

LA CRISIS HOSPITALARIA: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN Y EL PAGO POR SERVICIOS INDIVIDUALES DE SALUD EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED PÚBLICA DE BOGOTÁ¹

HOSPITAL CRISIS: ANALYSIS OF PRODUCTION AND PAYMENT FOR INDIVIDUAL HEALTH CARE SERVICES IN A FIRST LEVEL PUBLIC HOSPITAL IN BOGOTÁ

² Luis Alejandro Gómez

Resumen

En diversos medios de información generales y especializados se ha vuelto a hablar recientemente de una crisis en la red pública hospitalaria de todo el país que también ha involucrado a los hospitales de Bogotá. Diversas causas se han atribuido a la mencionada crisis, entre las cuales figura la modalidad de contratación y el pago por venta de servicios a los distintos pagadores identificados en el sistema.

Se presenta un análisis de la producción y la facturación por servicios individuales en una Empresa Social del Estado de primer nivel de atención durante el tercer trimestre de 2011, comparándola con su facturación si contratara mediante pago por evento según las tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). Se identifica una disminución en la facturación al Fondo Financiero Distrital de Salud y también en la facturación a las EPS cuando se plantea el ejercicio del pago por evento de los servicios producidos y facturados en el periodo analizado.

Palabras clave: servicios de salud, pago por capitación, costos hospitalarios, pago por servicios de salud.

Abstract

In various general and expertise media has recently revived talk of a crisis in the public hospital network across the country that has also involved the hospitals in Bogota city. Multiple causes have been attributed to the aforementioned crisis, among which is the type of contract and payment for the sale of services to different payers identified in the system.

This case study presents an analysis of production and billing for individual services in a first level State Social Enterprise care, during the third quarter of 2011, compared with its turnover if pay-per-hire by the rates from Mandatory Traffic Accidents Insurance (SOAT). It identifies a lower level of billing to Financial District Health Fund (FFDS) and a lower level too in billing to the Subsidized Health Promoting Enterprises (EPSS) when exercise raises the event of payment for the services produced and billed in the analyzed period.

Key words: Health care economics and organizations, health care sector, hospital costs, capitation fee.

Recibido el 20/06/2012

Aprobado 08/09/2012

1 Estudio de caso

2. Odontólogo, magíster en Salud Pública; profesor asistente, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque; director de la maestría en Salud Pública, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia gomezluis@unbosque.edu.co

INTRODUCCIÓN

Las Empresas Sociales del Estado (ESE) son las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública que actualmente concentran sus acciones en la atención de la población más pobre y vulnerable del país, perteneciente especialmente al régimen subsidiado y a la población pobre no asegurada (anteriormente llamada “vinculados transitorios”) que todavía presentan esta condición. En Bogotá, el Acuerdo 17 de 1997 (1) que reglamentó la conformación de las ESE les confirió autonomía administrativa y financiera que las ha llevado a ingresar al mercado del aseguramiento y prestación de servicios, bajo reglas de oferta y demanda reguladas por el Estado.

Varios autores (2,3) y medios de comunicación generales (4,5,6) y especializados (7) han hecho visible el problema que implica la situación económica de estos hospitales que tienen bajo su responsabilidad la atención de las personas que al no tener una vinculación laboral y presentar condiciones de vulnerabilidad social, tienen una alta carga de enfermedad y riesgos para su salud. Frecuentemente se habla de crisis en el sector de la salud pública para referirse al déficit económico que a lo largo de los últimos 20 años han enfrentado muchas de estas entidades y que actualmente enfrentan.

Los análisis citados han presentado las problemáticas que se relacionan con esta situación. En distintos foros de discusión también se plantea la necesidad de identificar cuáles serían los factores que confluyen para que la condición económica y la sostenibilidad de las ESE se vea tan afectada. Entre los posibles factores que se deben tener en cuenta, se han mencionado los siguientes:

- › Costos de operación de estas entidades, que tienen un número importante de personas vinculadas a su planta de personal y que han tenido que ampliar sus equipos de trabajo mediante la contratación de personas por empresas de servicios temporales, contratación directa por orden de prestación de servicios y otras modalidades.
- › Problemas en el flujo de recursos desde los pagadores (aseguradores) que tienen deudas no saldadas con las entidades territoriales y con las ESE, que afectan profundamente el pago al personal y a los proveedores de insumos necesarios para la atención.
- › Dificultades en la gestión de recursos, en la creación de nuevas fuentes de financiación, en los

procesos de contratación que son segmentados por niveles de atención y no le permiten a los hospitales una posición equilibrada frente a los administradores de los recursos.

- › Sistemas de información débiles que no soportan adecuadamente la conformación de redes de servicios mediante las cuales se pueda mejorar la integridad y la eficiencia en la atención de las personas.
- › Modalidades de contratación y pago de servicios que no reconocen los costos de operación y las exigencias crecientes de los sistemas de control de calidad en salud.

Para este estudio se planteó la revisión y el análisis del último factor mencionado, con el fin de explorar distintos mecanismos de pago que le permitan estabilidad a las entidades públicas de salud, protegiendo a la población con mayores necesidades de atención que en el caso de presentarse una crisis hospitalaria con el cierre de entidades, será la más afectada en sus ya difíciles condiciones de vida.

El objetivo del estudio fue comparar la producción de un hospital por servicios individuales y la facturación que se generó por dichos servicios en el mismo periodo de tiempo, con las tarifas vigentes de referencia del mercado (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT), con el fin de identificar la diferencia en el pago y su posible efecto sobre las finanzas de la institución.

Para ello, se planteó revisar la producción de los servicios individuales del hospital durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2011 en todos los puntos de atención; revisar la facturación presentada a los distintos pagadores (EPS, Fondo Financiero Distrital de Salud, EPS del régimen contributivo y otros pagadores) durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2011, por concepto de prestación de servicios individuales, bajo las distintas modalidades de pago vigentes, e identificar las tarifas SOAT vigentes para el periodo estudiado y compararlas con la producción de servicios individuales con el fin de estimar la diferencia entre los recursos facturados bajo las modalidades actuales de pago y la de pago por evento con las tarifas SOAT de referencia para el sistema.

MARCO DE REFERENCIA

Los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, prestan servicios de atención individual a la población residente en las localidades

de la ciudad, bajo las modalidades de contratación y pago previstas por la normatividad vigente. Los principales pagadores de la atención individual son las EPS y la Secretaría Distrital de Salud por medio del Fondo Financiero Distrital de Salud. Cada una de estas entidades tiene mecanismos distintos de contratación y pago que pueden describirse de la siguiente manera.

Pago por capitación: consiste en un pago anual que la EPS hace al prestador de servicios de salud de primer nivel de atención por cada afiliado, basado en la definición que cada año hace el gobierno nacional de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Para el 2012, la UPC promedio definida por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) es de \$ 580.496,40 para Bogotá y otros municipios (8). En el 2011 el valor era de \$ 535.964,40 (9). Este valor promedio se desagrega en una estructura de costos por grupo de edad, en la cual las edades extremas, mayores de 75 años, de 70 a 75 años y menor de un año, respectivamente, tienen un mayor reconocimiento económico para el pago de sus servicios de salud.

El pago por capitación, según lo define el Decreto 4747 de 2007 (10), es el pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá 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 tendrían derecho a ser atendidas.

Pago fijo global prospectivo por actividad final: es el mecanismo de pago que utiliza el Fondo Financiero Distrital de Salud desde 1999 para la prestación de servicios individuales en las empresas sociales del Estado del primer nivel de atención. Consiste en establecer una tarifa fija por conjuntos de atención que incluyen una o varias actividades que se establecen en los contratos suscritos entre ambas partes. El pago se hace por consulta médica, tratamientos terminados en odontología (operatoria, cirugía y endodoncia), urgencias odontológicas, partos y otras atenciones que incluyen varias actividades para generar la factura y posterior pago.

El mismo Decreto 4747 plantea una modalidad de pago por caso, asimilable a esta modalidad, que se define de la siguiente manera: 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.

Además, existe en el sistema el pago por evento que también fue definido por el Decreto 4747 de 2007, así: mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente. Para el pago por evento se ha utilizado un manual de tarifas conocido como “Tarifas SOAT”, por la sigla del listado de procedimientos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Aunque los acuerdos de pago entre asegurador y prestador constituyen un consenso de voluntades y tienen que ver con distintas variables como frecuencias de uso, población asegurada y acceso a los servicios, este manual de tarifas se utiliza con frecuencia como referencia para acordar el pago de las acciones que se facturan por evento en la relación asegurador-prestador.

Tanto para el pago por capitación como para el pago fijo global prospectivo, anualmente se establecen las condiciones y los contenidos de la atención mediante contratos entre el hospital y la entidad que efectúa el pago. En términos generales, se puede afirmar que el pago por capitación es el que se utiliza para el régimen subsidiado en el primer nivel de atención y que el porcentaje de la UPC con el cual se hace la contratación se precisa en cada uno de los acuerdos de voluntades y contratos que suscribe la ESE con cada EPS. El promedio de este porcentaje de UPC contratada se encuentra cercano al 40 %.

Esta diferencia entre niveles de atención tiene que ver con los servicios que se prestan en cada uno de ellos. De manera general, el primer nivel de atención está conformado por una red de prestadores de servicios básicos de salud, con profesionales de nivel universitario en las áreas de medicina, odontología, enfermería, bacteriología, nutrición, terapia física, optometría y psicología. Este personal cuenta con apoyo de niveles técnicos y auxiliares para la prestación de servicios básicos de salud a su población de referencia. En los niveles 2 y 3 se encuentran servicios prestados por profesionales especializados, lo cual les confiere a estos niveles mayores responsabilidades distintas y de mayor complejidad en la prestación de los servicios de salud. La relación entre niveles está coordinada por el sistema de referencia y contrarreferencia.

La Ley 1438, en su artículo 52 (11), hace explícito que el mecanismo de contratación para los servicios de baja complejidad (primer nivel de atención) es la capitación. Esto le impone actualmente una limitación a los hospitales de primer nivel para explorar nuevas formas de pago y financiación de servicios que mediante el pago por evento, podrían tener un mejor reconocimiento y disminuir las dificultades económicas presentes.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de caso de una Empresa Social del Estado adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Para el análisis de la información se tomaron los datos suministrados por las áreas responsables de la institución, correspondientes al tercer trimestre de 2011. La decisión de analizar este periodo se tomó teniendo en cuenta que es históricamente el trimestre de mayor producción de servicios de salud debido a que no se afecta por los periodos vacacionales tradicionales de finales junio, diciembre y enero ni la Semana Santa ni el receso escolar de octubre.

Los datos y las fuentes secundarias consultadas, responsables de la recolección y consolidación de la información requerida, fueron:

1. Subgerencia de Servicios de Salud para la información de la producción de servicios de salud individuales durante el tercer trimestre de 2011. La información suministrada consistió en el número de actividades que los profesionales de la salud del hospital realizaron en el periodo estudiado. Para efectos de este estudio y dada la amplitud de servicios que presta esta institución, se agruparon las actividades según se describe en los resultados.
2. Área de facturación y cuentas médicas para la información de la facturación por servicios individuales durante el tercer trimestre de 2011. Esta información expresa el valor facturado a los distintos aseguradores (EPS y Fondo Financiero Distrital de Salud) durante el periodo analizado. No se presentan los valores sino su representación gráfica, para proteger la confidencialidad de esta información.
3. Aseguramiento para la revisión de las tarifas SOAT vigentes en el tercer trimestre de 2011. Este manual de actividades y tarifas se escogió por ser el más utilizado en los acuerdos de pago de actividades individuales entre aseguradores y prestadores.

Luego de tener consolidados los datos, se hizo el análisis de la información recolectada con el fin de identificar las diferencias y su posible efecto sobre las condiciones económicas de la entidad. El análisis de la información se hizo mediante la hoja de cálculo de Excel®, que permite de manera sencilla comparar los resultados obtenidos de la producción de servicios, la facturación de los servicios individuales prestados a la comunidad y las tarifas de referencia que se utilizaron para este análisis.

Luego de esta comparación se presentó el resultado en gráficas sencillas que permiten observar rápidamente las diferencias entre los mecanismos de pago y la producción de los servicios. No se incluyeron los valores de facturación por considerarlos de reserva de la entidad en la que se hizo el análisis.

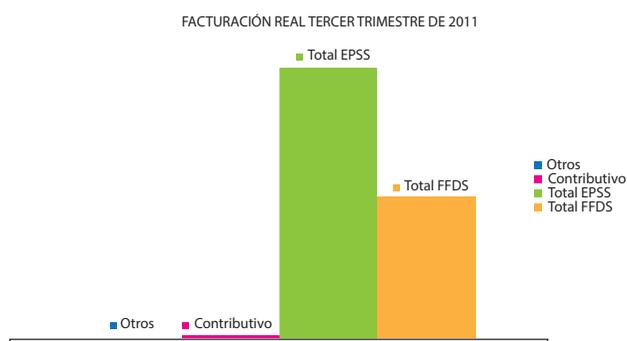
RESULTADOS

Se revisaron los datos de producción de servicios individuales de salud, prestados a los usuarios del hospital de primer nivel de atención, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2011 (tercer trimestre), con base en la información acopiada por la Subgerencia de Servicios de Salud de la entidad. Esta información se tomó de los informes presentados por los profesionales que diariamente tienen a su cargo la prestación de los servicios en todos los puntos de atención del hospital, distribuidos en el territorio donde desarrolla sus actividades.

La información se agrupó en las siguientes áreas: consulta externa, urgencias, terapias (consulta y otros ámbitos), partos, odontología (consulta y actividades), laboratorio clínico, hospitalización, apoyo diagnóstico y medicamentos.

De cada una de estas áreas se obtuvo información que, a su vez, se dividió por el tipo de aseguramiento de las personas que recibieron estos servicios, teniendo en cuenta las siguientes categorías: población pobre no afiliada (vinculados), subsidiados, contributivos y otros pagadores.

De la Subgerencia Administrativa se recibió la información sobre la facturación por tipo de aseguramiento (pagador) del periodo estudiado (figura 1).

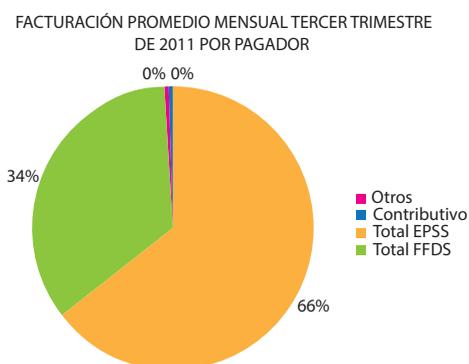


Fuente: Subgerencia Administrativa, hospital de primer nivel de atención

Figura 1. Facturación real del tercer trimestre de 2011, por tipo de pagador, en pesos colombianos .

En la figura se presentan las cuatro principales fuentes de ingresos por prestación de servicios individuales en los meses de julio, agosto y septiembre de 2011. Es claro el predominio de los recursos provenientes del régimen subsidiado y de los recursos de subsidio a la oferta (Fondo Financiero Distrital de Salud), sobre las finanzas institucionales. Aunque no se logra aún la transformación de los subsidios de oferta a demanda, el peso de la facturación por servicios prestados a los afiliados a las EPS es cercano al doble de los que se facturan por atención a la población pobre no afiliada.

Al estimar el promedio mensual se encuentra lo que se observa en la figura 2.



Fuente: Subgerencia Administrativa, hospital de primer nivel de atención

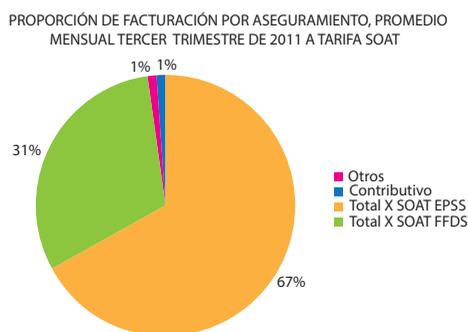
Figura 2. Estimación de la proporción del promedio mensual de facturación a partir de los datos del tercer trimestre de 2011, por tipo de pagador

La proporción de los recursos es la que se obtiene al sumar lo facturado en todo el trimestre y guarda relación directa con el promedio mensual por pagador. En la figura se observa que dos tercios de los recursos que se facturaron mensualmente en promedio por

el hospital, correspondieron a facturas presentadas a las EPS del régimen subsidiado. Los hospitales que durante varios años tenían como principal fuente de ingresos la prestación de servicios individuales a los vinculados transitorios, cuyo responsable del pago es el Fondo Financiero Distrital de Salud que es administrado por la Secretaría Distrital de Salud, han tenido que adaptarse a las condiciones del mercado del aseguramiento y hoy ha cambiado drásticamente esta situación de dependencia económica de la población pobre no afiliada, que se vivió en la primera mitad de la década pasada.

Además, lo que se aprecia en la gráfica es el avance del modelo de aseguramiento en la ciudad que para el caso se hace evidente en la gran proporción de servicios prestados facturados a personas afiliadas al régimen subsidiado de salud (65 %). En segundo lugar aparece la población pobre no asegurada (vinculados) con 33 %, mientras que el contributivo y otros pagadores no representan más del 2 % del total de servicios que se prestan y se facturan en esta institución, en el periodo analizado. Sin embargo, aunque es clara la consolidación gradual del aseguramiento y de la transformación de subsidios de oferta (entregados a los prestadores) a subsidios de demanda (que se entregan al paciente vía aseguramiento a una EPS), se esperaba que la proporción de los anteriormente llamados vinculados fuera aún menor que la observada ya que los recursos de oferta han venido en franca disminución durante los últimos 10 años y se ha anunciado su desaparición desde la misma Ley 100 de 1993 y otras normas posteriores (12,13).

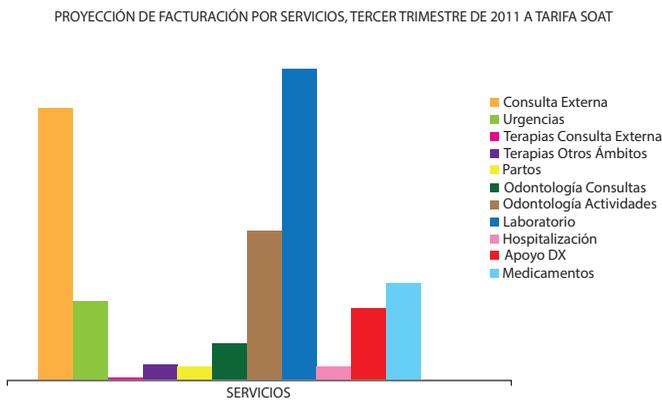
Posterior a la recolección y análisis de lo producido y facturado se inició la comparación de los servicios prestados con las tarifas SOAT 2011, según lo estipulado en el Decreto 2423 de 2006, actualizado al 2011 (14) (figura 3).



Fuente: Subgerencia de Servicios

Figura 3. Proporción de la facturación estimada a tarifa SOAT 2011 por tipo de pagador

El análisis del manual tarifario permitió comparar el pago por servicios individuales con tarifas de referencia y de conocimiento público, con el pago por capitación y por paquetes de servicios como se describió anteriormente. Este cálculo se hizo por servicio (figura 4) y por tipo de aseguramiento. La gráfica anterior muestra una proporción casi igual entre los principales pagadores al modificar la forma de pago por servicios individuales, frente a las condiciones de contratación y pago reales vigentes.



Fuente: Subgerencia de Servicios

Figura 4. Estimación de la facturación por servicios en pesos colombianos, en el tercer trimestre de 2011 a tarifa SOAT

La gráfica muestra la facturación por servicios que se proyectó con la producción real del hospital en el tercer trimestre de 2011 y las tarifas SOAT vigentes. Llama la atención que el servicio que más producción tendría si se contrata por evento a esta tarifa, es el de laboratorio clínico, seguido por consulta externa (medicina, nutrición, optometría, psiquiatría, psicología y trabajo social) y luego por odontología (consulta y actividades). En cuarto lugar se encuentran los medicamentos.

Actualmente, la contratación con las EPS bajo la modalidad de capitación, incluye todos los servicios individuales en el pago anual reglamentado por la Comisión de Regulación en Salud que establece el valor de la UPC para la vigencia. En el 2011 el valor de esta UPC (15) era de \$ 324.694,80. Para los vinculados en el pago fijo global prospectivo, descrito anteriormente, la consulta médica incluye los exámenes de laboratorio y los medicamentos. Las actividades de odontología se pagan como tratamiento terminado en un área específica: operatoria dental, cirugía oral o endodoncia. El pago fijo por cada uno de estos

tratamientos terminados incluye todas las actividades intermedias que para lograrlo se le realicen al paciente.

El análisis de la producción frente a la facturación real y la estimada por tarifa SOAT muestra varios elementos que llaman la atención, entre ellos los siguientes.

Al inicio de este trabajo se planteó que la condición económica de la red pública hospitalaria podría mejorarse si las ESE tuvieran mecanismos de pago distintos para la prestación de sus servicios individuales. En este sentido, se pensó que lo ideal en términos de facturación y pago para los hospitales, era que se contratara la prestación de dichos servicios individuales mediante el mecanismo de pago por evento. Lo anterior sustentado en experiencias previas, especialmente en la que se tuvo con el Fondo Financiero Distrital de Salud hasta 1999, cuando el pago de las actividades asistenciales se hacía por evento a una tarifa concertada con la entidad distrital. En este momento, las finanzas de los hospitales estaban en situación de estabilidad y quedó la sensación en algunas instituciones de que el cambio del pago por evento al pago fijo global prospectivo y la profundización del aseguramiento con el pago por capitación, constituían el principal elemento de inestabilidad financiera para los hospitales de la red pública. Esto podría ser cierto si se mantuvieran elevados niveles de producción de actividades sin tener en cuenta la terminación de tratamientos o el énfasis que las entidades de primer nivel de atención deben hacer sobre las acciones promocionales y preventivas.

A este respecto se debe mencionar que se ha planteado en varios espacios de discusión la necesidad de revisar el reconocimiento por las actividades preventivas que no son de alta demanda por las personas durante su ciclo vital y frecuentemente aparecen deficitarios en los informes de gestión y en las metas planteadas por las aseguradoras. Si el énfasis de la atención básica debe hacerse en estas acciones, el reconocimiento por ellas debería fomentarse mediante estímulos a la gestión, la inducción de demanda y la captación temprana de personas con enfermedades de alto impacto en el sistema.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que debe explorarse más a fondo cada uno de los posibles factores relacionados con lo que se ha denominado la “crisis hospitalaria”. Aunque se partió de esta idea para plantear el presente estudio, no se pretendía explicar ampliamente ni resolver aquí lo que configura

las distintas interacciones y relaciones entre los actores que llevan a configurar tal crisis hospitalaria.

La forma de pago que se analizó, constituye solo uno de los factores posiblemente involucrados y, en este caso, no es concluyente que su modificación tenga un efecto positivo inmediato y evidente sobre las finanzas de las Empresas Sociales del Estado.

Otros factores que pueden tener distinto grado de influencia sobre el flujo de los recursos son: la unificación de planes de beneficios ordenada por la Corte Constitucional y materializada por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en el Acuerdo 029(16) de 2011, el cálculo de la UPC especialmente para el régimen subsidiado, con las particularidades que prevén las normas vigentes en las cuales se contempla un diferencial positivo para algunos municipios del país, la utilización de servicios de salud (17) que debería ser un aspecto por tener en cuenta al momento de actualizar los planes de beneficio y, por tanto, sus costos de prestación, los porcentajes de la UPC que se tienen en cuenta para la contratación de servicios en el primer nivel de atención según el Decreto 4747 de 2007.

El énfasis del primer nivel de atención debe ser la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, sin descuidar la respuesta a las necesidades básicas de salud que manifiestan las poblaciones. Esto sumado a una adecuada gestión de los servicios permitiría la estabilidad financiera de estas instituciones que, además, deben servir de puerta de entrada al sistema. En las actuales condiciones del mercado de aseguramiento no es fácil encontrar el equilibrio económico en los prestadores públicos de servicios de salud, para ello se requiere conocimiento detallado de la normatividad que, además de ser extensa, es cambiante y compleja. También se deben establecer en cada entidad parámetros de evaluación e indicadores de gestión que hagan posible un equilibrio entre los costos de operación, la producción de servicios, la función social que deben cumplir las ESE y la sostenibilidad financiera.

Aunque García (2) presentó un análisis muy completo de las finanzas y formas de pago en la red pública hospitalaria, la normativo y las formas de contratación han cambiado sustancialmente y se requiere un nuevo ejercicio analítico complementario al presente, que profundice en los aspectos ya mencionados e identifique otros de interés para la gestión de las Empresas Sociales del Estado. Se sugiere uno en particular que es el porcentaje de la UPC con el que hoy se contrata la prestación de servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado, en el primer nivel de atención.

CONFLICTO DE INTERÉS. El autor no tiene conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Concejo Distrital de Santafé de Bogotá. Acuerdo 17 de 1997. Por medio del cual se transforman los establecimientos públicos distritales prestadores de servicios de salud en Empresas Sociales del Estado y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 1997.
2. García J, Agudelo C. Algunas relaciones entre las finanzas, los sistemas de pago y la prestación de servicios, en hospitales de la Secretaría de Salud de Bogotá. *Revista Salud Pública*. 2002;4; 2. Edición electrónica disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000200003&lng=es&nrm=iso
3. Eslava J. Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2002;2: Páginas 41-43..
4. El Espectador.com. Distrito responsabiliza a Superintendencia de Salud por crisis hospitalaria. Agosto de 2011. Fecha de consulta: 3 de mayo de 2012 Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo-292984-distrito-responsabiliza-superintendencia-de-salud-crisis-hospita>.
5. El Tiempo.com. 22 hospitales de Bogotá en riesgo de colapso por pérdidas millonarias. Septiembre de 2009. Fecha de consulta: 9 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-6198547>.
6. El Espectador.com. Crisis hospitalaria afectaría a más de dos millones de bogotanos. Agosto de 2012. Fecha de consulta: 9 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo-367427-crisis-hospitalaria-afectaria-mas-de-dos-millones-de-bogotanos>.
7. El Pulso.com. Hospitales colombianos afectados por iliquidez; 2011, N° 156. Fecha de consulta: 11 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.elpulso.com>.
8. Comisión de Regulación en Salud, CRES. Acuerdo 030 de 2012. Por el cual se fija el valor de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2012. Enero de 2012

9. Comisión de Regulación en Salud, CRES. Acuerdo 019 de 2011. Por el cual se fija el valor de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2011. Diciembre de 2011
10. Ministerio de la Protección Social. 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. Diciembre de 2007.
11. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Enero de 2011.
12. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema general de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre de 1993.
13. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones al SGSSS y se dictan otras disposiciones. Enero de 2007.
14. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2423 de 2006. Por el cual se establece el manual tarifario. Actualización 2011.
15. Comisión de Regulación en Salud, CRES. Acuerdo 19 de 2009. Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011.
16. Comisión de Regulación en Salud, CRES. Acuerdo 029 de 2011. Por el cual se sustituye el acuerdo 028 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Diciembre de 2011.
17. Gomez LA, Tovar H, Agudelo C. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud. Revista Salud Pública. 2003;5: Edición Electrónica disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642003000300002&lng=es&nrm=iso