

**MEJORAMIENTO EN PROCESOS DE ENTREGA DE AUTORIZACIONES PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD EN COLOMBIA**

EDNA YOHANA CORREALES RODRÍGUEZ

AUTOR

LUIS GABRIEL FERRER

ASESOR

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y CONTROL INTERNO

BOGOTÁ

2014

Resumen

La Salud en Colombia ha tenido grandes cambios, estos inician con la aplicación de la Ley 100 de 1993, donde la Salud se divide de las Pensiones y se abre el mercado para la libre competencia de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Fondos de Pensiones, se reglamentan los Régimen Contributivo, Subsidiado y los Vinculados; con estos cambios aumenta la población cubierta al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y crecen las necesidades y expectativas de los usuarios, creciendo también las inconformidades de los afiliados, en la prestación de los servicios, demora en la generación de las Autorizaciones, llevando a los afiliados a usar medidas legales para la prestación de sus servicios; en el presente trabajo se plantean algunas estrategias en busca del mejoramiento en la demora de la generación de las Autorizaciones.

Palabras Claves: Sistema General de Seguridad Social en Salud, Plan Obligatorio de Salud, Control Interno, Empresa Promotora de Salud, Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Introducción

La salud en Colombia es un tema muy importante y álgido para toda la comunidad en general porque se ve implicada la vida de un ser humano, y nuestro país no es ajeno a las dificultades a la hora de la prestación de un servicio, a pesar de tener una legislación clara que rige a todas las Entidades Prestadoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, no todas cumplen con los términos y calidad en el servicio esperado por los afiliados. Existe una demora en la generación y entrega de Autorizaciones en el Plan Obligatorio de Salud por parte de las EPS e IPS las cuales deben cumplir con los tiempos establecidos dentro de la normatividad vigente, algunas propenden por prestar un servicio de calidad pero encontramos otras que no lo realizan y que por el contrario sus clientes no se encuentran satisfechos ni a gusto con su servicio.

Se pretende con el presente estudio se planteen posibles soluciones para disminuir el tiempo de espera de los requerimientos solicitados por los afiliados. Se encontró que el clima laboral, la presión en el cumplimiento de las metas trazadas por los diferentes líderes de procesos, son unas de las causas que intervienen en la demora de la generación de las autorizaciones.

CAUSAS EN LA DEMORA DE AUTORIZACIONES EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA

Colombia se encontraba viviendo una profunda crisis económica y requería tomar acciones contra la pobreza que presentaba el País, contaba con un Modelo de Salud, donde existían dos entidades prestadoras de servicios una para los empleados del sector oficial, Caja de Prevención Social de Comunicaciones (Caprecom) y otra para el sector privado, el Instituto Colombiano de Seguro Social (ISS), los cuales se encargaban de cubrir los servicios de salud y pensiones de los ciudadanos, a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, se implementa un Plan de Beneficios Básicos en Salud, independizando el acceso a la salud de las pensiones, se realiza una reestructuración del Modelo de Salud, entrando en vigencia los Régimen Contributivo, Subsidiado, y Vinculados: Sistema de Información de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben), entrando en funcionamiento las Entidades Promotoras de Salud EPS y las Instituciones Prestadoras de Salud IPS, el Régimen de Pensiones, generando la libre competencia entre las Entidades Promotoras y Prestadoras de los servicios en Salud, y la libre elección del usuario de su Entidad Promotora de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está concebido bajo la filosofía de las fuerzas del mercado de la salud, si se regulan por el Estado, pueden alcanzar un óptimo beneficio, dicho Sistema busca asegurar la coherencia y eficiencia en la asignación de los recursos y la eficacia en la prestación de servicios, bajo los principios de universalidad, libertad de elección, solidaridad, eficiencia y equidad. (Ley 100 de 1993 Art.1).

El anterior artículo es de obligatorio cumplimiento para todas EPS e IPS, pero no es cumplido a cabalidad, puesto que la Salud en Colombia se concibió como una empresa que debe ser auto sostenible, esto llevo a la desnaturalización del servicio y se enfoca en la rentabilidad desmejorando la atención al usuario, siendo más visible la demora en la entrega de las autorizaciones.

El Sistema general de Salud es la medida como Colombia, cubre la salud de todos los residentes del País; prestado mediante una Entidad Promotora de Salud(EPS) que el usuario escoja, recibe un Carnet de afiliación y entra a formar parte del Sistema de Salud, los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), quién se encarga de generar actividades para la Prevención de la Enfermedad, Promoción de la Salud, Asistencia de Urgencias, Rehabilitación y tratamiento de la enfermedad a la cual tienen derecho. (Ministerio de la Protección Social, comunicaciones 2004).

El espíritu de la ley fue concebido para que hubiera una mejor atención y prestación de servicios al usuario, orientando más hacia la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad y no al tratamiento y la rehabilitación como se direcciono, generando congestión y demora en la prestación del servicio.

El Sistema de Salud está conformado por dos Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado; en el Contributivo deben afiliarse las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias cubre a todas las personas que cuentan con un empleo estable, ingresos fijos con capacidad de pago de trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. Los afiliados al Régimen Subsidiado se define como “un conjunto

de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad” Por consiguiente, este régimen se orienta a garantizar este derecho a la población más vulnerable de la sociedad y sin capacidad de pago, quienes se vinculan al sistema general de seguridad social en salud, a través del pago de una unidad de pago por capitación subsidiada -UPC-S.(Ley 100 de 1993 Art.211)

Tabla No. 1

LEGISLACIÓN	DEFINICION
Constitución Política Colombiana 1991 artículo 48	Establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.
Constitución Política Colombiana 1991 artículo 49	Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de Promoción, Protección y recuperación de la salud servicio público a cargo del Estado
Ley 100 de 1993 Artículo 1	El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten
Ley 100 de 1993 Artículo 6	El sistema de seguridad social integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley.
Resolución 5261 de 1994	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 806 de 1998	Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.
Decreto 2699 de 2007	Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 029 de 2012	Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

Fuente: Ministerio de la Protección Social

La normatividad referida en la Tabla No.1 es de obligatorio cumplimiento, en cada Entidad Promotora de Salud y de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Para la prestación de los servicios de Salud el afiliado debe contar con una autorización que corresponde a un “documento escrito mediante el cual una persona libre y voluntariamente autoriza a otra persona o proveedor a representarle, solicitar, usar y divulgar su información de salud para fines médicos, de tratamiento o para iniciar una acción como una querrela” (Ministerio de la Protección Social definiciones Plan de Salud). Estas Autorizaciones son de varios tipos: de Servicios Médicos, Medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, Medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, Cirugías, Insumos, Medios Diagnósticos, entre otros.

Para que un ciudadano acceda a una Autorización debe estar Afiliado a una Entidad Promotora de Salud EPS, en un estado activo vigente, debe pagar mes a mes un valor denominado Unidad por Cápita UPC, designado año tras año por el Ministerio de la Protección Social, en nuestro caso se revisaran las causas de la demora en la entrega de Autorizaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

Una vez afiliado y activo, debe contar con una orden médica vigente menor a un mes dada por su médico tratante, un resumen de la Historia clínica, acercarse a una Oficina de Atención al Afiliado para que sea generada una orden o autorización y así acceder al servicio solicitado, en la mayoría de los casos la demora no es en la emisión de la autorización si no en la prestación del servicio solicitado por parte de la IPS asignada, sin cumplir lo reglamentado por la Resolución 1552 del 2013 el cual indica los tiempos de

espera para acceder a la prestación de los servicios de salud POS; presentándose demoras hasta de seis meses en contravención de la norma llevando esto al usuario a usar instrumentos legales como la Tutela para acortar los tiempos de espera de la atención. La cual textualmente dice: Artículo 1:

Agendas Abiertas para Asignación de Citas. Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos Regímenes directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informaran al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.

Parágrafo 1. En los casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud EPS esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles, contados a partir de la solicitud. (Resolución 1552 de 2013, Art. 1 Parágrafo 1. la cual reglamenta los Artículos 123 y 124 del Decreto Ley 0019 del 2012)

Actividades corregidas en la disminución de tiempos en la generación de Autorizaciones Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

Para la generación de una Autorización es necesario tener en cuenta los diferentes niveles de atención emitidos según normatividad vigente, según su responsabilidad y complejidad que establece:

Nivel I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados; Nivel II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados; Nivel III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o personal paramédico.
(Resolución 5261 de 1994 Artículo 20)

Por esta razón que la generación de una Autorización del Plan Obligatorio de Salud una EPS tiene incluido en su equipo de trabajo, en primera línea, los Asesores que son parte importante en el tener contacto directo con el afiliado, y satisfacer las necesidades del cliente; estos deben ser Bachilleres, con un Técnico en el área de Salud y mínimo un año de experiencia en el área de salud.

Ellos son la cara amable las organizaciones, porque tienen el primer contacto con el afiliado, realizan varias funciones como son la recepción de documentos, actualización de datos, radicar las solicitudes requeridas y asignar a cada grupo de apoyo de los diferentes Back Office, además dentro de sus funciones se encuentran recibir las solicitudes de Incapacidades, Formularios de Afiliación, generar Autorizaciones según su perfil, para cada una de los requerimientos solicitados y según el grado de complejidad de las mismas.

Los Asesores de Línea de Frente, deben realizar una verificación del estado de afiliación del usuario en el aplicativo de salud de la entidad a la cual pertenece, actualizar los datos según necesidad, procede a realizar la actividad necesaria en ese momento, teniendo en cuenta que el cliente debe acercarse con copia de historia clínica completa, clara y legible, Orden Medica que cumpla con:

Características de la Prescripción: Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos: para generar el servicio requerido por el mismo: Personal de salud debidamente autorizado, letra clara y legible, idioma español, no podrá tener tachones enmendaduras, claves, dosis de medicamentos, diagnóstico, lugar y fecha de la prescripción, nombre del paciente y documento de identidad, número de la historia clínica, tipo de usuario (Decreto 2200 de 2005 Artículo 16).

Corroborada la información se le genera al usuario su Autorización requerida, en el transcurrir de esta actividad el aplicativo de salud utilizado por Línea de frente, genera algunos controles como el escribir correctamente los nombres y apellidos del cliente, la dirección, el teléfono, correo electrónico, para envío de información relacionada con su solicitud, los cuales son de obligatorio cumplimiento.

Las EPS cuentan con un Back Office formado por un grupo de Enfermeros(as) que deben tener experiencia mínimo de tres años en las diferentes áreas y contar con Especialización administrativas y/o en Salud, este grupo de profesionales se encargan de generar los servicios de segundo y tercer nivel de atención, en las diferentes áreas, Cirugías Electivas, Reemplazos Articulares, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Neurovascular, Comité Técnico Científico (CTC), cuentan con un tiempo de respuesta de cinco (5) días hábiles para cumplir con la expectativa del afiliado.

El Back de médicos son especialistas en Administración y/o en áreas de salud, con experiencia de mínimo tres (3) años, apoyan al pul de enfermeros, realizan autorizaciones correspondientes al cuarto nivel, análisis, autorización, negación o devolución de las solicitud No POS, son los Coordinadores de cada uno de los Back Office. Para la generación de estas autorizaciones tiene un tiempo de respuesta establecido de cinco días calendario, pero en ocasiones no se logra cumplir la promesa establecida por los volúmenes que manejan en radicación diaria.

Hay unas autorizaciones que deben ser generadas antes de promesa, las cuales deben ser radicadas en una herramienta de servicio prioritario, con una respuesta de dos (2) días hábiles, y otras de respuesta inmediata de veinte (20) minutos para afiliados con patologías oncológicas, pueden ser generadas directamente por línea de frente, la cual toma la decisión de realizarla o no según el criterio de cada Asesor.

Controles establecidos para la generación y entrega de las Autorizaciones POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

El aplicativo de salud utilizado tiene incorporados controles respectivos, que pueden ser vulnerados o pasados por alto por los diferentes actores involucrados en la generación de una autorización, según el perfil de cada profesional puede pasarse por alto los controles puesto que no son algunos de obligatoriedad para continuar con la realización de la misma.

Los diferentes profesionales involucrados en la generación de éstas tienen metas definidas que deben cumplir diariamente, una productividad que se debe lograr para

alcanzar los indicadores de gestión propuestos por los Coordinadores de áreas, estos pueden variar dependiendo del número de autorizaciones radicadas en cada Back, el grado de complejidad de las mismas.

El área de Autorizaciones de una EPS cuenta con un equipo administrativo que se encarga de dirigir, coordinar, implementar y dar a conocer las metas, funciones de cada equipo de trabajo de cada Back, realiza cada mes un consolidado de las actividades ejecutadas por cada Back, realiza el cronograma de capacitación, programa cada mes las reuniones del Grupo Primario, este se encarga de dar a conocer las oportunidades de mejora personales y grupales, cumplimiento de las metas propuestas, socialización de cambios en la contratación, parametrización, y cambios de obligatorio cumplimiento por políticas internas y legales.

Cada grupo de los diferentes Back debe desarrollar las oportunidades de mejora dadas a conocer en los grupos primarios, buscando sentido de pertenencia, compromiso y liderazgo de los actores principales en las actividades, trabajo que ha dado resultado en la disminución de errores encontrados en la generación de las autorizaciones por los diferentes Back, mejorando el trabajo en equipo, camaradería, el clima laboral y el liderazgo personal como colectivo.

Estrategias de mejora en el proceso de Autorizaciones POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

La Entidad Promotora de Salud EPS, busca posicionarse en el mercado como una de las principales EPS del País, para ello debe desarrollar Estrategias que le permitan cambiar, mejorar, en el proceso de Autorizaciones POS del Sistema General de Seguridad en Salud en Colombia; para el presente ensayo se plantean algunas actividades.

Especialización de los Asesores de Línea de frente en los diferentes Back que cuenta la EPS, el servicio será más oportuno, disminuirán los errores de asignación a los Back, evitara reprocesos, disminuirá la duplicidad de autorizaciones por tener las actividades claras y bien definidas, acortara el tiempo de espera en las Oficinas de Atención al Afiliado por la asignación equivocada de las solicitudes del usuario.

Realización de educación continuada o mejora continua en busca de mejorar el clima laboral, mediante talleres prácticos, lúdicos, cambio de roles, para identificación de oportunidades de mejora individuales y colectivas, mejoraría la camaradería, el liderazgo, compromiso con el cumplimiento de las metas trazadas y el compromiso personal y con el afiliado quién es la razón de ser de la organización.

El cambio de roles ayuda a mejorar la comunicación problema en la mayoría de organizaciones, se identifican líderes dentro del grupo en estudio, se ve reflejada de una manera diferente la retribución de las actividades realizadas por cada uno de los asesores,

llevándoles a identificar que la compensación financiera no es lo único que puede lograr un grupo que trabaja en equipo, se logra activar el compromiso en los asesores de línea de frente, con ellos mismos, la empresa y el usuario quien es la esencia de la Empresa.

Revisión del aplicativo de Salud, para el desarrollo de las diferentes actividades diarias y cumplimiento de los indicadores de gestión socializados por la coordinación de Autorizaciones. El aplicativo de salud utilizado en las Entidades Prestadoras de Salud EPS, no es amigable por la cantidad de información, controles que debe tener, los datos personales que maneja cada afiliado, la comprobación de la información de cada afiliado y su grupo familiar; de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, contratación, presupuesto, información propia y privada de la EPS.

Al realizar las autorizaciones en el aplicativo no permite que se verifique el estado de afiliación, historial de Autorizaciones POS, No POS, si se encuentra en una bandeja específica, no permite la revisión del historial de autorizaciones por afiliado, los topes de las mismas, generando reprocesos, atrasos, duplicación de autorizaciones, no anulación de las autorizaciones realizadas anteriormente y en estado vencido, por cambio de cantidad, de prestador y permitiendo tener una puerta abierta en el gasto y/o utilización doble de las autorizaciones dadas al usuario.

Si el aplicativo de Salud permitiera realizar las anteriores verificaciones la actividad se agilizaría y disminuiría el tiempo de espera de un afiliado en una Oficina de Atención, se realizarían más actividades por cada Asesor de Línea de Frente, logrando cumplir las metas

trazadas de una manera menos agotante, con calidad en la prestación del servicio, oportuna logrando estándares de servicio.

Sugerencia en la formación del área de Auditoría Interna para tener controles más efectivos en la generación de las autorizaciones y demás actividades, disminuyendo el tiempo de espera en la generación de las mismas, para la aplicación de esta propuesta se debe tener en cuenta la normatividad vigente, el concepto de Control Interno – Auditoría Interna se encuentra consagrada en la Ley 87 de 1993, y el Decreto 1537 de 2001 el cual reglamenta los elementos técnicos y administrativos del Sistema de Control Interno además la definición contempla:

Uno de los componentes del Sistema de Control Interno, del nivel directivo, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Alta Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos (Ley 87 de 1993 Artículo 9).

Es importante resaltar la oficina de Control Interno Auditoría Interna en la asesoría de las actividades y decisiones a tomar en pro del bienestar de la organización, puesto que esta se encarga de velar por la eficacia, eficiencia de la realización de las autorizaciones a los afiliados cumpliendo los tiempos de respuesta ordenados por las políticas interna y la normatividad vigente.

Se define: “el rol del área de Control Interno Auditoría Interna se realiza por medio de cinco (5) ítems que son: Valoración de Riesgos, Acompañamiento y Asesoría, Evaluación y Seguimiento, Fomento a la Cultura del Control y Relación con Entes Externos”(Decreto 1537 de 2001).

Es importante socializar en las diferentes áreas de la compañía el papel importante que juega la oficina de Control Interno en el desarrollo de las actividades de la misma, se deben realizar talleres prácticos a los funcionarios para que estos se perfeccionen y se preste un servicio de calidad a los usuarios.

El posicionamiento y la credibilidad que alcance el área de Control Interno en la organización harán que se tenga en cuenta para el desarrollo de las diferentes actividades, en el asesoramiento oportuno y el velar por la eficiencia, eficacia de los recursos tangibles como intangibles de la institución, este se verá reflejada en la minimización de gastos, disminución de la duplicidad de actividades, en funciones claras y bien definidas, acortaran el tiempo de espera de los afiliados en las diferentes oficinas de atención al afiliado.

El área de Control Interno debe vigilar por que los controles, establecidos sean cumplidos no evadidos, dependiendo del perfil del autorizador que tenga el equipo, es importante que los funcionarios de la institución vean al Auditor Interno no como un ente solamente de control y vigilancia, sino en su rol más importante de acompañamiento, asesoría, y en el mejoramiento continuo de los procesos y desarrollo adecuado de las actividades de la organización.

Invitar a los funcionarios a participar activamente en el diseño e implementación de los manuales de funciones y procedimientos, puesto que los empleados en su labor diaria conocen las diferentes situaciones que se presentan de acuerdo a la complejidad de las actividades a ejecutar, es por esta razón que deben ser involucrados en las diferentes actividades programadas para desarrollar el sentido de pertenencia, compromiso y liderazgo, lo cual lleva a que la auditoría interna cumpla con su función de asesoramiento, acompañamiento y control dentro de la organización.

Conclusiones

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue creado con la visión de prestar un servicio de calidad a la población Colombiana, haciendo énfasis en la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, pero debido a que primo la búsqueda de la rentabilidad sobre la prestación del servicio, este sigue sin cumplir los objetivos por la cual fue creada tales como universalidad, igualdad entre otros.

Esto ha generado que se cree un cuello de botella de enormes proporciones en la autorización de servicios POS, con demoras sustancialmente prolongadas contraviniendo de las leyes que rigen esta función, llevando a los usuarios a tomar medidas legales para la prestación de sus servicios, puesto que las EPS e IPS se preocupan por contar con un número de usuarios determinado, pero no evalúan la calidad del servicio prestado.

Como consecuencia al retraso en las actividades de las autorizaciones al interior de la organización se genera descontento, desinformación, duplicidad de funciones, lo cual ha deteriorado el clima organizacional, lo que hace necesario implementar con el departamento de Talento Humano actividades lúdicas, artísticas, intelectuales y sociales para generar un mayor sentido de pertenencia y aceptación de los cambios que se implementen.

Con la implementación de las sugerencias, recomendaciones que resultan del proceso de auditoría interna, se desarrollaran actividades y programas de mejora continua que

conducirá como fin de este trabajo mejorar los tiempos, los procesos, y crear estabilidad en la planta de personal.

Referencias

Ministerio de la Protección Social. Ley 100 de 1990, Artículos 1, 6. Creación del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia integral y se dictan otras disposiciones, Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx

Ministerio de la Protección Resolución 5261 de 1994, Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Resoluciones.aspx

Ministerio de la Protección Decreto 806 de 1998, reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional, Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Decretos.aspx

Ministerio de la Protección Decreto 2699 de 2007: normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Decretos.aspx

Ministerio de la Protección Ley 1122 de 2007, modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx

Ministerio de la Protección Acuerdo 008 de 2009, actualización integral de los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Derogado por el Acuerdo 029 de 2011, por el cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011 que

define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Acuerdos.aspx

Ministerio de la Protección Resolución 3253 de 2009, definir, hacer seguimiento y evaluar las metas de cobertura, resolutivita y oportunidad en los acuerdos de voluntades mediante el mecanismo de pago por capitación y se dictan otras disposiciones, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Resoluciones.aspx

Ministerio de la Protección Acuerdo 029 de 2012, define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Acuerdos.aspx

Ministerio de la Protección Acuerdo 030 de 2012: valor de la unidad de pago por capitación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Acuerdos.aspx

Ministerio de la Protección Ley 1438 del 2011: fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx

Ministerio de la Protección Social Decreto 2200 de 2005, Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones, retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Decretos.aspx

Ministerio de la Protección Social Decreto 1537 de 2001, Rol de Control Interno Auditoria Interna, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Decretos.aspx

Ministerio de la Protección Social Ley 87 de 1993, Componentes del Sistema de Control Interno, Retomado de http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx

