

ACUERDO 8 DE 2009

(diciembre 29)

Diario Oficial No. 47.579 de 31 de diciembre de 2009

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD

<NOTA DE VIGENCIA: Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011>

Por el cual se aclaran y 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 [82](#) del Acuerdo 28 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.274 de 5 de diciembre de 2011, 'Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud'
- Modificado por el Acuerdo 25 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.096 de 10 de junio de 2011, 'Por el cual se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado'
- Modificado por el Acuerdo 21 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.026 de 29 de marzo de 2011, 'Por el cual se amplían unas concentraciones de algunos medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud dispuesto por el Acuerdo [008](#) de 2009 de la CRES'
- Modificado por el Acuerdo 17 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.868 de 20 de octubre de 2010, 'Por el cual se aclara el nombre de un medicamento contenido en el Plan Obligatorio de Salud'
- Modificado por el Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010, 'Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo [008](#) de 2009'

LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confieren el numeral 10 <sic 1o.> 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 1o. OBJETO. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 2o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 3o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POS-S. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 4o. ESTRUCTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 5o. ESTRUCTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS-S.

<Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 6o. NOMENCLATURA. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 7o. AMBITO Y CAMPO DE APLICACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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](#) <sic, [15](#)> del presente acuerdo.

Notas de Vigencia

- Referencia corregida por el artículo [2](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.

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 9o. CRITERIOS GENERALES PARA LA DEFINICIÓN, ACTUALIZACIÓN,

MODIFICACIÓN Y PROVISIÓN DEL POS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011>

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](#) <sic, [153](#)> de la Ley 100 de 1993.

Notas de Vigencia

- Referencia corregida por el artículo [3](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.

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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 EL POS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> Para lograr los propósitos de aclaración del presente acuerdo se adopta 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> En cumplimiento de los principios de integralidad y territorialidad descritos en el artículo [50](#) o <sic, [90](#)> 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.

Notas de Vigencia

- Referencia corregida por el artículo [4](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



ARTÍCULO 14. COBERTURA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y MATERIALES.

<Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 parágrafo del Artículo siguiente.



ARTÍCULO 25. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 32. COBERTURA DE LA INTERNACIÓN PARA MANEJO DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 1o. 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 2o. 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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.



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

