

ACUERDO 3 DE 2009

(julio 30)

Diario Oficial No. 47.438 de 11 de agosto de 2009

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD

<NOTA DE VIGENCIA: Acuerdo derogado por el artículo [71](#) del Acuerdo 8 de 2009>

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

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

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

LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD,

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

- i) Definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional;
- ii) Establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas;
- iii) Decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los

derechos, según las prioridades en materia de salud, y

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

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

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

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

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

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

i) Las EPS garantizan los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de sus afiliados;

ii) Las EPS prestan los servicios de salud de acuerdo con las frecuencias de uso establecidas en las Guías y los protocolos de atención integral vigentes en el país; y

iii) Las EPS no colocan barreras de acceso a sus afiliados para la utilización de los servicios.

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

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

Que actualmente se encuentra en curso el Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud -

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

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

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

ACUERDA:

TITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. <Acuerdo derogado por el artículo [71](#) del Acuerdo 8 de 2009> Actualizar integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, con las inclusiones y exclusiones que se detallan en los títulos siguientes, con las condiciones y definiciones establecidas para cada régimen.



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



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

CAPITULO I.

GLOSARIO.



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

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

CAPITULO II.

CRITERIOS PARA ACLARACIONES, MODIFICACIONES Y ACTUALIZACIONES DEL POS.

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

- a) Principio y enfoque de integralidad del Plan Obligatorio de Salud. Principio mediante el cual los servicios que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a los necesarios para brindar educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención definidos en el presente acuerdo, conforme lo definido en las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y con especial énfasis en las acciones de promoción y prevención.
- b) Principio de pertinencia epidemiológica y costo-efectividad para el país. Las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnologías en salud que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad.
- c) Principio de calidad. Principio por el cual la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, se realiza de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, incluyendo la disponibilidad de recursos necesarios para dar cumplimiento a las características de oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- d) Principio de corresponsabilidad. Principio por el cual el Plan Obligatorio de Salud debe cubrir servicios para la atención de las condiciones médicas en concurrencia con las acciones de autocuidado por parte de los usuarios.
- e) Principio de complementariedad. Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben complementarse con las acciones colectivas del Plan de Intervenciones en Salud Pública y los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes de beneficios del sistema.
- f) Principio de eficiencia y de sostenibilidad financiera. Principio por el cual la definición y aplicación del Plan Obligatorio de Salud estarán sujetas a los recursos materiales e institucionales y a las condiciones financieras del Sistema y la economía del país, para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos, la mayor eficiencia en la utilización de los mismos, la mayor efectividad en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país.



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

- a) Que no se cumplan los criterios antes mencionados y particularmente que sean actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud que no contribuyan a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- b) Actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios o de embellecimiento, y las necesarias para atención de sus complicaciones.
- c) Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos y servicios de carácter experimentales, o para las cuales no existe evidencia científica de costo-efectividad o no hayan sido reconocidos por las asociaciones médico-científicas a nivel mundial.
- d) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. En estos casos deberá brindarse terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico cuando el médico lo estime necesario. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
- e) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral, distintos de aquellos necesarios definidos con criterios de evidencia clínica demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
- f) Actividades, procedimientos e intervenciones no mencionadas o incluidas expresamente en el presente acuerdo.
- g) Aquellos que expresamente defina la Comisión de Regulación en Salud en el futuro.

CAPITULO III.

CONDICIONES GENERALES DE COBERTURA.



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



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

Para las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida son de obligatorio

cumplimiento los protocolos de manejo definidos en la normatividad vigente.

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



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

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

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

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

a) Asesoría: Es el apoyo científico que se brinda entre el personal de salud vinculado a la atención de un paciente.

b) Interconsulta: Es el acto mediante el cual cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico u odontólogo tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.

c) Remisión: Es el procedimiento administrativo y asistencial mediante el cual se refiere un paciente o elemento de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud a otro, para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con su nivel de resolución dé respuestas a las necesidades de salud, con la consiguiente transferencia de responsabilidad en el manejo, teniendo en cuenta el diseño, organización y documentación del proceso de referencia definido por la empresa promotora de salud.

d) Contrarreferencia: Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptoras de la referencia, dan a la institución remitora. La respuesta es la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora y el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.



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

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

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

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

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

ARTÍCULO 15. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS, ORTESIS, APARATOS Y ADITAMENTOS ORTOPÉDICOS O PARA ALGUNA FUNCIÓN BIOLÓGICA. <Acuerdo derogado por el artículo [71](#) del Acuerdo 8 de 2009> Se define como elementos de este tipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con el

compromiso de devolverlos en buen estado salvo el deterioro normal; en caso contrario deberá restituirlos en dinero por su valor comercial.

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

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

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

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

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

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

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

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



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



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

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

b) En caso de que la segunda intervención implique un procedimiento diferente al inicial o primario, el mismo debe estar incluido en el Plan Obligatorio de Salud del régimen respectivo de

la misma y se sujeta a la autorización de servicios establecida en la normatividad vigente.

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



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



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



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



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



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



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

CAPITULO IV.

ATENCIÓN DE URGENCIAS.



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



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



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



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

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

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



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

CAPITULO V.

ATENCIÓN AMBULATORIA.

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

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

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

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

CAPITULO VI.

ATENCIÓN DOMICILIARIA.

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

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

PARÁGRAFO. Es deber de la familia del paciente o del cuidador participar activamente en la atención domiciliaria según los programas propuestos por la EPS.

☐ ARTÍCULO 35. COBERTURA DE LA ATENCIÓN DE PACIENTE CRÓNICO-SOMÁTICO. <Acuerdo derogado por el artículo [71](#) del Acuerdo 8 de 2009> El paciente crónico-somático que sufre un proceso incurable, previo concepto médico, podrá ser tratado en forma

integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del grupo familiar o su cuidador.

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



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

CAPITULO VII.

ATENCIÓN CON INTERNACIÓN U HOSPITALIZACIÓN.



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



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

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

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



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

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



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



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

CAPITULO VIII.

SERVICIO DE TRANSPORTE.



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

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

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

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



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



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
ISSN 2256-1633
Última actualización: 28 de febrero de 2018

