

MANEJO DE RIESGOS EN EL ÁREA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS NO POS EN  
LAS EPS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

SONIA MÉLIDA GARZÓN RODRÍGUEZ  
AUTOR

DR. LUIS GABRIEL FERRER  
ASESOR

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
DIRECCIÓN DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO  
JULIO DE 2014, BOGOTÁ

## Resumen

El contenido del documento se basa en una recopilación de la evolución del Sistema de Salud en Colombia a partir de la reforma de la Ley 100 de 1993, de la accesibilidad del usuario a los servicios de salud conjunto a la exclusión de algunos de ellos, teniendo que instaurar mecanismos como el Comité Técnico Científico además de la tutela creada en Constitución Política de Colombia de 1991.

Enfocando el proceso a los riesgos encontrados al interior de las Entidades Promotoras de Salud, (EPS), proponiendo establecer e implementar un plan de comunicaciones al interior de la organización para capacitar por ende unificar criterios orientado a los usuarios con el fin de informar y mantenerlos actualizados, sobre la forma de acceder a los servicios No POS.

Palabras Clave: seguridad social, riesgos, atención al usuario, medicamentos, Gobierno.

## Introducción

Este escrito busca contextualizar al lector sobre los cambios que ha sufrido la Ley 100 de 1993 en salud, desde su inicio, hasta la fecha ha afectado la calidad en la atención a los usuarios, ya que no fueron contemplados un sinnúmero de posibilidades que permitirían la accesibilidad a algunos servicios de salud en especial los considerados de alto costo; por ende la importancia y la influencia del cambio de la seguridad social en la atención en salud de todos los habitantes del país. De la misma manera ubica desde el nacimiento de las Entidades Promotoras de Salud, bajo términos de carácter legal, social, teniendo en cuenta el contexto histórico adicional de los cambios dados en el área de la salud privada o pública.

Así mismo se presenta la importancia de la implementación de procesos al interior de las EPS a partir de los riesgos que se muestran por no dispensación de los medicamentos que son cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud y aquellos que no están contemplados dentro del mismo.

Por otra parte, se contempla el establecimiento de mecanismos como el Comité Técnico Científico (CTC) así como la Tutela, los cuales han contribuido en la protección a los derechos de los ciudadanos mejorando el impacto en la calidad de atención al igual que las condiciones sociales del enfermo y de su familia, de las EPS e IPS en busca de aumentar la satisfacción del usuario, previniendo o mitigando los riesgos implícitos en el sistema.

Como resultado de este análisis se planteara un esquema comunicativo que informe clara, oportuna y eficazmente a los usuarios como acceder a los servicios de salud, desde el momento del ingreso al sistema correspondiente. Adicionalmente es importante al interior de las Entidades Promotoras de salud, realizar un despliegue de información con el fin de capacitar o unificar la información correspondiente a los procesos que interactúan con la autorización de servicios No POS.

## **MANEJO DE RIESGOS EN EL ÁREA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS NO POS EN LAS EPS EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS**

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en Colombia

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia se ha definido de acuerdo al Ministerio de Protección Social, como el procedimiento por el cual el Gobierno hace la distribución de los recursos destinados al sector, para que sean utilizados en la cobertura de las necesidades en salud de los colombianos, incluidos los extranjeros que viven en el país.

Las constantes dificultades en la prestación de los servicios de salud, fueron factor relevante en la creación de la norma cuyo objetivo inicial redundo en obtener resultados óptimos en la cobertura u oportunidad. El SGSSS está diseñado de manera tal que la población pudiera acceder a los servicios dependiendo de su capacidad de pago y se hace de esta manera flexible a dos regímenes, el contributivo que se caracteriza por que los usuarios cuentan con vinculación de carácter laboral ya sea como dependientes de un empleador, pensionados o de manera independiente. Y el segundo régimen es el subsidiado que corresponde a aquellas personas que no poseen recursos para realizar la contribución al sistema, por consiguiente el SGSSS instaura el cubrimiento del servicio de salud a través de un subsidio establecido. Una vez la persona y su familia se afilian a la Entidad Promotora de Salud (EPS) la cual es de libre escogencia, a partir de este momento tiene recibe servicios que garantizan el mantenimiento de su salud.

El SGSSS en Colombia cambia con la Ley 100 de 1993 en el Gobierno del presidente César Augusto Gaviria Trujillo, dicha ley determina en Colombia el SGSSS, regula el sistema de pensiones, las condiciones laborales e implanta servicios complementarios, así mismo define principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Hasta el año 1993 la seguridad social era un monopolio y solamente atendía al trabajador, a la gestante en calidad de cónyuge o compañera permanente y al hijo menor de un año. A partir de 1993 la promulgación de la ley, inicia la cobertura de todo el grupo familiar y adicionalmente se instituye el concepto de subsidiariedad, consiste en tomar parte de los aportes de los trabajadores con capacidad de pago y cubrir la salud a las personas de menos recursos.

La ley 100 determina entonces fundamentos inajenables para cada individuo de la sociedad Colombiana estos se refieren a la igualdad del servicio para todos los ciudadanos, la obligatoriedad que instaura la afiliación al sistema de todas las personas que estén dentro del territorio colombiano, la protección integral que incluye programas específicos en salud de acuerdo al grupo de edad como por ejemplo el cubrimiento de vacunas en la primera infancia y por último la libre escogencia como autonomía de cada individuo para elegir la Entidad Promotora de Salud (EPS), a la que quiere ser vinculado junto con su grupo familiar.

La ley 100 permitió también ajustar el cobro en la prestación de los servicios a través de la creación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya prima se ajusta al riesgo y a los aportes del trabajador, del empleador y del estado. Estos recursos son administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), entidad que depende directamente del Ministerio de Protección Social. Existen algunos regímenes de excepción entre

los que se encuentran: las fuerzas militares, la policía, el magisterio, servidores públicos de ECOPEPETROL y de universidades públicas.

Sin embargo, la Ley 100 ha sufrido varias modificaciones, tras las cuales se han planteado objetivos tendientes a la mejora en las falencias de la misma; algunos de estas modificaciones han sido: el ajuste a un sistema cimentado en el mejoramiento de la prestación de servicios hacia los usuarios. Dichos ajustes contemplan reformas en la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores participantes, racionalización y mejoramiento; con lo que se logró impactar positivamente sobre la red de prestación de servicios, además de la vigilancia y la prevención en la salud. (Ley 1122 de 2007). En el año 2011 la Ley 1438, incursiona en el perfeccionamiento del sistema con modelos de prestación en atención primaria en salud, permitió también unificar los beneficios para los usuarios teniendo en cuenta los principios de universalidad en el aseguramiento y portabilidad que consiste en la atención de usuarios en cualquier lugar del país teniendo en cuenta la sostenibilidad financiera. Y en el año 2012 surge la transformación en el Sistema General de Riesgos dispuesta en la Ley 1562. En la actualidad se encuentran en estudio en el Congreso de la República dos proyectos de ley que pretenden reformar la administración de los recursos en salud de las EPS, con el control unificado por parte del gobierno en aras de mejorar la calidad de los servicios en salud a través de la red pública, privada y de los aseguradores.

En relación con el sector salud se define la gestión de riesgos que tiene su base en criterios técnicos y político-administrativos, es necesario analizar amenazas, vulnerabilidades y tener en cuenta los riesgos de emergencias y los desastres que en determinado momento afectan la salud

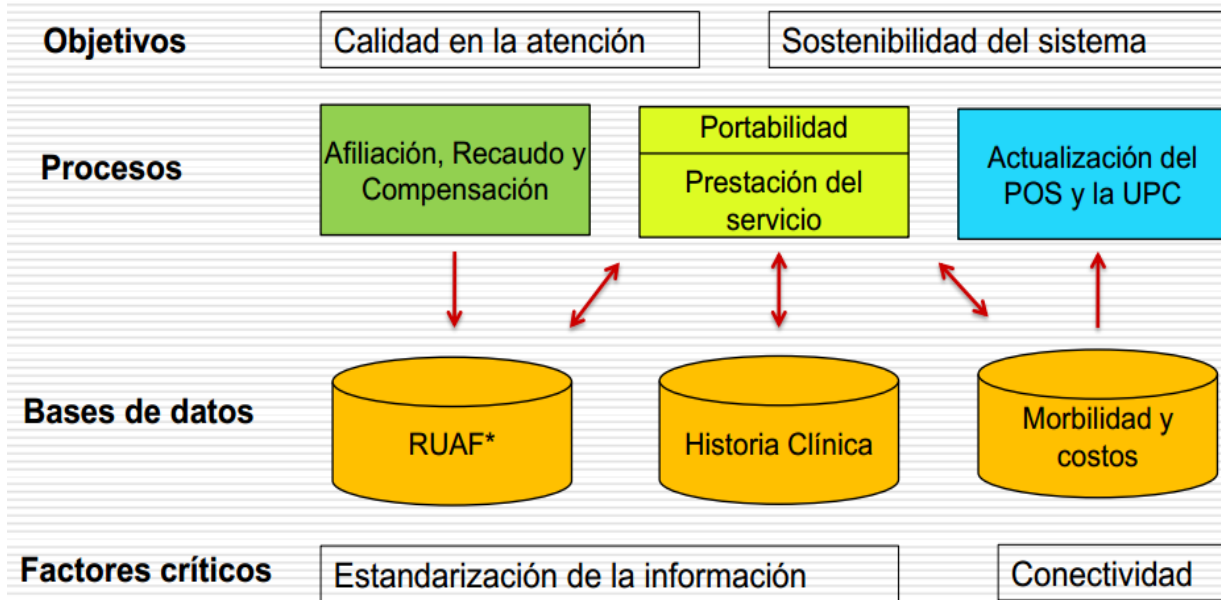
de la población, dentro de la gestión de riesgos hay que tener en cuenta otras disciplinas y otros entes del estado como la Defensa Civil, Policía Nacional, Bomberos, entre otros, de acuerdo al tipo de emergencia o riesgo que se presente.

Dentro de la planeación es indispensable como quedó enunciado en el párrafo anterior determinar las amenazas y las vulnerabilidades, identificando, caracterizando y analizando cada una de ellas para calificar y poder priorizar y determinar a cuales se va a intervenir, teniendo como prioridad la protección al usuario, en la prestación de servicios; uno de los riesgos tiene que ver con la prestación inoportuna y la baja calidad por parte de los prestadores, debido a esto hay la necesidad de crear un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos en la prestación de servicios, parte de esta normatividad es la que se expuso con anterioridad.

Las políticas que están relacionadas con la prevención o disminución están determinadas por acciones y estrategias que ofrece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el fin de proteger a los usuarios de riesgos que se derivan de procedimientos en la atención de salud. Entre ellos se encuentra la estrategia de fármaco-vigilancia, la cual consiste en un grupo de personas e instituciones que alimentan una serie de reportes con estadísticas de eventos adversos, problemas de seguridad y el correcto uso de los medicamentos, todo lo cual debe ser reportado al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos (INVIMA), que debe contar con políticas y procesos al interior de cada EPS, para garantizar de manera oportuna la entrega de los medicamentos que son prescritos a los pacientes.



# Visión global del proceso del SGSSS



Gráfica No. 1

En la gráfica No. 1 se plantea el proceso del SGSSS, se encuentran enunciados los objetivos calidad en la atención y sostenibilidad del sistema, los procesos que intervienen, las bases de datos por ejemplo el RUAF (Registro Único de Afiliación) los que permiten consultar información almacenada en la base de datos del Registro y por último los factores críticos que son la estandarización de la información y la conectividad de las bases de datos de las EPS.

## Regulación para la entrega de medicamentos No POS por parte de las EPS

Con respecto al tema los insumos son cubiertos por el SGSSS, es importante tener en cuenta algunos conocimientos:

Los fármacos a los que se tiene derecho dentro del sistema son las medicinas incluidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 5521 de 2013, norma que tiene por objeto definir y actualizar el POS de los regímenes previamente enunciados, los cuales deben ser asegurados por las EPS correspondientes. Segunda, la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), es la categorización que se establece en el POS de los programas, medicinas, clínicas, procedimientos, etc., y están incluidos de acuerdo a la legislación vigente. Tercero, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud que es el enunciado y la clasificación a nivel mundial de los diagnósticos emanados por los facultativos de la salud, ejemplo N390 que corresponde al diagnóstico de infección de vías urinarias, sitio no especificado. Cuarto, los procedimientos no incluidos en las clasificaciones anteriores, para ellos se creó una nomenclatura que permite identificarlos, corresponde a la letra C seguida por 5 dígitos iniciando por 00001, y se organiza de manera alfabética, por ejemplo C41651 y equivale al producto Urea skin hidratante corporal.

De otra parte para las tecnologías e insumos no cubiertos por el POS, amerita conocer los mecanismos legales disponibles para acceder a ellos, los Comités Técnico-Científicos (CTC), se crearon a partir del año 1993, con el artículo 173 de la Ley 100, para el estudio correspondiente y por ende evaluar, aprobar o desaprobar fármacos o procedimientos médicos no incluidos en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos, esto último establecido en la Resolución 5261 de 1994.

Así mismo la Resolución 458 de 2013, determina el mecanismo para el recobro por parte de las EPS ante el FOSYGA de los CTC. Existen una serie de requisitos a tener en cuenta para solicitar el reembolso que está dado de acuerdo a la normatividad vigente, una vez evaluado y aprobado el medicamento o insumo se genera una acta desde las EPS, la cual debe contar con fecha de elaboración, número del acta, número diagnóstico de la enfermedad, teniendo en cuenta la clasificación CIE-10 y el análisis correspondiente al caso presentado, fármaco ordenado con denominación común, grupo terapéutico al que pertenece, principio activo, concentración, presentación, número de días de tratamiento y dosis, cantidad total, esto con respecto a los fármacos prescritos. Se solicita adicionalmente de tratarse de un insumo o dispositivo biomédico o producto biológico el código interno del proveedor por ejemplo silla de ruedas eléctrica. Es necesario que el usuario anexe a la fórmula médica la cual debe estar elaborada teniendo en cuenta lo estipulado en el Decreto número 2200 de 2005, que determina la forma correcta de presentar la orden o fórmula médica por parte del personal de salud teniendo en cuenta la fecha, nombre del usuario, documento de identidad, fármaco a suministrar o insumo, concentración, dosis, periodicidad, total de la prescripción, nombre claro y completo del personal de salud y registro médico, adicional al sello legible.

Cuando la solicitud no exista en el POS, es importante manifestarlo en el acta realizada por parte de las EPS, con la evidencia científica y las condiciones expuestas por el médico que ordena. Adicionalmente se solicita anexar la epicrisis o resumen de la historia clínica del paciente donde se verifique la pertinencia funcional del producto. Así mismo en dicho documento se registra en caso de no ser aprobado la entrega del medicamento, insumo o

procedimiento dependiendo del caso, la justificación técnica o la norma que soporta dicha decisión.

Adicionalmente el acta la deben firmar los integrantes del CTC, que están determinados de acuerdo a la resolución 0548 de 2010, los cuales son: un representante de la EPS, otro con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y el de los usuarios. Dichos delegados son nombrados por un término de 2 años.

En la gráfica No. 2 podemos ver un modelo de acta donde se encuentran los datos descritos en los párrafos anteriores ellos son la identificación del usuario y médico, fecha de solicitud, decisión, diagnóstico de acuerdo a la norma, justificación técnica de la solicitud, diagnóstico médico con la codificación establecida en la norma, solicitud de la tecnología en salud No POS, verificación de criterios de evaluación con la correspondiente autorización, la decisión del comité, para finalizar las firmas de los representantes de CTC.



Se notifica a la institución solicitada la tutela radicada, para que dicha entidad realice la respuesta correspondiente y en un plazo no mayor de 10 días el juez debe tutelar o no el derecho fundamental que consiste en: si tutela el derecho da la acción de amparo al derecho fundamental invocado, si decide no tutelarlos no se da la protección al derecho fundamental solicitado.

Ministerio de Protección Social

A continuación en el tabla No. 1, se exponen las estadísticas consolidadas a 31 de diciembre de 2013 de las EPS, donde se evalúa la oportunidad en la autorización de procedimientos solicitados por usuarios llamados de alto costo teniendo en cuenta los diagnósticos establecidos (pacientes con cáncer, VIH/SIDA, enfermedad renal Crónica, y otras patologías consideradas catastróficas), asimismo el cálculo entre las fechas de radicación y autorización de las ordenes médicas donde para el régimen contributivo, se encontró que el promedio de la oportunidad en la autorización de servicios es de 8.65 días calendario, a partir de la fecha de radicación de los soportes correspondientes. NR, son los datos que no se recibieron por parte de las entidades y los datos negativos hacen referencia a la entrega de respuesta antes de los días establecidos.

AUTORIZACIÓN - RADICACIÓN				
ALTO COSTO_CONSOLIDADO				
CODIGO	ENTIDAD	NUMERO DE AFILIADOS A 31 DE DICIEMBRE/2013	PROMEDIO	NUMERO DE REGISTROS DE LA BASE DE DATOS
EPS013	Saludcoop	4.008.804	NR	67535
EPS016	Coomeva	2.918.361	0	34445
EPS037	Nueva EPS	2.663.554	-0,011	91127
EPS002	Salud Total	1.984.317	0,23	63020
EPS010	Sura	1.675.923	3,1	516013
EPS017	Famisanar	1.553.653	34,17	26942
EPS005	Sanitas S. A.	1.156.981	42,41	63278
EPS008	Compensar	940.364	0	321641
EPS018	S. O. S.	825.683	2,52	90406
EPS003	Cafesalud	717.405	NR	63454
EPS023	Cruz Blanca	555.836	NR	51157
EPS012	Comfenalco Valle	307.799	NR	4774
EPS001	Aliansalud	298.136	1,07	207
EPS033	Saludvida	79.926	0	348
EPS039	Golden Group	62.186	3	5088

Tabla No. 1 Consolidado Alto Costo

Se deduce que el número de afiliados no está relacionado con la inoportunidad en el servicio, se plantea posibles causas del porqué de dicha falta al cumplimiento establecido, se considera que pueden ser: la no detección por parte de las Organizaciones de prácticas financieras irregulares que afectan el presupuesto y posteriormente la prestación de los servicios de cara al usuario, recurso humano insuficiente para realizar la gestión oportunamente, debilidad en el seguimiento de proveedores para los servicios tercerizados a empresas, entre otros, lo que conlleva a incumplimiento por parte de las EPS, insatisfacción del usuario y a la creación de barreras de acceso a los servicios en este caso de salud, con el posterior deterioro de las condiciones de salud de los usuarios. Desafortunadamente no se cuenta con estadísticas de años anteriores para hacer un paralelo y poder determinar avances o no en la atención de los pacientes.

Al interior de las EPS se crearon áreas destinadas al análisis y gestión de los suministros y medicamentos No POS, se evidencian barreras o trabas administrativas al encontrar que los médicos no entregan a los usuarios los formatos establecidos aduciendo tiempos cortos de consulta, o postergado la entrega donde la necesidad del usuario no corresponde a la planteada en el momento de la solicitud o como lo informan en las noticias el paciente fallece esperando la autorización.

Para poder hacer gestión del riesgo al interior de las EPS es necesario identificar los posibles riesgos o eventos en las áreas destinadas a la autorización de servicios No POS, que no permiten lograr los objetivos propuestos, estableciendo las causas que propician la aparición de ellos, medir el impacto que genera al presentarse, plantear los controles para reducir, evitar, transferir o retener dicho riesgo. Se deben representar (modelos, procesos, índices, mapas, etc.), garantizar el cálculo de cada uno de forma periódica y oportuna para la Organización. Ciclo de la metodología que se presenta a continuación.



# CICLO DE LA METODOLOGÍA



Gráfico No. 3 Ciclo de la Metodología

Acciones encaminadas a mejorar la entrega de medicamentos No POS

Se propone un plan de comunicaciones masiva desde las EPS, donde se informe de forma obligatoria a la totalidad de los usuarios no solo cuáles son sus deberes y derechos como afiliados lo cual en este momento es de carácter forzoso sino, como acceder a los servicios que no se encuentran en el plan de beneficios dispuesto de acuerdo al régimen que le corresponda. Implementar sistemas de información para los empleados con unificación, claridad y

actualización de normatividad y contenidos de todos los procesos concernientes a la autorización de servicios, a partir de procesos establecidos de forma que todo el personal involucrado este en permanente capacitación, aprovechando la experiencia y las buenas prácticas para multiplicarlas para fidelizar a los usuarios y mejorar los estándares de calidad.

Y un plan externo de cara a todos los afiliados, estableciendo los objetivos correspondientes, grupo a quien va dirigido, contenido metodológico y de información, plantear un cronograma y un presupuesto de acuerdo al número de usuarios y recursos físicos y humanos a utilizar y ejecutar siempre con la medición de los objetivos propuestos. El cual es: informar a los usuarios la forma de acceder a los servicios No POS. Determinar los canales para la divulgación, páginas web, escrito, utilizar lenguaje adecuado y entendible a quien va dirigido. Se pueden programar eventos a grupos determinados para lanzamiento de los productos, propagandas televisivas y por radio, concursos, etc. Posteriormente campaña telefónica para verificar por medio de encuestas la percepción y el aprendizaje del material entregado.



Gráfico No. 4 Plan de Comunicaciones

En el plan de comunicaciones es importante plantear lo que se quiere comunicar, a quienes va dirigido, los sitios y los canales que se utilizarán, así como la forma o estrategia a implementar, tener un cronograma y realizar los seguimientos correspondientes para no desviarse. Las personas o funcionarios destinados a la educación y elaborar un presupuesto real en recursos, físicos, monetarios y humanos.

Las evaluaciones posteriores y seguimientos de verificaciones aseguran el apropiamiento de la información y la normatividad entregada a los clientes internos y externos, aumentando la satisfacción de los usuarios y permitiendo el aumento de la credibilidad de ellos en la EPS, asimismo evitando reprocesos al interior y visitas posteriores, para hacer reclamos injustificados.

## Conclusiones

Desde la modificación del sistema de salud en 1991, es evidente la implementación y la aplicación de los procesos al interior de las Organizaciones teniendo en cuenta que el usuario es el fin último y el principal objetivo de trabajo de las Entidades Promotoras de Salud, los continuos cambios en la reglamentación con el fin de mejorar la accesibilidad a los servicios por parte de los pacientes, probablemente esto ha llevado a la Corte Constitucional colombiana a crear mecanismos como la tutela con el fin de preservar los derechos fundamentales.

La desprotección de algunos grupos sociales en términos de salud, los procesos mal elaborados o la no implementación de ellos con respecto a la autorización de servicios No POS al interior de las EPS, en ocasiones hace ver que el único medio de acceder a la prestación del servicio es por medio de la tutela, sin utilizar los mecanismos dispuestos en la norma como es el Comité Técnico Científico.

El definir los riesgos que tienen al interior las Organizaciones y por las cuales no se cumplen los objetivos e indicadores propuestos con respecto a lo planteado por las entidades reguladoras o los controles definidos desde las EPS, con el fin de lograr mantener una calificación del usuario dentro de los estándares de calidad.

Finalmente se plantea generar un plan de comunicaciones interno utilizando los canales de capacitación establecidos, virtuales, presenciales, escritos, para todos los funcionarios de las EPS para garantizar que los cambios en la normatividad se conozcan e implementen

oportunamente, y otro externo que vaya dirigido a los usuarios donde se informe la forma de acceder a los servicios No POS, a través de campañas de lanzamiento, videos institucionales, concursos, mensajes de texto, volantes, etc., en un tiempo determinado para los usuarios vinculados en la actualidad e información escrita para los usuarios nuevos que se vinculen.

## Referencias:

Acosta A, (2011). Riesgo financiero en el SGSSS. Recuperado de

<http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2011/Riesgo%20Financiero%20en%20el%20SGSSS%20-%20Augusto%20Acosta%20Jul%202011.pdf>

Avirama Y, (2012). Tutela – segunda instancia. Recuperado de

[http://colombiaaldia.co/estados/boletines/boletin\\_12\\_2012/Tutelas/19001333100820120018801.pdf](http://colombiaaldia.co/estados/boletines/boletin_12_2012/Tutelas/19001333100820120018801.pdf)

Carrera L, (2011). La acción de tutela en Colombia. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-21472011000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-21472011000100005&script=sci_arttext)

Gaviria C, (1991). Decreto 2591 de 1991. Recuperado de

<http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/DECRETO%202591.php>

Gaviria A, (2013). Resolución 0000458 de 2013. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%200458%20de%202013.pdf>

Gaviria A, (2013). Resolución 0005521 de 2013. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%205521%20de%202013.pdf>

González M, (2012). Medicamentos excluidos del pos y que no tienen registro sanitario del

invima-Jurisprudencia constitucional. Recuperado de

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-042-13.htm>

Hernández M, (2014). Momento crítico para la salud en Colombia. Recuperado de

<http://www.viva.org.co/lobbying/comision-de-salud/218-momento-cr%C3%ADtico-para-la-salud-en-colombia>

Palacio D, (2005). Política nacional de prestación de servicios de salud. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Pres-taci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Palacio D, (2008). Resolución 003099 de 2008. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32044>.

Palacio D, (2008). Resolución 3754 de 2008 Ministerio de la Protección Social. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33501>

Palacio D, (2010). Resolución 00000548 de 2010. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38915#27>

Palacio D, (2014). Sistema de Seguridad Social en Salud. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMA-TIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

Rincón G, (2014). Tutela y salud. Recuperado de <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-231/heraldo231-tutela/>

Rincón G, (2004). Como obtener la entrega de medicamentos o procedimientos que no están dentro del POS o fuera del formulario. Recuperado de [http://www.med-](http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/Litigios/ComoObtenerMedicamentos_NO_POS.pdf)

[informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/Litigios/ComoObtenerMedicamentos\\_NO\\_POS.pdf](http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/Litigios/ComoObtenerMedicamentos_NO_POS.pdf)

Vargas L, (2013). Reglas jurisprudenciales sobre procedencia de acción de tutela para obtener prestaciones excluidas del pos. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-017-13.htm>