

ACUERDO 3 DE 2009

(julio 30)

Diario Oficial No. 47.438 de 11 de agosto de 2009

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD

<NOTA DE VIGENCIA: Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009>

Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.579 de 31 de diciembre de 2009, 'Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado'

LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confieren el numeral 10 del artículo 7o de la Ley 1122 de 2007 y, el literal d) del artículo 76 de la Ley 489 de 1998,

CONSIDERANDO:

Que dentro de las funciones de la Comisión de Regulación en Salud asignadas mediante la Ley 1122 de 2007 en su artículo 7o y reiteradas en el artículo 7o del Acuerdo 001 de junio 25 de 2009 de la misma Comisión, está: “Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS), que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”.

Que la Corte Constitucional mediante Sentencia T-760 del treinta y uno (31) de julio de dos mil ocho (2008), en el numeral décimo séptimo de su parte resolutoria ordenó la aclaración y actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud.

Que en el mismo aparte la Corte ordena: “Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, según lo indicado en el apartado (6.1.1.2.). En dicha revisión integral deberá:

i) Definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional;

ii) Establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas;

iii) Decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud, y

iv) Tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación”.

Que según el mismo fallo de la Corte Constitucional: “En la definición de los contenidos del POS deberá respetarse el principio de integralidad en función de los servicios de salud ordenados y de la atención requerida para las patologías aseguradas”.

Que en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional y a pesar de lo restringido del tiempo de operación de la Comisión de Regulación en Salud, se están promoviendo procesos de participación ciudadana mediante la generación de información sobre los contenidos de los Planes Obligatorios de Salud y sobre el proceso de actualización de los mismos, la divulgación de dicha información en el portal en Internet de los Planes Obligatorios de Salud, la generación de respuestas a la ciudadanía, el desarrollo de jornadas de capacitación técnica e información para la construcción de metodologías para el ajuste de dichos planes y la instauración de espacios de participación presencial y virtual de la ciudadanía en general relacionada con temas para la definición de sus contenidos.

Que el Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud ha venido realizando estudios en relación con la suficiencia de la UPC como fuente de recursos para la financiación de los Planes Obligatorios de Salud; los cuales coinciden con los lineamientos de la Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008.

Que el Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación y de los actuales mecanismos de Ajuste de Riesgo determinantes del gasto de la UPC, utiliza la información suministrada sobre demanda atendida por las EPS de ambos regímenes.

Que los Estudios de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación y de los actuales mecanismos de Ajuste de Riesgo determinantes del gasto de la UPC realizados por el Ministerio de la Protección Social se han elaborado bajo los siguientes supuestos:

- i) Las EPS garantizan los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de sus afiliados;
- ii) Las EPS prestan los servicios de salud de acuerdo con las frecuencias de uso establecidas en las Guías y los protocolos de atención integral vigentes en el país; y
- iii) Las EPS no colocan barreras de acceso a sus afiliados para la utilización de los servicios.

Que la aclaración y la actualización del POS en el corto plazo utiliza la información proveniente de los Estudios de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación y de los actuales mecanismos de Ajuste de Riesgo determinantes del gasto de la UPC.

Que acatando lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y lo dispuesto en los autos proferidos el 13 de julio de 2009 por la Sala Especial de Seguimiento, la Comisión de Regulación en Salud, integrada en debida forma el 3 de junio de 2009, procederá en consecuencia a cumplir tomando como referente la información que el Ministerio de la Protección Social, basado en la información enviada por las Entidades Promotoras de Salud, le ha entregado a la Comisión de Regulación en Salud.

Que actualmente se encuentra en curso el Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación del año 2008 y de los actuales mecanismos de Ajuste de Riesgo determinantes del gasto de la UPC. La información allí contenida permitirá que en forma dinámica y cumpliendo con lo señalado por la honorable Corte Constitucional se realicen las actualizaciones permanentes en el Plan Obligatorio de Salud.

Que dada la importancia de unificar el lenguaje de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud en la Codificación única de Procedimientos en Salud (CUPS) se hace necesario un periodo de transición para que los actores ajusten su operación.

Que la presente actualización y aclaración de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado es la línea de base para un proceso dinámico, sistemático, participativo, continuo y permanente para el cual se han establecido metodologías y procesos técnicos que garantizan que los Planes Obligatorios de Salud respondan a las necesidades de los afiliados, teniendo en cuenta su financiación con la UPC, la sostenibilidad financiera del Sistema y los recursos existentes en el país.

ACUERDA:

TITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Actualizar integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, con las inclusiones y exclusiones que se

detallan en los títulos siguientes, con las condiciones y definiciones establecidas para cada régimen.



ARTÍCULO 2o. NOMENCLATURA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Adóptase la codificación y nomenclatura de la Clasificación única de Procedimientos en Salud -CUPS- para expresar las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud en términos de actividades, procedimientos e intervenciones.



ARTÍCULO 3o. CAMPO DE APLICACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El presente acuerdo es un instrumento para garantizar la atención adecuada en la prestación de los servicios de salud de los afiliados a los regímenes contributivo y Subsidiado del SGSSS con los beneficios contenidos en el POS, y que cada EPS prestará a través de su red de prestación servicios, que defina para tal fin dentro del territorio nacional y con la tecnología disponible en el país, bajo las condiciones de calidad que se establecen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO I.

GLOSARIO.



ARTÍCULO 4o. GLOSARIO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para efectos del presente acuerdo se adoptan las siguientes definiciones, sin que de las mismas se constituyan como coberturas dentro de los Planes Obligatorios de Salud:

- a) **Actividad:** Conjunto de operaciones o tareas dentro de un procedimiento de salud, con utilización de un recurso específico, bien sea físico, humano y/o tecnológico.
- b) **Diagnóstico:** Es una conclusión a la que se llega con base en los resultado de la realización de actividades procedimientos e intervenciones, y que se expresa en términos de presencia o ausencia de la enfermedad, de conformidad con la clasificación de enfermedades adoptada en la normatividad vigente.
- c) **Entidades Promotoras de Salud (EPS):** Es la entidad responsable de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definida en la normatividad vigente.
- d) **Exploración quirúrgica:** Procedimiento quirúrgico que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.
- e) **Intervención en salud:** Conjunto de uno o más procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
- f) **Prevención de la enfermedad:** Aquellas actividades, procedimientos, intervenciones de demanda inducida y cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo (protección específica), la comunidad o el medio ambiente, que determinan la aparición de la enfermedad.
- g) **Procedimiento:** Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- h) **Procedimiento no quirúrgico:** Operación manual y/o instrumental incruenta con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual no se realiza maniobra de las que caracterizan a la cirugía. Es equivalente a “tratamiento médico”, es decir, por cualquier método distinto de la cirugía.
- i) **Procedimiento quirúrgico:** Operación instrumental cruenta que se practica con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual se realiza alguna o varias de las maniobras que son características de la cirugía, como incidir, suturar, extirpar o modificar algún tejido u órgano del cuerpo humano.
- j) **Promoción y fomento de la salud:** Actividades, procedimientos, o intervenciones de demanda inducida y con carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a: crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; informar sobre riesgos, factores, protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud; promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud.

k) **Rehabilitación médica o rehabilitación en salud:** El empleo de todos los recursos médicos o del sector salud que puedan favorecer la superación de las secuelas de la enfermedad, o de una lesión y de sus secuelas en la fase de convalecencia.

l) **Tratamiento:** Todas las actividades, procedimientos o intervenciones, tendientes a modificar o desaparecer, los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad o patología.

CAPITULO II.

CRITERIOS PARA ACLARACIONES, MODIFICACIONES Y ACTUALIZACIONES DEL POS.

ARTÍCULO 5o. CRITERIOS GENERALES PARA LA DEFINICIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MODIFICACIÓN Y PROVISIÓN DEL POS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009>

a) **Principio y enfoque de integralidad del Plan Obligatorio de Salud.** Principio mediante el cual los servicios que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a los necesarios para brindar educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención definidos en el presente acuerdo, conforme lo definido en las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y con especial énfasis en las acciones de promoción y prevención.

b) **Principio de pertinencia epidemiológica y costo-efectividad para el país.** Las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnologías en salud que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad.

c) **Principio de calidad.** Principio por el cual la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, se realiza de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, incluyendo la disponibilidad de recursos necesarios para dar cumplimiento a las características de oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

d) **Principio de corresponsabilidad.** Principio por el cual el Plan Obligatorio de Salud debe cubrir servicios para la atención de las condiciones médicas en concurrencia con las acciones de autocuidado por parte de los usuarios.

e) **Principio de complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben complementarse con las acciones colectivas del Plan de Intervenciones en Salud Pública y los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes de beneficios del sistema.

f) **Principio de eficiencia y de sostenibilidad financiera.** Principio por el cual la definición y aplicación del Plan Obligatorio de Salud estarán sujetas a los recursos materiales e institucionales y a las condiciones financieras del Sistema y la economía del país, para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos, la mayor eficiencia en la utilización de los mismos, la mayor efectividad en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país.



ARTÍCULO 6o. PRINCIPIOS PARA LAS EXCLUSIONES. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Los criterios generales de exclusiones explícitas de los Planes Obligatorios de Salud son los siguientes:

a) Que no se cumplan los criterios antes mencionados y particularmente que sean actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud que no contribuyan a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

b) Actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios o de embellecimiento, y las necesarias para atención de sus complicaciones.

c) Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos y servicios de carácter experimentales, o para las cuales no existe evidencia científica de costo-efectividad o no hayan sido reconocidos por las asociaciones médico-

científicas a nivel mundial.

d) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. En estos casos deberá brindarse terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico cuando el médico lo estime necesario. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.

e) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral, distintos de aquellos necesarios definidos con criterios de evidencia clínica demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.

f) Actividades, procedimientos e intervenciones no mencionadas o incluidas expresamente en el presente acuerdo.

g) Aquellos que expresamente defina la Comisión de Regulación en Salud en el futuro.

CAPITULO III.

CONDICIONES GENERALES DE COBERTURA.

ARTÍCULO 7o. NIVELES DE COMPLEJIDAD DE PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES O ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL POS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Adoptar la definición por niveles de complejidad alta o de nivel 3, mediana o de nivel 2 y baja o de nivel 1o básica, de Actividades, Intervenciones y Procedimientos.

ARTÍCULO 8o. GUÍAS DE ATENCIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para orientar la aplicación eficiente del Plan Obligatorio de Salud y la provisión efectiva de las prestaciones que lo componen, se aprueba la elaboración y adopción de Guías de Atención o manejo Integral de condiciones médicas o patologías, conforme las prioridades identificadas o en su defecto comenzando por el tratamiento de alto costo o de enfermedades catastróficas o ruinosas, y para aquellas enfermedades más prevalentes y de mayor costo-efectividad en su manejo.

Para las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida son de obligatorio cumplimiento los protocolos de manejo definidos en la normatividad vigente.

PARÁGRAFO. Para efectos de lo establecido en este artículo y en el contexto del Plan Obligatorio de Salud, una Guía de Atención Integral es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, que tienen como objetivo la Protección Específica, la Detección Temprana y la Atención de las Enfermedades de interés en Salud Pública. En ella se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo con variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada, con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por los afiliados al mismo.

ARTÍCULO 9o. CONDICIONES DE ACCESO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Aprobar como indispensable y de tránsito obligatorio para poder acceder a los servicios de salud por medicina general u odontología general y enfermería o por el servicio de urgencias. La remisión es absolutamente necesaria para poder tener acceso a un nivel de atención diferente al nivel básico particularmente cuando sea necesario el traslado institucional conforme las normas de calidad vigentes. Se exceptúa la atención de urgencias y de la población infantil por la especialidad de pediatría.

Si el caso amerita asesoría o interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido en el nivel básico, a menos que el profesional recomiende lo contrario en su respuesta.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente a la consulta especializada sin hacer el tránsito por consulta general.

ARTÍCULO 10. DEFINICIONES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE ACCESO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009>

- a) **Asesoría:** Es el apoyo científico que se brinda entre el personal de salud vinculado a la atención de un paciente.
- b) **Interconsulta:** Es el acto mediante el cual cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico u odontólogo tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.
- c) **Remisión:** Es el procedimiento administrativo y asistencial mediante el cual se refiere un paciente o elemento de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud a otro, para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con su nivel de resolución dé respuestas a las necesidades de salud, con la consiguiente transferencia de responsabilidad en el manejo, teniendo en cuenta el diseño, organización y documentación del proceso de referencia definido por la empresa promotora de salud.
- d) **Contrarreferencia:** Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptoras de la referencia, dan a la institución remitora. La respuesta es la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora y el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.



ARTÍCULO 11. COBERTURA INTEGRAL. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En cumplimiento del principio de integralidad, el Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado cubre, de acuerdo con las condiciones de cada régimen, las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud, realizadas con fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y/o tratamiento y de rehabilitación, contenidas en el presente acuerdo.



ARTÍCULO 12. CALIDAD. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Las actividades, procedimientos e intervenciones, así como el uso de materiales dispositivos y equipos médico-quirúrgicos, que componen el POS de cada régimen, deben ser ejecutadas bajo condiciones de calidad de los servicios, de conformidad con las normas vigentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ARTÍCULO 13. AMBITO DE APLICACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> La cobertura de las actividades, procedimientos, intervenciones medicamentos insumos y tecnología en salud incluidas en los Planes Obligatorios de Salud comprende el ámbito o servicio necesario y conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad vigente y el desarrollo de la oferta de los servicios de salud en el país, así como según las necesidades de cada paciente y la mejor alternativa para atención del caso o evento.

PARÁGRAFO. Para garantizar la oportunidad y acceso efectivo a los servicios de salud descritos en el presente acuerdo, las EPS pueden organizar su red de prestación de servicios de salud, utilizando modalidades extramurales o de telemedicina conforme a los estándares de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud vigentes. Para los efectos necesarios se debe tener en cuenta que de acuerdo con la Resolución 1448 de 2006 del Ministerio de la Protección Social se define la Telemedicina como: “La provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan, tecnologías de la información y de la comunicación que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica”.



ARTÍCULO 14. COBERTURA DE INSUMOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En la definición del Plan Obligatorio de Salud no hay un listado de elementos o insumos en salud cubiertos o no cubiertos pues en general las EPS deben garantizar los materiales, elementos y equipos médico-quirúrgicos, incluyendo material de curación, necesarios para todas y cada una de las actividades y procedimientos cubiertos en el mismo, excepto si hay exclusiones expresas en las normas como son las contenidas en el presente acuerdo.



ARTÍCULO 15. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS, ORTESIS, APARATOS Y ADITAMENTOS ORTOPÉDICOS O PARA ALGUNA FUNCIÓN BIOLÓGICA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Se define como elementos de este tipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la

capacidad fisiológica o física del paciente. Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con el compromiso de devolverlos en buen estado salvo el deterioro normal; en caso contrario deberá restituirlos en dinero por su valor comercial.

PARÁGRAFO. Se suministran prótesis, ortesis y otros: marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán: muletas, caminadores, bastones y otras estructuras de soporte para caminar, siendo excluidos los zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso, corsés, fajas y todos los que no estén expresamente autorizados.

Para efectos de lo señalado en los artículos precedentes se deben tener en cuenta las siguientes definiciones sin que ello signifique definición de cobertura en el POS:

a) **Aparatos ortopédicos:** Elementos usados por el paciente afectado por una disfunción, discapacidad o minusvalía, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema neuromuscular y esquelético, y se dividen en prótesis y ortesis.

b) **Equipo médico-quirúrgico:** Es el instrumento, aparato o artefacto, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes accesorios y programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento que permite realizar una atención en salud.

c) **Material de curación:** Son los suministros, que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

d) **Material y dispositivos médico-quirúrgicos:** Son los elementos usados en el paciente, reutilizables o desechables, para la práctica de actividades, procedimientos e intervenciones en salud.

e) **Ortesis:** Aparatos ortopédicos, desechables o reutilizables, utilizados externamente con el propósito de proveer soporte a un segmento corporal o mejorar, limitar, complementar o suplir una o varias funciones del sistema neuromuscular y esquelético.

f) **Prótesis:** Son aquellos aparatos cuya función es la de reemplazar una parte anatómica ausente de la persona.



ARTÍCULO 16. MEDICINA ALTERNATIVA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Las EPS podrán incluir la utilización de medicinas alternativas en su red de servicios por parte de los prestadores que la conforman, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.



ARTÍCULO 17. REINTERVENCIONES. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud cubre las reintervenciones que sean necesarias conforme a prescripción médica, siempre y cuando se trate de los siguientes casos:

a) Que el procedimiento inicial o primario se encuentre cubierto por el Plan Obligatorio de Salud y no haga parte de las exclusiones del mismo, según las condiciones de cada régimen y que se hubiese efectuado con autorización de la EPS.

b) En caso de que la segunda intervención implique un procedimiento diferente al inicial o primario, el mismo debe estar incluido en el Plan Obligatorio de Salud del régimen respectivo de la misma y se sujeta a la autorización de servicios establecida en la normatividad vigente.

PARÁGRAFO. Para efectos de este Acuerdo se define como reintervención el procedimiento posterior al inicial que se realiza en un paciente, en diferente acto operatorio, para atender la patología que motivó la cirugía inicial o las complicaciones de la misma.



ARTÍCULO 18. SALUD ORAL. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado con las actividades, procedimientos e intervenciones de operatoria dental descritas en el presente acuerdo, cubre una superficie principal de obturación con dos adicionales en el mismo diente teniendo en cuenta que las extensiones hacen parte de la superficie primaria.

ARTÍCULO 19. PERFUSIONISTA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado cubre este servicio con los recursos necesarios, únicamente como complementación de los procedimientos quirúrgicos incluidos en el presente acuerdo.

ARTÍCULO 20. SUMINISTRO EN ESPECIE DE SANGRE O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para el reconocimiento de los procedimientos de banco de sangre cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, listados en el presente acuerdo, los prestadores de servicios de salud y las EPS no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud a la que tiene derecho. Los pagos en dinero se sujetaran a lo determinado en las normas vigentes que regulan la materia.

ARTÍCULO 21. COBERTURA DE SERVICIOS EN CASOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En caso de que los costos ocasionados por la atención de accidentes de tránsito superen lo establecido en las normas vigentes sobre la materia, la EPS cubrirá los servicios necesarios siempre y cuando se traten de las condiciones o coberturas de servicios establecidas para cada régimen en el presente acuerdo.

ARTÍCULO 22. REASEGURO PARA LA ATENCIÓN DE ALTO COSTO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Toda EPS debe garantizar la atención de alto costo, según las condiciones de cada régimen establecidas en el presente acuerdo, para todos sus beneficiarios de conformidad con lo estipulado en el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas reglamentarias.

ARTÍCULO 23. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Las entidades obligadas a compensar, las EPS del Régimen Subsidiado y las Instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán tener accesible para los usuarios la carta de derechos y deberes, incluyendo los listados de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos consagrados en este Acuerdo, teniendo en cuenta las disposiciones vigentes sobre la materia.

CAPITULO IV.

ATENCIÓN DE URGENCIAS.

ARTÍCULO 24. URGENCIA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> La alteración de la integridad física funcional y/o psíquica de una persona, por cualquier causa, con cualquier grado de severidad que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.

ARTÍCULO 25. ATENCIÓN DE URGENCIAS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Se define como la prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud, para la atención de usuarios que cumplan con las condiciones definidas en el artículo 28 del presente acuerdo.

ARTÍCULO 26. COBERTURA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado cubre las actividades, procedimientos e intervenciones, básicas y necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, “triage”, para la atención de urgencias del paciente.

ARTÍCULO 27. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Se define la atención inicial de urgencia como las acciones realizadas a una persona con patología que requieren atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo.

La estabilización de signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.

La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la EPS conforme a lo establecido en el presente acuerdo y a la definición del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.



ARTÍCULO 28. COBERTURA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado incluyen la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en el servicio de Urgencias y en observación, las primeras 24 horas y solo en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad. La atención ulterior será cubierta según las condiciones de cada régimen descritas en el presente acuerdo.

CAPITULO V.

ATENCIÓN AMBULATORIA.



ARTÍCULO 29. ATENCIÓN AMBULATORIA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Se define como la modalidad de atención de salud, en la cual toda actividad, procedimiento o intervención se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.



ARTÍCULO 30. COBERTURA DE ATENCIÓN AMBULATORIA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Las actividades, procedimientos e intervenciones, incluyendo las consultas general y especializada, cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado según lo dispuesto en el presente acuerdo serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional lo considere necesario.



ARTÍCULO 31. CONSULTA GENERAL. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Es la actividad realizada por un médico, odontólogo o enfermera generales en ejercicio de su profesión, según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, que corresponde a: anamnesis, toma de signos vitales, examen físico y definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento; en cualquier fase de la atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.



ARTÍCULO 32. CONSULTA ESPECIALIZADA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Es la actividad realizada por un médico u odontólogo especialista, en ejercicio de su especialidad, según las disposiciones de práctica en salud vigentes en el país, que corresponde a: anamnesis, examen físico y definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento; en cualquier fase de la atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

CAPITULO VI.

ATENCIÓN DOMICILIARIA.



ARTÍCULO 33. ATENCIÓN DOMICILIARIA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Se define como la atención que se brinda en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia o cuidador.



ARTÍCULO 34. COBERTURA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Las EPS podrán organizar la atención domiciliaria en su red de servicios como una modalidad de atención que beneficie al afiliado y mejore su calidad de vida, siempre y cuando se asegure la atención bajo las normas de calidad, adecuadas para el caso y de acuerdo con las condiciones de cada régimen.

PARÁGRAFO. Es deber de la familia del paciente o del cuidador participar activamente en la atención domiciliaria

según los programas propuestos por la EPS.



ARTÍCULO 35. COBERTURA DE LA ATENCIÓN DE PACIENTE CRÓNICO-SOMÁTICO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El paciente crónico-somático que sufre un proceso incurable, previo concepto médico, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del grupo familiar o su cuidador.

PARÁGRAFO. La estancia en instituciones para pacientes crónico-somáticos solo se cubrirá según indicación médica.



ARTÍCULO 36. PACIENTE CRÓNICO-SOMÁTICO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Es el paciente con enfermedad orgánica con curso o periodo de latencia prolongados, que para su atención requiere de acciones a mediano y largo plazo.

CAPITULO VII.

ATENCIÓN CON INTERNACIÓN U HOSPITALIZACIÓN.



ARTÍCULO 37. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Se define como la modalidad de atención de salud, en la cual toda actividad, intervención o procedimiento se efectúa con la estadía o internación del paciente en un servicio de internación o de hospitalización.



ARTÍCULO 38. COBERTURA DE INTERNACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud, según condiciones de cada régimen, cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades descritas en el presente acuerdo.

PARÁGRAFO 1o. El Plan Obligatorio de Salud reconoce a los afiliados la internación en habitación compartida, salvo que por razones estrictamente médicas esté indicado el aislamiento en las unidades especiales o en habitación unipersonal.

PARÁGRAFO 2o. Para la práctica de las actividades, procedimientos e intervenciones, cubiertas por el POS, con excepción de las afecciones psiquiátricas, no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación anteriores, siempre y cuando sea pertinente y de acuerdo con las condiciones del respectivo régimen.



ARTÍCULO 39. COBERTURA DE LA INTERNACIÓN PARA MANEJO DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El paciente psiquiátrico se manejará de preferencia en el programa de "HOSPITAL DE DIA". Se incluirá la internación de pacientes psiquiátricos solo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad.

Entiéndase por fase aguda aquella que se puede prolongar máximo hasta por treinta días de internación.



ARTÍCULO 40. INTERNACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Es la atención institucional intramural de un usuario por un tiempo mayor a veinticuatro (24) horas, con el conjunto de recursos humanos, físicos y de dotación establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.



ARTÍCULO 41. UNIDADES DE INTERNACION ESPECIAL. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Son las unidades de cuidado intensivo, intermedio, de quemados, para adultos, niños y recién nacidos, cuidados paliativos y de aislamiento. Sus características son las determinadas en las normas vigentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o las demás disposiciones que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

CAPITULO VIII.

SERVICIO DE TRANSPORTE.



ARTÍCULO 42. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte para el traslado interinstitucional, dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico y el destino de la remisión y de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

PARÁGRAFO 1o. Para efectos de este Acuerdo se define traslado interinstitucional como el desplazamiento por remisión del paciente entre dos prestadores de servicios de salud.

PARÁGRAFO 2o. El Plan Obligatorio de Salud cubre también el traslado de los casos de urgencia a una institución cuando exista remisión por parte del equipo extramural de urgencias.



ARTÍCULO 43. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En las zonas donde se reconoce una UPC diferencial mayor, en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado, previo análisis del comité técnico-científico de la EPS se cubrirá el servicio de transporte del paciente ambulatorio que de acuerdo con la cobertura de cada régimen, requiera un servicio de cualquier complejidad, no disponible en su municipio de residencia.

CAPITULO IX.

TRASPLANTES E INJERTOS.



ARTÍCULO 44. COBERTURA DE ATENCIÓN DE TRASPLANTES E INJERTOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En caso de los trasplantes cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, según condiciones de cada régimen, la prestación comprende:

- a) Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo.
- b) Atención del donante vivo hasta su recuperación cuya atención integral estará a cargo de la EPS del receptor.
- c) Procesamiento, transporte y conservación adecuado, según tecnología disponible en el país, del órgano o tejido a trasplantar.
- d) El trasplante propiamente dicho en el paciente.
- e) Actividades, procedimientos e intervenciones para preparar al paciente y para la atención o control postrasplante.
- f) Actividades o procedimientos complementarios adecuados durante el trasplante.
- g) Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente acuerdo.
- h) Los literales anteriores están sujetos a que dichos procedimientos estén incluidos en el presente acuerdo.

PARÁGRAFO. Las EPS no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.



ARTÍCULO 45. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En caso de procedimientos que conlleven la realización o uso de injertos o implantes biológicos, la cobertura en el Plan Obligatorio de Salud abarca los procedimientos de la toma del tejido del propio paciente o de un donante humano, es decir, autoinjertos o injertos homólogos. En el caso de injertos no biológicos o heterólogos o alogénicos, el Plan Obligatorio de Salud solamente cubrirá los necesarios para los procedimientos descritos en el presente acuerdo.

CAPITULO X.

ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES.

ARTÍCULO 46. CUIDADOS PARA ENFERMEDADES TERMINALES. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Deberá brindarse en el Plan Obligatorio de Salud soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico de ser requerido. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en el presente acuerdo y conforme con la Guía de Atención Integral.

ARTÍCULO 47. ENFERMEDAD TERMINAL. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Es la afección avanzada, progresiva e incurable, con ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, declarada por el m.

TITULO II.

MEDICAMENTOS.

CAPITULO I.

MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SGSSS.

ARTÍCULO 48. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Los medicamentos señalados a continuación, salvo aquellos de que trata el literal a) del artículo 52 del presente acuerdo, son un conjunto básico dentro del Plan Obligatorio de Salud y deben ser suministrados por las EPS de ambos regímenes, con cargo a la UPC y UPC-S, bajo los criterios de calidad y oportunidad que se establezca por el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 49. LISTADO DE MEDICAMENTOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Defínase para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la lista de medicamentos esenciales que se enuncia a continuación:

<CUADROS NO INCLUIDOS. VER ORIGINALES EN D.O. No. 47.438 de 11 de agosto de 2009; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprensa.gov.co>

ARTÍCULO 50. GLOSARIO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para efectos del presente Título se adoptan las siguientes definiciones:

a) **Denominación común internacional para las sustancias farmacéuticas, dci.** Nombre recomendado por la OMS para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

b) **Forma farmacéutica.** Sinónimo de forma de dosificación. Forma física que caracteriza al producto farmacéutico terminado, a saber, tabletas, cápsulas, jarabes, supositorios, soluciones inyectables, sistema transdérmico, etc.

c) **Medicamento esencial.** Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo-efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

d) **Medicamento esencial alternativo.** Se entiende por medicamento esencial alternativo aquel cuyo uso estará sujeto a condiciones de hipersensibilidad del paciente, de resistencia a un medicamento esencial o cuando por razones

sanitarias, de riesgo o conveniencia para la salud pública el Ministerio de Salud así lo defina.

e) **Medicamento genérico.** Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

f) **Prescripción.** Definición de conducta o instrucciones dadas por parte de los profesionales de la salud que atienden al paciente, y que pueden contener acciones farmacológicas, ejecución de procedimientos y/o ajustes de hábitos, con fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

g) **Principio activo.** Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.



ARTÍCULO 51. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> La utilización de las Denominaciones Comunes Internacionales (nombres genéricos) en la prescripción de medicamentos será de carácter obligatorio. Los medicamentos a dispensar deben corresponder al principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca), siempre y cuando se conserven los criterios de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente.



ARTÍCULO 52. LISTADOS DE MEDICAMENTOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para la operatividad del presente acuerdo, se establecen los siguientes listados de medicamentos:

a) Medicamentos para Programas Especiales comprendidos en el Plan Nacional de Salud Pública, como los antileproso, antituberculosos, antipalúdicos, antileishmaniásicos, así como los biológicos contemplados en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, el Suero Antirrábico y las Antitoxinas Tetánica y Diftérica, según lo establecido en la Resolución 4288 de 1996 y demás normas que la adicionen o modifiquen son de provisión gratuita para toda la población, siendo responsabilidad de la Nación y no serán financiados con cargo a la UPC y UPC-S. Estos medicamentos se relacionan en este Acuerdo, para efectos de facilitar el manejo de un solo manual de medicamentos del SGSSS.

b) Medicamentos correspondientes a los Programas Especiales de Planificación Familiar (Anticonceptivos Hormonales), Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarréica Aguda, Salud Oral, así como los Sueros Antiofídicos monovalente y polivalente, se entienden incluidos dentro del POS y POS-S y por tanto son financiados con cargo a la UPC y UPC-S.

c) Medicamentos para el manejo de patologías crónicas, en las cuales los medicamentos son de un alto costo y exigen un manejo especializado, su provisión estará sujeta a normas definidas en las respectivas Guías de Atención Integral tales como, niveles de atención para su uso, condiciones de elegibilidad del paciente y personal profesional autorizado para su prescripción.

d) Medicamentos de uso predominantemente ambulatorio.

e) Medicamentos de uso en pacientes sometidos a internación.

f) Medicamentos esenciales alternativos.



ARTÍCULO 53. GARANTÍA DE ACCESO A LOS MEDICAMENTOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> La organización del manual contenido en el presente acuerdo, en grupos farmacológicos o en listados por nivel o ámbito de atención, no implica que los medicamentos no se puedan utilizar en patologías, ámbitos y niveles diferentes, en todos los casos en que a criterio médico se requiera, salvo excepciones explícitas en este manual. Estos medicamentos se suministrarán únicamente para el tratamiento de las patologías, procedimientos o intervenciones comprendidas en los Planes de Beneficios del Régimen Contributivo o Subsidiado.



ARTÍCULO 54. GARANTÍA DE CONTINUIDAD A LOS MEDICAMENTOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Las entidades obligadas a compensar y EPS, deberán establecer los mecanismos indispensables para garantizar al paciente ambulatorio la continuidad del tratamiento iniciado en la modalidad hospitalaria o viceversa, según criterio médico.



ARTÍCULO 55. GARANTÍA DE ACCESO EXCEPCIONAL A LOS MEDICAMENTOS. <Acuerdo

derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas, podrán formularse medicamentos no incluidos en el manual de que trata el presente acuerdo, previa aprobación del Comité Técnico-Científico.

Si el precio de compra de estos medicamentos no incluidos en el manual, teniendo en cuenta el valor total del tratamiento, es menor o igual al precio de compra de los medicamentos que lo reemplazan o su similar, serán suministrados con cargo a las entidades obligadas a compensar o EPS. Si el precio de compra excede o es superior, la diferencia será cubierta con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.



ARTÍCULO 56. FORMATO DE FÓRMULA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> La receta o fórmula se diligenciará con el nombre genérico de los medicamentos, indicando: presentación o forma farmacéutica, vía de administración, cantidad y dosis. La prestación de los servicios farmacéuticos incluye el despacho de medicamentos en condiciones adecuadas según normas técnicas respectivas sobre servicios farmacéuticos.



ARTÍCULO 57. COBERTURA CON FINES DIAGNÓSTICOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Los medicamentos y soluciones o sustancias, diferentes a medios de contraste, descritos en el presente título igualmente están cubiertos en el POS cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y para la práctica de las actividades, procedimientos e intervenciones, de carácter diagnóstico, contenidas en el presente acuerdo, según condiciones de cada régimen.

TITULO III.

COBERTURA DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN EL POS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

CAPITULO I.

ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y SERVICIOS CUBIERTOS EN EL POS-C.



ARTÍCULO 58. ACCIONES PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En el POS-C la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el siguiente artículo necesarias para la protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, resoluciones 412 de 2000 y 3442 de 2006, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 y en las resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002, con las exclusiones señaladas en el artículo 3o de la Resolución 3384 de 2000.



ARTÍCULO 59. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El POS-C para el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación funcional de todas y cualquiera de las afecciones, traumas o condiciones clínicas de los afiliados de cualquier edad, cubre las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en el listado siguiente:



ARTÍCULO 60. LISTADO DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Adóptese el siguiente listado de actividades, procedimientos e intervenciones para las coberturas del Régimen Contributivo:

<CUADROS NO INCLUIDOS. VER ORIGINALES EN D.O. No. 47.438 de 11 de agosto de 2009; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprensa.gov.co>



ARTÍCULO 61. COBERTURA DE SERVICIOS BÁSICOS O DE NIVEL 1 DEL POS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> La Cobertura Básica General de Servicios son las prestaciones asistenciales o servicios en salud, que las EPS deben garantizar de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad

geográfica, mediante el diseño y organización de la red de prestación de servicios de salud. Estos servicios deben ser determinados explícita y específicamente en el diseño de la red de prestación de servicios que hace parte de la carta de derechos de los afiliados y deberá ser informada a los mismos, dando cumplimiento a la normatividad vigente sobre la materia.

La Cobertura General Básica, que no está afectada por periodos de carencia, es la atención que debe ser garantizada a los afiliados, de cualquier edad, después de las primeras cuatro semanas de afiliación y son las que se señalan como 1 en la columna de nivel, en el listado general de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud.



ARTÍCULO 62. PRESTACIONES SUJETAS A PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para efectos de clasificación de los procedimientos que requieren periodos mínimos de cotización se tendrán en cuenta las siguientes:

a) Las actividades, procedimientos e intervenciones para tratamientos de alto costo según lo definido en el artículo 68 del presente acuerdo.

b) Las actividades, procedimientos e intervenciones para tratamientos quirúrgicos calificados como 3 en la columna correspondiente a Nivel en el listado general de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud.



ARTÍCULO 63. PRESTACIONES NO SOMETIDAS A PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACION. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> No están sujetos a periodos mínimos de cotización los siguientes casos:

a) Atención especializada y no especializada del embarazo, parto puerperio y de la lactancia, en afiliadas cotizantes y beneficiarias, así como de las afecciones directamente relacionadas con estos estados o eventos que pongan en riesgo la gestación y la viabilidad fetal.

b) Atención especializada y no especializada del niño menor de un año, nacido siendo su madre y/o padre afiliados cotizantes.

c) La atención inicial de urgencias.



ARTÍCULO 64. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En el POS-C están cubiertos para la IVE el legrado o curetaje uterino así como la aspiración al vacío, conforme disposiciones contenidas en el Decreto 4444 de 2006 y norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006, en los siguientes casos:

a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;

b) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, y

c) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.



ARTÍCULO 65. CONDICIONES DE COBERTURA DE INTERNACION EN UCI Y UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo cubre la Internación en la unidad de cuidados intensivos e intermedios, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1439 de 2002, sólo en los siguientes casos:

a) **Orden cardiovascular**

- Pacientes con infarto agudo del miocardio complicado.

- Pacientes con cor-pulmonar agudo.

- Pacientes con cuadro clínico de angina inestable.
- Pacientes con bloqueo A.V. completo.
- Pacientes con bloqueo A.V. II grado tipo Mobitz II.
- Pacientes con extrasistolia ventricular multifocal.
- Pacientes con enfermedad del nódulo sinusal, “síndrome de taquibradiarritmia”.
- Pacientes para cardioversión y/o desfibrilación.
- Pacientes en crisis hipertensiva con compromiso órgano blando.
- Pacientes con cardiomiopatías congestivas de difícil manejo, bajo gasto cardíaco y/o falla de bomba.
- Pacientes con shock séptico, cardiogénico, hipovolémico y/o neurogénico que presenten posibilidad de recuperación según valoración conjunta con el médico tratante y/o grupo de especialistas.
- Pacientes con falla ventricular izquierda aguda.
- Pacientes poscirugía cardiovascular.
- Pacientes posreanimación cardiopulmonar hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a cuidado intensivo.

b) De orden neurológico

- Pacientes con enfermedades neurológicas del tipo polirradículo neuromielopatías agudas de cualquier etiología, cuando exista compromiso de la función respiratoria.
- Pacientes con porfiria aguda (P. I. A.) con compromiso hemodinámico.
- Pacientes con cuadro de edema cerebral postrauma con signos de riesgo, tales como inconsciencia, deterioro de su cuadro neurológico en forma progresiva o empeoramiento de sus signos vitales y que no presenten signos de muerte cerebral.
- Pacientes con status convulsivo, al cual se considere necesario asistencia ventilatoria.
- Accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y oclusivos con signos de hipertensión endocraneana, edema cerebral y que a juicio del médico de la U.C.I., en relación con la historia clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, ofrezca posibilidades para su recuperación.

c) De orden infeccioso

- Pacientes con cuadro clínico de tétanos.
- Shock séptico de cualquier etiología.

d) Pacientes con hipertermia maligna

e) Pacientes con leucemias agudas que requieran asistencia ventilatoria

f) De orden neumológico

- Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda severa de cualquier etiología que requieran asistencia ventilatoria.

g) Tóxicos

- Pacientes intoxicados que requieran asistencia ventilatoria.

h) Metabólicos

- Pacientes con trastornos metabólicos severos que requieran asistencia ventilatoria.

- Los pacientes en cetoacidosis diabética y/o estados hiperosmolares, deberán ser manejados en principio en el servicio de medicina interna según normas convencionales.



ARTÍCULO 66. TRANSPORTE EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El POS-C incluye el transporte para el traslado interinstitucional, dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, cuando se trate de los siguientes caso que, por sus condiciones de salud y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora:

a) Pacientes de urgencia debidamente certificada.

b) Pacientes hospitalizados.

PARÁGRAFO. En las zonas donde se reconoce una UPC diferencial mayor, previo análisis del comité técnicocientífico de la EPS, se cubrirá el servicio de transporte del paciente ambulatorio que de acuerdo con la cobertura establecida en este Título, requiera un servicio de cualquier complejidad, no disponible en su municipio de residencia.



ARTÍCULO 67. LENTES EXTERNOS. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En el Régimen Contributivo los lentes correctores externos se cubrirán una vez cada cinco años en los mayores de 12 años y para los menores de 12 años una vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura abarca la adaptación del lente formulado a la montura cuyo valor corre a cargo del usuario.

CAPITULO II.

ATENCIÓN DE ALTO COSTO.



ARTÍCULO 68. ALTO COSTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Los tratamientos para enfermedades ruinosas o catastróficas, que representan un alto costo, incluidos en el POS-C y definidos por el CNSSS, son los siguientes:

- Trasplante renal, de corazón, de médula ósea y de córnea.

- Diálisis peritoneal y hemodiálisis.

- Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.

- Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. Reemplazos articulares.

- Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado. Manejo del trauma mayor.

- Manejo del paciente infectado por VIH.

- Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer.

- Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios.

- Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

PARÁGRAFO. Para efectos del presente acuerdo se adoptan las siguientes definiciones:

a) **Enfermedades ruinosas o catastróficas:** Aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento.

b) **Gran quemado:** Paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

- Quemaduras de 2o grado en adelante en más de 20% de superficie corporal.
- Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona anogenital.
- Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
- Quemaduras profundas y de mucosas eléctricas y/o químicas.
- Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
- Quemaduras en pacientes de alto riesgo (Edades extremas o enfermedades intercurrentes moderadas severas y/o estado crítico previo)

c) **Tratamiento de alto costo:** Son aquellas actividades, procedimientos o intervenciones utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas.

d) **Trauma mayor:** Caso del paciente con lesión o lesiones graves, provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico-quirúrgico sea necesario realizar procedimientos y/o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad y de alto costo.

CAPITULO III.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.



ARTÍCULO 69. EXCLUSIONES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones:

a) **En general:** Todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y elementos médicoquirúrgicos, que su objetivo no sea contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; igualmente aquellos considerados como cosméticos, estéticos y los que expresamente determine la Comisión, en concordancia con lo expuesto en los artículos anteriores y cumpliendo con los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993. Igualmente se excluyen en general los tratamientos de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos o excluidos del Plan Obligatorio de Salud.

b) **En particular, las descritas a continuación:**

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
2. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad.
4. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico-científicas a escala mundial o nacional, y los de carácter experimental.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte; corsés y/o fajas; sillas de ruedas; plantillas y zapatos ortopédicos; vendajes acrílicos; lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros y/o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el presente acuerdo.
7. Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente.
8. Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.

9. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acuerdo.
10. Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
11. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología y las prótesis en la atención odontológica.
12. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares cutáneas, tales como várices, telangiectasias, venas reticulares, entre otras.
13. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en el presente acuerdo.
14. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a los necesarios de acuerdo a evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
15. Pañales desechables para niños y adultos.
16. Toallas higiénicas.
17. Bolsas de colostomía.
18. Artículos cosméticos.
19. Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales salvo excepciones expresas en la norma.
20. Líquidos para lentes de contacto.
21. Tratamientos capilares.
22. Champús de cualquier tipo.
23. Jabones.
24. Cremas hidratantes.
25. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
26. Medicamentos o drogas para la memoria.
27. Medicamentos o drogas para la impotencia sexual o la disfunción eréctil.
28. Medicamentos anorexígenos.
29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
30. Enjuagues bucales y cremas dentales.
31. Cepillo y seda dental.
32. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia y protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.
33. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS.
34. Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos expresamente en el presente acuerdo.

35. Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el presente acuerdo.

PARÁGRAFO. Para efectos del presente acuerdo se adoptan las siguientes definiciones:

a) **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de alterar o mejorar la apariencia del paciente sin efectos funcionales orgánicos.

b) **Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales.



ARTÍCULO 70. LIMITACIONES A LA INTERNACIÓN HOSPITALARIA. El POS del Régimen Contributivo no cubre el servicio de internación hospitalaria para el tratamiento no quirúrgico que no sea de urgencias durante las primeras cuatro semanas de afiliación al sistema en el caso de los afiliados dependientes.

Para reconocimiento de derechos a los afiliados después de las cuatro primeras semanas de afiliación, con respecto a servicios de internación hospitalaria para tratamiento no quirúrgico, no se aplican los periodos de carencia, limitaciones y restricciones, salvo lo dispuesto para manejo de la enfermedad psiquiátrica o enfermedades catastróficas o de alto costo.



ARTÍCULO 71. LIMITACIÓN DE LA INTERNACIÓN ESPECIAL. El POS no cubre la atención en los servicios de internación especial de los siguientes casos:

a) Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.

b) Pacientes politraumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.

c) Pacientes con diagnóstico de muerte cerebral o descerebrados.



ARTÍCULO 72. OTRAS LIMITACIONES. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo no incluye la internación en instituciones educativas ni en entidades de asistencia social tipo anciano, hospicio, orfanato, hogar sustituto, guardería o granja protegida.

TITULO IV.

ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS CUBIERTOS EN EL POS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

CAPITULO I.

ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS CUBIERTOS EN EL POS-S.

En el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado se cubren las actividades, procedimientos e intervenciones descritas a continuación:



ARTÍCULO 73. ACCIONES PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. En el POS-S, esquema de subsidios completos, la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, Resoluciones 412 de 2000 y 3442 de 2006, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 y en las Resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan, con las exclusiones señaladas en el artículo 3o de la Resolución 3384 de 2000.

La cobertura de servicios incluye:

- a) La coloscopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.
- b) La esterilización quirúrgica femenina.
- c) La vasectomía o esterilización masculina, como método definitivo de planificación familiar.



ARTÍCULO 74. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El POS-S en el esquema de subsidio pleno, incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los siguientes niveles de cobertura y grados de complejidad, teniendo en cuenta los contenidos y definiciones establecidas en el presente acuerdo:

- a) **Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad:** El plan cubre la atención para todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según lo definido para ese nivel en el presente acuerdo y clasificados como Nivel 1.

La cobertura incluye la atención de los casos que fueron objeto de interconsulta por un especialista o debidamente referidos a un nivel superior de complejidad y que han sido también debidamente contrarreferidos para continuar su atención, manejo y control en el servicio de primer nivel de complejidad por indicación del especialista.

- b) **Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad.** El POS-S cubre:

1. Atención del proceso de gestación, parto y puerperio. Atención ambulatoria por ginecobstetricia y atención hospitalaria quirúrgica (incluyendo el legrado obstétrico) y/o no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria del proceso de gestación, parto y puerperio en los casos identificados como mediano y alto riesgo obstétrico, incluyendo las afecciones relacionadas o complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de los mismos, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

2. Atención del menor de un año de edad. Atención ambulatoria, hospitalaria, diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, quirúrgica y no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, del niño(a) a partir del nacimiento hasta que cumpla el primer año de edad.

3. Una vez el niño o niña cumpla un año de edad, se garantizará la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS del Régimen Subsidiado para mayores de un año, y con aquellos procedimientos quirúrgicos no contenidos en el POS-S para mayores de un año en los siguientes casos:

- Cuando hayan sido prescritos y solicitados ante la EPS antes de cumplir dicha edad y que no hayan sido diferidos por razones médicas.

- Cuando hayan sido diferidos por razones médicas, la cobertura se extenderá máximo hasta por treinta días calendario a partir de cumplir dicha edad, siempre y cuando medie previa autorización de la EPS y solo para el servicio autorizado.

- En los casos de hospitalización y de tratamiento no quirúrgico la cobertura será únicamente para el menor de un año, salvo que se trate de servicios incluidos en el POS-S para mayores de un año.

4. La consulta de oftalmología y optometría para los menores de 20 años y mayores de 60 años.

5. Atención de los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años, quirúrgica, no quirúrgica, ambulatoria, con hospitalización, diagnóstica y terapéutica, incluyendo la atención de las complicaciones inherentes al estrabismo y a su tratamiento.

Una vez cumplidos los 5 años de edad, se garantizará la atención para el procedimiento quirúrgico de corrección de estrabismo, siempre y cuando hayan sido formulados por el médico tratante y debidamente solicitados ante la EPS antes de cumplir dicha edad.

6. Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología en cualquier grupo de edad, ambulatoria, con hospitalización quirúrgica, no quirúrgica, diagnóstica y terapéutica para dicha patología con las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el presente acuerdo que sean pertinentes e incluye:

- Tratamiento con o sin implantación de lente intraocular.
- Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento.

7. Atención de los casos de Ortopedia y Traumatología.

- La atención ambulatoria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología con consulta y actividades, procedimientos e intervenciones, incluyendo las artroscopias diagnósticas y terapéuticas, descritas en el presente acuerdo que sean del campo de práctica de dicha especialidad excepto las de cirugía de mano.

- La atención hospitalaria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología y las actividades, procedimientos e intervenciones del campo de práctica de dicha especialidad, incluyendo las artroscopias diagnósticas y terapéuticas, de las descritas en el presente acuerdo, con excepción de las de cirugía de mano.

- La cobertura en los casos quirúrgicos se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnósticas necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

En la fase posoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del Ortopedista y/o Traumatólogo de las complicaciones derivadas del procedimiento y/o anestésicas por parte del anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

- Atención en Fisiatría y Terapia Física con actividades, procedimientos e intervenciones que sean del campo de práctica de dichas disciplinas o especialidades, para los casos de Traumatología y Ortopedia descritos en el presente Artículo y que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta y procedimientos ambulatorios u hospitalarios.

- La ayuda diagnóstica de resonancia magnética no se incluye para las atenciones ambulatorias, se reconoce solo para casos de pacientes hospitalizados.

8. Atención de los siguientes procedimientos quirúrgicos, según las normas técnicas vigentes.

- Apendicetomía.

- Histerectomía.

- Colectomía vía laparotomía o por laparoscopia.

- Herniorrafia o hernioplastia inguinal, Herniorrafia o hernioplastia crural y Herniorrafia o hernioplastia umbilical, con o sin malla de polipropileno no recubierta.

- Interrupción voluntaria del embarazo, mediante legrado o curetaje uterino o mediante aspiración al vacío, conforme disposiciones contenidas en el Decreto 4444 de 2006 y norma técnica adoptada mediante Resolución 4905 de 2006, en los siguientes casos:

i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;

ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, y

iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase posoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anesestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

9. Atención para rehabilitación funcional. Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución, con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones en salud necesarias para la rehabilitación funcional del sistema neuromuscular y esquelético, de las contenidas en el presente acuerdo:

- Electromiografía (cada extremidad).
- Neuroconducción.
- Neuroconducción comparativa.
- Test de Lambert.
- Reflejo trigémino facial.
- Reflejo H.F o palpebral.
- Potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial).
- Test de fibra única.
- Bio-feed-back
- Estimulación eléctrica transcutánea.
- Fenolizaciones o neurolisis de punto motor o nervio periférico.
- Terapia física, sesión 1 hora.
- Terapia ocupacional, sesión.
- Terapia del lenguaje, sesión.
- Terapia para rehabilitación cardíaca, sesión.
- Estimulación temprana, sesión.
- Terapia respiratoria: Higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios) sesión.
- Inhaloterapia, sesión (nebulizador ultrasónico o presión positiva intermitente).
- Test con tensilón.
- Electromiografía laríngea.
- Cita control con terapia.

PARÁGRAFO. El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el presente acuerdo.

10. Determinación de Microalbuminuria para el diagnóstico de ERC, conforme las recomendaciones de la Guía y modelo de atención de la enfermedad renal crónica -ERC-adoptada mediante Resolución 3442 de 2006, o la que la adicione, complemente o sustituya.

11. Prueba de Genotipificación para el VIH, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA.

12. Atención ambulatoria de mediana y alta complejidad de los pacientes diabéticos tipo 2 de 45 años o más, con y sin complicaciones o condiciones clínicas asociadas, según las recomendaciones contenidas en la guía de atención de la Diabetes Mellitus tipo 2 publicada por el Ministerio de la Protección Social en mayo de 2007 en sustitución a la

contenida en el anexo 2 de la Resolución 412 del 2000 o la norma que la adicione, modifique o sustituya con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones que se adicionan a los incluidos en el POS-S según los demás numerales de este artículo.

13. Consulta médica especializada ambulatoria para evaluación o valoraciones, incluyendo particularmente la necesaria para la valoración del sistema visual, de la función cardiovascular y circulación periférica, del sistema nervioso, del sistema osteomuscular y para evaluación de la función renal.

14. Consulta ambulatoria con nutricionista

15. Consulta ambulatoria de valoración por psicología 16. Exámenes paraclínicos o complementarios:

- HbA1c (Hemoglobina glicosilada).
- Electrocardiograma 12 derivaciones.
- Ecocardiograma modo M y bidimensional.
- Fotocoagulación con Láser para manejo de retinopatía diabética.
- Angiografía con Fluoresceína para manejo de retinopatía, con fotografías a color de segmento posterior.
- Doppler o Duplex Scanning de vasos arteriales de miembros inferiores.

17. Los medicamentos cubiertos para el manejo ambulatorio de la Diabetes Mellitus Tipo 2, son los descritos en el presente acuerdo que no son de uso exclusivo del especialista y que por lo tanto son cubiertos al ser formulados en el 1 nivel de atención.

18. No se incluyen ni la atención hospitalaria de II y III nivel de complejidad, ni los medicamentos usados durante esta hospitalización, con excepción de los eventos de atención inicial de urgencias y los ya descritos en los demás numerales de este artículo.

19. Atención ambulatoria de mediana y alta complejidad de los pacientes hipertensos de 45 años o más, con y sin complicaciones o condiciones clínicas asociadas, según la clasificación y recomendaciones contenidas en la guía de atención de la Hipertensión Arterial publicada por el Ministerio de la Protección Social en mayo de 2007 en sustitución de la contenida en el anexo 2 de la Resolución 412 del 2000 o la norma que la adicione, modifique o sustituya con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones que se adicionan a los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado según los demás numerales de este artículo.

20. Consulta médica especializada ambulatoria para evaluación o valoraciones, incluyendo particularmente la necesaria para valoración del sistema visual, sistema nervioso, sistema cardiovascular y función renal.

21. Exámenes paraclínicos o complementarios:

- Potasio Sérico.
- Electrocardiograma 12 derivaciones.
- Ecocardiograma modo M y bidimensional.
- Fotocoagulación con Láser para manejo de retinopatía.
- Angiografía con Fluoresceína para manejo de retinopatía, con fotografías a color de segmento posterior.

22. Los medicamentos cubiertos para el manejo ambulatorio de la Hipertensión Arterial, son los descritos en el presente acuerdo que no son de uso exclusivo del especialista y que por lo tanto son cubiertos al ser formulados en el 1 nivel de atención.

23. No se incluyen la atención hospitalaria de II y III nivel de complejidad, ni los medicamentos usados durante esta hospitalización, con excepción de los eventos de atención inicial de urgencias y los ya descritos en los demás numerales de este artículo.

c) **Atenciones de Alto Costo:** Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

1. Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento en los casos que se requieran, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase posoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas:

- La reprogramación de marcapasos durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso.
- La prótesis endovascular Stent Coronario Convencional no recubierto.
- La cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados.

2. Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en el presente acuerdo.

Incluye atención de las afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica, bien sea por Neurocirugía o por Ortopedia y Traumatología.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase posoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados.

3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, con actividades, procedimientos e intervenciones de cualquier complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo:

- Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento. - La Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal.
- El trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante.
- El control permanente del trasplantado renal.
- El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía).

4. Casos de paciente clasificado como Gran Quemado, entendiéndose como tal:

- Con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal.

- Con quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies independientemente de su extensión.

La cobertura comprende las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo:

- Internación en el servicio de hospitalización de cualquier complejidad, que se requiera para su manejo.

- Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación de estos casos.

5. Casos de infección por VIH. El Plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones, incluyendo:

- La atención ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad necesaria.

- Los insumos y materiales requeridos.

- El suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema.

- La Carga Viral para VIH/Sida.

- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del caso confirmado, así como los de complementación diagnóstica y de control.

Por portador se entiende a la persona que ya tiene el diagnóstico confirmado por laboratorio de conformidad con la guía de atención vigente.

6. Casos de pacientes con Cáncer: La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con Cáncer, e incluye:

- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, así como los de complementación diagnóstica y de control.

- El tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización.

- La quimioterapia, la radioterapia, incluyendo la Teleterapia con fotones con Acelerador Lineal de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 226, el control y tratamiento médico posterior.

- El manejo del dolor e intervenciones de tipo paliativo para el paciente terminal.

Para la cobertura de servicios del POS-S cualquier medio médicamente reconocido, que se encuentre incluido en el presente acuerdo, clínico o procedimental, es válido para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer.

En aquellos casos que fueren confirmados será responsabilidad de la EPS el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica, sin necesidad de que hayan sido autorizados previamente por ella. En los casos no confirmados, los procedimientos y actividades realizadas no serán pagados por la EPS si no están dentro del POS-S y se financiarán con recursos de oferta.

7. Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o Rodilla, incluyendo:

- Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para estos pacientes sometidos a reemplazo.

- El control y tratamiento posterior.

- La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

En la fase preoperatoria, el estudio con la consulta especializada y actividades, procedimientos e intervenciones de

complementación diagnóstica para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

En la fase posoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante y las complicaciones del procedimiento y/o anestésicas por el anesthesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

8. Cuidados Intensivos: Garantiza la atención dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación de:

- Pacientes críticamente enfermos de todas las edades de acuerdo con lo dispuesto en el presente acuerdo. Para estos casos la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de UCI y manejo por especialistas según normas de calidad, así como los procedimientos simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando se encuentren incluidos en el POS-S de conformidad con el presente acuerdo.

- Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos.

La cobertura de medicamentos está incluida durante el tiempo de permanencia en UCI, de conformidad con lo establecido en el Manual de Medicamentos vigente del sistema.

d) **Materiales y suministros.** El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre todo insumo o material médico-quirúrgico, siempre y cuando sea necesario para la adecuada calidad en la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud de los casos o eventos señalados en el presente acuerdo.

e) **Ortesis, prótesis, y dispositivos biomédicos.** En materia de ayudas visuales el POS-S incluye para los menores de 20 años y mayores de 60 años, el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente, y suministro de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.

Para la atención de los casos y eventos establecidos en el presente acuerdo, en lo relacionado con otras ayudas para tratamiento y rehabilitación, prótesis y ortesis, así como dispositivos biomédicos, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre los mencionados en el título III del presente acuerdo.

f) **Cobertura de servicios de hospitalización diferentes a UCI.** Para atención hospitalaria de los casos y eventos descritos en el presente acuerdo el POS-S cubre la internación solamente en habitación compartida en los servicios de hospitalización general de la complejidad necesaria. Se exceptúan aquellos pacientes que por razones médicas requieran aislamiento, para los cuales está cubierta la internación en habitación unipersonal.

El POS-S cubre la internación en unidades de cuidado médico especiales solamente en los casos, eventos y condiciones descritas en el presente acuerdo.

g) **Transporte de Pacientes.** El POS-S cubre el traslado interinstitucional dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos teniendo en cuenta el diseño de la red de prestación de servicios definida por la EPS en los siguientes casos:

1. Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo para los casos definidos en el presente acuerdo, que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran un traslado a otra institución.

2. Pacientes en caso de urgencia que requieran traslado a otra institución cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

3. Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la EPS del Régimen Subsidiado recibe prima adicional o UPC diferencial, en cualquier caso o evento descrito en el presente acuerdo y que requiera servicios de cualquier complejidad, previa remisión de un profesional de la salud, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio.

h) **Medicamentos.** Las EPS-S deben garantizar los medicamentos descritos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el presente acuerdo.

i) **Complementación diagnóstica y terapéutica.** Para los casos y eventos descritos en todos los numerales anteriores están cubiertas todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para complementación diagnóstica y terapéutica dentro de lo dispuesto en el presente acuerdo con sujeción a los contenidos establecidos en el presente acuerdo.

ARTÍCULO 76. COBERTURA DE SERVICIOS EN CASOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO. En caso de que los costos ocasionados por la atención de accidentes de tránsito superen lo establecido en las normas vigentes sobre la materia, la EPS-S cubrirá los servicios necesarios siempre y cuando se traten de casos y eventos o servicios establecidos en el presente acuerdo.

ARTÍCULO 77. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Las EPS del Régimen Subsidiado deben garantizar la atención inicial de urgencias conforme la definición vigente contenida en el presente acuerdo. La atención subsiguiente y/o el tratamiento definitivo solamente será garantizado por la EPS si corresponde a los casos y eventos descritos en el presente Título para el POS-S.

ARTÍCULO 78. PERÍODOS DE CARENCIA. El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no contempla preexistencias para sus afiliados, ni períodos mínimos de afiliación para la atención.

ARTÍCULO 79. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA COMUNIDADES INDÍGENAS. Las EPS del Régimen Subsidiado que afilian a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva de la Comisión de Regulación en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente acuerdo. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora.

ARTÍCULO 80. BENEFICIOS EN ESQUEMA DE SUBSIDIOS PARCIALES. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

- a) Atención integral de alto costo según lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 2o en el presente acuerdo, y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 cuando sea necesario para el tratamiento de alto costo;
- b) Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, conforme lo establecido en el presente acuerdo, cuando sea necesario para la atención de ortopedia y traumatología;
- c) La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier nivel de complejidad, según lo dispuesto en el presente acuerdo cuando sea necesario para la atención del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones;
- d) Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, según lo dispuesto en el presente acuerdo cuando sea necesario para la atención al menor de un año;
- e) Los medicamentos, incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema; que sean formulados como parte de las atenciones señaladas en los literales anteriores del presente artículo;
- f) Los medicamentos incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubierto por el Régimen Subsidiado, siempre y cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica.

ARTÍCULO 81. SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL POS-S. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> Para los afiliados al Régimen Subsidiado los servicios no incluidos en el POS-S serán financiados por las direcciones territoriales de salud en el nivel de su competencia con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

CAPITULO II.

EXCLUSIONES DEL POS-S.



ARTÍCULO 82. EXCLUSIONES EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> En el POS-S se excluye:

- a) Aquello que no esté expresamente incluido en el presente acuerdo.
- b) Lo mismo que está expresamente excluido en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo descrito en el presente acuerdo.
- c) El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS-S.



ARTÍCULO 83. LIMITACIÓN DE LA INTERNACIÓN ESPECIAL. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El POS del Régimen Subsidiado no cubre la atención en UCI de los siguientes casos:

- a) Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
- b) Pacientes politraumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.
- c) Pacientes con diagnóstico de muerte cerebral o descerebrados.



ARTÍCULO 84. OTRAS LIMITACIONES. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado no incluye la internación en instituciones educativas ni en entidades de asistencia social tipo ancianato, hospicio, orfanato, hogar sustituto, guardería o granja protegida.

TITULO V.

OTROS.



ARTÍCULO 85. PERIODO DE TRANSICIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> La CRES establece un período de transición hasta diciembre 31 de 2009.



ARTÍCULO 86. VIGENCIA. <Acuerdo derogado por el artículo 71 del Acuerdo 8 de 2009> El presente acuerdo rige a partir de enero 1o de 2010 y deroga a partir de su vigencia las disposiciones que le sean contrarias, en especial las contenidas en los Acuerdos 008, 226, 228, 236, 263, 282, 259, 302, 306, 313, 336, 350, 356, 368 y 380 expedidos por el CNSSS.

Notas del Editor

- El editor destaca que los Acuerdo 259 y 282, por este acuerdo derogados, no guarda relación con el contenido del presente acuerdo.

Notas de Vigencia

- Acuerdo 306 derogado para el grupo poblacional entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, a partir del 1o. de octubre de 2009 por el artículo 5 del Acuerdo CRES 4 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.489 de 1 de octubre de 2009, 'Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional'.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 30 de julio de 2009.

El Presidente de la Comisión de Regulación en Salud,

DIEGO PALACIO BETANCOURT.

El Comisionado Experto Vocero,

MARTHA LUCÍA GUALTERO REYES.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
n.d.
Última actualización: 30 de agosto de 2024 - (Diario Oficial No. 52.847 - 13 de agosto de 2024)

