al., 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 los 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, y 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 et al., 2014; Eijkenaar et al., 2013). En particular, estos mecanismos de pago por desempeño tienen mejores resultados en escenarios clínicos donde

se pueden lograr una alta estandarización de procesos y unos objetivos terapéuticos precisos.

Durante las últimas décadas, el gasto en salud se ha incrementado en muchos países de ingresos medios y bajos; sin embargo, dicho 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 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) hizo una revisión de literatura que presenta las principales definiciones utilizadas por organizaciones internacionales de lo que interpretan como pago por desempeño. La tabla A presenta el resumen de las definiciones utilizadas.

Tabla A. Definiciones de pago por desempeño

Organización	Definición	
AHRQ	Pagar más por desempeño en métricas de calidad.	
	El uso de métodos de pago y otros incentivos para fomentar	
CMS	mejorías de la calidad y el cuidado de alto valor centrado en	
	el paciente.	
	Estrategia general de promoción de mejoramiento de la	
RAND	calidad a través de la recompensa a los proveedores	
Kitt	(médicos, clínicas u hospitales) que cumplan ciertas	
	expectativas de desempeño 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 B presenta el listado de países OCDE, y la región sombreada corresponde al país y escenario en el cual el pago por desempeño ha sido utilizado. La OCDE describe en 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 dichos 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 B. Uso de pago por desempeño en países OCDE

País	Atención primaria	Cuidado especializado	Hospitales

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			

País	Atención primaria	Cuidado especializado	Hospitales
Japón			
Luxemburgo			
México			
Noruega			
Nueva Zelanda			
Polonia			
Portugal			
Reino Unido			
República Checa			
República de Corea			
Suecia			
Suiza			
Turquía			

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

La teoría que subyace a muchos de los programas de pago por desempeño puede ser incluida en la literatura económica de agente-principal. Un principal (como lo es un paciente, o algunas veces en el sistema de salud, un comprador) quiere 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, al ya conocer 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 por pagar y las mejoras en calidad (Cashin et al., 2014). A partir de recomendaciones de expertos, los aspectos para tener en cuenta en el diseño de un mecanismo de pago por desempeño son (Miller & Babiarz, 2014):

¿Qué recompensar?

Como mencionan Chasin et al. (2014), 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 el 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 de que los prestadores que obtienen resultados menos satisfactorios se pueden "inspirar" en los demás.

¿A quiénes se debe recompensar?

Miller y Babiarz (2014) explican que los pagos por desempeño involucran, generalmente, algún grado de riesgo a las entidades que los reciben; especialmente, si se basan en resultados que requieren algunas inversiones, mientras 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 dicho esquema (para compensarlos por ese riesgo). Además, los mismos 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

ellas⁵. Existe también el riesgo de remunerar, vía pagos por desempeño, a estructuras más grandes, mientras que no son necesariamente ellas las que 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.

¿Cómo recompensar?

Finalmente, Miller y Babiarz (2014) abordan también el tema de la manera como se debe recompensar a los actores del sistema para promover la calidad de los servicios. Uno de los aspectos clave 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 et al., 1997; Hillman et al., 1998; Rosenthal & Frank, 2006), los cuales revelan que los pagos por desempeño deben 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.

c. NMR PPD-PGPAF

El NMR es un mecanismo de pago por desempeño o resultados que busca mejorar la calidad de la atención en salud de la población de régimen subsidiado afiliada a Capital

-

⁵ El fenómeno de pasajero clandestino proviene de que los resultados en 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.

Salud y el equilibrio financiero del asegurador (Capital Salud) y el prestador (Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE).

El NMR es un modelo PPD que, básicamente, es un pago que incentiva a la eficiencia en la utilización de recursos humanos y físicos del prestador y al cumplimiento en indicadores de calidad. Su principio es discriminar el valor pactado en un valor de referencia eficiente y un estímulo al desempeño: así, no se excede el valor pactado, pero se lleva al prestador a buscar la eficiencia y garantizar la calidad de las atenciones. Dicho valor de referencia se calculó seleccionando el costo unitario más eficiente (menor costomayor producción) de todos los 22 hospitales que actualmente conforman las cuatro subredes ESE para cada actividad final. Este mecanismo de pago con estímulos se basa en los hallazgos realizados por la OCDE 6 y por Miller et al. 7, en relación con las características y los objetivos de los mecanismos de pago por desempeño encontrados a escala mundial, tanto para países en desarrollo² como para países desarrollados¹. Se fundamenta en el Presupuesto Global Prospectivo por Actividad Final (PGPAF). Un presupuesto global prospectivo consiste en que el asegurador y el prestador pactan de forma prospectiva un presupuesto (valor) global para pagar por una cantidad global de atenciones en salud (la cantidad de atenciones entre un valor mínimo y uno máximo, o lo que se denomina senda), las cuales están medidas en actividades finales (consulta, cirugía y hospitalización). La esencia de este modelo es reducir los costos de transacción al simplificar los procesos de autorizaciones, facturación y auditoría.

⁶ Cashin, Cheryl, Chi, Y-Ling, Smith, Peter C., Borowitz, Michael, y Thomson, Sarah, eds. (2014). Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open Univ. Press.

⁷ Miller, G., y K.S. Babiarz. 2014. Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. *Encyclopedia of Health Economics*, 457-66.

Las siguientes premisas representan las tres reglas de oro del NMR que permiten el equilibrio financiero entre el asegurador y el prestador:

1. Pacto de confianza: VALOR GLOBAL = PRODUCCIÓN (Presupuesto Global)

Esto implica que si la subred cumple con las actividades dentro de una senda de producción pactada *ex ante* y una calidad mínima esperada, recibe el valor total del presupuesto global definido en el pacto inicial para esa actividad. Para que ello sea una realidad matemática, la tarifa es dinámica o variable, lo cual es determinado a partir de un valor de referencia y el grado de cumplimiento en el número de actividades pactadas y la calidad esperada. Este mecanismo permite, entonces, suavizar el riesgo tanto para las subredes como para la EPS.

2. Disminución de costos de transacción (Simplificación de procesos de autorizaciones, facturación y auditoria)

Las 4 subredes destinaron en la vigencia 2016 la suma de \$79.782.218.337 para realizar procesos administrativos relativos a la operación del contrato (costos de transacción entre el asegurador y el prestador, en procesos de autorizaciones, facturación y auditoria), suma que podría ser invertida en más y mejores atenciones en salud a la población. La disminución de costos de transacción es una meta fundamental del NMR.

Los sistemas de información de las cuatro subredes ya se encuentran conectados desde la SDS a Capital Salud, por lo que es importante utilizar esta herramienta para simplificar los procesos administrativos (autorizaciones, facturación y auditoria). Lo único pendiente es la orden gerencial para que Capital Salud acceda a la historia clínica y esta regla sea una realidad.

3. Aumento en la calidad y el impacto en salud

En este NMR, la calidad determina el pago total, por cuanto su resultado es un factor que condiciona la tarifa; así, para recibir el valor pactado es necesario cumplir los indicadores mínimos de calidad, pues en caso de no hacerlo, la tarifa disminuye proporcionalmente hasta el porcentaje acordado. El NMR mide el cumplimiento de la calidad a través de una batería de indicadores (doce, inicialmente); cada uno de ellos, en una línea de base observada, una meta y un mínimo aceptable.

Por otra parte, el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) busca mayor prevención y menor atención, traducidas en menor carga asistencial y menor gasto en salud en el Distrito Capital, premisa que opera en el NMR al reconocer las actividades de Protección Específica y Detección Temprana por evento, y no por capitación, para estimular su ejecución, lo cual permite que los ahorros que tenga el asegurador en la carga asistencial se traduzcan en el aumento de las tarifas de las actividades PyD en futuros contratos por suscribir entre las partes.

El modelo opera a partir de la facturación que hace cada subred a Capital Salud por las actividades finales efectivamente dadas a la población. El modelo se basa en la estimación de una tarifa individual para cada actividad, para cada subred, en cada periodo. El cálculo de dicha tarifa estará determinado por tres componentes: 1) un valor de referencia; 2) un componente de producción y 3) un componente de calidad. A continuación, se presenta todo el modelo:

Factura total

La factura total que cada subred j cobrará a Capital Salud en el periodo t (F_{jt}), estará definida por la siguiente expresión:

$$F_{jt} = \sum_{i}^{30} T_{ijt} P_{ijt}$$

(1)

Donde:

 F_{it} : Factura total de la subred j en el periodo t

 T_{ijt} : Tarifa de la actividad final i para la subred j en el periodo t

 P_{ijt} : Producción de la actividad final i en el periodo t por la subred j

Otras formas de escribir la ecuación (1) son:

$$F_{jt} = T_{1jt}P_{1jt} + T_{2jt}P_{2jt} + \dots + T_{30jt}P_{30jt} = \sum_{i}^{30} T_{ijt} \, P_{ijt}$$

$$F_{jt} = F_{1jt} + F_{1jt} + \dots + F_{30jt} = \sum_{i}^{30} F_{ijt}$$

Por otro lado, la tarifa de la actividad final i para la subred j en el periodo t (T_{ijt}) está definida por la siguiente expresión:

$$T_{ijt} = T_i^* * (\beta_{jt} + \alpha_{ijt})$$

(2)

Donde:

 T_{ijt} : Tarifa de una actividad final i para una subred j, con $i \in \{1, 2, ..., 30\}$ y $j \in \{1, 2, 3, 4\}$

 T_i^* : es el valor de referencia de una actividad final i.⁸

 β_{jt} : es el *componente de calidad* de la tarifa para una subred j. $\beta_j \in [0.9,1.0]$

⁸ Este valor de referencia fue obtenido como el costo promedio histórico de la actividad final más cercano al valor de eficiencia, realizado por las subredes. Está presentado en el documento *Marco Lógico*.

es el componente de producción de la tarifa de una actividad final i para una subred $\alpha_{ij} \in \left[0.0, \varphi_{ij}\right]$, donde, φ_{ij} es el límite superior del componente de producción (más adelante se explica con detalle).

Componentes

Para el funcionamiento del modelo, cada actividad se debe evaluar por separado, pues, como ya se indicó, el modelo determina la tarifa por pagar para cada actividad final i por cada subred j en el periodo t. Para ello, utilizaremos el rango máximo pactado discriminado por cada actividad final i, expresado así⁹:

$$\label{eq:pgp} \textit{PGP}_{jt} = \sum_{i}^{30} \textit{PGP}_{ijt} = \sum_{i}^{30} T_{i}^{*} * P_{ijt}^{max}.$$

Esta tarifa (como se muestra en la ecuación (2)) tiene tres componentes: 1) un valor de referencia correspondiente al costo unitario más eficiente seleccionado por tipología, 2) un componente de producción, que llamamos α, y 3) un componente de calidad, llamado β.

en el modelo de remuneración PPD-PGPAF de 30 PGP ni 30 facturas.

35

 $^{^9}$ Las expresiones \textit{PGP}_{ijt} y \textit{F}_{ijt} solo se utilizan para explicar en el mecanismo de cálculo que el valor pactado por cada actividad no excede la producción máxima por el valor de referencia, pero no implican la existencia

5. Metodología de cálculo

a. Definición de la población objetivo

Población del Régimen Subsidiado

Esta población se definió según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento para mayo 2016 (corte más reciente); también, según 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).

Población en movilidad

Esta población se definirá según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento (fuente: DANE, tomando históricos de 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.

Poblaciones especiales

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

Población del Régimen Contributivo

Esta población se definirá según las cifras con que cuenta la Dirección de Aseguramiento (fuente: DANE, tomando históricos de 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.

Población PSPIC

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

Población PPNA

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

b. Identificar el valor UPC (presupuesto del modelo de pago)

Considerando la Resolución 5593 de 2015, por la cual se fija el valor de la 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 tomando 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 (PPD-PGPAF), bajo la siguiente metodología (anexo 1, Cálculo de UPC diciembre de 2016).

Se resalta que los techos o montos contractuales en ningun momento pueden exceder el valor de la UPC de prestacion de servicios del 92 % del asegurador, donde en una integración vertical pública la idea es aumentar la participacion del UPC de las subredes ESE.

Identificar a la población asegurada por régimen, por EPS, por grupo etario y por subred de residencia

Tabla 1. Población asegurada por régimen, por EPS, por grupo etario y por subred de residencia

Régimen	Subsidiado					
EPS	Capital Salud					
	Centro Oriente	Norte	Null	Sur	Suroccidente	Total
						general
a. Menor de 1 año	1.891	1.524	643	2.828	2.348	9.234
b. 1-4 años	10.630	8.321	4.580	15.489	14.789	53.809
c. 5-14 años	34.118	24.940	4.745	47.377	44.692	155.872
d. 15-18 años	17.287	13.763	2.311	24.543	23.144	81.048

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
e. 19-44 años	64.465	49.818	8.850	83.284	84.795	291.212
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
f. 45-49 años	12.854	11.193	1.040	16.043	18.404	59.534
g. 50-54 años	15.296	13.091	1.004	17.287	20.043	66.721
h. 55-59 años	13.993	11.613	811	15.621	17.284	59.322
i. 60-64 años	11.504	9.323	595	12.810	13.365	47.597
j. 65-69 años	8.600	6.689	388	9.306	9.764	34.747
k. 70-74 años	6.377	5.224	261	7.085	7.372	26.319
1. 75 años o más	10.656	9.823	491	10.893	12.505	44.368
Total general	207.671	165.322	25.719	262.566	268.505	929.783

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

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

Tabla 2. Distribución de población sin subred asignada, con base en el peso porcentual de la distribución por subred por cada grupo etario

		Distribución población sin subred							
	Centro	Norte	Null	Sur	Suroccidente	Total			
	Oriente					general			
a. Menor de 1 año	2.033	1.638		3.040	2.524	9.234			
b. 1-4 años	11.619	9.095		16.930	16.165	53.809			
c. 5-14 años	35.189	25.723		48.865	46.095	155.872			
d. 15-18 años	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			
e. 19-44 años	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			
f. 45-49 años	13.083	11.392		16.328	18.731	59.534			
g. 50-54 años	15.530	13.291		17.551	20.349	66.721			
h. 55-59 años	14.187	11.774		15.838	17.524	59.322			
i. 60-64 años	11649,6295	9441,02019		12972,1622	13534,188	47597			
j. 65-69 años	8697,11575	6764,53573		9411,08827	9874,26025	34747			
k. 70-74 años	6440,87278	5276,3242		7155,9642	7445,83882	26319			
1. 75 años o más	10775,2446	9932,92303		11014,8967	12644,9356	44368			
Total general	213.483	169.874	-	270.263	276.163	929.783			

Fuente: Base de aseguramiento modificada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Asignación de UPC por grupo etario

De acuerdo con la estructura de costos por grupo etario de la UPC 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 3. Asignación de UPC por grupo etario

Valor UPC (\$)
2.049.239
606.085
242.093
285.073
472.849
475.369
752.440
768.892
961.337
1.166.231
1.442.412
1.787.728
2.180.401
2.710.307

Fuente: Resolución 5593 de 2015.

Cálculo de UPC por subred (población por grupo etario por UPC)

Tabla 4. Cálculo de UPC por subred

Población por UPC	Centro Oriente (\$)		Sur (\$)	Suroccidente (\$)	Total general (\$)
		Norte (\$)			
a. Menor de 1 año	4.165.146.201	3.356.786.256	6.228.997.068	5.171.741.554	18.922.671.079
b. 1-4 años	7.042.078.318	5.512.430.262	10.261.030.205	9.797.299.741	32.612.838.527
c. 5-14 años	8.519.056.231	6.227.365.684	11.829.747.554	11.159.319.452	37.735.488.922
d. 15-18 años	-	-	-	-	-
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
e. 19-44 años	-	-	-	-	-
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
f. 45-49 años	10.059.054.340	8.759.218.549	12.554.645.152	14.402.274.473	45.775.192.514
g. 50-54 años	14.929.259.246	12.777.126.882	16.872.522.528	19.562.443.977	64.141.352.633
h. 55-59 años	16.545.260.331	13.731.159.024	18.470.200.217	20.436.523.945	69.183.143.518
i. 60-64 años	16.803.565.455	13.617.840.815	18.711.202.493	19.521.875.201	68.654.483.964
j. 65-69 años	15.548.073.864	12.093.147.218	16.824.462.253	17.652.487.582	62.118.170.917
k. 70-74 años	14.043.686.747	11.504.503.617	15.602.872.918	16.234.915.901	57.385.979.183
1. 75 años o más	29.204.218.753	26.921.268.845	29.853.749.520	34.271.654.984	120.250.892.102
Total general	185.566.050.908	152.343.949.154	221.335.723.173	232.760.033.514	792.005.756.749

Fuente: UPC calculada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Determinación del techo presupuestal del NMR pago por red, por actividad final con incentivo de desempeño (PPD-PGPAF)

Tabla 5. Techo presupuestal del nuevo modelo de remuneración

%	Valor (\$)

Administración	8	63.360.460.540
Atenciones en salud	92	728.645.296.209
Total general	100	792.005.756.749

Fuente: Techo presupuestal, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

c. Determinación de las actividades finales

El proyecto utiliza como unidad de medida de producción las actividades finales, las cuales incorporan toda la producción hospitalaria, e incluye la totalidad de las intervenciones y de los procedimientos del apoyo diagnóstico (laboratorio clínico, imágenes diagnosticas) y terapéutico (terapias) propios del desempeño del hospital.

Las tres actividades finales contempladas por el NMR son: consulta, hospitalización y cirugía. Dentro de cada una de estas se pueden diferenciar tecnologías en salud con costos de producción diferentes (dispersos) que hacen imposible su agrupacion, por lo cual se hace necesario discriminarlas en tipologías, como lo muestra la tabla 6 (anexo 2: Tipologías de actividad final).

Adicionalmente, por solicitud de las subredes ESE y con la intención de facilitar la comprensión y la implementación del NMR se crearon cuatro nuevas tipologías; a saber: se desagregó la tipología consultorio básico según el profesional que realiza la actividad en consultorio básico medicina general, consultorio básico enfermería y consultorio básico psicología, y se desagregó de las tipologías de egreso cama especializada los costos de la hospitalización de medicina general, lo cual dio origen a la tipología egreso cama básica, como lo muestra la tabla 6 (anexo 2, Tipologías de actividad final).

Tabla 6. Tipologías de actividades finales

Actividades finales	Clasificación en tipologías Dadas por la dispersión del costo Adicionadas por solicitud d			
retividades illiares	Dadas por la dispersión del costo	Adicionadas por solicitud de las partes		
		Consultorio básico medicina general		
	Consultorio básico	Consultorio básico enfermería		
		Consultorio básico psicología		
Consultas	Consultorio especializado y supraespecializado			
	Consultorio urgencias básico			
	Consultorio urgencias especializado			
	Consultorio odontológico			
	Consultorio odontológico especializado			
		Egreso cama básica		
	Egreso cama especializada ginecología y obstetricia			
	Egreso cama especializada medicina interna			
	Egreso cama especializada pediatría			
	Egreso cama especializada quirúrgico			
	Egreso cama especializada salud mental			
Hospitalizaciones	Egreso cama observación urgencias			
nospitalizaciones	Egreso cama UCI adultos			
	Egreso cama UCI neonatal			
	Egreso cama UCI pediátrica			
	Egreso cama UCI intermedios pediátrica			
	Egreso cama UCI intermedios adultos			
	Egreso cama UCI intermedios neonatal			
	Quirófano básico parto y cesárea			
	Quirófano especializado-grupo del 2 al 6			
	Quirófano especializado-grupo del 7 al 10			
	Quirófano especializado-grupo del 11 al 13			
Cirugías	Quirófano especializado-grupo del 20 al 23			
	Quirófano supraespecializado-grupo del 2 al 6			
	Quirófano supraespecializado-grupo del 7 al 10			
	Quirófano supraespecializado-grupo del 11 al 13			
	Quirófano supraespecializado-grupo del 20 al 23			

Fuente: tipologías de actividad final, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

d. Determinación del valor de referencia por tipología

El valor de referencia es el costo unitario (Costos totales de producción/Unidades producidas) por tipología más eficiente, encontrado en los 22 hospitales públicos que conforman las cuatro subredes ESE del Distrito Capital, a lo cual denominamos Mix de eficiencia, y que se utiliza como costo de producción de referencia al cual todos los hospitales deben confluir en un periodo estimado de 4 años. Este valor de referencia no se puede considerar por sí solo una tarifa: se convierte en tarifa únicamente cuando se conjuga con la fórmula de estímulos con los componentes de eficiencia administrativa (α) y de calidad (β).

Esta nueva forma de pago por desempeño pretende cubrir los costos de operación de los hospitales seleccionadas en el Mix de eficiencia, sin exceder el 92 % de la UPC destinada para la prestación de servicios de salud, por lo cual calcula el valor de referencia en función de los costos reales de los hospitales y utiliza como techo el 92 % de la UPC.

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; primero se determinará la producción, y posteriormente, los costos.

Determinación de la producción y el rendimiento por cada actividad final

Para determinar la producción y el rendimiento 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 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 7.

Tabla 7. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada

	Norte		Total general
	Hospital Simón Servicio Neto		
	Sel vicio Neto	Bolívar	
Cama UCI adultos	Cuidado intensivo de quemados ¹⁰	242	242

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.

Cama UCI intermedios	Cuidado intermedio de quemados	1.155	1.155
Total general		1.397	1.397
Total general		1.057	1.077

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

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 Supraespecializado y Cirugía oncológica— Quirófano Supraespecializado. Unidad El Tunal, Consulta oncología —consultorio Supraespecializado y Cirugía oncológica— Quirófano Supraespecializado.

Se excluyó en producción la información relacionada en la tabla 8.

Tabla 8. Detalle de producción excluida en la determinación de la producción observada

		Centro	Oriente .	Norte	Sur	Suroccidente	Total
	Servicio	Hospital	Hospital	Hospital	Hospital	Hospital	genera
	Neto	La	Santa	Simón	El Tunal	Occidente de	l
		Victoria	Clara	Bolívar		Kennedy	
Consultorio	Oncología		25	762	3.773	4.017	8.577
supraespecializad	clínica ¹¹						
О							

11 **Nota:** la producción reflejada en CIP de "Consulta oncología y Cirugía oncológica" de los hospitales La Victoria, Santa Clara y Simón Bolívar no refleja costos equivalentes. Así pues, seguramente los costos de dichas actividades se encuentran inmersas en otros servicios, lo cual cuestiona las cifras de producción de

consulta y cirugía para esos hospitales, en diferente proporción.

Quirófano	Cirugía	2		584	377	663	1.626
supraespecializad	oncológica						
0							
Total general		2	25	1.346	4.150	4.680	10.203

Fuente: Aplicativo CIP SDS.

- 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.
- 5.1.1 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).
- 5.1.2 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con el talento humano, se aplicó la tabla de rendimientos utilizada por al 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.
- 5.1.3 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con 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 que se espera que brinde cada consultorio de consulta externa, de urgencias y unidad de odontología.

- 5.1.4 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 dicha actividad estas dos capacidades son diferentes, pero no lo son para hospitalización y cirugía: la infraestructura, entendida como camas y quirófanos, respectivamente, es una unidad en conjunto con el recurso humano que lo habilita.
- 5.1.5 Se determinó el rendimiento en consulta comparando la producción observada contra la capacidad de producción, así:

Rendimiento: Producción observada × 100

Capacidad de producción

Tabla 9. Rendimiento consulta

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

Fuente: Rendimiento Consulta, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

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

instalada en infraestructura.

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 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 con la capacidad habilitada e inscrita en el REPS por la dinámica

intrínseca de los servicios de hospitalización, donde se inhabilitan y se 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.

Porcentaje ocupacional:

Días cama ocupado × 100

Días cama disponible

Giro cama:

Egresos.

Número de camas

50

Promedio días estancia: <u>Días cama ocupado</u> × 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 del valor de referencia, y estimular el giro-cama adecuado a través de los estímulos.

Tabla 10. Rendimiento hospitalización

	Centro	Norte	Sur	Suroccidente
	Oriente	(%)	(%)	(%)
	(%)			
Cama básica	31	48	41	32
Cama especializada G/O	81	80	81	97
Cama especializada medicina interna	101	126	102	122
Cama especializada pediatría	80	87	99	97
Cama especializada quirúrgico	89	92	113	118
Cama observación de urgencias	49	99	71	112
Cama UCI adultos	88	78	78	87
Cama UCI intermedios adulto	88	88	81	82
Cama UCI intermedios neonatal	73	73	59	96
Cama UCI intermedios pediátrico	62	52	69	54
Cama UCI neonatos	91	74	71	82

Cama UCI pediátrica	95	89	84	52
Total general	86	94	85	104

Fuente: Rendimiento Hospitalización, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

- 5.2.1 Se determinó el rendimiento de la cirugía en relación con la capacidad instalada en infraestructura.
- 5.2.2 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; se estimó así el tiempo total ocupado de quirófano con la producción observada de esta actividad (tabla 16 anexo tablas).
- 5.3 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: <u>Tiempo total ocupado de quirófano ×</u> 100

8760 horas año

Tabla 11. Rendimiento cirugía

	Centro Oriente (%)	Norte (%)	Sur (%)	Suroccidente (%)
Quirófano básico	23	13	16	26

Total partos, cesáreas y legrados	23	13	16	26
Quirófano especializado	76	88	88	66
Quirófano especializado por grupo 11 13	79	98	95	65
Quirófano especializado por grupo 2 6	74	80	82	66
Quirófano especializado por grupo 20 23	95	98	107	63
Quirófano especializado por grupo 7 10	74	89	89	67
Quirófano supraespecializado	95	88	106	63
Quirófano supraespecializado por grupo 11 13	96	110	108	63
Quirófano supraespecializado por grupo 2 6	89	77	108	63
Quirófano supraespecializado por grupo 20 23	102	105	107	63
Quirófano supraespecializado por grupo 7 10	97	87	104	63
	53	52	49	48

Fuente: Rendimiento Cirugía, Grupo técnico nuevo modelo de remuneración (PPD-PGPAF).

Determinación de la producción y el rendimiento esperados por cada actividad en función de la capacidad instalada actual de la red, dentro del marco de la nueva forma de pago

De acuerdo con los objetivos planteados tanto en el modelo de atención en salud como en el NMR 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 por 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

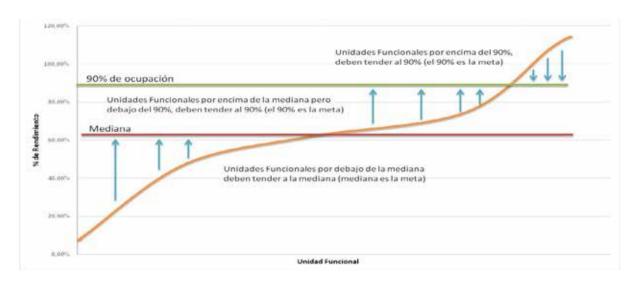
base en su rendimiento actual y el rendimiento de las demás unidades funcionales que ofertan el mismo servicio.

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 Pública Distrital para cada actividad, así como la desviación estándar y las 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 Pública Distrital (entendida como el valor central en el grupo de rendimientos ordenados) deben tender a alcanzar el rendimiento mediano; para ellos, esa es la meta.
- Los 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 Pública Distrital, pero por debajo del 90 % de ocupación (para las tipologías en las que la mediana es diferente del 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 Pública Distrital, se identificó cual debería ser el rendimiento (meta) de cada unidad de servicios de salud y subred tomando 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 esperada, mediante la siguiente fórmula:

Producción esperada: $\underline{Producción\ observada\times Rendimiento\ esperado}$

Rendimiento Observado

Tabla 12. Producción esperada

	Total	Total	Total	Total	Total
	Centro	Norte	Sur	Suroccidente	general
	Oriente				
Cama básica	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 medicina interna	11.733	11.348	12.138	5.839	41.058

Cama especializada pediatría	9.612	8.713	7.349	4.863	30.538
Cama especializada quirúrgico	7.162	9.361	9.632	6.324	32.479
Cama especializada salud 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 pediátrico	1.144	82	403	292	1.921
Cama UCI neonatos	661	1.323	836	475	3.295
Cama UCI pediátrica	345	354	536	216	1.452
Consultorio básico	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 básico	153.674	189.846	187.617	182.019	713.156
Consultorio urgencias especializado	69.287	162.739	115.040	75.860	422.925
Quirófano básico partos y cesáreas	5.189	5.424	7.383	7.470	25.466
Quirófano especializado por grupo 2 6	8.431	9.332	9.982	8.287	36.032
Quirófano especializado por grupo 7 10	14.455	20.566	13.028	7.718	55.768
Quirófano especializado por grupo 11 13	3.096	5.090	2.243	2.104	12.534
Quirófano especializado por grupo 20 23	1.694	2.175	2.167	1.530	7.566
Quirófano supraespecializado por grupo 2 6	969	4.517	1.749	1.270	8.506
Quirófano supraespecializado por grupo 7 10	1.695	5.613	1.457	3.144	11.908
Quirófano supraespecializado por grupo 11 13	1.614	2.331	272	614	4.831
Quirófano supraespecializado por grupo 20 23	348	254	79	215	897

Fuente: Producción Esperada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

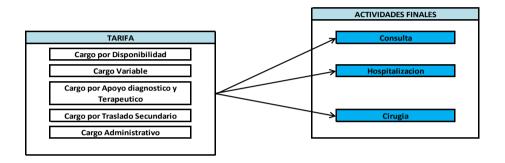
Determinación del costo unitario por tipología de actividad final

La definición del NMR PPD-PGPAF 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 1) disponibilidad, 2) variable, 3) apoyo diagnóstico y terapéutico, 4) traslado secundario y 5) administrativo, que hacen parte de la estructura del valor de referencia, y se describen a continuación:

- Cargo por disponibilidad o cargo fijo: 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 esta clase de costos 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 generan cuando el costo se relaciona
 directamente con la producción, como en el caso de los insumos hospitalarios.
- Cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico: es el costo relacionado directamente con la generación de actividades intermedias, tales como laboratorio clínico, imaginología o 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 y las 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 incorporan 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.

Figura 2. Estructura del costo



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Para estimar los costos discriminados para cada cargo, se tomaron como fuente de información los informes radicados por los 22 hospitales en los 4 trimestres de la vigencia 2015, según lo normado por la Resolución DDC-0002 de 2014 de la Secretaría Distrital de Hacienda (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 la 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 identificada 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 determinar el 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 las 22 ESE en los 4 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 que 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; además, se identificaron varios aspectos por mejorar, entre los cuales figuran los outliers (Oncología y Quemados), así como algunos programas especiales (Hemocentro, Citocentro y Ruta de la Salud) que afectaban el análisis de costos, y 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 I 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 fue 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 supraespecializado 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, pues se observó que la concentración de la producción en los Quirófanos Supraespecializados se presentó en nueve hospitales (cinco de III Nivel y cuatro de II Nivel), evidencia de que la producción de los hospitales de II Nivel se concentró en los grupos quirúrgicos del 2 al 6 y del 7 al 10.

Así mismo, la asignación de costos de la actividad final Quirófano supraespecializado por grupo quirúrgico de los cuatro hospitales de II Nivel es asignado según el grupo quirúrgico de los mismos hospitales, pero a la actividad final Quirófano especializado.

Por tal motivo, 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 II nivel y otra para instituciones de III Nivel, tal como se puede observar en la figura 3.

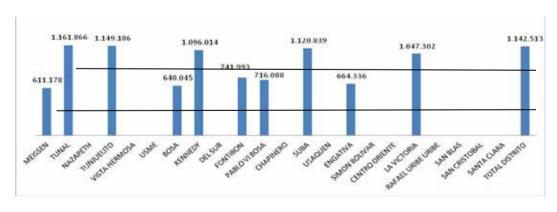


Figura 3. Costo unitario de quirófano básico

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Por la situación planteada, se definió el valor de referencia 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 tal 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.

Además, por el análisis realizado a la tipología de consulta básica y consulta especializada, surge la necesidad de crear dos nuevas tipologías, que son: 1) consultorio de urgencias básico y 2) 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 NMR, de lo cual surgen cinco tipologías; a saber: 1) Cama especializada de ginecobstetricia, 2) medicina interna, 3) pediatría, 4) quirúrgico y 5) salud mental (anexo 9: Estimación cálculo egreso especializado).

Por lo anterior, se desarrolló la siguiente metodología:

- 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. En relación con la producción para la tipología "Cama especializada", se define la producción únicamente de cama especializada; con ello, no se tiene en cuenta la producción de Cama básica, ya que se la 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.

El ejercicio de consolidación de los costos totales por hospital, por tipología y por subred se presentan en las tablas anexas 17 a 20.

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 anexas 21 a 24.

Selección del valor de referencia

Por cada una de las 30 tipologías mediante la utilización de un Mix de eficiencia, se seleccionó el costo unitario más eficiente por cada tipología; por ejemplo, escogiendo como valor de referencia para la tipología consulta básica por medicina general, el costo unitario del Hospital Pablo VI Bosa, porque tuvo el menor costo y la mayor producción del Distrito Capital en dicha actividad final.

Con toda la metodología descrita, los valores de referencia 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, y se identificó 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; todo ello, fundamentado en la búsqueda de la eficiencia, tal como se puede observar en la figura 4.

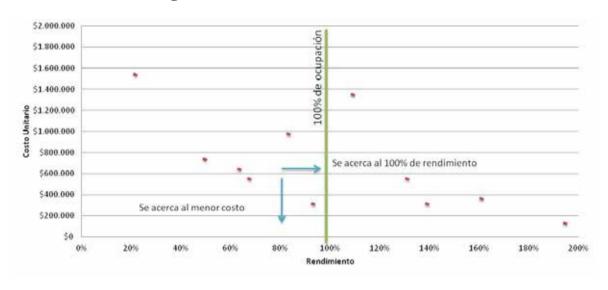


Figura 4. Estimación de valor de referencia

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

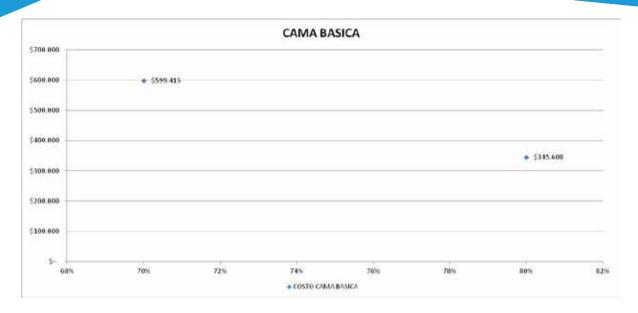
Para el desarrollo de la selección del valor de referencia se utilizaron gráficos de dispersión para cada una de las tipologías de actividades finales; se escogió como tarifa el menor costo en condiciones de mejor utilización de la capacidad productiva.

En los anexos se presentan las gráficas de dispersión de puntos que fueron utilizadas para la selección del valor de referencia según tipología (figuras 10 a 30).

En la reunión del comité directivo de la red del 16 de mayo de 2017, por consenso, se definió la creación de cuatro nuevas tipologías, que corresponden a: 1) Consulta básica por médico general, 2) Consulta básica por enfermería, 3) Consulta básica por psicología y 4) Cama básica. Mediante la utilización de la misma metodología empleada para el cálculo de las tipologías iniciales del NMR, se calculó el valor estimado (anexo 10, Estimación consulta básica por medicina general, enfermería y psicología y figuras 31 a 33).

Para la tipología Cama básica, la definición del valor de referencia fue de la siguiente manera (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 tomando en cuenta la reorganización de los portafolios de servicios, así como el porcentaje de utilización ideal de la estructura productiva. De esa forma, se recibe información de las subredes Centro Oriente y Suroccidente, donde por medio de la misma metodología empleada, se selecciona el valor de referencia de la subred Suroccidente, por tener el menor costo y la mejor utilización de su infraestructura.

Figura 5. Costo unitario cama básica



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Como producto de la aplicación de la metodología descrita, se obtuvieron los valores de referencia de las 30 tipologías, como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. Valor estimado por tipología

Valor estimado por tipología						
Tipo de producto resolutivo	USS	Valor	Utilización			
		estimado	(%)			
Consultorio básico medicina general	Pablo VI Bosa	34.602	93,59%			
Consultorio básico enfermería		18.344				
Consultorio básico psicología	Chapinero	20.016	107,81%			
Consultorio especializado y supraespecializado	Suba	69.784	97,59%			
Consultorio urgencias básico	San Blas	114.259	62,00%			
Consultorio urgencias especializado	Simón Bolívar	73.573	92,09%			
Consultorio odontológico	Usme	29.503	97,19%			
Consultorio odontológico especializado	Meissen	30.226	94,99%			
Egreso cama básica	Subred Suroccidente	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 pediatría	Red	1.195.328	
Egreso cama especializado quirúrgico	Red	1.342.971	
Egreso cama especializado salud mental	Red	3.749.678	
Egreso cama observación urgencias	Engativá	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 pediátrica	Tunal	8.000.934	83,72%
Egreso cama UCI intermedios pediátrica	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%
Quirófano básico parto y cesárea		965.523	
Quirófano especializado-grupo del 2 al 6	Meissen	406.448	81,06%
Quirófano especializado-grupo del 7 al 10	Meissen	817.437	81,06%
Quirófano especializado-grupo del 11 al 13	Meissen	1.232.118	81,06%
Quirófano especializado-grupo del 20 al 23	Meissen	1.494.913	81,06%
Quirófano supraespecializado-grupo del 2 al 6	Kennedy	460.049	63,36%
Quirófano supraespecializado-grupo del 7 al 10	Kennedy	925.238	63,36%
Quirófano supraespecializado-grupo del 11 al 13	Kennedy	1.414.743	63,36%
Quirófano supraespecializado-grupo del 20 al 23	Kennedy	1.966.052	63,36%

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF) (anexo 12, Mix de eficiencia).

e. Cálculo de valor de referencia de Tipologías Agrupadas

Por solicitud de las subredes ESE se generó la necesidad de reducir las tipologías del actual contrato PGP, de donde se crearon las siguientes nuevas tipologías agrupadas, a saber:

- Consultorio Básico Medicina General.
- Consulta Urgencia Básica.
- Quirófano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 2 al 6
- Quirófano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 7 al 10
- Quirófano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 11 al 13
- Quirófano Especializado y Supraespecializado-Grupo del 20 al 23

Determinación de la producción y el rendimiento por cada tipología

Para la determinación de la producción y el rendimiento 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). 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.
- 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 exclusiones específicas detalladas en el documento de marco lógico.

- 4 Se determinó la producción observada y la capacidad instalada para cada unidad de servicios de salud y cada subred en cada una de las actividades finales.
- 4.1.1 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.
- 4.1.2 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con el talento humano se aplicó la tabla de rendimientos utilizada por al 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.
- 4.1.3 Para determinar la capacidad de producción y el rendimiento en relación con 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 que se espera sea brindada en cada consultorio de consulta externa, de urgencias y unidad de odontología.
- 4.1.4 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.

Se determinó el rendimiento en consulta comparando la producción observada 4.1.5

contra la capacidad de producción, así:

Rendimiento: Producción observada × 100

Capacidad de producción

4.1.6 Se determinó el rendimiento de la cirugía en relación con la capacidad instalada en

infraestructura.

4.1.7 Para determinar el rendimiento en relación con la infraestructura se tomó la cantidad

máxima de horas de salas descrita 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 (ver tabla 16 del anexo

tablas).

4.1.8 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: Tiempo total ocupado de quirófano × 100

8.760 horas año

Determinación del costo unitario por tipologías agrupadas

70

El ejercicio de agrupacion y cálculo de costo unitario se trabajó con la información de costos y producción de la vigencia 2015 de cada una de las 22 Empresas Sociales del Estado para ese entonces. El valor de costo total contenía los cargos por disponibilidad, variable, apoyo diagnóstico y terapéutico, raslado secundario y administrativo.

Para el cálculo del costo unitario de consultorio básico medicina general se consolidaron los costos de Consulta básica de medicina general, consulta básica de psicología y consulta básica de enfermería, posteriormente este costo total fue dividido en la producción únicamente de la actividad seleccionada como trazadora, que para este caso fue la producción de consultorio básico medicina general.

Estimación similar se realizó para la tipología de consulta urgencia básica, donde se consolidaron los costos de consultorio urgencias básico, consultorio urgencias especializado y egreso cama observación urgencias, con lo cual se obtuvo el costo total que se dividió en la producción únicamente de la actividad seleccionada como trazadora, que para esta tipología fue la producción de consultorio urgencias básico.

Para la definición del costo unitario de las tipologías de quirófano especializado y supraespecializado-grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13 y del 20 al 23 se consolidaron los costos de quirófano especializado-grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13, del 20 al 23 y quirófano supraespecializado-grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13 y del 20 al 23, con la obtención del costo total de las tipologías quirófano especializado y supraespecializado según cada grupo quirúrgico. Estos costos fueron divididos en la sumatoria de la

producción de quirófano especializado-grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13, del 20 al

23 y quirófano supraespecializado-grupo del 2 al 6, del 7 al 10, del 11 al 13 y del 20 al 23.

f. Estímulos alfa y beta (sendas y calidad)

Componente de eficiencia (producción) Cipt

Es el valor del componente de producción. Se determina en función de una senda de

producción, que corresponde al recorrido hacia la eficiencia desde la producción del

periodo anterior hacia la producción máxima pactada, donde se define también una

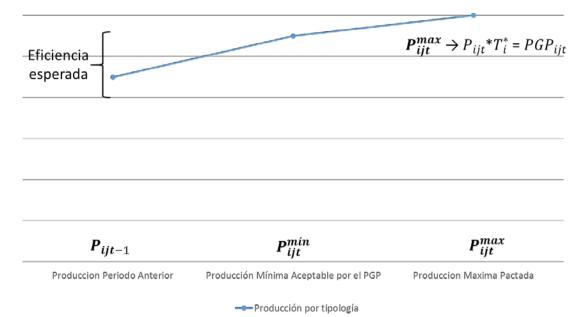
producción mínima aceptable por tipología. Dicha senda se pacta de manera prospectiva

entre asegurador y prestador, así:

Figura 6. Cálculo de sendas de

producción

72



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF)

El valor del componente de producción —y, por consiguiente, el de la factura (asociado a este componente) — se define en tres casos posibles, descritos a continuación.

Caso 1. Producción dentro del rango esperado o mayor a este (producción mayor que la P_{ijt}^{min})

Si la producción de la actividad final i por cada subred i en el periodo i supera el valor mínimo del rango acordado, entonces la factura será igual al valor asociado a esta actividad final, y acordado en el presupuesto global prospectivo multiplicado por el componente de calidad. Es decir,

$$P_{ijt}^{min} \leq P_{ijt} \rightarrow F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}.$$

Racionalidad: en un escenario ideal, se espera que la subred alcance el rango esperado; o sea, que su producción observada sea mayor que la mínima y menor que la máxima

acordada. Si esto ocurre, la subred recibe el monto acordado para esa actividad¹². Si el PGP acordado para esa actividad es el valor histórico que ha pagado Capital Salud, entonces Capital Salud va a pagar lo mismo por recibir más producción.

Además de lo anterior, si la subred produce por encima de la producción máxima acordada, igualmente recibirá el valor del PGP para esa actividad; y como $PGP_{ijt} = T_i^* * P_{ijt}^{max}$, entonces, por cada unidad adicional que produzca la subred por encima del máximo, la tarifa será más baja que el valor de referencia. Por lo tanto, no existirá incentivo para que se produzca por encima de este valor¹³.

Caso 2. Producción inferior a la producción en el periodo anterior (producción menor que en el periodo t-1)

Si la producción de la actividad final *t* por cada subred *j* en el periodo *t* es menor que la producción de esa actividad final en el periodo anterior de referencia, entonces, el valor de la tarifa será igual al valor de referencia por el componente de calidad.

$$P_{ijt} < P_{ijt-1} \rightarrow \alpha_{ijt} = 0.$$

Lo anterior implica que:

$$T_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} \rightarrow F_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} * P_{ijt}.$$

Racionalidad: si la producción de la subred está por debajo de la producción observada en el periodo anterior, quiere decir que la subred empeoró en su producción respecto al

Suponiendo que se cumple con el componente de calidad; es decir, $\beta_{jt} = 1$.

¹³ **Nota:** Es importante hacer énfasis en que las sendas (rango entre producción mínima y máxima esperada) deben ser estimadas de la forma más precisa posible. Estas sendas son el resultado de un acuerdo entre Capital Salud y las Subredes, donde la primera expone las necesidades totales de su población asegurada (demanda) y las segundas presentan su capacidad máxima (oferta). Para ello, es muy importante clarificar y utilizar como referencia la producción del periodo anterior. Se espera que el mecanismo propenda por que las subredes vayan adaptando su oferta a las necesidades de la población de Capital Salud, de tal forma que en el futuro las subredes atiendan toda la demanda de la población de Capital Salud, sin un detrimento en la calidad de la atención y sin exceder el 92 % de la UPC.

periodo de observación anterior. Al utilizar el valor de referencia como tarifa (suponiendo que se cumple calidad), la subred no alcanzaría a asumir los costos de producción. No existiría un incentivo, al estar por debajo de este valor.

Caso 3. Producción mayor que la del periodo anterior y menor que el rango esperado (producción mayor o igual que la producción en el periodo t-1 y menor o igual que la mínima acordada).

En este caso, si la producción de la actividad final i por cada subred i en el periodo i supera el valor del periodo anterior, pero no alcanza a llegar al rango, entonces la tarifa aumentará proporcionalmente al grado de avance respecto a estos puntos de referencia, sin que supere el PGP de la actividad. La siguiente expresión define esto:

$$P_{ijt-1} \leq P_{ijt} \leq P_{ijt}^{min} \ \rightarrow \ \alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{iit}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

Como se dijo previamente, φ_{ij} es el valor máximo del componente de producción de la tarifa. Este valor máximo debe ajustar el valor máximo del PGP para la actividad. Por lo tanto,

$$\boldsymbol{\varphi}_{ij} = \frac{P_{ijt}^{max}}{P_{ijt}^{min}} - 1.$$

El valor de φ_{ij} siempre será mayor que cero, debido a que $P_{ijt}^{min} < P_{ijt}^{max}$. Y para garantizar que $\varphi_{ij} < 1$, debemos asegurar que: $0.5P_{ijt}^{max} < P_{ijt}^{min} < P_{ijt}^{max}$.

Racionalidad: si la subred avanza en relación con el periodo anterior, pero no alcanza el rango esperado, la tarifa aumentará de manera proporcional al avance, sin que exceda el PGP.

Componente de calidad: 📭

El desempeño clínico estará representado por indicadores clínicos de calidad en la atención. Estos indicadores deberán ser concertados entre las dos partes: subredes y EPS Capital Salud. Como se mencionó, se espera que las subredes cumplan con un *mínimo* de estándares de calidad. Esto justifica que las subredes puedan ser castigadas hasta en el 10 % en la tarifa¹⁴ si no se cumplen con los estándares mínimos de calidad. Como se observa en el subíndice de β_j , dicho factor se calculará para toda la subred j y afectará todas las actividades finales l por igual. La siguiente expresión representa a β_j :

$$\beta_j = 0.9 + 0.1 [min\{I_{1j}, I_{2j}, \dots, I_{Kj}\}]$$

Donde K representa el número de indicadores que deberán ser concertados entre las dos partes. Se sugiere que K no sea muy grande: esto da simplicidad y fácil comprensión al mecanismo.

Por otra parte, la definición de cada indicador I_{kj} , sus características, su forma de medición y las fuentes de información para su cálculo deben ser definidas y explícitas. Cada una de ellas debe ser definida siguiendo las recomendaciones internacionales o nacionales al respecto y con la participación y la conformidad de las partes. Adicionalmente, $I_{kj} \in [0,1]$; es decir, cada indicador debe representar una proporción de cumplimiento del indicador k.

Condiciones para implementar el NMR

14 **Nota:** considerando que no se ha pactado entre las partes la forma de medición del β_j , y que a la fecha se va a terminar el III trimestre de ejecución del modelo, se sugiere que para facturar esos tres trimestres transcurridos, el β_j sea igual a 1 y se calcule a partir del IV trimestre.

Existen unas condiciones para implementar el NMR. Cada una de estas es muy importante para el modelo, y, por lo tanto, deben ser definidas con mucha precaución. Estas condiciones son las siguientes:

1. Se define un rango *acordado* (senda) entre las subredes y Capital Salud, con una producción mínima (P_{ijt}^{min}) y máxima (P_{ijt}^{max}), para cada actividad final i para la subred j en el periodo t. Se debe cumplir que:

$$P_{ijt-1} \ll P_{ijt}^{min} < P_{ijt}^{max}$$

Donde P_{ijt-1} es la producción de la actividad final i para la subred j en el periodo anterior t-1.

Es decir, se espera que la diferencia entre P_{ijt}^{min} y P_{ijt-1} sea la suficientemente amplia para que existan estímulos a aumentar la producción. Adicionalmente, se espera que la diferencia entre P_{ijt}^{max} y P_{ijt}^{min} no sea tan amplia.

Estos dos valores deben ser acordados entre las subredes y Capital Salud. Y, a su vez, P_{ijt}^{min} debe corresponder a la mínima producción aceptable que se espera obtener de la actividad final i, para entregar todo el presupuesto global prospectivo (PGP) y P_{ijt}^{max} debe corresponder a la máxima producción que se puede obtener de la actividad final i al valor de referencia T_i^* con el PGP.

2. Se debe definir un PGP para cada subred j y para cada periodo t (PGP_{jt}), que será acordado ex ante entre Capital Salud y cada una de las subredes. Este PGP_{jt} estará

77

¹⁵ Es importante calificar la producción del periodo anterior, ya que este es el punto de partida para determinar la eficiencia, y con ella, los estímulos.

relacionado con los valores históricos pagados, con la proporción de UPC disponible y con las actividades finales esperadas¹⁶.

3. Como P_{ijt}^{max} corresponde a la máxima producción que se puede obtener de la actividad final i al valor de referencia T_i^* con el PGP, el PGP del contrato debe estar condicionado por:

$$PGP_{jt} = \sum_{i}^{21} T_i^* * P_{ijt}^{max}$$

Nota: esto significa que el valor facturado para cada actividad final i por cada subred j en el periodo i será, máximo, el producto del valor de referencia por la producción máxima esperada P_{ijt}^{max} . Ello implica directamente que el valor facturado total nunca excederá el presupuesto global prospectivo. En caso de que la producción del periodo exceda la máxima, las partes deben analizar si es necesario acordar más producción aumentando el presupuesto PGP pagado a valor de referencia.

Ejemplo¹⁷:

La Sub Red i vendió a Capital Salud en el periodo anterior (t-1) un total de 90 actividades de la tipología i por un valor total de \$1000 y conociendo que según el NMR la Tarifa eficiente de la

.

¹⁶ Se sugiere que el *PGP*_{jt} sea el valor histórico pagado por Capital Salud a cada una de las subredes. Lo que el modelo pretende es que este valor no se modifique dramáticamente, pero que las subredes aumenten la producción, de acuerdo con las necesidades de la población de Capital y con una calidad mínima aceptable.

¹⁷ Para analizar por separado el comportamiento de la eficiencia administrativa o el componente de producción (α_{ij}) asumiremos la calidad β_i como 1, para que no tenga efecto matemático.

actividad \boldsymbol{i} ($\boldsymbol{T_i^s}$) es: \$8, la Sub Red \boldsymbol{j} pactó para este periodo un valor total de \$1000 por una producción de actividades \boldsymbol{i} entre 100 y 125.

Donde:

$$P_{ij}^{min} = 100$$

$$P_{ij}^{max} = 125$$

$$P_{ijt-1} = 90$$

$$T_i^* = \$8$$

$$PGP_{ijt} = $1000$$

 F_{ijt} : Valor de la Factura total de la subred j en el período t correspondiente a la actividad final t

Analicemos los tres posibles casos:

Caso 1: Producción dentro del rango esperado o mayor a este (producción mayor que la P_{ijt}^{min})

$$P_{ijt} = 113 \ \rightarrow \ P_{ijt}^{min} \leq P_{ijt} \ \rightarrow \ F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{it}$$

$$F_{ijt} = \$ 1.000 * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} =$$
\$ 1.000 * 1

$$F_{ijt} = $1.000$$

Caso 2. Producción inferior a la producción en el periodo anterior (producción menor que en el período t-1)

$$P_{ijt} = 89 \rightarrow P_{ijt} < P_{ijt-1} \rightarrow \alpha_{ijt} = 0$$

Lo que implica que

$$T_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} \rightarrow F_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} * P_{ijt}$$

$$F_{iit} = 8 * 1 * 89$$

$$F_{ijt} = 712$$

Caso 3. Producción mayor al periodo anterior y menor al rango esperado (producción mayor o igual que la producción en el período t-1 y menor o igual que la mínima acordada).

$$P_{ijt} = 95 \rightarrow P_{ijt-1} \leq P_{ijt} \leq P_{ijt}^{min} \rightarrow \alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

Hallamos $\boldsymbol{\varphi_{ij}}$

$$\varphi_{ij} = \frac{P_{ijt}^{max}}{P_{ijt}^{min}} - 1$$

$$\varphi_{ij} = \frac{125}{100} - 1$$

$$\varphi_{ij} = 1.25 - 1$$

$$\varphi_{ij} = 0.25$$

Hallamos α_{ijt}

$$\alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{95 - 90}{100 - 90} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{5}{10} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

Remplazamos φ_{ij}

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{iit} = 0.5 * 0.25$$

$$\alpha_{ijt} = 0.125$$

Remplazamos aijt

$$T_{ijt} = T_i^* * \left(\beta_{jt} + \alpha_{ijt}\right)$$

$$T_{ijt} = 8 * (1 + 0.125)$$

$$T_{ijt} = 8*(1.125)$$

$$T_{iit} = $9$$

Hallamos F_{ijt}

$$F_{ijt} = T_{ijt}P_{ijt}$$

$$F_{ijt} = 9 * 95$$

$$F_{iit} = $855$$

Cómo operarían los indicadores (opción 1):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor se reconocerá **proporcionalmente al número** de indicadores cumplidos.
- La fórmula sería:

Beta = (1 - (% de techo pactado)) + ((% de techo pactado) * (# de indicadores cumplidos))

en calidad en calidad # de indicadores pactados)

Ejemplo Subred sur:

Valor techo pactado: \$11.228.818.643 (100 %)

% de techo pactado en calidad: 5 % del techo del PGP (\$561.440.932)

Cumplimiento hipotético:

Indicadores Pactados	Cumplió	No cumplió
I1	X	
I2		X
I3	X	
I4	X	
I5	X	
I6	X	
I7	X	
I8	X	
I9		X
I10	X	
Total	8	2

Total indicadores pactados: 10

Total indicadores incumplidos: 2

Beta = (1 - (% de techo pactado)) + ((% de techo pactado * (# de indicadores cumplidos))en calidad en calidad # de indicadores pactados))

Beta = (1 - (5% de techo pactado)) + ((5% de techo pactado) + (8 de indicadores cumplidos))

Beta =
$$(1 - (5\%)) + (5\% *(8 / 10))$$

Beta =
$$(1 - (0.05)) + (0.05 * (0.8))$$

Beta =
$$(0.95) + (0.04)$$

Descuento por calidad: 0,01 (1 %) (\$112.288.186)

Cómo operarían los indicadores versión NMR (Opción 2):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor se reconocerá <u>proporcionalmente según el mínimo cumplimiento</u> de los indicadores pactados.
- La fórmula sería:

en calidad

en calidad

Ejemplo Subred sur:

Valor techo pactado: \$11.228.818.643 (100 %)

% de techo pactado en calidad: 5 % del techo del PGP (\$561.440.932)

Cumplimiento hipotético:

Indicadores	%
Pactados	cumplimiento
I1	100%
I2	50%
I3	100%
I4	100%
I5	100%
I6	100%
I7	100%
I8	100%
I9	40%
I10	100%
Mínimo Cumplimiento	40%

Total indicadores pactados: 10

Total indicadores incumplidos: 2 Mínimo Cumplimiento: 40 %

Beta = (1 – (% de techo pactado)) + ((% de techo pactado * (Mínimo Cumplimento))

en calidad en calidad

Beta = (1 - (5 % de techo pactado)) + ((5 % de techo pactado * (40 %))

en calidad en calidad

Beta = (1 - (5 %)) + (5 % *(40 %))

Beta = (1 - (0.05)) + (0.05 * (0.4))

Beta = (0.95) + (0.02)

Beta = 0.97

Si Beta es igual a 0,97 (97 %) el descuento por calidad corresponde

a 0,03 (3 %) del valor del techo por calidad.

Descuento por calidad: 0,03 (3 %) (\$336.864.559)

6. Protección específica y detección temprana PyD

Las actividades de PyD tienen un papel preponderante en el NMR, ya que se incentiva la

ejecución de estas actividades, al ser reconocidas con la modalidad de pago por evento a

una tarifa de SOAT vigente menos el 45 %, equivalente a una participación del 3,89 % de la

UPC. Tan solo con el cambio de forma de reconocer estas actividades, se logra un

crecimiento en la participación de 1,42 puntos porcentuales en la UPC frente a cuando la

modalidad de pago era por capitación.

Al reconocer las actividades de PyD por evento, se incentiva la demanda inducida del

prestador, y así se logra impactar de manera positiva la salud de los ciudadanos del Distrito

Capital, y, por ende, disminuir los costos en la carga asistencial hospitalaria y generar

ahorro, que será utilizado al final del contrato para incrementar las tarifas de PyD.

85

Las actividades de 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 determinarlos por una metodología diferente.

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

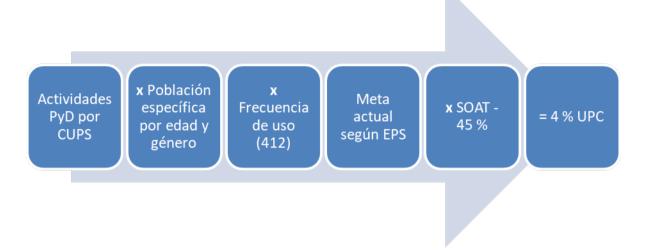
Adicionalmente, se definió que las RIAS priorizadas por el Distrito hacen parte integral de la minuta del contrato de prestación de servicios de salud, para así reconocer las actividades contempladas en la Resolución 412 y las normas que la modifiquen o la sustituyan.

a. 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 el 45 %). El valor total de las actividades PyD para la población de Capital Salud se concertó en el 4 % de la UPC (anexo 13: Metodología para la determinación de tarifas PyD; y anexo 14: 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 7. Proceso de cálculo de tarifas PyD



Fuente: Grupo técnico (PPD-PGPAF).

La nueva negociación de contrato de prestación de servicios de la vigencia 2019 se realizó sobre las actividades de la Resolución 3280 de 2018 teniendo en cuenta el artículo 4 sobre su Progresividad. En conclusión, las partes acordaron actualizar las frecuencias de uso y reconocer una tarifa de SOAT vigente menos el 25 % a las actividades de detección temprana de curso de vida donde se apliquen las nuevas escalas, cambios con los cuales el monto total contratado para actividades de PyD alcanzó el 6 % de la UPC.

b. Estímulos 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 consigue 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 la promoción y la 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, en caso de no lograr el cumplimiento de metas de cobertura, se reducirá el valor de la tarifa reconocida en la misma proporción.

7. Operación

a. ¿Cómo se autoriza?

El NMR contempla cinco modalidades para desarrollar el proceso de autorizaciones en la prestación del servicio, las cuales aplican según la tipología y son las siguientes:

- Masivas: este tipo de autorización hace referencia a que la institución prestadora de los servicios de salud (IPS) obtiene simultáneamente amplios conjuntos de autorizaciones solicitándolas a través del envío periódico de bases de datos con los servicios que se van a autorizar (por prestar o ya prestados) a la EPS mediante correo electrónico en el formato establecido.
- Página web: este tipo de autorización hace referencia a que la IPS obtiene cada autorización solicitándola a través la página web de Capital Salud EPS (www.capitalsalud.gov.co).
- Puntos de Atención al Usuario de Capital Salud (PAU): este tipo de autorización hace referencia a que el usuario o la IPS obtienen cada autorización solicitándolas presencialmente en los PAU de Capital Salud.
- Call center: Estas autorizaciones son las que solicitan las SISS de las actividades por medio de línea telefónica establecida. Línea atención 24 horas (018000 122219 y/o 4854666): Es el Centro de Atención Telefónica que se dedica a la autorización de servicios a los usuarios afiliados a Capital Salud EPSS

• Segunda instancia: Consiste en autorizaciones directas entre las SISS y Capital Salud a través de correo electrónico según estancia 1 (segundainstancia1@capitalsalud.gov.co)

b. ¿Cómo se factura?

El proceso de facturación del nuevo modelo está normado por el marco legal colombiano y según acuerdo de voluntades firmado entre las partes.

La facturación con el valor del techo mensual se presentará, el quinto día hábil del siguiente mes de prestada las atenciones médicas; ello, con el fin de tramitar el giro directo por parte de la EPS.

- a. Factura con el valor del techo mensual establecido en el contrato. Se radicará en físico, debidamente firmado por el gerente de la subred.
- b. La presentación de los formatos soporte de la facturación mensual se hará, a más tardar, el día 20 (día calendario) del mes siguiente a la prestación del servicio, con son los formatos 2, 3 y 4 y los RIPS, como se relaciona a continuación:
 - El Formato No. 2 presenta el consolidado total de las tipologías realizadas y el valor total facturado (radicación ante la EPS en medio físico firmado por el referente financiero de la subred).
 - El Formato No. 3 detalla las tipologías por cobrar, con el número de autorización generado por la EPS (radicación ante la EPS en medio magnético).

- El Formato No. 4 detalla las actividades finales y las actividades intermedias prestadas durante el periodo facturado (radicación ante la EPS en medio magnético).
- Los RIPS contienen la información de las atenciones realizadas a lo largo del periodo facturado, lo cual será validado en el aplicativo de la SDS y se realizará a través de la página web, donde las subredes disponen los RIPS el día 8 calendario de cada mes. La EPS valida y, a través de esta misma página, publica las inconsistencias, a más tardar, el día 12, para poder corregir y llevar control de los RIPS.

Observaciones:

Por la atención de pacientes para las tipologías (consultorio básico general, consultorio especializado, consultorio de urgencias básico, consultorio de urgencias especializado), se generarán las facturas por paciente, pero no se radicarán a la EPS: estas permanecerán en los sistemas de información de cada subred y harán parte integral de la factura mensual, donde se consolidan todas las tipologías por medio del Formato 2 y el detallado de actividades (Formato 3).

Por la atención de pacientes para las tipologías (observación de urgencias, egresos, quirófanos), se generarán las facturas por cada paciente, las cuales se radicarán a la EPS con los soportes acordados por cada tipología y permanecerán en los sistemas de información de cada subred; estas harán parte integral de la factura mensual, donde se consolidan todas las tipologías por medio del Formato 2 y el detallado de actividades (Formato 3).

c. ¿Cómo se audita?

El NMR presupone dos tipos de auditoría de cuentas: 1) una *ex ante*, o concurrente, la cual verifica en campo la ejecución de las actividades en salud y su pertinencia (por ejemplo, la auditoria concurrente por acceso remoto o acceso a la historia clínica en la nube por parte de los auditores de Capital Salud *intra* proceso hospitalario); y 2) una *ex post*, que se encarga de la revisión de: bases de datos (RIPS, anexos soportes de la factura), historia clínica de pacientes específicos sistematizada en la nube con acceso remoto desde cualquier punto, cumplimiento de la senda de producción y, por último, el cumplimiento de los indicadores de impacto (carga asistencial o indicadores de gestión clínica).

d. ¿Cómo se realiza el giro?

Con el fin de reducir los tiempos de giro y garantizar flujo de caja a los prestadores, el NMR define que el asegurador debe realizar giro directo de manera mensual sobre el valor del techo del contrato dividido en el número de meses contratados y radicado por parte del prestador al asegurador, en un ochenta (80 %) por ciento del valor de la cuenta previamente radicada por parte de la Subred. El saldo restante del veinte (20 %) por ciento, se pagará previo cumplimiento de los parámetros establecidos en el Anexo Técnico N.º 5 Sendas a cumplir, el Anexo Técnico N.º 6 Manual de Auditoría médica y Facturación, el Anexo Técnico N.º 7 Manual de Autorizaciones, referencia y contrarreferencia y el Anexo Técnico N.º 8 Indicadores de riesgo, previa auditoría y verificación del cumplimiento de requisitos establecidos en la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que los adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.

e. Cómo se mide el Beta (indicadores, líneas base, líneas meta, ficha técnica)

(Opción 1):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor, se reconocerá **proporcionalmente al número** de indicadores cumplidos.
- La fórmula sería:

Beta =
$$(1 - (\% \text{ de techo pactado})) + ((\% \text{ de techo pactado} * (# \text{ de indicadores cumplidos})))$$
en calidad
en calidad
de indicadores pactados)

(Opción 2):

- Se pacta un porcentaje del monto del PGP condicionado al cumplimiento de los indicadores de calidad (% de techo pactado en calidad).
- Dicho valor, se reconocerá <u>proporcionalmente según el mínimo cumplimiento</u> de los indicadores pactados.
- La fórmula sería:

f. ¿Cómo se mide la carga asistencial?

Al comparar periodo tras periodo el total de la facturación (gasto médico) de las actividades finales netamente asistenciales o curativas con el valor de las actividades preventivas (protección específica

y detección temprana), valores entendidos como porcentaje de participación de la UPC (Sobre población y grupos etarios).

Se puede medir, igualmente, por carga de la enfermedad, a través de la medición de años de vida saludables perdidos (AVISA), que miden morbilidad (discapacidad e incapacidad) y mortalidad. Esta metodología es más dispendiosa de medir, pero se puede gestionar con la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social.

g. ¿Cómo se reajustan las tarifas de PyD?

El NMR contempla que en la medida en que la carga asistencial disminuya y su costo medico genere ahorro, este se destinará a incrementar en la misma proporción el valor para pagar por las actividades de protección específica y detección temprana.

8. Ventajas y desventajas

a. Ventajas

Ventajas para el usuario

- Reduce las autorizaciones y sus costos de desplazamiento.
- Aumenta la oportunidad en la atención.
- Aumenta la calidad y la integralidad de la atención.
- Mejora el impacto en la salud promoviendo la gestión del riesgo y la cobertura en las actividades PyD y PIC.
- 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.

Ventajas para el prestador

- Lleva a las cuatro subredes a una utilización racional de su capacidad instalada (mano de obra, tecnología e infraestructura).
- Reduce las autorizaciones en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Fortalece la relación EPS-IPS-Dirección Territorial de Salud (DTS).
- Optimiza los tiempos de atención.
- Simplifica y reduce los tiempos de facturación y de glosa.
- Reduce los costos.
- Aumenta la producción.
- Promueve la eficiencia administrativa, por los estímulos de desempeño.

- Mejora la gestión clínica, por estímulos de desempeño.
- Mejora el posicionamiento en el mercado para ser más competitivo y atraer nuevos pagadores (regímenes contributivo y especial).
- Mejora la liquidez de las ESE-subredes.
- Incentiva la autosostenibilidad financiera de las ESE.

Ventajas para el asegurador

- Fortalece la relación EPS-IPS-DTS.
- Reduce el proceso de autorizaciones en el POS.
- Simplifica y reduce los tiempos de facturación y de glosa.
- Reduce los costos de administración y clínicos.
- Promueve la eficiencia administrativa, por los estímulos de desempeño.
- Mejora el posicionamiento en el mercado para ser más competitivo.
- Incentiva la autosostenibilidad financiera de la EPS.
- 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.

b. Desventajas

- Se presenta mayor riesgo, o mayor nivel, de exigencia para el prestador de servicios, en términos de pertinencia y de control de costos.
- Tiene implícito un nivel de incertidumbre en los datos, tanto de costos como de producción,
 los cuales presentan ineficiencias o subregistros.

- Genera incertidumbre, lo cual conlleva resistencia al cambio por parte de los actores involucrados.
- Produce un efecto "J" de empeoramiento inicial, característico de la respuesta normal al cambio.

9. Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento

a. Socialización

Difundir, de manera masiva, rápida, expedita y lo más entendible posible, el nuevo modelo al 100 % del recurso humano de las 4 subredes ESE, Capital Salud, y al mayor número posible de formas asociativas o de participación social de las comunidades.

Herramientas

- Diseñar una presentación avalada por la oficina de comunicaciones, que sea lo más sencilla posible, con calidad inspiradora (que genere acción de compra) y con una pedagogía que sea el eje de la socialización.
- Diseñar imágenes con las mismas características del numeral anterior en diferentes formatos, como fondos de pantalla, carteleras, pendones, plegables, boletines, etc.
- Con el apoyo de la oficina de comunicaciones de la SDS, realizar un video que explique de la forma más sencilla y pedagógica posible el nuevo modelo de remuneración y sus beneficios a todos los actores.
- Con el apoyo de la oficina de comunicaciones de la SDS, realizar un video con una dramatización corta y llamativa que trasmita el mensaje del NMR.

b. Implementación

Para la implementación del plan de monitoreo se desarrollarán las siguientes estrategias:

- Capacitación a las partes sobre el diligenciamiento de los indicadores.
- Entrega del plan y del tablero de indicadores, por medio de circular de la Subsecretaria de Planeación y Gestión Intersectorial.
- Articulación del plan de monitoreo y evaluación con el Plan Operativo Anual
 (POA) de las subredes y de Capital Salud.
- Articulación del tablero de indicadores con el cuadro de mando integral, o Balance
 Score Card, de las subredes y de Capital Salud.
- Asistencia técnica permanente por parte del Equipo PPD PGPAF y Uniandes en la implementación.

c. Información a las partes

Para el flujo de información a las partes se desarrollarán las siguientes estrategias:

- Recolección trimestral de los indicadores del tablero.
- Análisis trimestral de los indicadores del tablero.
- Informe del análisis del tablero de indicadores a Capital Salud, a las subredes y al
 Comité Directivo de Red.
- Brindar asistencia técnica a las partes en la elaboración de planes de mejora derivados del análisis anterior.

d. Evaluación de impacto y ajuste del NMR PPD PGPAF

Para la evaluación de impacto se desarrollarán las siguientes estrategias:

- Medición de la disminución de los costos de transacción en los procesos de autorizaciones, facturación y auditoría.
- Medición de la variación de la calidad e impacto en la salud a través del cálculo del Beta.
- Implementar acciones y planes de mejora continua por tipología para prestador y asegurador, de manera permanente.

La evaluación del impacto se medirá mediante el uso de los indicadores, según el anexo 15, "Plan de monitoreo, evaluación y seguimiento".

10. Glosario

Actividades finales de un hospital: Es la agrupación de atenciones en salud equivalente a la totalidad de actividades desarrolladas en un episodio de atención (consulta, hospitalización y cirugía), en ellas quedan incluidas todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico entendidas estas como actividades intermedias. Busca facilitar la relación entre prestador y pagador disminuyendo los costos de transacción (autorización, facturación y auditoría).

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, la solidaridad y la costo-efectividad de los servicios de salud.

Cargo por disponibilidad: 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: costo relacionado con la generación de una actividad final (consulta, cirugía y hospitalización), y que se genera cuando el costo se halla directamente relacionado con la producción, como en el caso de los insumos hospitalarios.
- Cargo por apoyo diagnóstico y terapéutico: costo relacionado directamente con la generación de actividades intermedias, tales como: laboratorio clínico, imaginología y 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: costo de los traslados en ambulancia dentro de la subred e intersubredes. Este cargo se encuentra distribuido en las tres actividades finales.
- Cargo por administración: asignación de los gastos asociados a los centros de costo de estructura (administrativos) donde se incorporan 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 dichos 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 Nº 395. Diciembre de 2015).
- Costo marginal: costo que mide la tasa de variación del costo dividida por la variación de la producción. Matemáticamente, la función del coste marginal CMa es

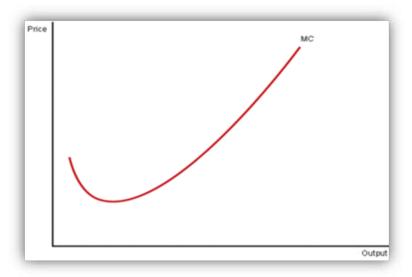
expresada como la derivada de la función del costo total CT respecto a la cantidad \mathbf{Q} :

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

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 esa 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.

Figura 8. Costo marginal



Fuente: Wikipedia

Incentivo por resultados, impacto y calidad: estímulo a la producción, la 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, y 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) con el fin de que, a partir de las estrategias definidas, se adopten herramientas para orientar la intervención de los diferentes actores del sistema, de forma que induzcan 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 las estrategias del sistema alrededor del ciudadano. Lo anterior exige la interacción coordinada de las

entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores, así como de las demás entidades que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y los riesgos relacionados con la salud. No obstante, dicha integralidad no implica unicidad, ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

- **Pago por Desempeño (PPD):** Es una nueva modalidad de pago que se impone en el mundo moderno en donde se busca la implementación de estímulos (principalmente financieros), condicionados a la eficiencia y a la calidad en la prestación del servicio por parte del prestador.
- Plan de Intervenciones Colectivas (PIC): plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, y 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, y desarrolladas a lo largo del curso de la vida, dentro del 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 con las demás EPS. 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 a las redes integradas de servicios.

Presupuesto Global Prospectivo (PGP): Es una modalidad de pago que relaciona la capacidad instalada del hospital y la demanda esperada en un territorio definido, así pues, se pacta un monto global en dinero por una cantidad de actividades en salud.

Prevención primaria: conjunto de actividades que se realizan para evitar la adquisición o la aparición de la enfermedad (por ejemplo: vacunación antitetánica, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). Previene la enfermedad o el daño en personas sanas, y 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, la implementación y la evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales, así como intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a reducir 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 o colectivos más eficientes, equitativos, integrales y continuos a una población definida, y 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, un instrumento o un área física por unidad de tiempo (Recuperado de: Juan Pablo Villa Barragán. Análisis del desempeño.

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. Estos programas 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) relacionadas con los eventos que incluya el grupo de riesgo, pero su alcance es mayor, en tanto 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 los servicios de apoyo diagnóstico altamente resolutivas. Para efectos del nuevo modelo de atención, estas unidades básicas también prestarán servicios de atención especializada, de acuerdo con las necesidades y las expectativas de la población.

Subsidios cruzados: tipo de subsidio en cuyo 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 dicho subsidio. El sector en su totalidad no está siendo subsidiado, sino que 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 (recuperado de: http://www.onsalus.com/definicion-unidad-de-valor-relativo-29828.html#ixzz3yTzcPQ00).

Utilidad total: utilidad de un bien que obtiene el consumidor por el disfrute de la totalidad de las unidades de dicho bien.

Utilidad marginal decreciente: 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.

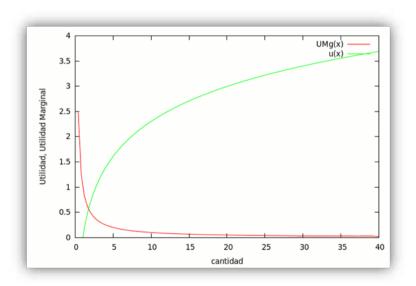


Figura 9. Utilidad marginal decreciente

Fuente: Wikipedia

Valor estimado: valor asignado a una actividad específica, con base en sus características y en las condiciones de mercado del área. También, importe total, sin incluir el impuesto sobre el valor añadido (IVA).

11. Bibliografía/cibergrafía

- 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
- Buglioli, M., Gianneo, O., & Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica. *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210.
- 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". Concejo de Bogotá. Registro Distrital 5850 de junio 9 de 2016.
- 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
- Cashin, C., Chi, Y-L, Smith, P. C., Borowitz, M., & Thomson, S. (Eds.). (2014). Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. Maidenhead [u.a]: Open Univ. Press.
- 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. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008
- Grady, K. E., Lemkau, J. P., Lee, N. R., & Caddell, C. (1997). Enhancing mammography referral in primary care. *Preventive Medicine*, 26(6), 791-800. https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0219

- 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.

 https://doi.org/10.1136/bmj.39463.454815.94
- 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. https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339
- 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. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00126-7
- 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). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci %C3 %B3n %200518 %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.
- Decreto 1011 de 2006, 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: Presidencia de la República. Diario Oficial 46230 del 3 de abril de 2006.

- 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: Presidencia de la República, 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. https://doi.org/10.1177/1077558705285291
- 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. Bogotá: Secretaría Distrital de Hacienda. 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
- Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2016b). *Proyecto de Acuerdo 076*. Recuperado de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.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.
- Tirole, J. (1999). Incomplete Contracts: Where Do We Stand? *Econométrica*, 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

12. Anexos

Ejemplo de aplicación¹⁸

La Sub Red i vendió a Capital Salud en el periodo anterior (t-1) un total de 90 actividades de la tipología i por un valor total de \$1000, y conociendo que, según el NMR, la tarifa eficiente de la actividad i (T_i^*) es \$8, la Sub Red i pactó para este periodo un valor total de \$1000 por una producción de actividades i entre 100 y 125.

Donde:

Variable	Valor
P_{ij}^{min}	= 100
P_{ij}^{max}	= 125
P_{ijt-1}	= 90
T_i^*	= \$8
PGP _{ijt}	= \$1000

 18 Para analizar por separado el comportamiento de la eficiencia administrativa o el componente de producción (α_{ij}), supondremos la calidad β_i como 1, para que no tenga efecto matemático.

 F_{ijt} : valor de la factura total de la subred i en el periodo t correspondiente a la actividad final i

Analicemos los tres posibles casos:

Caso 1. Producción dentro del rango esperado, o mayor que este (producción mayor que la P_{ijt}^{min})

$$P_{ijt} = 113 \, \rightarrow \, P_{ijt}^{min} \leq P_{ijt} \, \rightarrow \, F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = PGP_{ijt} * \beta_{jt}$$

$$F_{ijt} = \$ 1.000 * \beta_{jt}$$

$$F_{iit} = $1.000*1$$

$$F_{iit} = $1.000$$

Caso 2. Producción inferior a la producción en el periodo anterior (producción menor que en el periodo t-1)

$$P_{ijt} = 89 \rightarrow P_{ijt} < P_{ijt-1} \rightarrow \alpha_{ijt} = 0$$

Lo cual implica que:

$$T_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} \rightarrow F_{ijt} = T_i^* * \beta_{jt} * P_{ijt}$$

$$F_{iit} = 8 * 1 * 89$$

$$F_{ijt} = 712$$

Caso 3. Producción mayor que la del periodo anterior y menor que el rango esperado (producción mayor o igual que la producción en el periodo t-1 y menor o igual que la mínima acordada)

$$P_{ijt} = 95 \rightarrow P_{ijt-1} \leq P_{ijt} \leq P_{ijt}^{min} \rightarrow \alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

Hallamos φ_{ii}

$$\boldsymbol{\varphi}_{ij} = \frac{\boldsymbol{P}_{ijt}^{max}}{\boldsymbol{P}_{ijt}^{min}} - \mathbf{1}$$

$$\varphi_{ij} = \frac{125}{100} - 1$$

$$\boldsymbol{\varphi_{ij}} = 1.25 - 1$$

$$\varphi_{ij} = 0.25$$

Hallamos aijt

$$\alpha_{ijt} = \frac{P_{ijt} - P_{ijt-1}}{P_{ijt}^{min} - P_{ijt-1}} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{95 - 90}{100 - 90} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = \frac{5}{10} * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

Remplazamos φ_{ij}

$$\alpha_{ijt} = 0.5 * \varphi_{ij}$$

$$\alpha_{iit} = 0.5 * 0.25$$

$$\alpha_{ijt} = 0.125$$

Remplazamos α_{ijt}

$$T_{ijt} = T_i^* * \left(\beta_{jt} + \alpha_{ijt}\right)$$

$$T_{ijt} = 8 * (1 + 0.125)$$

$$T_{ijt} = 8*(1.125)$$

$$T_{ijt} = $9$$

Hallamos \boldsymbol{F}_{ijt}

$$\boldsymbol{F_{ijt}} = \boldsymbol{T_{ijt}}\boldsymbol{P_{ijt}}$$

$$F_{ijt} = 9 * 95$$

$$F_{ijt} = \$855$$

Marco normativo

A continuación se describen las leyes, los decretos y las resoluciones que enmarcan el NMR PPD-PGPAF, en cumplimiento del plan territorial de salud en el Distrito Capital.

1. Ley 100 de diciembre 23 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". LIBRO SEGUNDO. El sistema general de seguridad social en salud.

Artículo 184. De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

2. Ley 1122 de enero 9 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

Artículo 13°: Flujo y Protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

d. Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados (...) Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50 % del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago (...).

3. Ley 1438 de enero 19 de 2011. "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones".

Artículo 23. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud. El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10 % de la Unidad de Pago por Capitación (...) El Gobierno Nacional contará con seis (6) meses para hacer las revisiones necesarias con base en estudios técnicos sobre el porcentaje máximo señalado en el presente artículo y podría realizar las modificaciones del caso. Hasta tanto no se defina el Régimen Subsidiado seguirá manejando el 8 %.

Artículo 53. Prohibición de limitaciones al acceso. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

4. **Ley 1751 de febrero 16 de 2015.** "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

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:

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.

 Decreto reglamentario 780 de mayo 6 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".

Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

- 2. Pago por evento. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo 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.
- 3. 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. (Art. 4 de/Decreto 4747 de 2007).

Artículo 2.5.3.4.6 Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la

prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

- 1. Término de duración.
- 2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
- Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- 4. Servicios contratados.
- 5. Mecanismos y forma de pago.
- 6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- 7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud,
 RIPS.
- Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
- 10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
- 11. Mecanismos para la solución de conflictos.
- 12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

Parágrafo 1. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del Parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en

Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Parágrafo 2. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo 3. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC, de cada uno de los actores, definido en los artículos 2.5.1.4.1 a 2.5.1.4.9 del presente decreto o la norma que los adicione, modifique o sustituya. (Art. 6 del Decreto 4747 de 2007)

 Resolución 0429 de febrero 17 de 2016. "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud". Artículo 1º. De la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual se adopta mediante la presente resolución, junto con su anexo técnico, el cual hace parte integral de la misma, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano.

El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Parágrafo. La política de atención integral de atención en salud cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Artículo 3º. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). La PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación.

Artículo 5°. Componentes del Modelo integral de Atención en Salud MIAS. El MIAS cuenta con diez componentes, así:

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.

7. **Acuerdo 645 de junio 9 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".

Artículo 17. Atención integral y eficiente en salud. El objetivo de este programa es el desarrollo conceptual, técnico, legal, operativo y financiero de un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en un modelo de salud positiva, corresponsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva, que se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

Parágrafo. En el marco de la Ruta Integral de Atenciones para Niños, Niñas y Adolescentes, la Secretaría Distrital de Salud garantizará la cobertura en el esquema de vacunación de todos los niños y niñas menores de 5 años, en especial los vinculados a los programas de Atención a la Primera Infancia del orden Distrital y Nacional.

Artículo 70. Incorporación del Plan Territorial de Salud. En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, se incorpora al Plan de Desarrollo Bogotá Mejor Para

Todos, el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020, el cual es

concordante con el mismo y está armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública

2012-2021.

8. Acuerdo 641 de abril 6 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"

ARTÍCULO 25°. Red integrada de servicios de salud. La oferta pública de

prestación de servicios de salud, del Distrito Capital, se organizará en una Red

Integrada de Servicios de Salud, que se estructura a través de cuatro subredes que

correspondan a cada una de las ESE resultantes de la fusión ordenada en el presente

Acuerdo.

Las subredes se organizarán en servicios ambulatorios y hospitalarios en todos los

niveles de complejidad.

ARTÍCULO 32°. Integración del Sector Salud. El Sector Salud está integrado por

la Secretaría Distrital de Salud, cabeza del Sector, y las siguientes entidades y

organismos:

Entidades Adscritas:

Establecimiento público: Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS,

126

Empresas Sociales del Estado: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E,

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., Subred Integrada de Servicios

de Salud Sur Occidente E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Centro

Oriente E.S.E.

Entidades con vinculación especial:

Sociedad de Economía Mixta: Capital Salud EPS-S S.A.S.

Entidad sin ánimo de lucro mixta: Entidad Asesora de Gestión Administrativa y

Técnica.

Entidad sin ánimo de lucro mixta: Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e

Innovación en Salud.

Organismos:

Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

Comité Directivo de Red.

9. Resolución 5268 de diciembre 22 de 2017. "Por la cual se fija el valor de la

Unidad de Pago por Capitación-UPC para el Plan de Beneficios en Salud de los

Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras

disposiciones".

127

Artículo 18. Para efectos de lo dispuesto en la presente resolución en la vigencia 2018 continuará la aplicación de la prueba piloto de igualación de prima pura de la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo en las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali y Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, manteniendo las condiciones de dicho régimen, entendiéndose para el efecto, por prima pura de UPC aquella que resulta de descontar de la misma los gastos de administración en uno u otro régimen.

Es responsabilidad de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes para el mantenimiento de las pruebas piloto de igualación de prima pura del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo, el envío de la información de manera oportuna y con calidad cada cuatrimestre de la vigencia respectiva, discriminando la misma en forma mensual en los términos del instructivo que para el efecto defina la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, el plazo para su envío se extenderá hasta la cuarta semana de! mes siguiente al vencimiento del cuatrimestre respectivo.

Parágrafo. El incumplimiento de los plazos estipulados en este artículo dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que respetando el debido proceso, determinará la viabilidad de imponer sanciones.

Artículo 19. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación de la prueba piloto Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2018, en las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali y en Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, en la suma anual de OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$864.568,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL CUATROCIENTOS UN PESOS CON CINCUENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$2.401,58).

Tabla 14: La estructura de costos por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S

Grupo de edad	Estructura de costo	Valor anual
Menores de un año	2,7654	2,390.878,80
1-4 años	0,8179	707.130,00
5-14 años	0,3267	282.456,00
15-18 años hombres	0,3847	332.600,40
15-18 años mujeres	0,6381	551.682,00
19-44 años hombres	0,6415	554.619,60
19-44 años mujeres	1,0154	877.881,60
45-49 años	1,0376	897.076.80
50-54 años	1,2973	1.121.605,20

1,5738	1.360.659,60
1,9465	1.682.884,80
2,4125	2 085.771,60
2,9424	2.543.907,60
3,6575	3.162.160,80
	1,9465 2,4125 2,9424

Fuente: Resolución 5268 de diciembre 22 de 2017 Art.19

- 10. **Resolución DDC-03 de diciembre 29 de 2017.** "Por medio de la cual se definen los criterios, las pautas y el método relacionado con el Sistema de Costos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital y se reglamenta la estructura, los procedimientos, mecanismos de reporte y términos de la entrega de la información".
- 11. **Resolución 412 de febrero 25 de 2000.** "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública".
- 12. **Resolución 4505 de diciembre 28 de 2012.** "Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento".

13. **Resolución 256 de febrero 5 de 2016.** "Por 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".

Tablas

Tabla 15. Producción observada

	Centro Oriente	Norte	Sur	Suroccidente	Total general
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 medicina 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	8473	9070	11888	8262	37693
Quirófano especializado por grupo 7 10	12801	21209	16903	7674	58587
Quirófano especializado por grupo 11 13	3410	5649	3106	2018	14183
Quirófano especializado por grupo 20 23	2433	2360	3145	1477	9415

Total general	1.247.850	1.545.159	1.762.376	1.858.232	6.413.617
Quirófano supraespecializado por grupo 20 23	488	343	114	195	1140
Quirófano supraespecializado por grupo 11 13	2206	3137	403	547	6293
Quirófano supraespecializado por grupo 7 10	2207	6202	2055	2789	13253
Quirófano supraespecializado por grupo 2 6	1058	4355	2583	1127	9123

Fuente: producción observada, Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 16. Cantidad máxima de horas de salas descrito en el anexo técnico del manual tarifario por grupo quirúrgico

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

	Tiempo de sala de cirugía	ъ.
Grupo quirúrgico	(horas)	Frecuencia
	1,5	1
	2	2
	2,5	3
9	3	1
	4	1
	1	1
	2	2
	3	5
10	1,5	1
	2,75	1
	2	2
11	2,5	2
	3	6
	2	2
	2,5	3
10	3	5
12	3,5	1
	4	2
	4,5	1
	2	1
	3	1
13	3,5	2
	4	1
	3	1
20	5	1

Grupo quirúrgico	Tiempo de sala de cirugía (horas)	Frecuencia		
	3	1		
21	5	1		
	7	1		
	4,25	1		
Total general		69		

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

Tabla 17. Costo total Subred Sur

	Costo total por tipología, ESE y Subred Sur 2015									
No	Tipo de producto	Meissen	Tunal	Nazaret	Tunjuelito	Vista Hermosa	Usme	Total Subred Sur		
1	Consultorio básico 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 básico otros enfermería	-	-	-	-	-	-	-		
3	Consultorio básico psicología	134.463.827	-	-	210.206.924	-	463.782.524	808.453.275		
4	Consulta especializada y supraespecializada	11.619.336.097	17.620.658.476	-	2.081.891.818	-	-	31.321.886.391		
5	Consultorio urgencias básico	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 odontológico	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 odontológico especializado	240.597.195	70.967.921	-	419.939.235	-	41.209.869	772.714.221		
9	Cama básico	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 pediatría	2.382.679.357	5.977.110.479	-	855.391.216	1.511.074.206	-	10.726.255.258		
13	Cama especializado quirúrgico	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 observación 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 pediátrica	-	4.032.470.725	-	-	-	-	4.032.470.725		
19	Cama UCI intermedios pediátrica	-	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	Quirófano básico	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	Quirófano especializado-grupo del 2 al 6	1.969.240.053	3.506.790.616	-	1.144.406.685	-	-	6.620.437.354		
24	Quirófano especializado-grupo del 7 al 10	6.734.865.237	11.136.091.891	-	1.142.623.973	-	-	19.013.581.101		
25	Quirófano especializado-grupo del 11 al 13	1.546.307.564	3.938.929.020	-	78.565.061	-	-	5.563.801.645		
26	Quirófano especializado-grupo del 20 al 23	421.565.479	8.550.883.726	-	41.119.302	-	-	9.013.568.508		
27	Quirófano supraespecializado-grupo del 2 al 6		1.512.725.662	-	-	-	-	1.512.725.662		
28	Quirófano supraespecializado-grupo del 7 al 10		2.184.286.822	-	-	-	-	2.184.286.822		
29	Quirófano supraespecializado-grupo del 11 al 13		737.406.215	-	-	-	-	737.406.215		
30	Quirófano supraespecializado-grupo del 20 al 23		275.269.280	-	-	-	-	275.269.280		

Tabla 18. Costo total Subred Norte

		Cost	to total por tipología, F	ESE y Subred Norte 20	15		
N o	Tipo de producto	Chapinero	Suba	Usaquén	Engativá	Simón Bolívar	Total Subred Norte
1	Consultorio básico medicina	2.165.233.684	4.817.494.864	2.638.466.169	8.492.594.152	-	18.113.788.869
	general						
2	Consultorio básico otros enfermería	-	708.783.167		-	-	708.783.167
3	Consultorio básico psicología	27.902.883	235.973.795	-	346.690.416	158.448.273	769.015.366
4	Consulta especializada y	277.863.123	5.355.721.571	48.902.195	3.960.079.848	12.718.921.284	22.361.488.021
	supraespecializada						
5	Consultorio urgencias básico	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	-	4.407.459.389	-	3.032.168.083	5.920.964.398	13.360.591.869
	especializado						
7	Consultorio odontológico	1.664.032.083	2.320.412.474	2.062.825.204	2.883.476.581	-	8.930.746.343
8	Consultorio odontológico	77.593.221	561.738.946	34.791.488	289.699.339	885.110.487	1.848.933.481
	especializado						
9	Cama básico	645.422.315	2.724.380.552	112.147.638	1.646.536.228	5.623.204.284	10.751.691.016
1	Cama especializado ginecología	13.097.453	4.304.435.074	-	2.256.140.718	4.735.426.877	11.309.100.122
0	y obstetricia						
1	Cama especializado medicina	168.652.063	3.391.497.758	-	4.848.529.304	9.371.558.604	17.780.237.730
1	interna						
1 2	Cama especializado pediatría	-	2.830.934.683	-	2.304.350.173	5.449.080.026	10.584.364.882
1	Cama especializado quirúrgico	-	1.359.021.707	_	1.538.575.780	2.279.315.850	5.176.913.337
3							
1	Cama especializado salud mental	-	-	747.691.449	-	11.864.734.751	12.612.426.200
4							
1	Cama observación urgencias	603.762.025	4.667.998.434	174.460.228	2.372.344.225	5.529.185.105	13.347.750.017
5							
1	Cama UCI adultos	-	1.731.919.764	-	2.407.711.609	4.866.048.664	9.005.680.038
6			2 004 5			0.000	
7	Cama UCI neonatal	-	3.081.783.593	-	1.422.623.411	3.072.000.539	7.576.407.543
1	Cama UCI pediátrica	-	44.771.954	-	-	5.200.880.334	5.245.652.288
8							
1	Cama UCI intermedios pediátrica	-	-	-	-	177.688.024	177.688.024
9							

2	Cama UCI intermedios adultos	-	1.526.446.493	-	749.405.047	529.119.192	2.804.970.732
0							
2	Cama UCI intermedios neonatal	-	1.422.862.387	-	596.687.910	1.619.128.161	3.638.678.457
1							
2	Quirófano básico	237.416.062	2.818.762.360	47.078.097	1.424.337.416	3.325.385.469	7.852.979.404
2							
2	Quirófano especializado-grupo	-	1.400.819.169	-	1.960.728.553	1.467.249.138	4.828.796.859
3	del 2 al 6						
2	Quirófano especializado-grupo	-	7.853.174.313	-	5.433.577.863	8.747.288.534	22.034.040.710
4	del 7 al 10						
2	Quirófano especializado-grupo	-	3.134.050.514	-	1.062.209.640	4.955.652.098	9.151.912.251
5	del 11 al 13						
2	Quirófano especializado-grupo	-	547.442.324	-	493.345.368	3.878.593.479	4.919.381.172
6	del 20 al 23						
2	Quirófano supraespecializado-	-		-		407.984.141	407.984.141
7	grupo del 2 al 6						
2	Quirófano supraespecializado-	-		-		1.203.153.969	1.203.153.969
8	grupo del 7 al 10						
2	Quirófano supraespecializado-	-		-		1.495.679.781	1.495.679.781
9	grupo del 11 al 13						
3	Quirófano supraespecializado-	-		-		261.366.933	261.366.933
0	grupo del 20 al 23						

Tabla 19. Costo total Subred Centro Oriente

	Costo total por tipología, ESE y Subred Centro Oriente 2015									
N	Tipo de producto	Centro Oriente	La Victoria	Rafael Uribe	San Blas	San Cristóbal	Santa Clara	Total Subred		
0				Uribe				Centro Oriente		
1	Consultorio básico medicina general	3.118.860.614	-	5.370.239.935	-	5.765.579.047	-	14.254.679.595		
2	Consultorio básico otros enfermería	-	-	-	31.968.541	-	-	31.968.541		
3	Consultorio básico psicología	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 básico	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 odontológico	1.630.681.351	-	12.641.901.325	-	4.354.240.356	-	18.626.823.033		
8	Consultorio odontológico especializado	23.357.531	227.518.847	-	64.306.598	-	64.421.108	379.604.085		
9	Cama básico	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		

1	Cama especializado ginecología y	544.100	9.333.751.032	-	2.248.777.449	-	74.724.622	11.657.797.203
0	obstetricia							
1	Cama especializado medicina interna	3.158.713.879	3.793.080.845	-	3.539.246.173	-	9.444.292.442	19.935.333.339
1 2	Cama especializado pediatría	2.406.203.207	2.554.510.049	-	2.995.935.900	-	2.607.408.050	10.564.057.206
1	Cama especializado quirúrgico	21.276.050	367.129.303	-	119.127.409	-	3.488.648.405	3.996.181.167
3	Cama especializado salud mental	-	1.879.373.293	-	1.517.417.211	-	4.880.208.995	8.276.999.499
4								
5	Cama observación urgencias	-	5.372.550.694	510.966.315	2.010.219.399	-	9.183.193.436	17.076.929.845
1 6	Cama UCI adultos	-	2.992.616.434	-	1.989.452	-	10.934.711.767	13.929.317.653
1	Cama UCI neonatal	-	5.237.154.161	-	-	-	-	5.237.154.161
7	Cama UCI pediátrica	-	-	-	-	-	3.996.776.350	3.996.776.350
8								
9	Cama UCI intermedios pediátrica	95.229.490	842.189.398	-	-	-	1.908.685.969	2.846.104.858
2	Cama UCI intermedios adultos	-	8.093.189.738	-	1.666.569.964	-	3.382.612.825	13.142.372.527
2	Cama UCI intermedios neonatal	-	3.361.706.847	-	984.262.007	-	-	4.345.968.853
2	Quirófano básico	-	6.408.441.001	141.848.820	1.359.631.890	175.163.334	-	8.085.085.045
2		551.062.012	2 1/2 514 502		1 112 074 524		1 202 504 001	5 22 4 0 40 000
3	Quirófano 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
2	Quirófano 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
2	Quirófano especializado-grupo del 11 al 13	617.447.500	2.072.562.134	-	522.782.759	-	3.015.432.155	6.228.224.548
2	Quirófano especializado-grupo del 20	28.593.184	704.153.633	-	314.063.876	-	4.798.536.407	5.845.347.100
2	al 23 Quirófano supra especializado-grupo	-	45.298.040	-		-	406.156.135	451.454.175
7	del 2 al 6 Quirófano supra especializado-grupo	-	112.031.102	-		_	2.638.947.109	2.750.978.211
8	del 7 al 10	-	112.031.102	-		-		2.750.770.211
2	Quirófano supra especializado-grupo del 11 al 13	-	591.086.168	-		-	4.022.204.354	4.613.290.522
3	Quirófano supra especializado-grupo del 20 al 23	-	5.232.010	-		-	1.428.024.523	1.433.256.534
0	GGI 20 dI 23							

Tabla 20. Costo total Subred Suroccidente

	Costo total por tipología, ESE y Subred Suroccidente 2015									
No	Tipo de producto	Bosa	Kennedy	Del Sur	Fontibón	Pablo VI Bosa	Total Subred Suroccidente			
1	Consultorio básico medicina general	-	-	13.231.845.150	3.818.721.140	13.357.719.036	30.408.285.326			

2	Consultorio básico otros enfermería	-	-	-	-	-	-
3	Consultorio básico psicología	-	-	6.057.246	94.335.732	665.936.584	766.329.562
	Consulta especializada y supra						
4	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 básico	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 odontológico	-	124.245.333	3.606.027.926	1.589.645.518	4.654.138.878	9.974.057.655
	Consultorio odontológico						
8	especializado	-	504.161.670	-	505.894.004	-	1.010.055.675
9	Cama básico	689.917.876	3.293.080.856	666.758.584	743.767.077	1.104.134.775	6.497.659.169
	Cama especializado ginecología y						
10	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 pediatría	1.944.361.973	3.155.943.086	-	828.835.481	368.970.047	6.298.110.587
13	Cama especializado quirúrgico	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 observación 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 pediátrica	-	3.116.661.438	-	-	-	3.116.661.438
19	Cama UCI intermedios pediátrica	-	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	Quirófano básico	722.610.548	4.990.455.643	434.352.006	753.121.814	517.013.523	7.417.553.534
	Quirófano especializado-grupo del 2						
23	al 6	2.248.668.409	3.021.972.284	-	1.154.587.436	-	6.425.228.130
	Quirófano especializado-grupo del 7						
24	al 10	1.870.333.068	7.152.552.167	-	2.918.232.450	-	11.941.117.686
	Quirófano especializado-grupo del 11						
25	al 13	372.249.821	4.268.920.273	-	427.163.738	-	5.068.333.832
	Quirófano especializado-grupo del 20						
26	al 23	-	5.320.762.204	-	16.341.925	-	5.337.104.129
	Quirófano supra especializado-grupo						
27	del 2 al 6	-	518.474.945	-	-	-	518.474.945
	Quirófano supra especializado-grupo						
28	del 7 al 10	-	2.580.488.339	-	-	-	2.580.488.339
	Quirófano supra especializado-grupo						
29	del 11 al 13	-	773.864.000	-	-	-	773.864.000
20	Quirófano supra especializado-grupo		292 270 012				202 270 012
30	del 20 al 23	-	383.379.912	-	-	-	383.379.912

Tabla 21. Costos unitarios Subred Sur

	Costo unitario por tipología, ESE y Subred Sur 2015								
No	Tipo de producto	Meissen	Tunal	Nazaret	Tunjuelito	Vista Hermosa	Usme		
1	Consultorio básico medicina general	26.858	-	7.977	22.006	38.787	20.235		
2	Consultorio básico otros enfermería	-	-	-	-	-	-		
3	Consultorio básico psicología	30.203	-	-	26.126	-	38.921		
4	Consulta especializada y supra especializada	107.276	152.107	-	48.002	-			
5	Consultorio urgencias básico	157.576	294.051	503.936	102.822	120.628	95.327		
6	Consultorio urgencias especializado	110.026	94.845		115.142				
7	Consultorio odontológico	46.775		165.345	39.058	22.803	29.503		
8	Consultorio odontológico especializado	30.226		-	15.996	-	7.542		
9	Cama básico	-	-	-	-	-	-		
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 pediatría	718.540	2.148.494		637.158	1.524.974			
13	Cama especializado quirúrgico	649.864	1.724.547		390.252				
14	Cama especializado salud mental					5.519.672			
15	Cama observación 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 pediátrica		8.000.934						
19	Cama UCI intermedios pediátrica		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	Quirófano básico	594.003	1.011.496	29.029.009	703.900	2.090.341	9.145.746		
23	Quirófano especializado-grupo del 2 al 6	406.448	701.078		508.173				
24	Quirófano especializado-grupo del 7 al 10	817.437	1.409.989		1.022.025				
25	Quirófano especializado-grupo del 11 al 13	1.232.118	2.155.955		1.540.491				
26	Quirófano especializado-grupo del 20 al 23	1.494.913	2.996.105		1.869.059				
27	Quirófano supra especializado-grupo del 2 al 6		637.743						
28	Quirófano supra especializado-grupo del 7 al 10		1.282.611						
29	Quirófano supra especializado-grupo del 11 al 13		1.961.187						
30	Quirófano supra especializado-grupo del 20 al 23		2.725.438						

Fuente: Grupo técnico

NMR (PPD-PGPAF).

Tabla 22. Costos unitarios Subred Norte

	Costo unitario por	tipología, por ESE y Sub	red Norte 2015	5		
No	Tipo de producto	Chapinero	Suba	Usaquén	Engativá	Simón Bolívar
1	Consultorio básico medicina general	42.285	33.743	26.956	51.871	-
2	Consultorio básico otros enfermería	-	-	-	-	-
3	Consultorio básico psicología	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 básico	129.312	96.435	299.555	155.760	227.091
6	Consultorio urgencias especializado		75.552		295.966	73.572
7	Consultorio odontológico	34.709	30.205	41.150	28.830	-
8	Consultorio odontológico especializado	20.802	101.617	21.731	28.085	59.280
9	Cama básico	-	-	-	-	-
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 pediatría	-	786.394		1.425.704	1.985.093
13	Cama especializado quirúrgico		770.391		1.655.787	1.979.093
14	Cama especializado salud mental					4.258.699
15	Cama observación 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 pediátrica					14.859.658
19	Cama UCI intermedios pediátrica					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	Quirófano básico	7.658.583	809.292	2.615.450	555.514	2.149.570
23	Quirófano especializado-grupo del 2 al 6		446.975		358.648	540.224
24	Quirófano especializado-grupo del 7 al 10		898.944		721.303	1.086.485
25	Quirófano especializado-grupo del 11 al 13		1.354.972		1.087.216	1.661.298
26	Quirófano especializado-grupo del 20 al 23		1.643.971		1.319.105	2.308.687
27	Quirófano supra especializado-grupo del 2 al 6					193.541
28	Quirófano supra especializado-grupo del 7 al 10					389.244
29	Quirófano supra especializado-grupo del 11 al 13					595.177
30	Quirófano supra especializado-grupo del 20 al 23					827.111

Tabla 23. Costos unitarios Subred Centro Oriente

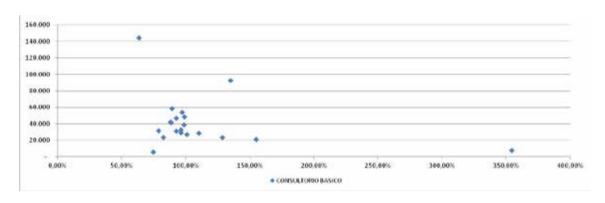
	Costo unitario por t	tipología, por ESF	y Subred Cen	tro Oriente 20	015		
No	Tipo de producto	Centro Oriente	La Victoria	Rafael Uribe Uribe	San Blas	San Cristóbal	Santa Clara
1	Consultorio básico medicina general	31.001	-	42.137	-	32.185	-
2	Consultorio básico otros enfermería	-	-	-	-	-	-
3	Consultorio básico psicología	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 básico	180.596	462.130	160.187	114.259	532.535	263.328
6	Consultorio urgencias especializado	-	101.237		82.915		155.526
7	Consultorio odontológico	31.867	-	199.289		41.065	
8	Consultorio odontológico especializado	12.799	54.600	-		-	
9	Cama básico	-	-	-	-	-	-
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 pediatría	1.210.364	1.034.215		1.163.922		1.512.418
13	Cama especializado quirúrgico	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 observación 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 pediátrica						10.920.154
19	Cama UCI intermedios pediátrica	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	Quirófano básico		921.680	5.673.953	1.654.053	12.511.667	
23	Quirófano especializado-grupo del 2 al 6	1.554.825	531.514		558.104		569.103
24	Quirófano especializado-grupo del 7 al 10	3.127.022	1.068.967		1.122.445		1.144.565
25	Quirófano especializado-grupo del 11 al 13	4.713.340	1.634.513		1.691.854		1.750.106
26	Quirófano especializado-grupo del 20 al 23	5.718.637	2.271.463		2.052.705		2.432.102
27	Quirófano supra especializado-grupo del 2 al 6	5./10.03/	612.136		2.032.703		699.064
	Quirófano supra especializado-grupo del 2 al 6 Quirófano supra especializado-grupo del 7 al 10		1.231.111				1.405.939
28			1.882.440				
29	Quirófano supra especializado-grupo del 11 al 13						2.149.762
30	Quirófano supra especializado-grupo del 20 al 23		2.616.005				2.987.499

Tabla 24. Costos unitarios Subred Suroccidente

Costo unitario por tipología, por ESE y Subred Sur Occidente 2015								
No	TIPO DE PRODUCTO	BOSA	KENNEDY	DEL SUR	FONTIBON	PABLO VI BOSA		
1	Consultorio básico medicina general	-	-	48.147	51.998	27.132		
2	Consultorio básico otros enfermería	-	-	-	-			
3	Consultorio básico psicología			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 básico	239.366	327.832	169.274	84.310	178.328		
6	Consultorio urgencias especializado	-	194.868		39.145			
7	Consultorio odontológico		52.424	18.829	24.849	28.330		
8	Consultorio odontológico especializado		75.609	-	41.324			
9	Cama básico	-	-	-	-			
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 pediatría	838.087	1.570.902		1.069.465	968.07		
13	Cama especializado quirúrgico	552.250	1.772.333		811.972			
14	Cama especializado salud mental		4.051.221					
15	Cama observación 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 pediátrica		24.735.408					
19	Cama UCI intermedios pediátrica		2.418.139					
20	Cama UCI intermedios adultos		15.452.261		2.196.524			
21	Cama UCI intermedios neonatal		2.766.955					
22	Quirófano básico	473.222	1.140.676	6.786.750	612.792	716.083		
23	Quirófano especializado-grupo del 2 al 6	782.146	846.965		634.737			
24	Quirófano especializado-grupo del 7 al 10	1.573.030	1.703.394		1.276.567			
25	Quirófano especializado-grupo del 11 al 13	2.371.018	2.604.588		1.924.161			
26	Quirófano especializado-grupo del 20 al 23		3.619.566		2.334.561			
27	Quirófano supra especializado-grupo del 2 al 6		460.049					
28	Quirófano supra especializado-grupo del 7 al 10		925.238					
29	Quirófano supra especializado-grupo del 11 al 13		1.414.742					
30	Quirófano supra especializado-grupo del 20 al 23		1.966.051					

Figuras

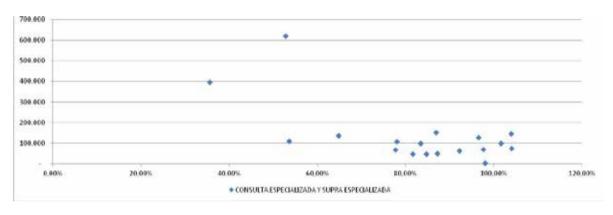
Figura 10. Consultorio básico



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Figura 11. Consultorio especializado y

supraespecializado



590.000

480.000

280.000

180.000

78,00%

80,00%

82,00%

84,00%

86,00%

\$8,00%

\$8,00%

90,00%

92,00%

Figura 12. Consultorio de urgencias básico

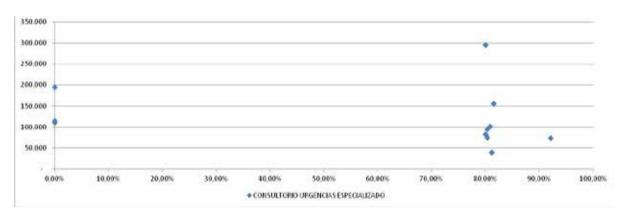


Figura 13. Consultorio de urgencias especializado

Figura 14. Consultorio odontológico

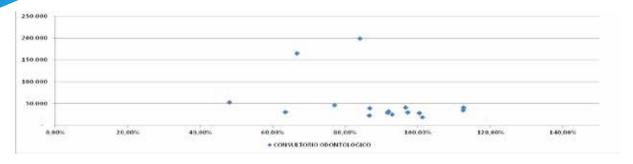
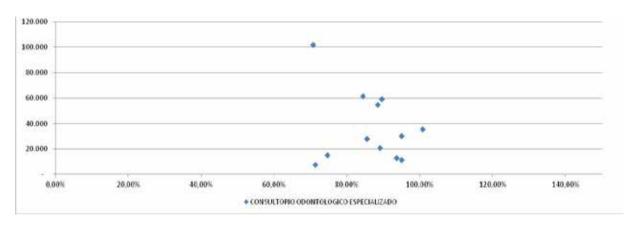


Figura 15. Consultorio odontológico especializado



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Figura 16. Cama observación urgencias

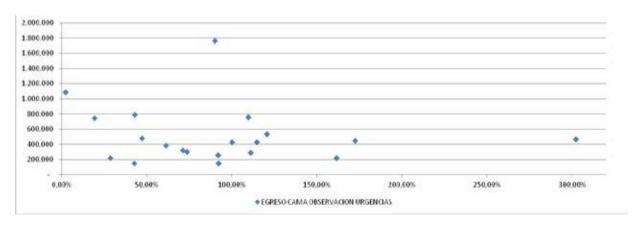


Figura 17. Cama UCI adultos

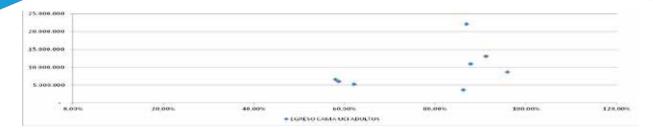
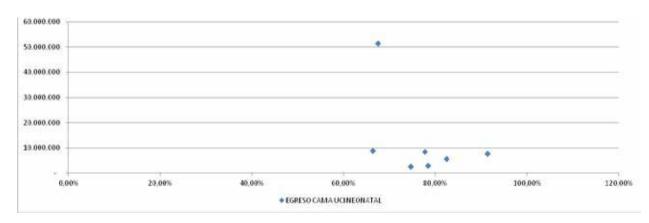


Figura 18. Cama UCI neonatal



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Figura 19. Cama UCI pediátrica

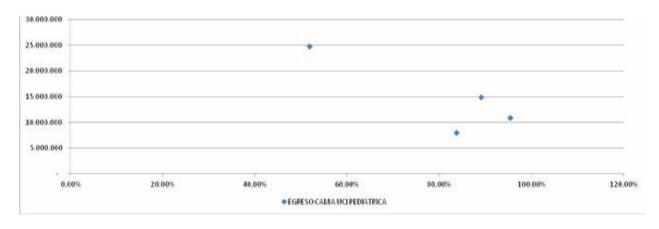


Figura 20. Cama UCI intermedios adultos

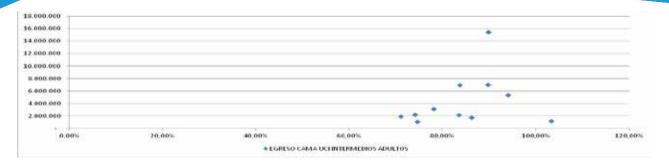
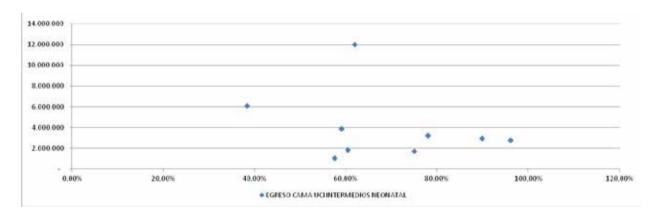


Figura 21. Cama UCI intermedios neonatal



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Figura 22. Cama UCI intermedios pediátrica

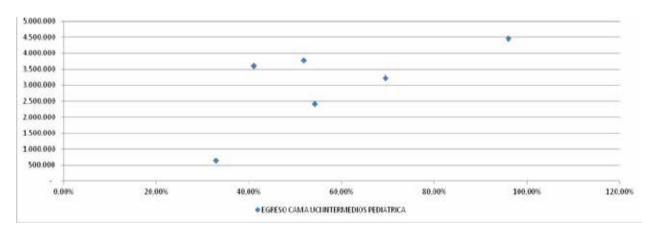


Figura 23. Quirófano especializado grupos 2-6

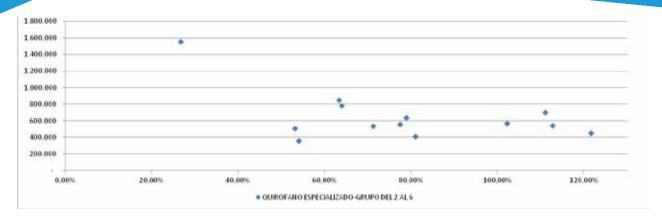
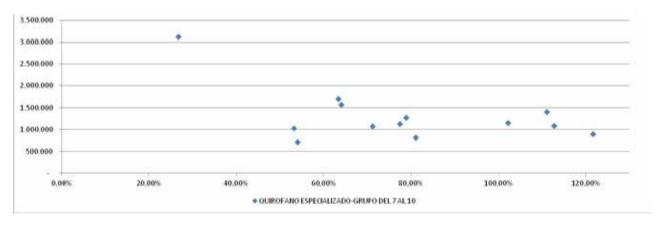


Figura 24. Quirófano especializado grupos 7-10



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Figura 25. Quirófano especializado grupos 11-13

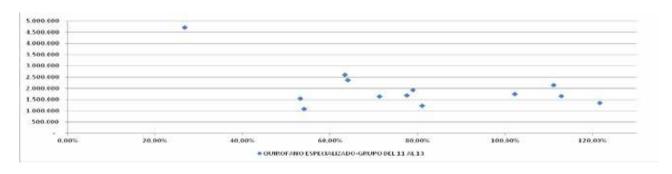


Figura 26. Quirófano especializado grupos 20-23

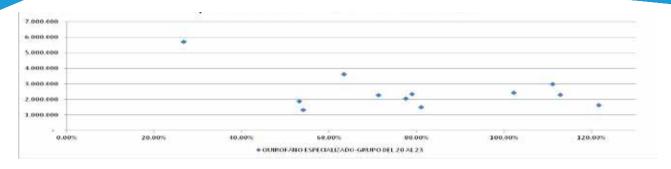
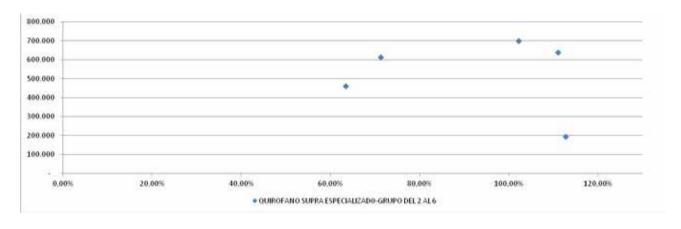


Figura 27. Quirófano supra especializado grupos 2-6



Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

Figura 28. Quirófano supra especializado grupos 7-10

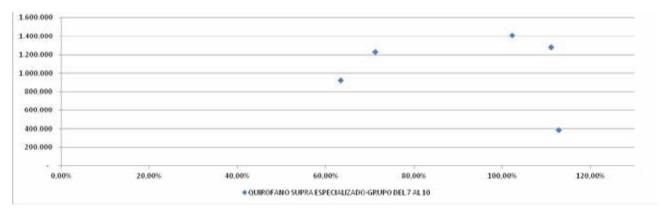


Figura 29. Quirófano supra especializado grupos 11-13

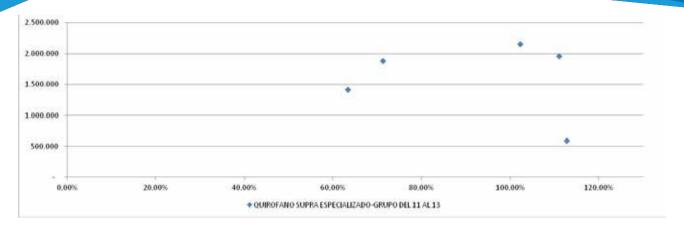
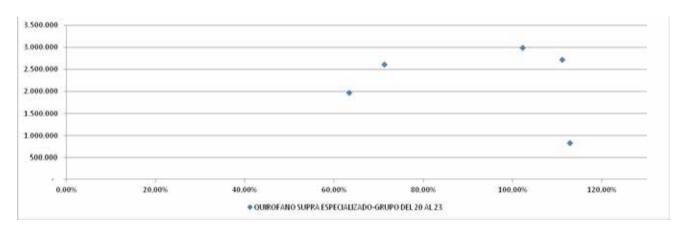


Figura 30. Quirófano supra especializado grupos 20-23



Estimación consulta básica por medicina general, enfermería y psicología

\$577.111

\$571.096

\$571.096

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.00000

\$580.0000

\$580.0000

\$580.00000

\$580.00000

\$580.00000

\$580.00000

\$580.00000

\$580.

Figura 31. Consulta básica por médico general

Fuente: Grupo técnico NMR (PPD-PGPAF).

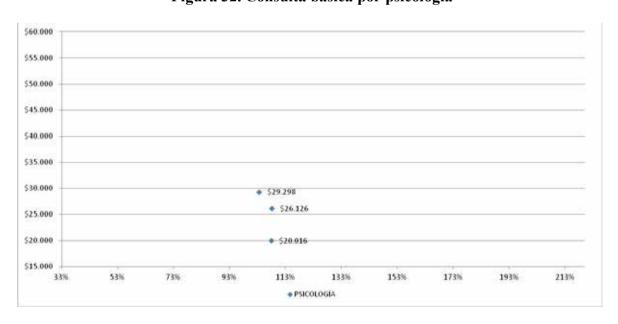


Figura 32. Consulta básica por psicología

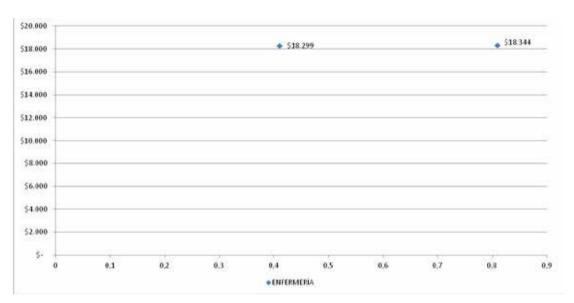


Figura 33. Consulta básica por enfermería