

ACUERDO 08 DE 2009

(Diciembre 29)

Derogado por el art. 82, Acuerdo CRES 028 de 2011, Derogado por el art. 4, Acuerdo CRES 029 de 2011

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 mediante el Acuerdo 003 de 2009 la Comisión de Regulación en Salud dio cumplimiento a lo establecido por la honorable Corte Constitucional en la orden Décimo Séptima de la Sentencia T-760 de 2008, en los términos y condiciones señaladas en dicha sentencia;

Que el citado Acuerdo 003 de 2009 estableció que su entrada en vigencia se produciría a partir del 1º de enero de 2010.

Que una vez expedido el Acuerdo 003 de 2009 la Comisión de Regulación en Salud ha recibido comentarios, observaciones y sugerencias respecto de su contenido, los cuales han sido debidamente procesados y analizados por la Comisión.

Que una vez analizados los comentarios, observaciones y sugerencias presentadas por diferentes entidades y personas se considera procedente la realización de algunas modificaciones al contenido del Acuerdo 003 de 2009 con el fin de procurar la mayor precisión posible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

Que la actualización y aclaración de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado es parte de 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.

Que con el fin de facilitar la labor de interpretación normativa por parte de los actores del sistema general de seguridad social en salud, se ha considerado pertinente la expedición integral de un nuevo cuerpo normativo que sustituya en su integridad el Acuerdo 003 de 2009.

En mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I

Objeto, nomenclatura ámbito y campo de aplicación

Artículo 1°. *Objeto.* Aclarar y 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 2°. *Plan Obligatorio de Salud POS.* Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen contributivo cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud, a todos sus afiliados.

Artículo 3°. *Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S.* Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen subsidiado, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas, a todos sus afiliados.

Artículo 4°. *Estructura del Plan Obligatorio de Salud POS:* El Plan Obligatorio de Salud se compone de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales y equipos y dispositivos biomédicos, para la atención de cualquier grupo poblacional y para todas las patologías de acuerdo con las coberturas señaladas en el presente Acuerdo.

Hacen parte también de la estructura del POS las Guías de Atención Integral establecidas en el presente Acuerdo.

Artículo 5°. *Estructura del Plan Obligatorio de Salud POS-S.* El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado se compone de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos para determinados grupos poblacionales, patologías, casos y eventos de acuerdo con las coberturas señaladas en el presente Acuerdo. Hacen parte también de la estructura del POS-S las Guías de Atención Integral establecidas en el presente Acuerdo.

Artículo 6°. *Nomenclatura.* Adóptese la codificación y nomenclatura de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS– como el único referente para expresar el contenido del POS en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones. En materia de medicamentos se utilizará la codificación descrita en el presente acuerdo y basada en el sistema de clasificación anatómica ATC.

Artículo 7°. *Ámbito y campo de aplicación.* El presente Acuerdo tiene como ámbito de aplicación las EPS del Régimen Contributivo y demás entidades obligadas a compensar, las EPS del régimen subsidiado, los afiliados, los prestadores de servicios de salud y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– que se relacionan con ellos y se constituye en un instrumento para la atención adecuada en la

prestación de los servicios de salud que cada EPS prestará a través de su red de IPS prestadores y demás proveedores, a los afiliados a los regímenes Contributivo y Subsidiado del SGSSS, dentro del territorio nacional y, con la tecnología media disponible en el país en los términos descritos en dicho principio en el artículo 5º y en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería tal como lo señala el artículo 182 de la Ley 100 de 1993.

CAPITULO II

Glosario

Artículo 8º. Glosario. Para efectos de facilitar precisar la operación y cumplir el objeto del presente Acuerdo se adoptan las siguientes definiciones, sin que las mismas se constituyan como coberturas dentro de los Planes Obligatorios de Salud:

1. Actividad: es el conjunto de acciones, operaciones o tareas dentro de un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos y/o tecnológicos.

2. 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.

3. Atención domiciliaria: 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.

4. Atención ambulatoria: 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.

5. Atención de urgencias: 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 numeral 40 del presente artículo y en el capítulo 5 del presente Acuerdo.

6. Atención inicial de urgencias: Se define la atención inicial de urgencia como las acciones realizadas a una persona con patología que requiere 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. Para efectos de cobertura se remite al Artículo 24 del presente acuerdo.

7. Comorbilidad: Condición que existía al momento de la hospitalización y que tuvo el potencial de afectar el curso de la enfermedad o del cuidado médico provisto.

8. Complicación: Problemas médicos adicionales que se desarrollan después de un procedimiento, tratamiento o enfermedad. Las complicaciones por lo general están directa o indirectamente relacionadas con un procedimiento, conocido como riesgo del procedimiento, o un tratamiento conocido como efecto colateral o toxicidad, o se presentan en el curso de una enfermedad como parte de su historia natural o de su curso clínico.

9. Consulta Médica y Odontológica: Es la valoración del usuario realizada por un médico y odontólogo 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, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento, en cualquier fase de la atención, esto es, promoción, prevención, curación y/o rehabilitación. La consulta puede ser programada o de urgencias, según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad.

10. Contrarreferencia: Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió. 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 o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

11. Dispositivo y equipo biomédico: Cualquier instrumento, aparato, artefacto, equipo u otro artículo, utilizado solo o en combinación incluyendo sus componentes, partes accesorios y programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, fabricado, vendido o recomendado para uso en:

*Diagnóstico, control, tratamiento curativo o paliativo, alivio o compensación de una lesión o una deficiencia, o prevención de una enfermedad, trastorno o estado físico anormal o sus síntomas, en un ser humano.

*Investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico.

*Restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura de un ser humano;

*Diagnóstico del embarazo en un ser humano;

*Cuidado de seres humanos durante el embarazo o el nacimiento. O después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.

Para efectos de cobertura se remite al Principio y enfoque de integralidad estipulado en el artículo 9 del presente acuerdo.

12. Enfermedad terminal: 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 médico tratante.

13. Entidad Promotora de Salud (EPS): Es la entidad responsable de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definidas en la normatividad vigente.

14. Exploración Quirúrgica: Procedimiento quirúrgico que se practica con fines diagnósticos o terapéuticos.

15. Guía de atención integral: Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. 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 a variables de raza, género, edad, condiciones de salud, condiciones socioculturales, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y 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. Para efectos del presente acuerdo el referente de inclusión en el POS o POS-S según el caso, no lo causa la guía de atención, ni los protocolos hospitalarios, de manera automática, sino la inclusión explícita de los procedimientos, medicamentos, insumos y tecnología que integran la guía o protocolo respectivo y su adopción explícita de la misma por parte de la CRES.

16. Implante o injerto: Es el reemplazo o sustitución con fines terapéuticos de tejidos, por otros tejidos similares y funcionales, pueden ser biológicos o sintéticos.

17. Impresión Diagnóstica: es una conclusión a la que se llega con base en los resultados de la elaboración de la historia clínica, el examen físico y/o actividades complementarias, en la cual se expresa la presencia o ausencia de una entidad nosológica como síndrome o enfermedad, según la clasificación de las enfermedades definida por la normatividad vigente, y que constituye la base de un tratamiento.

18. Inherente: Evento o situación que por su naturaleza está de tal manera unido a una patología o situación de salud, que exige la atención integral y simultánea de ambas.

19. 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.

20. Intervención en Salud: Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

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

22. Medicinas Alternativas: Es el conjunto de prácticas médicas fundamentadas en saberes, cosmovisiones y culturas diferentes a los conocimientos de las ciencias y las tecnologías convencionales.

23. Observación de urgencias: Es la atención institucional intramural de un paciente pendiente de resolución de su patología (tratamientos cortos), evolución corta o precisión diagnóstica. La estancia máxima en observación de urgencias es de 24 horas, lapso en el cual se debe decidir si el enfermo es dado de alta o trasladado a la zona de hospitalización que le corresponda.

24. Organo: Es la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de la misma función.

25. Ortesis: sistema de fuerzas diseñado para controlar, corregir o compensar una deformidad ósea, las fuerzas deformantes o la ausencia de fuerza en el cuerpo. La ortesis a menudo requiere el uso de correctores especiales. Para efectos de cobertura se remite al artículo 35 del presente acuerdo.

26. Paciente crónico somático. Es el paciente con enfermedad orgánica con curso prolongado, que para su atención requiere de acciones a mediano y largo plazo, sean estas intramurales o extramurales.

27. Prevención de la Enfermedad: Conjunto de actividades, procedimientos, e intervenciones dirigidas a los individuos y/o a las familias, cuya finalidad es actuar sobre factores de riesgo o condiciones específicas presentes en los individuos, en el ámbito familiar, la comunidad o el medio ambiente que generan la aparición de enfermedades.

28. 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.

29. Procedimiento no quirúrgico: Operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que no implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.

30. Procedimiento quirúrgico: Operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.

31. Promoción y fomento de la salud: Actividades, procedimientos, o intervenciones de carácter educativo e informativo, individual, familiar o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, a modificar o suprimir aquellas que no lo sean, informar sobre los derechos, riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, promover y estimular la participación social en el manejo y solución de los problemas de salud.

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

33. Referencia: es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

34. Rehabilitación en salud o en medicina: Proceso para recuperar las capacidades mentales o físicas perdidas a consecuencia de una lesión o una enfermedad, con la finalidad de funcionar de manera normal o casi normal en materia de salud.

35. Reintervención: Es el procedimiento posterior al inicial que se realiza en un paciente, en diferente acto o momento operatorio, para atender la patología que motivó el procedimiento o la cirugía inicial o las complicaciones de la misma.

36. Telemedicina: 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. Para efectos del presente Acuerdo, la actividad realizada se asimila a la interconsulta.

37. Trasplante: Es la utilización terapéutica de los órganos o tejidos humanos que consiste en la sustitución de un órgano o tejido enfermo, o su función, por otro sano procedente de un donante vivo o de un donante fallecido.

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

39. Unidades de Internación Especial. Son las unidades de cuidado intensivo, intermedio, de quemados, de cuidados coronarios sea intensivo o intermedio, 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, en general o las demás disposiciones que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

40. Urgencia: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o mental 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.

CAPITULO III

Criterios para aclaraciones, modificaciones y actualizaciones del pos

Artículo 9°. *Criterios generales para la definición, actualización, modificación y provisión del pos.*

1. Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud. Principio mediante el cual los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, descritos o incluidos en el presente acuerdo, hacen parte y en consecuencia constituyen la integralidad del POS o del POS-S según el caso.

La integralidad requerida por un paciente en servicios no incluidos en el POS o en el POS-S, no es objeto del presente acuerdo, por no ser competencia de la CRES.

2. Principio de Territorialidad para los Planes Obligatorios de Salud: En virtud del principio de territorialidad los servicios del POS solo se prestarán en el territorio nacional, de acuerdo con los recursos disponibles en el país. El nivel de tecnología deberá ser incorporado de manera expresa en el POS o POS-S según el caso, por la CRES, excluyéndose todo servicio de salud o tecnología que no se realice en Colombia, con el propósito de garantizar la sostenibilidad financiera y operativa del sistema. Toda nueva

prestación o tecnología que se pretenda incorporar al POS, deberá ser evaluada previamente por la CRES, quien definirá o no su inclusión.

3. 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.

Para orientar la aplicación pertinente y costo efectivo del Plan Obligatorio de Salud, y la provisión efectiva de las prestaciones que lo componen, podrán tenerse en cuenta la elaboración y adopción de Guías de Atención o manejo Integral de condiciones médicas o patologías, conforme las prioridades identificadas 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 o normas técnicas de manejo definidas en la normatividad vigente.

4. Principio de calidad. Principio por el cual la provisión de servicios de salud a los afiliados, se realiza de manera accesible y equitativa con base en estándares o condiciones de calidad previamente establecidas, o 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, acorde con el artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

5. Principio de corresponsabilidad. Principio por el cual el logro de la utilidad y el beneficio del Plan Obligatorio de Salud, exige que el usuario asuma la responsabilidad en seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional, incluyendo el autocuidado con su salud, sin que la no observación de las recomendaciones de tratamiento pueda ser condicionante del acceso posterior a los servicios.

6. Principio de complementariedad. Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera que complemente las acciones individuales o colectivas de otros beneficios como: los del sistema de riesgos profesionales, con los eventos Amparados por el SOAT, con Planes complementarios, con el Plan de Intervenciones en Salud Pública y en general los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes de beneficios.

7. Principio de eficiencia y de sostenibilidad financiera. Principio por el cual la definición y actualización de los Planes Obligatorios de Salud estarán sujetos a los recursos materiales e institucionales y a las condiciones financieras del Sistema, para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en los Planes 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.

8. Principios de la transparencia y la participación. Se garantiza el acceso y estudio de propuestas de modificación de los Planes Obligatorios de Salud recibidas de los agentes

del SGSSS, las asociaciones de usuarios y organizaciones formales del sector salud en general.

Artículo 10. *Principios para las exclusiones.* Los criterios generales de exclusiones explícitas de los Planes Obligatorios de Salud son los siguientes:

1. Elementos, medicamentos y en general servicios de salud no incluidos expresamente en el presente acuerdo.
2. 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, salvo la atención inicial de urgencia.
3. Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos, insumos y servicios en general que sean de carácter experimental, o para las cuales no existe evidencia científica de costo-efectividad o no hayan sido reconocidos por las asociaciones médico-científicas a nivel mundial o nacional.
4. Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos, insumos y servicios 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 o terapia de mantenimiento y soporte psicológico cuando el médico lo estime necesario, siempre y cuando estén descritos en el presente acuerdo.
5. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral, con excepción de los necesarios para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas, siempre y cuando se acredite la efectividad de su evidencia clínica.
6. Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos y tecnología en salud no incluidas expresamente en el presente Acuerdo. Así mismo, cuando operen listados para otros insumos como prótesis, ortesis, aparatos y aditamentos ortopédicos para una función biológica, no harán parte de los planes de beneficios de cualquiera de los dos regímenes los no incluidos en el listado respectivo, salvo expresión concreta en contrario.
7. Aquellos que expresamente defina la Comisión de Regulación en Salud.

CAPITULO IV

Condiciones generales de cobertura

Artículo 11. *Niveles de complejidad de actividades, procedimientos e intervenciones incluidas* en la definición por niveles de complejidad alta o de nivel 3, mediana o de nivel 2 y baja o de nivel 1, de las Actividades, Procedimientos e Intervenciones en los casos descritos. Lo anterior sin perjuicio de las normas de calidad y habilitación de servicios al interior de un prestador de servicios de salud, así como de la participación del profesional, del especialista, subespecialista con el respectivo personal de apoyo.

Artículo 12. *Condiciones de acceso a servicios especializados de salud.* Para acceder a los servicios especializados de salud, es indispensable el tránsito o la remisión por medicina general u odontología general salvo atención de urgencias, sin perjuicio del cumplimiento del traslado institucional conforme las normas de calidad vigentes. Se exceptúa también la atención de la especialidad de pediatría, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención general cuando el recurso especializado no sea accesible desde lo geográfico o económico. Si el caso amerita 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.

Parágrafo. Las EPS facilitarán el acceso oportuno al servicio especializado a través del profesional básico, mediante los servicios de telemedicina conforme a los estándares de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud vigentes.

Artículo 13. *Cobertura integral.* En cumplimiento de los principios de integralidad y territorialidad descritos en el artículo 5º del presente acuerdo, 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 contenidas en el presente Acuerdo, y realizadas con fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y/o tratamiento y de rehabilitación, en condiciones de tecnología media en salud acorde con lo previsto en la Ley 100 de 1993, o las normas que la sustituyan, modifiquen o complementen.

Artículo 14. *Cobertura de insumos, suministros y materiales.* En el caso de los listados de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos, definidos en el presente acuerdo, la inclusión en el POS y POS-S se limita a los descritos en el mismo, en consecuencia conduce a la no inclusión o exclusión de los que no se describen en el listado respectivo, salvo expresión en contrario de acuerdo con lo definido en cada listado. En los casos de no existir listado, las EPS deben garantizar los insumos, suministros y materiales, sin excepción, necesarios para todas y cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones cubiertos en el presente acuerdo, salvo excepción expresa para el procedimiento en el mismo acuerdo.

Artículo 15. *Utilización de prótesis, ortesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica.* Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren 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, aparatos y aditamentos ortopédicos, material de osteosíntesis, marcapasos, prótesis valvulares y articulares, fundamentalmente para el cumplimiento de alguna función biológica, 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.

Artículo 16. Medicina alternativa. 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. El Plan Obligatorio de Salud Contributivo o Subsidiado según el caso, cubre las reintervenciones que sean necesarias conforme a la prescripción profesional, sin perjuicio de la atención inicial de urgencias, o que implique peligro para la vida, siempre y cuando se trate de los siguientes casos:

1. Que el procedimiento inicial o primario no haga parte de las exclusiones del Plan Obligatorio de Salud, según las condiciones de cada régimen y que se hubiese efectuado con autorización de la EPS.
2. 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 y se sujeta a la autorización de servicios establecida en la normatividad vigente, salvo la atención inicial de urgencias.

Artículo 18. Salud Oral. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado cubre en salud oral, las actividades, procedimientos e intervenciones como están descritas en el presente Acuerdo. En el caso de operatoria dental cubre un máximo de 3 superficies en el mismo diente, independiente que las extensiones hagan parte de la superficie primaria.

Artículo 19. Suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados. 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.

Artículo 20. 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 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 21. Información a los usuarios. Las EPS y demás entidades obligadas a compensar, las EPS del Régimen Subsidiado y las Instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán entregar al grupo familiar afiliado la carta de derechos y deberes, así como información esencial accesible al afiliado en relación con las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos consagrados en este Acuerdo, teniendo en cuenta las disposiciones vigentes sobre la materia y sin perjuicio de las normas de habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, en especial con el servicio permanente de centrales telefónicas gratuitas o líneas 01- 8000.

Artículo 22. Acceso excepcional a las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos no POS: En el evento en que se formulen medicamentos no incluidos en el listado descrito en el Anexo Nro. 1 del presente Acuerdo, o se prescriban actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el Anexo nro. 2, y el precio del

medicamento o servicio no incluido es menor o igual al precio del medicamento o servicio equivalente que sí está en los listados anexos, serán suministrados con cargo a la UPC de cada régimen.

En el evento que el precio del medicamento o servicio no incluido sea mayor al equivalente, se aplicará la normatividad vigente.

Artículo 23. *Acceso excepcional a las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos no POS-S:* Para los determinados grupos poblacionales, patologías, casos y eventos que hacen parte del POS-S, los procedimientos, intervenciones y medicamentos no descritos en los anexos 1 y 2 del presente Acuerdo serán cubiertos con cargo a la UPC-S, si su precio es menor o igual a sus equivalentes cubiertos descritos en dichos anexos. Si el precio es mayor la diferencia deberá ser financiada en concordancia con la normatividad vigente.

La atención de aquellos grupos poblacionales, patologías, casos y eventos no descritos en el presente Acuerdo no será cubierta con cargo a la UPC-S aun si incluyen actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos descritos en los Anexos 1 y 2 del presente Acuerdo, sino en concordancia con la normatividad vigente.

CAPITULO V

Atención de urgencias

Artículo 24. *Cobertura de atención de urgencias.* El Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado cubre las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, "triage", todo lo anterior acorde con lo definido en el párrafo del Artículo siguiente.

Artículo 25. *Atención inicial de urgencias.* La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la EPS cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud más cercana al lugar en que se encuentre el paciente, o de todos modos en el prestador en que se demande el servicio.

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

Artículo 26. *Cobertura de atención de urgencias psiquiátricas.* 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. Esta cubre las primeras 24 horas, 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.

CAPITULO VI

Atención ambulatoria

Artículo 27. *Cobertura de atención ambulatoria.* 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 prestados en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente y las normas de calidad vigentes.

CAPITULO VII

Atención domiciliaria

Artículo 28. *Cobertura de atención domiciliaria.* 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 y contenidos del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.

Artículo 29. *Cobertura de la atención de paciente crónico somático.* El paciente crónico somático que sufre un proceso incurable, o con discapacidad que limite su acceso al servicio intramural, previo concepto del profesional tratante, podrá ser tratado en forma integral con el personal profesional, técnico y auxiliar calificado del sector salud, en su domicilio, con la participación activa del grupo familiar o su cuidador.

CAPITULO VIII

Atención con internación u hospitalización

Artículo 30. *Atención con internación.* Es la modalidad de atención en salud, en la cual toda actividad, procedimiento y/o intervención se efectúa con la estadía del paciente, en un servicio de internación o de hospitalización.

Artículo 31. *Cobertura de internación.* 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 1°. 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 2°. 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 32. *Cobertura de la internación para manejo de enfermedad psiquiátrica.* 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.

CAPITULO IX

Servicio de transporte

Artículo 33. *Transporte o traslado de pacientes.* El Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud 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, que 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 tratante 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 1°. Si en criterio del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor nivel de atención, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del POS o POS-S según el caso. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador.

Parágrafo 2°. Si realizado el traslado, el prestador del servicio, encuentra casos de cobertura parcial o total, por seguros de accidente de tránsito, seguros escolares y similares, el valor del transporte deberá ser asumido por ellos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, en los términos de la cobertura del seguro y la normatividad vigente.

Artículo 34. *Transporte del paciente ambulatorio.* El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluido en el POS o POS-S según el caso, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las UPC respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca.

CAPITULO X

Trasplantes e injertos

Artículo 35. *Cobertura de atención de trasplantes e injertos.* En caso de los trasplantes cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, según condiciones de cada régimen, la prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano o tejido del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación cuya atención integral estará a cargo de la EPS del receptor.

3. Procesamiento, transporte y conservación adecuado, según tecnología disponible en el país, del órgano o tejido a trasplantar.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Actividades, procedimientos e intervenciones para preparar al paciente y para la atención o control postrasplante.
6. Actividades, procedimientos y/o intervenciones complementarios adecuados durante el trasplante.
7. Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente Acuerdo.

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 36. *Injertos o implantes.* En caso de procedimientos que conlleven la realización o uso de injertos o implantes biológicos, la cobertura en el Plan Obligatorio de Salud incluye los procedimientos de la toma del tejido 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 XI

Atención de pacientes con enfermedades terminales

Artículo 37. *Cuidados para enfermedades terminales.* Deberá brindarse en el Plan Obligatorio de Salud soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico de ser requerido. Todas las actividades, procedimientos e intervenciones deben estar contemplados en el presente Acuerdo.

TITULO II

MEDICAMENTOS

LISTADO DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA DEL SGSSS

Artículo 38. *Medicamentos.* Los medicamentos señalados en el Anexo número 1 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y deben ser suministrados por las EPS de ambos regímenes.

Su financiamiento estará a cargo de la UPC y UPC-S, salvo aquellos que corresponden al listado de medicamentos de los programas especiales cuyo financiamiento está siendo asumido por el MPS.

Parágrafo 1°. El POS incluye los principios activos contemplados en el anexo Nro. 1 del presente acuerdo. La prescripción se realizará siempre utilizando la denominación común internacional exclusivamente. Al paciente le será suministrada cualquiera de las alternativas autorizadas por el INVIMA del principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca). En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico, cuyo listado será publicado por el INVIMA, no deberá cambiarse ni el producto ni el fabricante. Si excepcionalmente fuera necesario, el ajuste de dosificación y régimen de administración, deberá hacerse con vigilancia especial.

Parágrafo 2°. Los Medicamentos para Programas Especiales descritos comprendidos en el Plan Nacional 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, sin perjuicio de la responsabilidad de las EPS de gestionar los programas y servicios que garanticen el acceso de los usuarios a dichos medicamentos.

Las vacunas cubiertas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son las que hacen parte del esquema vigente del Programa Ampliado de inmunizaciones _PAI_ con el fin de lograr coberturas universales de vacunación y de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles a través de la erradicación, eliminación y control de las mismas; operativamente está compuesto por acciones a cargo del Estado que incluyen entre otras la compra, distribución, suministro gratuito de los biológicos.

Las acciones a cargo de las EPS como parte del Plan Obligatorio de Salud en el componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consisten en la promoción e inducción a la demanda de la inmunización activa con estos biológicos, así como la garantía de accesibilidad efectiva, sin detrimento de la corresponsabilidad de los sujetos objetos del PAI y con calidad a los mismos para su aplicación gratuita a los afiliados en su red de servicios, en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado, cumpliendo las normas definidas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 39. *Glosario.* Para efectos del presente Título se adoptan las siguientes definiciones:

1. Denominación Común Internacional. Nombre científico de un medicamento, que corresponde al dominio público, asignado por la Organización Mundial de la Salud para facilitar la identificación de un principio activo.

2. 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.

3. Margen Terapéutico: Es el intervalo de concentraciones de un fármaco, dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

4. 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 morbilidad y mortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

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

Artículo 40. De la prescripción. Solo se podrán prescribir los medicamentos incluidos en el presente listado, para la atención de los eventos o patologías que hacen parte del POS de cada régimen, siempre y cuando cumplan con las indicaciones autorizadas por el INVIMA en las normas farmacológicas.

Artículo 41. Garantía de continuidad a los medicamentos. Las EPS del Régimen contributivo y demás entidades obligadas a compensar y EPS-S, 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 42. Contenido de la prescripción La prescripción del medicamento se realizará conforme a lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 o en las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Artículo 43. Cobertura con fines diagnósticos. 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 REGIMEN CONTRIBUTIVO

CAPITULO I

Actividades, procedimientos, intervenciones y servicios cubiertos en el POS-C

Artículo 44. Acciones para promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin perjuicio de lo definido como tal en el título I del presente acuerdo, en el POS-C la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones individuales y familiares para la protección específica y detección temprana definidas en el Acuerdo 117 de 1998 y adoptadas mediante Resolución 412 de 2000 bajo la denominación de Normas Técnicas de obligatorio cumplimiento, teniendo en cuenta las responsabilidades señaladas para las EPS del Régimen Contributivo en la Resolución 3384 de 2000. Para las enfermedades de interés en salud pública como lo son Tuberculosis, Lepra, Malaria y Leishmaniasis, se adoptan los procedimientos definidos en las Guías de Atención incluidas en la Resolución 412 de 2000.

Parágrafo. Si alguna de estas Normas Técnicas o Guías de Atención son modificadas en sus actividades, procedimientos e intervenciones, requieren aprobación expresa de la CRES para ser incluidas dentro de los contenidos del POS-C.

Artículo 45. *Acciones para la recuperación de la salud.* En el POSC: 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, el POS CONTRIBUTIVO cubre las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en el Anexo Nro. 2 que hace parte integral del presente acuerdo.

Artículo 46. *Cobertura de servicios de baja complejidad o nivel 1 del POS.* La Cobertura de Servicios de primer nivel, son las prestaciones asistenciales o servicios en salud, que las EPS deben garantizar de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, en su defecto con la mayor accesibilidad geográfica posible, mediante el diseño y organización de la red de prestación de servicios de salud. Estos servicios y su red de prestación deben hacer parte de la carta de derechos de los afiliados y de todas maneras deberán ser informados a los mismos, dando cumplimiento a la normatividad vigente sobre la materia.

La Cobertura de primer nivel que no está afectada por periodos mínimos de afiliación, 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 Anexo No. 2 del presente acuerdo.

Artículo 47. *Prestaciones sujetas a periodos mínimos de afiliación al sistema de seguridad social en salud.* Sin perjuicio del pago parcial proporcional por parte del afiliado, para efectos de clasificación de los procedimientos que requieren periodos mínimos de afiliación al sistema de seguridad social en salud, acorde con la Ley 1122 de 2007, o la norma que la modifique, complemento o sustituya, se tendrán en cuenta las siguientes:

1. Las actividades, procedimientos e intervenciones para tratamientos de alto costo según lo definido en el presente Título.
2. 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.

Parágrafo 1°. Se exceptúa de periodos mínimos de afiliación al sistema de seguridad social en salud, el menor de un año, la atención inicial de urgencias y la atención del embarazo, parto, puerperio y de la lactancia, en afiliados cotizantes y beneficiarios, así como de las afecciones directamente relacionadas con estos estados o eventos que pongan en riesgo la gestación y la viabilidad fetal.

Parágrafo 2°. La restricción es exclusiva del tratamiento de casos descritos en ambos literales, el acceso a actividades, procedimientos e intervenciones y en general a los servicios diagnósticos debe garantizarse integralmente y con la oportunidad debida.

Artículo 48. *Interrupción voluntaria del embarazo.* En el POS-C están cubiertos para la IVE el legrado o curetaje uterino así como la aspiración al vacío, conforme a la jurisprudencia vigente, en los siguientes casos:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, y
3. 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 49. *Condiciones de cobertura de internación en uci y unidad de cuidados intermedios.* El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo cubre la Internación en la unidad de cuidados intensivos e intermedios, de conformidad con el criterio del intensivista.

Artículo 50. *Transporte en el régimen contributivo.* En concordancia con lo establecido en el Título I del presente acuerdo, El POS-C incluye el transporte para el traslado interinstitucional, dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos 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.

Parágrafo: En las zonas donde se reconoce una UPC diferencial mayor, 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 51. *Lentes externos.* 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 incluye la adaptación del lente formulado a la montura cuyo valor corre a cargo del usuario.

Artículo 52. *Alto costo en el régimen contributivo.* Los eventos y servicios de alto costo incluidos en el POS-C son los siguientes:

1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de medula ósea y de córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado.
7. Manejo del trauma mayor.

8. Manejo del paciente infectado por VIH.
9. Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

Artículo 53. *Glosario.* para efectos de los eventos y servicios de alto costo se adoptan las siguientes definiciones:

1. Eventos o Servicio de alto costo: Aquellos que representan una alta complejidad técnica en su manejo, costo elevado y baja ocurrencia.

2. Gran quemado: Paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

- a). Quemaduras de 2º y 3er. grado en más de 20% de superficie corporal.
- b). Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona anogenital.
- c). Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
- d). Quemaduras profundas y de mucosas eléctricas y/o químicas.
- e). Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
- f). Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años, o por enfermedades intercurrentes moderadas severas y/o estado crítico previo.

3. 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 54. *Exclusiones en el régimen contributivo.* El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones, acorde con lo estipulado en el artículo 000, del presente acuerdo:

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 o curas de reposo o del sueño.
5. 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.
6. Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente.
7. Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
8. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.
9. 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.
10. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, prótesis y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
11. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares y cutáneas.
12. 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, y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, procedimientos e intervenciones deben estar contemplados en el presente Acuerdo.
13. 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.
14. Pañales para niños y adultos.
15. Toallas higiénicas.
16. Bolsas de colostomía.
17. Artículos cosméticos.

18. Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales salvo excepciones expresas en la norma.
19. Líquidos para lentes de contacto.
20. Tratamientos capilares.
21. Champús de cualquier tipo.
22. Jabones.
23. Cremas hidratantes.
24. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
25. Medicamentos o drogas para la memoria.
26. Medicamentos para la impotencia sexual o la disfunción eréctil.
27. Medicamentos anorexígenos.
28. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
29. Enjuagues bucales y cremas dentales.
30. Cepillo y seda dental.
31. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia y protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.
32. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS.
33. Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el presente Acuerdo.

Artículo 55. *Glosario.* Para efectos de los eventos y servicios de alto costo se adoptan las siguientes definiciones:

1. 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.

2. 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 56. *Limitación de la internación especial.* El POS Contributivo no cubre la atención en los servicios de internación especial de los siguientes casos:

1. Pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del especialista tratante.

2. Pacientes con diagnóstico de muerte cerebral o descerebrado, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la EPS del receptor.

Artículo 57. Otras Limitaciones. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo no incluye la internación en instituciones educativas ni en entidades de asistencia social tipo ancianato, hospicio, orfanato, hogar sustituto, guardería o granja protegida. Salvo los hogares de paso que se encuentran habilitados para las comunidades indígenas.

TITULO IV

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

CAPITULO I

Actividades, procedimientos e intervenciones y servicios complementarios cubiertos en el POS-S

Artículo 58. Cobertura del pos subsidiado: En el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado se cubren las actividades, procedimientos e intervenciones descritas a continuación, siempre y cuando se encuentren descritas en los listados de procedimientos medicamentos del presente acuerdo.

Artículo 59. Cobertura de servicios de baja complejidad o nivel 1 del POS-S. La Cobertura de Servicios de primer nivel, son las prestaciones asistenciales o servicios en salud, que las EPS-S deben garantizar de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, en su defecto, con la mayor accesibilidad geográfica posible, mediante el diseño y organización de la red de prestación de servicios de salud. Estos servicios y su red de prestación deben hacer parte de la carta de derechos de los afiliados y de todas maneras deberán ser informados a los mismos, dando cumplimiento a la normatividad vigente sobre la materia.

Parágrafo. Para garantizar los servicios especializados deberá tenerse en cuenta la red tradicional de referencia del prestador básico y de todas maneras con la mayor accesibilidad geográfica y económica posible para el usuario.

Artículo 60. Acciones para promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin perjuicio de lo definido como tal en el título I del presente acuerdo, en el POS-S, esquema de subsidios plenos, la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones individuales y para el grupo familiar descritas en el presente acuerdo, necesarias para la protección específica y detección temprana definidas en el Acuerdo 117 de 1998 y adoptadas mediante Resolución 412 de 2000 bajo la denominación de Normas Técnicas de obligatorio cumplimiento, teniendo en cuenta las responsabilidades señaladas para las EPS del Régimen Subsidiado en la Resolución 3384 de 2000. Para las enfermedades de interés en salud pública como lo son Tuberculosis, Lepra, Malaria y Leishmaniasis, se

adoptan los procedimientos definidos en las Guías de Atención incluidas en la Resolución 412 de 2000. No incluye la mamografía ni la biopsia de mama, en los casos de tamizaje.

La cobertura de servicios incluye:

1. La colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.
2. La esterilización quirúrgica femenina.
3. La vasectomía o esterilización masculina, como método definitivo de planificación familiar.

Parágrafo. Si alguna de estas Normas Técnicas o Guías de Atención son modificadas en el futuro y después de ser expedido el presente Acuerdo en sus actividades, procedimientos e intervenciones, se requiere aprobación expresa de la CRES para ser incluidas dentro de los contenidos del POS-S.

Artículo 61. *Acciones para la recuperación de la salud.* El POS-S en el esquema de subsidio pleno, incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los niveles de cobertura y grados de complejidad, contenidos y definiciones establecidas en el presente Acuerdo y en el Anexo 2 del mismo.

1. 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 u odontólogo general y/o personal técnico o auxiliar, en forma ambulatoria u hospitalaria, según lo clasificado como nivel 1 en el anexo 2 del presente Acuerdo.

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.

2. Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel El POS-S cubre:

a). 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.

b). Los menores de 13 años de edad tienen derecho al POS Contributivo. Una vez el menor o la menor cumpla 13 años de edad, se garantizará exclusivamente la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el presente capítulo como POS del Régimen Subsidiado, salvo procedimientos quirúrgicos 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.

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

d). 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 Anexo Número 2 del 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.

e). 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 Anexo 2 del 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, incluida la consulta y servicios diagnósticos que lo deciden o prescriben, e incluye:

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

II. En la fase postoperatoria, 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.

– Para los casos de osteomielitis y artritis séptica, independiente de su etiología, se incluyen solo las atenciones brindadas en el tiempo relacionado con los procedimientos quirúrgicos descritos en el Anexo Número 2 del presente acuerdo.

– Las amputaciones se incluyen independiente del profesional o especialista que la realice.

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

– Apendicectomía sod

– Apendicectomía por laparoscopia

– Apendicectomía por perforación, con drenaje de absceso, liberación de plastrón y/o drenaje de peritonitis localizada sod

– Apendicectomía con drenaje de peritonitis generalizada sod

– Histerectomía subtotal o supracervical sod

– Histerectomía total abdominal sod

– Histerectomía total abdominal con remoción de mola o feto muerto

– Histerectomía total, con cervicectomía, remoción de vejiga, trasplante ureteral y/o resección abdominoperineal de colon, recto y colostomía o cualquier combinación anterior

– Histerectomía total abdominal ampliada sod

– Histerectomía total abdominal ampliada con vaginectomía parcial

– Histerectomía vaginal sod

– Histerectomía vaginal con colpouretrocistopexia

– Histerectomía vaginal con reparación de enterocele

– Histerectomía vaginal con reparación plástica de vagina y colporrafia anterior y posterior
disección de ganglios linfáticos (403-405)

– Histerectomía radical modificada [operación de Wertheim] sod

– Histerectomía radical vaginal [operación de Schauta] sod

– Colectomía por laparotomía

– Colectomía por minilaparotomía subxifoidea

- Colectomía con exploración de vías biliares por coledocotomía
- Colectomía por laparoscopia
- Herniorrafia inguinal directa sod
- Herniorrafia inguinal indirecta sod
- Herniorrafia inguinal encarcelada sod
- Herniorrafia inguinal reproducida sod
- Herniorrafia inguinal con injerto o prótesis sod [hernioplastia con malla de polipropileno no recubierta]
- Herniorrafia inguinal por laparoscopia
- Reparación bilateral de hernia inguinal directa sod
- Reparación bilateral de hernia inguinal indirecta sod
- Reparación bilateral de hernia inguinal con una prótesis sod [hernioplastia con malla de polipropileno no recubierta]
- Reparación bilateral de hernia inguinal con dos prótesis sod [hernioplastia con malla de polipropileno no recubierta]
- Herniorrafia femoral o crural encarcelada sod
- Herniorrafia femoral o crural por deslizamiento sod
- Herniorrafia bilateral femoral o crural reproducida sod
- Reparación bilateral de hernia crural con injerto o prótesis sod [hernioplastia con malla de polipropileno no recubierta]
- Herniorrafia umbilical sod
- Herniorrafia umbilical reproducida sod
- Herniorrafia umbilical con prótesis sod [hernioplastia con malla de polipropileno no recubierta]
- Dilatación y legrado para terminación del embarazo

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

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

II. En la fase postoperatoria, 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.

g). 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 Anexo 2 del presente Acuerdo:

- Electromiografía en cada extremidad (uno o más músculos)
- Neuroconducción por cada extremidad (uno o más nervios)
- Prueba de estímulo repetitivo [Lambert]
- Reflejo neurológico palpebral: ondas "f" y/o "h"
- Reflejo neurológico trigémino facial
- Potenciales evocados somatosensoriales
- Potenciales evocados visuales (uni o bilaterales)
- Potenciales evocados auditivos
- Electromiografía con electrodo de fibra única
- Modalidades eléctricas y electromagnéticas de terapia sod
- Neurolisis de nervio periférico sod
- Terapia física integral sod
- Terapia ocupacional integral sod
- Terapia fonoaudiológica integral sod
- Terapia de rehabilitación cardiaca sod
- Entrenamiento pre, peri y postparto sod
- Terapia respiratoria integral sod

- Medicación respiratoria administrada mediante nebulización (aerosolterapia)
- Prueba completa con tensilón
- Electromiografía laríngea

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

h). Determinación de Microalbuminuria por RIA, 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.

i). Prueba de Genotipificación viral 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.

j). 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, con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones.

– Consulta de primera vez por medicina especializada y consulta de control o de seguimiento por medicina especializada, ambulatorias, 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.

– Consulta de primera vez por nutrición y dietética y consulta de control o de seguimiento por nutrición y dietética, ambulatorias.

– Consulta de primera vez por psicología y consulta de control o de seguimiento por psicología, ambulatorias.

– Exámenes paraclínicos o complementarios:

I. Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales

II. Hemoglobina glicosilada por cromatografía de columna

III. Electrocardiograma de ritmo o de superficie sod

IV. Ecocardiograma modo m y bidimensional

V. Ablación de lesión coriorretinal, por fotocoagulación (láser) sod

VI. Angiorretinofluoresceinografía sod

VII. Doppler de vasos arteriales de miembros inferiores

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

No se incluye 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.

k). 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 con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones:

– Consulta de primera vez por medicina especializada y consulta de control o de seguimiento por medicina especializada, ambulatorias, para evaluación o valoraciones, incluyendo particularmente la necesaria para valoración del sistema visual, sistema nervioso, sistema cardiovascular y función renal.

– Exámenes paraclínicos o complementarios:

– Potasio

– Electrocardiograma de ritmo o de superficie sod

– Ecocardiograma modo m y bidimensional

– Ablacion de lesión coriorretinal, por fotocoagulación (laser) sod

– Angiorretinofluoresceinografía sod

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

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.

3. Atenciones de Alto Costo: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

a). Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiacas, 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, procedimientos e intervenciones 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 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 postoperatoria, 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.
- La reprogramación de marcapasos durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso.
- La prótesis endovascular Stent Coronario Convencional no recubierto.
- La pericardiectomía sod del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.
- Las actividades, procedimientos e intervenciones de medicina física y rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados.
- Si adicionalmente el paciente requiere estudio electrofisiológico.

No se incluyen en el POS-S los procedimientos de estudio electrofisiológico cardíaco percutáneo [epicárdico] y ablación con catéter de lesión o tejido del corazón sod.

No se incluyen los servicios, actividades, procedimientos e intervenciones prestados para tratar las comorbilidades no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Subsidiado, antes o después de la prescripción del procedimiento quirúrgico.

b). 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, así mismo incluye, la corrección de la Hernia de Núcleo Pulposo, independientemente de la especialidad que la realice.

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 postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento quirúrgico exclusivamente y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

- No está incluido las complicaciones inherentes a las patologías de base que causan la cirugía como Meningitis, Abscesos, Cisticercosis, entre otras, que no están descritas en el presente acuerdo como POS-S.

- No se Incluye el TEC leve, moderado o severo de manejo médico no quirúrgico.

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

c). Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, con actividades, procedimientos e intervenciones 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 estándar con bicarbonato y la diálisis peritoneal sod y/o diálisis peritoneal manual y/o diálisis peritoneal automatizada.

- El trasplante de riñón de donante sod, al paciente y la nefrectomía (obtención de órgano) o nefrectomía de donante vivo por laparoscopia, del donante.

- El control permanente del trasplantado renal.

- El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía).

No se incluyen las atenciones y servicios necesarios para atender la causa o enfermedad precursora de la Insuficiencia Renal Crónica o Aguda, que no están descritas en el presente acuerdo como POS-S, tales como el Lupus Eritematoso Sistémico, el síndrome nefrótico y nefrítico,

d). 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.

– Incluye de manera complementaria a los casos anteriores, que a su vez tenga quemaduras en otras zonas del cuerpo y que afecten menos del 20% de extensión de superficie corporal. 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, procedimientos e intervenciones de medicina física y rehabilitación de estos casos.

e). 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 anexo número 1 del presente Acuerdo.

– La VIH, carga viral cualquier técnica.

– 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.

f). 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, para la clasificación y manejo de los pacientes.

– El tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización.

– La quimioterapia, la radioterapia, incluyendo la Teleterapia con fotones con Acelerador Lineal, 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 las actividades, procedimientos e intervenciones, realizadas para la confirmación diagnóstica, así no hubieran sido autorizados previamente por ella. No se incluyen como POS-S los servicios diagnósticos en casos no confirmados.

g). Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o Rodilla, cubre:

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

– Las actividades, procedimientos e intervenciones 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 quirúrgico por parte del especialista e incluye:

I. 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.

II. En la fase postoperatoria, 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.

h). 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.

Durante el tiempo de permanencia en UCI, los medicamentos cubiertos por el POS-S son los establecidos en el presente acuerdo.

4. 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.

5. 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 órtesis, así como dispositivos biomédicos, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre los mencionados en el título III del presente Acuerdo.

6. 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. No se incluye en el POS-S la Unidad de Cuidados intermedios o especiales.

7. Transporte de Pacientes. El POS-S cubre el traslado interinstitucional de:

a). 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 un nivel superior de atención.

b). Pacientes en caso de urgencia que requieran traslado a otros niveles de atención, cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

c). Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la EPS-S 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.

8. Medicamentos. Las EPS-S deben garantizar los medicamentos descritos en el Anexo 1 del presente acuerdo, siempre y cuando se trate de las patologías, casos y eventos que hacen parte del POS-S.

9. Complementación diagnóstica y terapéutica. Para las patologías, casos y eventos que hacen parte del POS-S 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 63. *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 como POS-S

Artículo 64. *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-S si corresponde a los casos y eventos descritos en el presente Título para el POS-S.

Artículo 65. *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 66. *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.

Artículo 67. *Beneficios en esquema de subsidios parciales.* Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

1. Atención integral de alto costo según lo dispuesto en el presente Título, y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del literal c) del artículo 62 del presente acuerdo, cuando sea necesario para el tratamiento de alto costo;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. 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;
6. 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.

CAPITULO II

Exclusiones del POS-S

Artículo 68. *Exclusiones en el régimen subsidiado.* En el POS-S se excluye:

1. Aquello que no esté expresamente descrito en el presente Acuerdo o que esté expresamente excluido del Plan Obligatorio de Salud Contributivo.
2. Aquello que esté expresamente descrito en el presente Acuerdo, como no incluido en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
3. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS-S, salvo atención inicial de urgencia o Unidad de Cuidados Intensivos.

Artículo 69. *Limitación de la internación especial.* El POS del Régimen Subsidiado no cubre la atención en UCI de los siguientes casos:

1. Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
2. Pacientes con diagnóstico de muerte cerebral o descerebrados, salvo proceso de donación de órganos en curso.

Artículo 70. *Otras limitaciones.* 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.

Parágrafo. No se encuentran limitados los hogares de paso para el caso de las Comunidades indígenas.

TITULO V

OTROS

Artículo 71. *Vigencia.* El presente Acuerdo rige a partir de enero 1° de 2010 y deroga a partir de su vigencia los Acuerdos 008, 226, 228, 236, 263, 282, 259, 302, 306, 313, 336, 350, 356, 368 y 380 expedidos por el CNSSS, al igual que el Acuerdo 003 de la CRES y las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 29 de diciembre de 2009.

El Presidente de la Comisión de Regulación en Salud,

Diego Palacio Betancourt.

El Comisionado Experto Vocero,

Martha Lucía Gualtero Reyes.

ANEXO 1

LISTADO DE MEDICAMENTOS POS

ANEXO 2

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS CON CODIFICACION CUPS