

ARTÍCULO 38. MEDICAMENTOS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 1o. 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 2o. Los Medicamentos para Programas Especiales descritos comprendidos en el Plan Nacional Salud Pública, como los antileprosos, 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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, complemente 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 1o. 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 2o. 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 INTERNACION EN UCI Y UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011>

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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> Los eventos y servicios de alto costo incluidos en el POS-C son los siguientes:

1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <sic, es II>

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



ARTÍCULO 54. EXCLUSIONES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones, acorde con lo estipulado en el artículo 000 <sic, [10](#)> , del presente acuerdo:

Notas de Vigencia

- Referencia corregida por el artículo [5](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.

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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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 ginecología 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
dissección de ganglios linfáticos (403-405)

- Histerectomía radical modificada [operación de Wertheim] sod
- Histerectomía radical vaginal [operación de Schauta] sod
- Colectistectomía por laparotomía
- Colectistectomía por minilaparotomía subxifoidea
- Colectistectomía con exploración de vías biliares por coledocotomía
- Colectistectomía 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 anesthesiólogo, 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 Mellitus 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
- Ablación 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 cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades, 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.
- <Ver Notas de Vigencia> La pericardiectomía sod del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.

Notas de Vigencia

- Según lo dispuesto en el artículo [6](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010, la pericardiectomía mencionada en este literal no corresponde al procedimiento de cardiectomía para la obtención de órganos, sino a la obtención del corazón (donante) SOD, identificado en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS con el Código 375200. .

– Las actividades, procedimientos e intervenciones de medicina física y rehabilitación cardiaca para los casos quirúrgicos contemplados.

– Si adicionalmente el paciente requiere estudio electrofisiológico.

No se incluyen en el POS-S los procedimientos de estudio electrofisiológico cardiaco 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 anesthesiólogo, 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 anestesiólogo, 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. <SIC, 62> 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-S cubrirá los servicios necesarios siempre y cuando se traten de casos y eventos o servicios establecidos como POS-S

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



ARTÍCULO 64. <SIC, 63> ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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.

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



ARTÍCULO 65. <SIC, 64> PERÍODOS DE CARENCIA. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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.

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



ARTÍCULO 66. <SIC, 65> PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA COMUNIDADES INDÍGENAS. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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.

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



ARTÍCULO 67. <SIC, 66> BENEFICIOS EN ESQUEMA DE SUBSIDIOS PARCIALES. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

1. <Ver Notas de Vigencia> 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;

Notas de Vigencia

- Numeral aclarado por el artículo [8](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010, así: 'Aclárese que los numerales y los artículos a que hace referencia el artículo [67](#) <sic, [66](#)> que indica la atención integral de Alto Costo, se refieren al alto costo en Régimen Subsidiado mencionado en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h), del numeral 3 del artículo [61](#) del Acuerdo 008 de 2009 y no a la atención integral 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.

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.

CAPITULO II.

EXCLUSIONES DEL POS-S.



ARTÍCULO 68. <SIC, 67> EXCLUSIONES EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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.

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



ARTÍCULO 69. <SIC, 68> LIMITACIÓN DE LA INTERNACIÓN ESPECIAL. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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.

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



ARTÍCULO 70. <SIC, 69> OTRAS LIMITACIONES. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> 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.

Notas de Vigencia

- Artículo renumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.

TITULO V.

OTROS.



ARTÍCULO 71. <SIC, 70> VIGENCIA. <Acuerdo derogado por el artículo [82](#) del Acuerdo 28 de 2011> El presente Acuerdo rige a partir de enero 1o 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.

Notas del Editor

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

Notas de Vigencia

- Artículo reenumerado ante la omisión del artículo 62 en el texto original, por el artículo [7](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.

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.

<TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O. No. 47.579 de 31 de diciembre de 2009; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Notas de Vigencia

- Mediante el artículo 1 del Acuerdo 25 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.096 de 10 de junio de 2011, se incluyen unos medicamentos.
- Mediante el artículo 1 del Acuerdo 21 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.026 de 29 de marzo de 2011, se amplían concentraciones de algunos medicamentos incluidos en este anexo.
- Mediante el artículo 1 del Acuerdo 17 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.868 de 20 de octubre de 2010, se aclara el nombre del principio activo de un medicamento.

ANEXO 2.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS.

<TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O. No. 47.579 de 31 de diciembre de 2009; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

<Tener en cuenta las normas que modifican este anexo al momento de la lectura del texto original>

Notas de Vigencia

- Descripción del Procedimiento bajo el Código 359404 modificado por el artículo [9](#) de la Acuerdo 14 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.678 de 12 de abril de 2010.



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

