

**MODELOS DE CONTRATACION EN EL  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**



**UNIVERSIDAD DE  
MANIZALES**

**LUZ ADRIANA FRANCO GALLEGO**

**ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD SOCIAL**

**MANIZALES, OCTUBRE 30 DE 2020**

**Titulo:**

Como afectan los modelos de contratación del sistema general de seguridad social en salud en Colombia las condiciones de calidad en la prestación de los servicios.

**Autor:**

Luz Adriana Franco Gallego

Administradora de Empresas – Universidad Nacional

Contadora Pública – Universidad de Manizales

**Resumen:**

Con este escrito se busca enunciar las características y principios generales del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, hacer una descripción de los modelos de contratación prospectivos y retrospectivos como pago por evento o actividad, contrato por capitación, pago global prospectivo o mecanismos de combinados y su incidencia en la prestación de servicios por parte de los actores que intervienen en este sector de la economía. El pago por evento puede inducir al incremento del volumen de las actividades o servicios prestados y la capitación puede reducir el uso de recursos; mientras que pagos basados en productividad pueden tener un comportamiento adecuado.

**Palabras Clave:**

Modelo de contratación – Seguridad Social – Calidad – Salud.

**Abstract:**

This article seeks to state the characteristics and general principles of the general social security system in health in Colombia, to make a description of prospective and retrospective hiring models such as payment for event or activity, contract for capitation, prospective global payment or mechanisms of combination of these models and their impact on the provision of services by the actors involved in this sector of the economy. The payment per event can lead to an increase in the volume of services or services provided and capitation can reduce the use of resources; while productivity-based payments may have adequate behavior.

## **Introducción:**

Con la promulgación de la ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral que comprende el Sistema General de pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema General de Riesgos Laborales y Sistema de Servicios Sociales Complementarios, se han creado un sinnúmero de instituciones con las cuales se crean vínculos o relaciones para responder a las necesidades del sistema y de los usuarios, con los modelos de contratación se busca dar cumplimiento a los principios que rigen el sistema Universalidad, Solidaridad, Igualdad, Suficiencia, Participación, Unidad, calidad enmarcados en una suficiencia patrimonial, suficiencia financiera y suficiencia económica.

El modelo actual del sistema de salud en nuestro país es bueno, pero no ha sido aprovechado, se hace necesario ajustar los procesos, promover modelos preventivos y no curativos, propiciar una racionalidad en el uso de las tecnologías y buscar que los modelos de contratación contribuyan a una armonización de las relaciones, la tendencia que se ha observado desde la década de 1990 con respecto a la seguridad social ha sido la privatización total o parcial de los sistemas de salud donde se han realizado reformas de tipo estructural. Sin embargo, la realidad muestra que la seguridad social no ha cumplido con los principios y está estancada, se debe buscar flexibilizarla para adaptarse a los cambios que presentan los sectores de la economía.

En la medida en que la salud se convierte en un mercado atractivo, cada vez más competitivo y consciente del control de costos, los modelos de contratación deben ajustarse a las necesidades de las organizaciones y las personas, donde prime un servicio de calidad, se debe evolucionar a generar modelos de contratación basados en incentivos no asociados al mecanismo de pago que motiven el comportamiento adecuado de los prestadores de servicios de salud, incluyendo las fases de selección, monitoreo y socialización (Berwick 1996).

Los mecanismos o modelos de contratación deben reinterpretarse para contrarrestar su impacto en cuanto a eficiencia y calidad con el fin de inducir en los prestadores el comportamiento deseado.

**Método:**

Se trata de un análisis cualitativo a partir de una revisión bibliográfica. Se hace referencia a la economía de la salud y su relación con la contratación, se describe el sistema general de salud, se enuncian algunos los modelos de contratación y se relaciona con las condiciones en la prestación de los servicios de salud.

**Economía de la Salud:**

La Economía de la Salud se inició con Mushkin (1958) y Arrow (1963). “Selma Mushkin” en 1958 definió a la economía de la salud como: un campo de investigación, cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas para mejorar esta organización.

La Teoría economía de la Salud promueve el uso óptimo de los recursos para el tratamiento y prevención de enfermedades, incorpora los conceptos de eficiencia y eficacia para conseguir resultados óptimos y mejoramiento en la calidad de vida los actores del sistema, donde se hace necesario contar con un servicio accesible y sostenible que garantice su financiamiento, mantenimiento y desarrollo. La Economía de la Salud se constituye en una disciplina que explica, entre otras cosas, la función de producción en salud; la oferta y demanda de los servicios de salud; los aspectos de la ética médica y la toma de decisiones en un entorno económico.

En Colombia a partir de la ley 100 de 1993 aparecen nuevos entre los actores del Sistema de Seguridad Social Salud: las Entidades Prestadoras de Salud [EPS] y las Instituciones Prestadoras de Servicios [IPS], en el marco de un sistema dividido en diferentes regímenes: el régimen subsidiado y el régimen contributivo, el régimen vinculado y los regímenes especiales, todos a su vez articulados a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) (Arenas, 2011) hoy ADRES.

**Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada, son las responsables de la afiliación y registro de los afiliados al sistema. Su función básica es organizar y garantizar la prestación de los servicios.

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios Salud Artículo 185. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley. Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

**ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE:** Son aquellas cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización, ni quirúrgicos.

**Usuario del sistema:** persona que utiliza y elige los servicios de salud. En torno al usuario se organizan todas las prestaciones que se otorgan en la Red de Establecimientos de Salud.

A partir de la organización y reglamentación del sistema y de la aparición de los actores se empiezan a regular sus relaciones comerciales con 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”. Derogado por el decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

En la interrelación de los actores del sistema se genera un pago a los prestadores de servicios de salud y su análisis se puede evaluar desde la teoría económica de contratos e incentivos financieros, una de cuyas vertientes más conocidas es la teoría de la agencia (Milgrom and Roberts 1992; Pratt and Zeckhauser 1985; Sappington 1991). La teoría de la agencia parte del supuesto de que en cualquier interacción económica se pueden identificar dos partes, el principal y el agente. El principal contrata al agente para realizar un trabajo por cuenta del principal. Para facilitar la tarea, el principal le delega una parte de su autoridad de decisión al agente. Bajo esta teoría se genera la subcontratación que ayuda a las empresas promotoras de salud a conseguir mejores resultados y dar cobertura a los servicios requeridos por sus afiliados, aunque puede llevar a un incremento en los costos.

### **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):**

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas

que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Según la ley 100 de 1993: La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

**LEY 1438. ARTÍCULO 20. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

La ley esturaría 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud establece en el Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

**Disponibilidad:** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.

**Aceptabilidad:** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas,

pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

**Accesibilidad:** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

**Calidad e idoneidad profesional:** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

**Universalidad:** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

**Pro homine:** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

**Equidad:** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

**Continuidad:** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

**Oportunidad:** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

**Prevalencia de derechos:** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

**Progresividad del derecho:** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

**Libre elección:** Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

**Sostenibilidad:** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

**Solidaridad:** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

**Eficiencia:** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

**Interculturalidad:** Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

**Protección a los pueblos indígenas:** Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

**Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:** Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

#### **Modelos de contratación:**

Para Canastero I, Zuleta M (2001) “Los diferentes modelos de contratación tienen efectos sobre la calidad, el acceso, los costos, la eficiencia y eficacia, y el desempeño del sector”. Según el artículo 1495 del Código Civil de 1887, contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga para con otra, a dar, hacer o no hacer algo. En el objeto del contrato de prestación de servicios, la IPS o institución hospitalaria se compromete a atender a los usuarios afiliados a las EPS y/o a las personas bajo responsabilidad del ente territorial, y estas últimas se obligan a pagar una remuneración por el servicio prestado, según las tarifas acordadas. La contratación cuenta con un marco jurídico amplio en el sistema de salud colombiano, marco que incluye las leyes 10 de 1990, 80 de 1993 y 715 de 2001, el Decreto 4747 de 2007.

Decreto 4747. Artículo 3 – Parágrafo F: Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte

puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Según establece la ley en el campo de Acción las Entidades Promotoras de Salud para garantizar el cumplimiento del Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

En el decreto 780 de 2016 encontramos las siguientes modalidades de contratación:

1. **PAGO POR CAPITACIÓN:** 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.

La LEY 1438 DE 2011: ARTÍCULO 52°. **CONTRATACIÓN POR CAPITACIÓN.** Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud:

- Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y

cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.

- La capitación no libera a las Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.
- La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.
- Se podrá hacer contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, sobre la base de indicadores de resultados basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud y rendición pública de cuentas, hasta el año 2013.

La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que reconoce el sistema a cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en salud al asegurador o Empresa Promotora de Salud (EPS) por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud, sin distinción o segmentación alguna. La capitación como mecanismo de pago basado en población ofrece el potencial para estimular mayor atención en patrones epidemiológicos de morbilidad y cuidado que pueden ser incorporados vía protocolos clínicos que definan que forma de cuidado se espera en cada contexto y se promuevan prácticas innovadoras que ahorren recursos.

En esta 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 período 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.

**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 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.

Es la modalidad más simple de pago en la cual el desempeño está directamente relacionado con el esfuerzo. Este modelo de contratación por eventos o actividad funciona bien en contextos donde el comportamiento deseado es simple y fácil de monitorear.

El pago por evento o actividad induce a que el prestador incremente la cantidad de servicios suministrados por encima del mínimo necesario para alcanzar los objetivos del principal lo que genera una demanda (Rodwin, 1993). A pesar de las limitaciones que ofrece el pago por actividad, este es aún el mecanismo de pago dominante para retribuir los médicos en muchos países del mundo incluida Colombia.

**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.

Independiente de la modalidad de contratación que se genere, se establecen una condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios reguladas por el decreto 780 de 2016.

## **Pago Global Prospectivo**

Implantado en las Empresas Sociales del Estado (ESE) en los niveles de atención I, II y III a finales de 1999 por la Secretaria de Salud de Bogotá como estrategia para mejorar la eficiencia en el desarrollo de la atención. El modelo prospectivo se basa en tarifa de pago por caso, por atención de pacientes hospitalizados, tarifas por servicio a pacientes ambulatorio y volumen clínico predeterminado en segmentos de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Se paga por paciente atendido en actividades finales y no por servicios intermedios, busca evitar el incremento de servicios que no mejoren la relación costo/efectividad. Este modelo parte del estudio de frecuencias (predecir el consumo) de uso y busca que las IPS mejoren la calidad en la atención, tengan libertad en sus procesos de atención, pero con un agravante y es el hecho de que las EPS transfieren a los prestadores en el riesgo en la atención.

En este tipo de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador. Esta modalidad de contratación no está regulada en la normatividad Colombia, se menciona en la Ley 1122 de 2007 artículo 13 literal d pero no ha sido reglamentado, es una clase de capitación y como tal hoy la Contraloría le está haciendo seguimiento y la Supersalud porque son capitas disfrazadas y se emplean para segundo y tercer nivel de atención cuando la cápita solo puede ser utilizada para primer nivel de atención según artículo 52 de la Ley 1438 de 2011.

## **Mecanismos combinados de pago**

Los métodos de pago combinados también son observables en el sector salud (Ellis and McGuire, 1993) entre los que se incluyen la capitación en cuidado primario asociado a incentivos de pago por actividad, la capitación de servicios especializados

con pagos por actividad o capitación por contacto y las tarifas por caso para determinados episodios de enfermedad.

## **CONCLUSIONES:**

- Existen tantos modelos de contratación como actores del sistema, pero se hace necesario ajustar los procesos acordes con las necesidades y demanda de los usuarios.
- En la contratación se debe buscar elevar la calidad del servicio y satisfacción de la población, con la utilización eficiente de los recursos. para contribuir al uso racional en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
- Fortalecer los modelos de promoción y prevención para mejorar estilos de vida e incrementar los niveles de salud, que es el deber ser del Sistema de Seguridad Social en Salud fortalecer los modelos preventivos y disminuir las acciones curativas.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Mushkin S. Hacia una definición de la economía de la salud. Lecturas de Economía 1999; (51): 89-109. Traducción del inglés a cargo de Juan Miguel Gallego y Jairo Humberto Restrepo.
- Colombia, Ley 100 de 1993
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 780 de 2016
- Canastero I, Zuleta M. Contratación en el Sistema General de Seguridad Social Colombiano. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud; 2001.