

January 2008

## Análisis general del desarrollo del Régimen Contributivo en Colombia

Wilson G. Jiménez B.

*Universidad de La Salle, Bogotá, revistasaludvisual@lasalle.edu.co*

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo>



Part of the [Eye Diseases Commons](#), [Optometry Commons](#), [Other Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Commons](#), and the [Vision Science Commons](#)

---

### Citación recomendada

Jiménez B. WG. Análisis general del desarrollo del Régimen Contributivo en Colombia. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2008;(10): 101-109.

This Artículo de Investigación is brought to you for free and open access by the Revistas científicas at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular* by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact [ciencia@lasalle.edu.co](mailto:ciencia@lasalle.edu.co).

# Análisis general del desarrollo del Régimen Contributivo en Colombia

Wilson G. Jiménez B.\*

## RESUMEN

El presente artículo analiza los principales factores macroeconómicos que han afectado el óptimo desempeño del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud; para ello se adelanta una revisión a las orientaciones políticas dadas por un estamento de financiamiento internacional, como lo es el Banco Mundial, que originaron las reformas estructurales de la mayoría de los países de Latinoamérica a finales de la década de los ochenta e inicios de los noventa.

Posteriormente, se revisan los resultados de los principales indicadores macroeconómicos, que tienen relación directa con el Régimen Contributivo, tales como comportamiento del PIB, estadísticas de empleo, gasto público y privado en salud, entre otros, correlacionándolos entre sí, con el fin de identificar posibles fallas que hayan limitado el crecimiento en la afiliación de poblaciones potenciales.

Luego se procede a analizar el comportamiento de indicadores internos del Régimen Contributivo, que determinan su adecuada dinámica, como son la densidad salarial y familiar, la equidad en cuanto al valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo respecto a la del Régimen Subsidiado y a los subsidios parciales, creados por medio del Acuerdo 267 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y elevados a ley mediante la Ley 1122 de 2007; finalmente, se analizan los resultados de las cinco principales EPS, así como de dos de los más importantes *holdings* empresariales en salud del país.

**Palabras clave:** Unidad de Pago por Capitación - UPC, Entidad Promotora de Salud - EPS, Producto Interno Bruto - PIB, densidad salarial, densidad familiar, ingresos operacionales, utilidades operacionales, utilidades netas.

\* Odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia. MSc. en Administración de la Universidad de La Salle. Docente Grupo Gerencia y administración en salud visual y ocupacional de la Universidad de La Salle. Correo electrónico: wjimenez@lasalle.edu.co  
Fecha de recepción: 18 de febrero de 2008.  
Fecha de aprobación: 7 de marzo de 2008.

## **GENERAL ANALYSIS OF THE CONTRIBUTIVE REGIME DEVELOPMENT IN COLOMBIA**

### **ABSTRACT**

This study analyzes the main macroeconomic factors that have affected the optimal performance of the Contributive Regime in the General System of Social Security in Health. The political guidelines given by an international financing organization as World Bank which caused structural reforms in most of the Latin American countries at the end of the 80s and at the beginning of the 90s are being reviewed.

Later, the results of the main macroeconomic indicators with a direct relation to Contributive Regime such as GIP behavior, employment statistics, public and private expenses in health, among others, are reviewed and related among themselves in order to identify possible failures that have limited the growth in affiliations by potential populations.

Then, this study analyzes the behavior of Contributive Regime domestic indicators, which determine their appropriate dynamics, such as family and salary density, equity regarding the value of the Payment Unit by Capitation of the Contributive Regime regarding the Subsidy Regime and the partial subsidies created by Agreement 267 of 2004 by the National Council of Social Security in Health, and made them in Law 1122 of 2007. Finally, it analyzes the results of the main five EPS, as well as two of the most important health company *holdings* in the country.

**Key words:** Payment Unit by Capitation – UPC, Health Promoting Company – EPS, Gross National Product – PIB, Salary Density, Family Density, Operational Incomes, Operational Utilities, Net Utilities.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las transformaciones desencadenadas a partir del consenso de Washington, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional se convirtieron en impulsores de importantes cambios que estaban encaminados a la redefinición del papel del Estado, reduciendo su participación en amplios sectores de la economía, con el fin de centrar su accionar en el desarrollo de políticas sociales en sectores específicos, como saneamiento básico, salud y educación, entre otras; e introduciendo el mecanismo de mercado, del que hace parte el aseguramiento en salud, como instrumento garante de la eficiencia en la asignación de los recursos.

Como corolario de estos procesos, en el año 2000, el Banco Mundial adopta la definición dada por Holzmán y Jorgensen en el documento titulado “Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para protección social y más allá”, según el cual, “La idea revolucionaria que define la frontera entre la era moderna y el pasado es el dominio del riesgo: la noción de que el futuro es más que un capricho divino y que los hombres y mujeres no son inermes frente a la naturaleza”, tesis que recoge el enfoque que orientó las reformas a los sistemas de protección social en América Latina durante la década de los noventa.

De acuerdo con este marco, para el Banco Mundial, la protección social consta de dos grandes componentes el primero orientado a brindar intervenciones públicas para asistir a individuos, hogares y comunidades, con el fin de que estos aprendan a manejar y controlar el riesgo de forma adecuada; el segundo componente, se encamina a ofrecer apoyo a personas en situación crítica, definidas éstas últimas como los pobres que no se pueden mantener a sí mismos, incluso si existieran oportunidades de empleo, pues quedan excluidos de la asignación de recursos realizada por el mercado.

Esta categoría denominada población en situación crítica da soporte a la adopción de políticas de focaliza-

ción, mediante las cuales los potenciales beneficiarios de programas sociales financiados con subsidios estatales, deben demostrar su condición de alta vulnerabilidad, para ser objeto del apoyo requerido.

En lo referente al Régimen Contributivo en Colombia, su creación hace parte de la estrategia de mercado, al constituirse en un mecanismo de aseguramiento de los riesgos individuales en salud, para las poblaciones que tienen capacidad económica para pagar una prima a través del impuesto a la nomina en el caso de los trabajadores dependientes y pensionados, y en el caso de los independientes mediante el pago de la cotización con base en la presunción de sus ingresos.

## REVISIÓN DEL ENTORNO

El marco expuesto da el soporte teórico sobre el que se crea en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 100 de 1993, el cual contemplaba alcanzar una meta de universalidad en su cobertura al 31 de diciembre de 2000, mediante la creación de dos Regímenes, el Contributivo, básicamente ligado al empleo formal y el Subsidiado, financiado por los recursos de solidaridad provenientes del primero y los recursos fiscales destinados por el Estado para su financiación; sin embargo, catorce años después, la cobertura del sistema, sumados tanto el Régimen Contributivo, los Regímenes Especiales, el Régimen Subsidiado y los Subsidios Parciales, sólo alcanza a ser del 80%, como se muestra en la Tabla 1.

**TABLA 1. COBERTURA DEL SGSSS, 2005**

RÉGIMEN	AFILIADOS	% COBERTURA
<b>CONTRIBUTIVO</b>	15.399.000	35%
<b>ESPECIALES</b>	1.800.000	3%
<b>SUBSIDIADO</b>	16.513.662	37%
<b>PARCIALES</b>	2.067.748	5%
<b>VINCULADO</b>	8.793.645	20%
<b>TOTAL</b>	<b>44.574.055</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ministerio de la Protección Social – diciembre 2005, DANE resultados del censo general de población, cálculos hechos por el autor.

Estas cifras, al ser analizadas, denotan además la ausencia de equidad en el sistema, ya que el 35% de las personas se encuentran afiliadas al Régimen Contributivo, 37% al Régimen Subsidiado, 5% a Subsidios Parciales y 3% a Regímenes Especiales; el restante 20% no está afiliado a ningún régimen, es decir que 8.793.645 colombianos no tienen garantizado el acceso a los servicios de salud y que realmente sólo el 38% de los colombianos, los afiliados a los Regímenes Contributivo y Especiales, tienen acceso integral a todos los niveles de atención contemplados en el Sistema, ya que las actividades incluidas en el plan Subsidiado, corresponde al 56% de las del POS Contributivo y por el caso de los Subsidios Parciales a tan solo el 23% (Tabla 2).

**TABLA 2. EQUIDAD DE LA UPC POR REGIMENES**

RÉGIMEN	VALOR UPC	% EQUIDAD
CONTRIBUTIVO	\$ 386.881,20	100%
ESPECIALES	N.A	N.A
SUBSIDIADO	\$ 215.712,00	56%
PARCIALES	\$ 90.599,04	23%
VINCULADO	N.A	N.A.
TOTAL		
Valor de UPC establecida en el Acuerdo 322 del CNSSS		

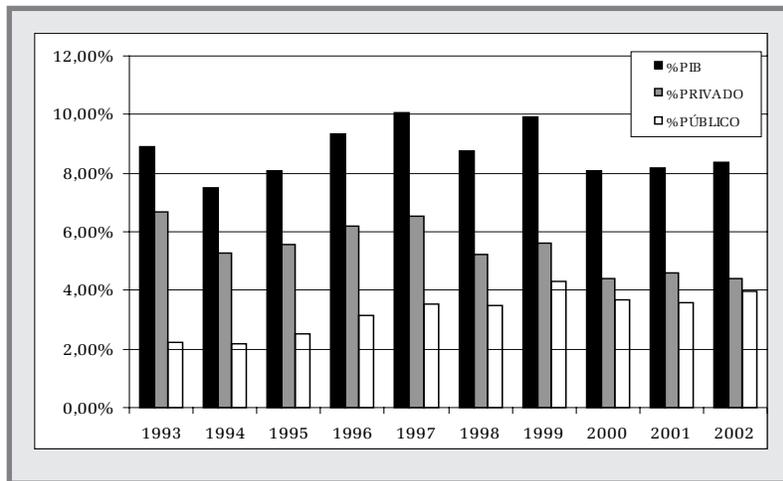
En lo referente al Régimen contributivo, varios son los factores causantes del incumplimiento de dichas metas, la primera de ellas está dada por las barreras

de acceso que las EPS interponen a la incorporación de población independiente, ya que consideran la misma como poco rentable, al pertenecer en su gran mayoría a la economía informal, lo que dificulta el recaudo de sus cotizaciones.

Un segundo factor relevante, se refiere a que hasta agosto de 2004 se impedía la afiliación al Régimen Contributivo a trabajadores independientes cuyo ingreso base de cotización fuera inferior a dos salarios mínimos mensuales, situación corregida mediante sentencia del Consejo de Estado, sección segunda expediente 3403-02 del 19 de agosto de 2004, quien consideró dicha exigencia como un factor generador de inequidad, a favor de los cotizantes dependientes y pensionados, sobre los independientes, por tal motivo la sentencia estableció como mínimo ingreso base de cotización al régimen Contributivo, un salario mínimo legal vigente, para todos los casos.

Un tercer factor, se relaciona con el comportamiento de los recursos públicos y privados invertidos en el sector salud, en tal sentido se observa como los primeros se incrementaron en un 100% en el período comprendido entre los años 1993 a 2002, pasando de un 2% a un 4% del PIB, según la información presentada por el Departamento Nacional de Planeación, como se observa en la Figura 1.

**FIGURA 1. GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB 1993-2002**

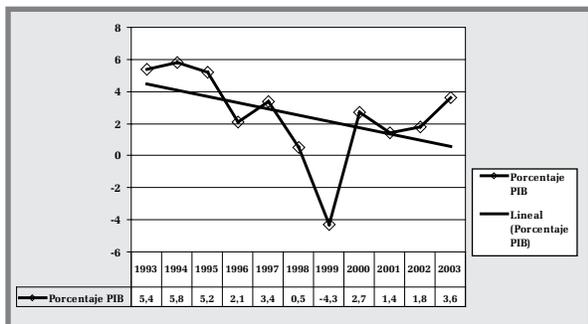


Fuente DNP

En cuanto a los recursos privados, la variación de su comportamiento ha estado ligada directamente a los resultados de la actividad económica, reflejada en el crecimiento o decrecimiento del PIB, es así como ante la crisis económica que afectó al país al final de la década de los noventa y primeros años del nuevo milenio, a partir del año 1998 la participación de dichos recursos sufre un descenso dentro del gasto en salud como porcentaje del PIB.

Por el contrario, los recursos públicos destinados a la salud, no fueron afectados en igual proporción en el período mencionado, reflejando un grado de independencia respecto al comportamiento del PIB, principalmente explicado por el principio de progresividad en el gasto social y en las transferencias territoriales, establecido en la Constitución Nacional (Figura 2).

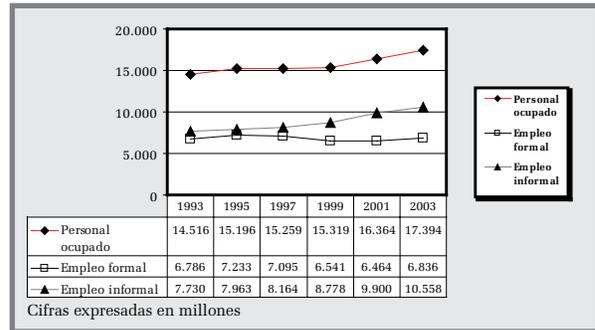
**FIGURA 2. CRECIMIENTO DEL PIB PERÍODO 1993 - 2003**



Fuente: Iván Toro, ASMEDAS, presentación “Las verdaderas cifras de la economía y su impacto en la seguridad social”, comisión VII del Senado de la República, Mayo de 2004.

El cuarto factor está relacionado con la política de flexibilización laboral, que ha arrojado como resultado que, aunque se ha presentado un aumento del personal ocupado en el período comprendido entre 1993 a 2003, éste se debe a un incremento del empleo informal, mientras el empleo formal muestra una tendencia decreciente a partir de 1996, con una tenue recuperación para el año 2002 (Figura 3).

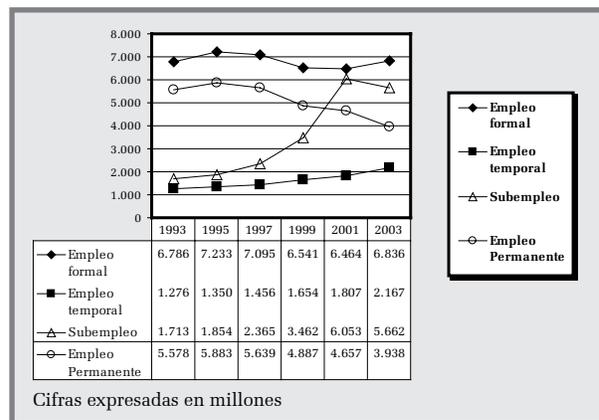
**FIGURA 3. EVOLUCIÓN DEL EMPLEO DE 1993-2003**



Fuente: Iván Toro, ASMEDAS, presentación “Las verdaderas cifras de la economía y su impacto en la seguridad social”, comisión VII del Senado de la República, Mayo de 2004.

En el mismo sentido, el subempleo ha tenido un incremento cercano al 500% en la última década, el empleo temporal se ha elevado en un 100% y, por el contrario, el empleo permanente ha decrecido en un 30% (Figura 4).

**FIGURA 4. SUBEMPLEO Y TEMPORALIDAD 1993-2003**



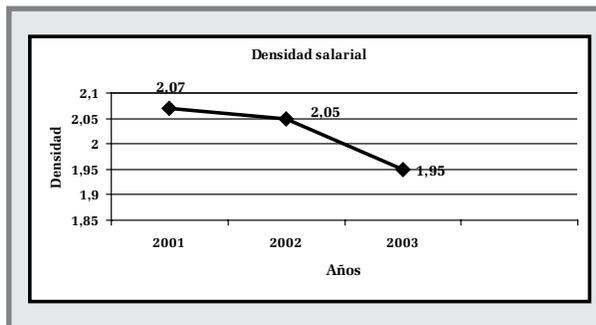
Fuente: Iván Toro, ASMEDAS, presentación “Las verdaderas cifras de la economía y su impacto en la seguridad social”, comisión VII del Senado de la República, Mayo de 2004.

Lo anterior ha facilitado que muchos patronos y trabajadores independientes, encuentren un terreno abonado para evadir sus aportes por concepto de seguridad social, presentándose una alta elusión y evasión de aportes al Régimen Contributivo, que se estima oscilan entre el 36% y 49% del recaudo total; esto configura un factor de debilidad financiera para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al

reducirse la capacidad de reacción adecuada a la realidad social que enfrenta el país en materia de acceso a la salud, dada la relación de solidaridad existente entre los regímenes contributivo y subsidiado.

Un quinto factor es la evolución de las densidades Salarial y Familiar, la primera definida como el resultado de dividir el monto total de las cotizaciones sobre el número total de cotizantes y cuyo comportamiento ha tenido una tendencia a la baja, explicable en primera instancia por la crisis económica que afectó al país desde finales de la década de los noventa y en segunda instancia como efecto de la reforma laboral que rige desde el año 2003, pues ésta produjo un descenso en los ingresos de los trabajadores, al reducirles horas extras y recargos por trabajo en nocturnos y festivos (Figura 5).

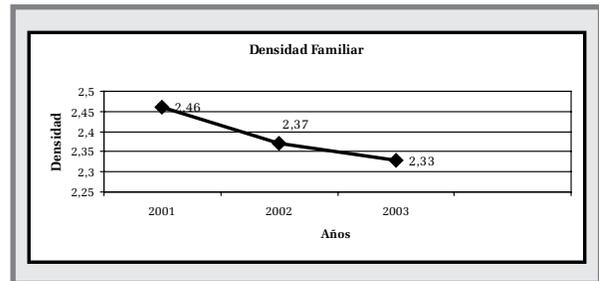
**FIGURA 5. DENSIDAD SALARIAL 2001-2003**



Fuente: Fundación Corona, “Elementos Fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o la UPC”. Mayo 13 de 2004.

En cuanto a la segunda, definida como la división entre el total de afiliados sobre el total de cotizantes; ésta ha presentado un descenso explicable en primera instancia por la aplicación del Decreto 1703 de 2002 y el Decreto modificatorio 2400 de 2002 referente a desafiliaciones, que determinó requisitos y soportes más fuertes, para establecer la calidad de beneficiarios del afiliado cotizante a los miembros del núcleo familiar; y en segunda instancia las EPS implementaron mallas de validación en el proceso de compensación, que permitió identificar con mayor facilidad casos de afiliación múltiple (Figura 6).

**GRÁFICA 6. DENSIDAD FAMILIAR 2001-2003**



Fuente: Fundación Corona, “Elementos Fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o la UPC”. Mayo 13 de 2004.

Finalmente como sexto factor que ha impedido el logro de las metas de cobertura de afiliación, es importante anotar, que según el “Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Especial al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA”, adelantado por la Contraloría General de la República en diciembre de 2004, se halló que se presentan debilidades de control en los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales, que influyen en la ejecución eficiente y oportuna de los recursos que administra, lo que ha permitido que recursos cuantificados en \$1,4 billones, no se hayan aplicado adecuadamente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## REVISIÓN DE RESULTADOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

La regulación del Régimen Contributivo, no se ha orientado a solventar las falencias que se generan en un modelo de mercado con asimetrías de información tan profundas como las presentadas en el sector salud, lo que crea la prevalencia de los intereses económicos y posiciones dominantes de aseguradores y prestadores sobre las necesidades reales en salud de los individuos y, en consecuencia, de la sociedad en su conjunto.

Esto ha permitido que las EPS hayan buscado optimizar sus utilidades en detrimento de la calidad de la

atención ofrecida, racionando servicios mediante la definición de techos máximos de formulación, limitando la remisión a niveles superiores de complejidad y la toma de ayudas diagnósticas, al igual que contratando a las IPS en condiciones de desventaja y retrasándoles los pagos. Esto último repercute sobre las condiciones laborales y el ejercicio profesional del personal directamente involucrado en la prestación del servicio.

Otro aspecto relevante para el análisis de este Régimen, se refiere al desarrollo de infraestructura para la prestación de servicios, es decir, la construcción de instalaciones propias de las EPS. Este fenómeno ha significado un creciente proceso de integración vertical entre aseguradores y prestadores, generándose economías de escala y posiciones dominantes en el mercado, que resultan ampliamente benéficas para los propietarios de las mismas, pero que no se traducen en beneficios para la población.

Esta integración ha sido facilitada por la ausencia prolongada de regulación referente a la inversión de recursos provenientes de las UPC compensadas, en la construcción de clínicas propias para su contratación directa por parte de las EPS, situación que sólo fue corregida en 2007 mediante la Ley 1122, la cual limita la posibilidad de integración vertical al 30%; así como por la ausencia de topes máximos de administración de los planes de beneficios.

Adicionalmente, las EPS han empezado a migrar sus capitales hacia la creación de Instituciones de Educación Superior, con lo cual se profundiza la problemática de la integración vertical, ahora combinada con la formación del talento humano del sector salud.

Los anteriores planteamientos se refuerzan al analizar la información publicada en la revista SEMANA, del 24 de abril de 2006, en la que se relacionan las 1000 empresas más grandes del país, investigación soportada en los reportes presentados por las empresas, así como de

reportes de la Superintendencia de Sociedades, de la Superintendencia de Valores y de las Cámaras de Comercio, dentro del que se relacionan cinco Entidades Promotoras de Salud.

Al revisar los resultados financieros de estas empresas, se halla que sus ingresos operacionales correspondieron a \$4.190 billones, estos ingresos corresponden al valor de las Unidades de Pago por Capitación, que la subcuenta de compensación del FOSYGA les reconoce por cada afiliado, dichos recursos les generaron una utilidad operacional al final del ejercicio de \$12.879 millones, esta sin tener en cuenta los resultados de las EPS SANITAS y FAMISANAR, cuyo monto no se detalla en el informe y \$14.687 millones de utilidad neta (Tabla 3).

**TABLA 3. RESULTADOS FINANCIEROS DE LAS CINCO PRINCIPALES EPS AÑO 2005**

Empresa	Ingresos Operacionales	Utilidad Operacional	Utilidad Neta
SALUDCOOOP	\$ 2.088.398	\$ 23.784	\$ 21.244
COOMEVA EPS	\$ 916.236	-\$ 21.009	-\$ 18.514
SALUD TOTAL	\$ 501.030	\$ 10.104	\$ 10.783
EPS SANITAS	\$ 353.960	N.D.	\$ 519
EPS FAMISANAR	\$ 331.125	N.D.	\$ 655
<b>Total</b>	<b>\$ 4.190.749</b>	<b>\$ 12.879</b>	<b>\$ 14.687</b>

Fuente: Revista SEMANA, del 24 de abril de 2006 en la que se relacionan las 1000 empresas más grandes del país.

Al analizar el grado de concentración de los ingresos operacionales, el resultado nos indica que SALUDCOOP participa con el 50% del total, COOMEVA con el 22%, SALUD TOTAL con el 12% y FAMISANAR y SANITAS con el 8% cada una de ellas, lo que indica que actualmente se presenta un oligopolio privado, que sustituyó el monopolio público que detentaba el ISS antes de la promulgación de la Ley 100 de 1993 (Tabla 4).

En cuanto a las utilidades operacionales y netas, se observa que COOMEVA E.P.S. tuvo un resultado negativo en el ejercicio, mientras las restantes cuatro EPS generaron utilidades tanto operacionales como netas.

Dado que varias EPS han creado grupos empresariales, que les permiten adelantar integración vertical entre la prestación de servicios de salud, el suministro de medicamentos y la oferta de planes de medicina prepagada, se hace necesario revisar los resultados de algunos de estos holdings empresariales, los cuales se presentan a continuación:

**TABLA 4. RESULTADOS FINANCIEROS GRUPO EMPRESARIAL SANITAS AÑO 2005**

Empresa	Ingresos Operacionales	Utilidad Operacional	Utilidad Neta
COLSANITAS MP	\$ 426.714	\$ 24.366	\$ 28.841
EPS SANITAS	\$ 353.960	N.D.	\$ 519
CLÍNICA COLSANITAS	\$ 165.917	N.D.	\$ 11.635
FARMASANITAS	\$ 162.654	N.D.	\$ 5.965
<b>Total</b>	<b>\$ 1.109.245</b>	<b>\$ 24.366</b>	<b>\$ 46.960</b>

Fuente: Revista SEMANA, del 24 de abril de 2006 en la que se relacionan las 1000 empresas más grandes del país.

Como se observa, el grupo SANITAS obtuvo en conjunto una utilidad neta de \$46.960 millones, siendo sus principales empresas, según utilidad neta, la empresa de medicina prepagada y la clínica, quedando como el negocio más débil la EPS, lo cual demuestra los beneficios que genera para estos grupos la integración vertical en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente se revisaron los resultados del grupo COOMEVA, los cuales se relacionan a continuación: en la Tabla 5.

**TABLA 5. RESULTADOS FINANCIEROS GRUPO EMPRESARIAL COOMEVA AÑO 2005**

Empresa	Ingresos Operacionales	Utilidad Operacional	Utilidad Neta
COOMEVA	\$ 1.384.252	-\$ 14.971	-\$ 1.430
COOMEVA EPS	\$ 916.236	-\$ 21.009	-\$ 18.514
<b>Total</b>	<b>\$ 2.300.488</b>	<b>-\$ 35.980</b>	<b>-\$ 19.944</b>

Fuente: Revista SEMANA, del 24 de abril de 2006 en la que se relacionan las 1000 empresas más grandes del país.

Estos, como se evidencia en la tabla, han sido negativos tanto para la cooperativa como para su EPS, lo que ameritaría una investigación complementaria para determinar sus causas, las cuales probablemente están asociadas a malos manejos al interior de este grupo, como lo han sido publicados en revistas y diarios de circulación nacional.

Adicionalmente, cabe destacar que ninguna EPS se encuentra dentro de las 25 empresas más grandes por activos, ni por patrimonio, lo que refuerza la afirmación referente a que estas empresas son sólo intermediarias financieras, así como que dado el uso intensivo de talento humano que emplea el sector salud, SALUDCOOP EPS es la empresa con el mayor número de empleados en el país con un total de 21.811 trabajadores, COOMEVA en esta misma categoría ocupa el lugar quince con 5.266 empleados.

Por otra parte, los ponderadores de cálculo con los que se determinan los valores de la UPC por grupos étareos, requieren una revisión, dado que los mismos no han sido modificados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con base en estudios de uso de los mismos, en tal sentido el estudio del impacto del aseguramiento sobre el uso y gasto en salud en Colombia, adelantado por el CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana, indica que hay una ostensible diferencia entre la cobertura económica del contributivo y el valor de la UPC media.

Finalmente, es importante resaltar que los costos administrativos del Régimen Contributivo, son más elevados, dado que el valor por nómina y comisiones de su fuerza comercial, han tendido a transformarse en un costo fijo muy representativo y a que el proceso de compensación que la ley delegó sobre las EPS no ha sido lo suficientemente expedito y diáfano, como se anotó en el estudio adelantado por la Contraloría General. Lo que ha implicado, según el informe anual del Ministerio de la Protección Social,

adelantar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, investigaciones a varias de ellas.

En conclusión, se puede observar que es necesario realizar un replanteamiento de las dinámicas opera-

tivas de este Régimen, si se tiene en cuenta que su adecuado funcionamiento, es soporte fundamental del financiamiento del Régimen Subsidiado.

## BIBLIOGRAFÍA

CENDEX, 2004. “El impacto del aseguramiento sobre el uso y gasto en salud en Colombia”, Pontificia Universidad Javeriana.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo 322, Diciembre de 2005.

Contraloría General de la República 2004. “Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Especial al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA”.

Departamento Nacional de Estadística 2006. Resultados Parciales del Censo General de Población.

Departamento Nacional de Planeación, Estadísticas de Crecimiento del PIB años 1993 a 2002.

Fundación Corona 2004. “Elementos Fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o la UPC”.

Holzmann y Jorgensen 2000. “Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para protección social y más allá”. Banco Mundial.

República de Colombia. Ley 100 de 1993.

Ministerio de la Protección Social 2005. Estadísticas de Afiliación al SGSSS.

Revista SEMANA 2006. “Las 1000 empresas más grandes del país”, 24 de Abril de 2006.

Toro I. 2004. “Las verdaderas cifras de la economía y su impacto en la seguridad social”, representante de ASMEDAS, presentación comisión VII del Senado de la República.