

ACUERDO 28 DE 2011

(noviembre 30)

Diario Oficial No. 48.274 de 5 de diciembre de 2011

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD

<NOTA DE VIGENCIA: Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011>

Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.298 de 30 de diciembre de 2011, 'Por el cual se sustituye el Acuerdo [028](#) de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud'

LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confieren el numeral 1 del artículo [70](#) de la Ley 1122 de 2007, y en atención a lo ordenado por el artículo [25](#) de la Ley 1438 de 2011 y la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional,

CONSIDERANDO:

Que la Orden Décimo Séptima de la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional ordena a la Comisión de Regulación en Salud la actualización integral de los planes obligatorios de salud, teniendo en cuenta (i) los cambios en la estructura demográfica, (ii) el perfil epidemiológico nacional, (iii) la tecnología apropiada disponible en el país y (iv) las condiciones financieras del sistema.

Que la Orden Décimo Séptima de la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional establece que en la actualización integral de los planes obligatorios de salud se debe garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

Que el artículo [25](#) de la Ley 1438 de 2011 determinó que el Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos años, atendiendo a los cambios en el perfil epidemiológico, la carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos, el equilibrio y los medicamentos extraordinarios no explícitos en el Plan de Beneficios.

Que de acuerdo con el artículo [25](#) de la Ley 1438 de 2011, las metodologías utilizadas para la definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser explícitas y consultar la opinión, entre otras, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

Que el párrafo del artículo [25](#) de la Ley 1438 de 2011 señaló que la actualización integral del Plan de Beneficios deberá realizarse antes del primero (1o) de diciembre de 2011.

Que el artículo [17](#) de la Ley 1438 de 2011 establece que el Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes.

Que la Comisión de Regulación en Salud aprobó la Metodología para la Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siguiendo los criterios definidos por la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional y la Ley [1438](#) de 2011.

Que en cumplimiento de lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y la Ley [1438](#) de 2011, la Comisión de Regulación en Salud adelantó de manera presencial las etapas de información, capacitación y acompañamiento, donde se socializaron las metodologías y los criterios de priorización de las tecnologías en salud y decidió someter a consulta de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la comunidad médico – científica y de la ciudadanía en general, la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Que además se surtió el proceso de consulta ciudadana virtualmente entre el 15 y el 25 de noviembre de 2011 a través del sitio web, www.cres.gov.co, durante el cual se realizaron 960 comentarios al proceso de actualización integral del Plan Obligatorio de Salud y a las evaluaciones de tecnologías en salud.

Que en Sentencia T-760 de 2008 la Honorable Corte Constitucional ordenó a la Comisión de Regulación en Salud la adopción de un programa y cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Que existe concepto favorable de la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de Salud y Protección Social en el que se señala que de acuerdo con la proyección del recaudo y gasto de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga es posible financiar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud y la igualación de los planes de beneficios para personas afiliadas mediante el esquema de subsidios parciales, con los beneficios consignados en el presente Acuerdo para los afiliados al Régimen Subsidiado.

Que existe concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud y la igualación del mismo para personas afiliadas mediante el esquema de subsidios parciales, con los beneficios consignados en el presente Acuerdo para los afiliados al Régimen Subsidiado.

Que se cuenta con el pronunciamiento de la Oficina Asesora Jurídica de la Unidad Administrativa Especial – Comisión de Regulación en Salud, en el cual se conceptúa que el texto del presente Acuerdo se encuentra ajustado a derecho.

ACUERDA:

TÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 1o. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El presente Acuerdo tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá

ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud a los afiliados. El Plan Obligatorio de Salud se constituye en un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud que cada una de estas entidades garantizará a través de su red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.



ARTÍCULO 2o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.



ARTÍCULO 3o. NOMENCLATURA. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para efectos de facilitar, precisar la operación y cumplir el objeto del presente Acuerdo, se toman como referencia las siguientes clasificaciones y codificaciones, sin que las mismas se constituyan en coberturas dentro del Plan Obligatorio de Salud:

1. Procedimientos: la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. Para los procedimientos no incluidos en esta norma, la Comisión de Regulación en Salud hará la solicitud de clasificación correspondiente a la entidad o instancia competente, sin perjuicio de su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud en el momento que la Comisión lo considere pertinente.

2. Medicamentos: el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud hasta el quinto nivel.

3. Enfermedades o patologías: la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.

4. Dispositivos: la codificación estandarizada de insumos y dispositivos médicos establecida por la Resolución 2981 de 2011 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

PARÁGRAFO. En tanto se expida el acto administrativo que codifique los procedimientos no incluidos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), la Comisión de Regulación en Salud adopta la siguiente clasificación: la letra C seguida de 5 dígitos que corresponden al orden de este listado a partir del 00001 y organizadas alfabéticamente.



ARTÍCULO 4o. GLOSARIO. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para efectos de facilitar, precisar la operación y cumplir el objeto del presente Acuerdo, se toman como referencia las siguientes definiciones, sin que las mismas se constituyan en coberturas dentro del Plan Obligatorio de Salud:

1. Actividad de salud: conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican 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 o discapacidad, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado, que se dividen en prótesis y órtesis.

3. Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.
4. Atención con internación: ingreso a una institución prestadora de servicios de salud para recibir tecnologías en salud con una duración superior a 24 horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria salvo en los casos de urgencia; para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.
5. Atención de urgencias: prestación oportuna de servicios de salud, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras mediante tecnologías en salud, para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional y/o mental, por cualquier causa, y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. Incluye las actividades desarrolladas en la atención prehospitalaria.
6. Atención domiciliaria: atención extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde su domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia.
7. Atención inicial de urgencias: acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y con el objeto de:
- a) Estabilización de sus signos vitales, que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no implica necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento;
 - b) La realización de un diagnóstico de impresión;
 - c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.
8. Comorbilidad: ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona.
9. Complicación: daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
10. Concentración: cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades internacionales (UI, mG, G, entre otras).
11. Consulta médica: valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento, en cualquier fase de la atención, promoción, prevención, curación y/o rehabilitación.
- La consulta puede ser programada o de urgencia y general o especializada.
12. Consulta odontológica: valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral. La valoración comprende anamnesis, examen clínico, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento y tratamiento, en cualquier fase de la atención, promoción, prevención, curación y/o rehabilitación. La consulta puede ser programada o de

urgencia según y general o especializada.

13. Dispositivo médico para uso humano: cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad;
- b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia;
- c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico;
- d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción;
- e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido;
- f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

14. Equipo biomédico: dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituyen equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.

15. Forma farmacéutica: preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, solución inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

16. Intervención en salud: conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

17. Margen terapéutico: intervalo de concentraciones de un fármaco, dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

18. Material de curación: insumos y suministros que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

19. Medicamento: es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

20. Ortesis: Dispositivo aplicado de forma externa usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

21. Principio activo: cualquier compuesto o mezcla de compuesto destinado a proporcionar una

actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades, o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

22. Procedimiento: acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o paliación.

23. Prótesis: dispositivo ortopédico aplicado de forma externa, usado para reemplazo total o en parte de una extremidad ausente o deficiente.

24. Tecnología en salud: concepto amplio que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.



ARTÍCULO 5o. PRINCIPIOS GENERALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.
<Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Los principios generales del Plan Obligatorio de Salud son:

1. Integralidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

2. Territorialidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.

3. Complementariedad. Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera que complementen las acciones individuales o colectivas de otros planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Pertinencia demográfica y epidemiológica. Las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a las tecnologías en salud que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a estructura etaria, morbilidad y carga de enfermedad.

5. Costo-efectividad. Las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a las tecnologías en salud que guarden la relación más segura y efectiva entre los resultados clínicos esperados y los costos.

6. Eficiencia y sostenibilidad financiera. Las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud deben garantizar la óptima relación entre los recursos disponibles y los mejores resultados alcanzables en salud, que sea social y económicamente viable para el país.

7. Participación. Se garantiza la participación de la comunidad médica, los usuarios, los prestadores de servicios de salud, los aseguradores y demás agentes del sistema en la Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud.

8. Transparencia. Los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan

en la construcción, definición, aplicación, seguimiento y evaluación del Plan Obligatorio de Salud, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud conforme a lo previsto en el presente Acuerdo.

9. Competencia. El profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita una persona en las fases de la atención, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la seguridad, eficacia y efectividad de las tecnologías en salud.

10. Corresponsabilidad. El usuario es responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud, incluyendo el autocuidado de su salud, para coadyuvar en los beneficios obtenidos del Plan Obligatorio de Salud. De cualquier manera, no será condicionante del acceso posterior a los servicios, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito.

11. Calidad. La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad, de conformidad con la normatividad vigente.



ARTÍCULO 6o. CRITERIOS PARA LAS EXCLUSIONES. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Los criterios generales para las exclusiones explícitas del Plan Obligatorio de Salud son los siguientes:

1. La tecnología en salud considerada como cosmética, estética, suntuaria o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.

2. La tecnología en salud de carácter experimental o sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo-efectividad, o que no ha sido reconocida por las autoridades nacionales competentes.

3. La tecnología en salud que se utiliza con fines educativos, instruccionales o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.

4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.

5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.

6. Bienes y servicios que no corresponden al ámbito de la salud.

7. Aquellos que expresamente defina la Comisión de Regulación en Salud.



ARTÍCULO 7o. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Las entidades promotoras de salud deberán garantizar a los afiliados el acceso efectivo al derecho a la salud a través de la prestación de las tecnologías en salud incluidas en el presente Acuerdo.



ARTÍCULO 8o. INCLUSIONES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD. <Acuerdo sustituido por

el Acuerdo 29 de 2011> En atención al proceso gradual de unificación del Plan Obligatorio de Salud definido por la normatividad vigente, en especial en la Ley [1393](#) de 2010 y conforme con lo ordenado en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, todas aquellas tecnologías en salud que sean objeto de inclusión en la actualización integral de Plan Obligatorio de Salud tendrán cobertura en sus dos regímenes.



ARTÍCULO 9o. REFERENTES DE INCLUSIÓN. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para efectos del presente Acuerdo el referente de inclusión en el Plan Obligatorio de Salud, no lo causa automáticamente la adopción oficial de las Guías de Práctica Clínica (GPC), ni los protocolos hospitalarios, sino la inclusión explícita o expresa realizada por la Comisión de Regulación en Salud, previa evaluación de cada tecnología en salud que integra las respectivas guías o protocolos.

TÍTULO II.

COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.



ARTÍCULO 10. BENEFICIOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Los beneficios contemplados en este Título se entienden dispuestos para los afiliados al Régimen Contributivo y para los afiliados al Régimen Subsidiado para quienes se haya unificado o se unifique el Plan Obligatorio de Salud.



ARTÍCULO 11. NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para lograr los propósitos de aclaración del presente acuerdo se adopta la definición por niveles de complejidad 1, 2 y 3 de los procedimientos 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.



ARTÍCULO 12. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> De conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) el Plan Obligatorio de Salud cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana adoptadas mediante las Resoluciones 412 de 2000, 3384 de 2000 y 3442 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. Si alguna de las normas o guías referidas en el presente artículo son modificadas de tal forma que se incluyan tecnologías en salud, requieren aprobación expresa de la Comisión de Regulación en Salud para ser incluidas dentro de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.



ARTÍCULO 13. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente Acuerdo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.



— ARTÍCULO 14. ATENCIÓN AMBULATORIA. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud según lo dispuesto en el presente Acuerdo, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente y según las normas de calidad vigentes.

☐ ARTÍCULO 15. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para acceder a los servicios especializados de salud, es indispensable la remisión por medicina general u odontología general conforme al Sistema de Referencia y Contrarreferencia definido por la Entidad Promotora de Salud y por las normas de calidad vigentes. Se exceptúa el acceso a la especialidad de obstetricia, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

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

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

PARÁGRAFO. De conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, las entidades promotoras de salud podrán prestar servicios bajo la modalidad de Telemedicina para facilitar el acceso oportuno a los servicios.

☐ ARTÍCULO 16. SALUD ORAL. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud como están descritas en el presente Acuerdo. Para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante.

PARÁGRAFO 1o. Las obturaciones temporales que el profesional considere necesarias antes de las definitivas es una actividad que forma parte integral del procedimiento de operatoria dental.

PARÁGRAFO 2o. Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del odontólogo tratante, se entiende que estas se encuentran incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

☐ ARTÍCULO 17. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatra y por psicología durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.

☐ ARTÍCULO 18. ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan

Obligatorio de Salud cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, de acuerdo con los límites establecidos en los artículos [17](#) y [24](#).

PARÁGRAFO. Estas coberturas son adicionales a las establecidas en salud mental para la población.



ARTÍCULO 19. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Las entidades promotoras de salud podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas y complementarias, por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, 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 20. ATENCIÓN DE URGENCIAS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, “triage”, según la normatividad vigente.



ARTÍCULO 21. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud 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 Entidad Promotora de Salud en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente Acuerdo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud.



ARTÍCULO 22. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud incluye la atención de urgencias del paciente con trastorno mental, en el servicio de urgencias y en observación. Esta atención cubre las primeras 24 horas, en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad.



ARTÍCULO 23. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas según la normatividad vigente.

PARÁGRAFO 1o. El Plan Obligatorio de Salud reconoce a los afiliados la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

PARÁGRAFO 2o. Para la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante.

PARÁGRAFO 3o. El Plan Obligatorio de Salud cubre la internación en las unidades de cuidados

intensivos, intermedios y de quemados de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.



ARTÍCULO 24. INTERNACIÓN PARA MANEJO DE ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se manejará de preferencia en el programa de “internación parcial”, según la normatividad vigente.

PARÁGRAFO. Los noventa (90) días podrán sumarse en una o más hospitalizaciones por año calendario.



ARTÍCULO 25. ATENCIÓN DOMICILIARIA. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> La atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente.



ARTÍCULO 26. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas todas las atenciones en salud, ambulatorias y de internación, por la especialidad médica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.



ARTÍCULO 27. REINTERVENCIONES. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre las reintervenciones que sean necesarias conforme a la prescripción del profesional tratante en los siguientes casos:

1. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan Obligatorio de Salud.
2. En caso de que la segunda intervención implique un procedimiento igual o diferente al inicial o primario, incluido en el Plan Obligatorio de Salud, sujeta a la autorización de servicios establecida en la normatividad vigente.



ARTÍCULO 28. ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En el Plan Obligatorio de Salud se cubre la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad y la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del médico tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el presente Acuerdo.



ARTÍCULO 29. PRINCIPIOS ACTIVOS Y MEDICAMENTOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Los principios activos y medicamentos señalados en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y deben ser entregados por la Entidad Promotora de Salud.

Los medicamentos de los programas especiales están financiados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 1o. Al paciente le serán suministrados los medicamentos o principios activos (genérico o de marca) establecidos en el Anexo 01, los cuales deben contar con la correspondiente autorización para uso en el país expedida por el Invima, a la fecha de entrada en vigencia del presente Acuerdo. En el caso de medicamentos, le serán suministradas cualquiera de las alternativas del mercado que coincidan con el principio activo, concentración y forma farmacéutica descritas en el Anexo 01. Para los principios activos descritos en el Anexo 01, la concentración y forma farmacéutica que deba ser suministrada al paciente será definida por el profesional de la salud tratante, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca).

PARÁGRAFO 2o. En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el Invima no deberá cambiarse ni el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración y deberá hacerse con monitoreo clínico y paraclínico.

PARÁGRAFO 3o. Se consideran no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud las combinaciones de los principios activos que se describen en el Anexo 01, salvo excepciones expresas contenidas en el presente Acuerdo.

PARÁGRAFO 4o. En los casos en que un principio activo incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud incluya una sal o un éster, el medicamento prescrito deberá mantener el mismo principio activo con la sal o éster descrito en el Plan Obligatorio de Salud.

PARÁGRAFO 5o. Los medicamentos descritos en el Anexo 01 del presente Acuerdo están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo.

PARÁGRAFO 6o. Los principios activos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud deben ser empleados estrictamente en las indicaciones consignadas en el registro sanitario expedido por el Invima a la fecha de entrada en vigencia del presente Acuerdo.



ARTÍCULO 30. MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DE PROGRAMAS ESPECIALES. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Es responsabilidad de las entidades promotoras de salud garantizar el acceso y la administración de los medicamentos y biológicos de Programas Especiales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y financiados con cargo a los recursos de la Nación, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.



ARTÍCULO 31. GARANTÍA DE CONTINUIDAD A LOS MEDICAMENTOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Las entidades promotoras de salud deberán garantizar al paciente ambulatorio de forma continua e ininterrumpida la continuidad del tratamiento iniciado en la modalidad hospitalaria o viceversa, según criterio del profesional tratante y la cobertura del Plan Obligatorio de Salud.



ARTÍCULO 32. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de

2011> Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste, que se encuentren descritos en el Anexo 01 están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y para la práctica de las tecnologías en salud de carácter diagnóstico, contenidas en el presente Acuerdo.



ARTÍCULO 33. TRASPLANTES. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para los trasplantes cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, 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 Entidad Promotora de Salud del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano o tejido a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Tecnologías en salud para preparar al paciente y para la atención o control postrasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los principios activos y medicamentos serán cubiertos conforme con lo dispuesto en el presente título.

Los numerales anteriores están sujetos a que dichas tecnologías en salud estén incluidas en el presente Acuerdo.

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



ARTÍCULO 34. INJERTOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En caso de procedimientos que conlleven la realización o uso de injertos, la cobertura en el Plan Obligatorio de Salud incluye los procedimientos de la toma del tejido de un donante humano, es decir, autoinjertos o aloinjertos. En el caso de injertos heterólogos, el Plan Obligatorio de Salud solamente cubrirá los necesarios para los procedimientos descritos en el presente Acuerdo.



ARTÍCULO 35. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre los productos de banco de sangre listados en el presente Acuerdo.

PARÁGRAFO. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre listadas en el presente Acuerdo, los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.



ARTÍCULO 36. DISPOSITIVOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En desarrollo del principio de integralidad establecido en el artículo 5o del presente Acuerdo, las entidades promotoras de salud deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de curación, y en general los dispositivos médicos y/o quirúrgicos, sin

excepción, necesarios e insustituibles para la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este mismo Acuerdo.



ARTÍCULO 37. PRÓTESIS DENTALES. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales descritas en el Anexo 02 del presente Acuerdo para los afiliados de los regímenes Contributivo y Subsidiado. El odontólogo tratante debe determinar la indicación clínica de la prótesis.

PARÁGRAFO. Para obtener la cobertura descrita en el presente artículo, las personas afiliadas al Régimen Contributivo deben demostrar un ingreso total mensual inferior o igual a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.



ARTÍCULO 38. LENTES EXTERNOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En el Plan Obligatorio de Salud se cubren los lentes correctores externos en las siguientes condiciones:

1. Para los afiliados al Régimen Contributivo, se cubren una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años y una (1) vez cada año en los menores de doce (12) años, 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.

2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, se cubren una vez al año para los menores de veinte (20) años y para los mayores de sesenta (60) años, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la montura hasta por un valor equivalente al diez por ciento (10%) del salario mínimo legal mensual vigente y la adaptación del lente formulado a la montura cuyo valor corre a cargo del usuario.



ARTÍCULO 39. KIT DE GLUCOMETRÍA. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En el Plan Obligatorio de Salud se cubre el kit de glucometría según la indicación del médico tratante, en las siguientes condiciones:

1. Para los pacientes diabéticos tipo I que se encuentren en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 3 tirillas y 1 lanceta diarias.

1. Para los pacientes diabéticos tipo II que se encuentren en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 50 tirillas y 30 lancetas mensuales.



ARTÍCULO 40. KIT DE OSTOMÍA. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud se cubren hasta ciento cuatro (104) kits de ostomía anuales para los pacientes con cáncer de colon y recto, según la indicación del médico tratante.



ARTÍCULO 41. APARATOS ORTOPÉDICOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las prótesis y órtesis ortopédicas y otras estructuras de soporte para caminar, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán muletas, caminadores y bastones, siendo excluidas todas las demás

y en concordancia con las limitaciones explícitas establecidas en el presente Acuerdo.

PARÁGRAFO. Las tecnologías en salud descritas en el presente artículo se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con el compromiso de devolverlas en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario deberán ser restituidas en dinero por su valor comercial.



ARTÍCULO 42. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, 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 cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

PARÁGRAFO. Si a criterio del médico tratante, el paciente puede ser atendido por otro prestador, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del Plan Obligatorio de Salud. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria.



ARTÍCULO 43. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.



ARTÍCULO 44. OTROS PLANES DE BENEFICIOS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas, Planes Voluntarios de Salud y en general con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en salud deberá ser asumida por estos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente.



ARTÍCULO 45. ALTO COSTO. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para efectos de las cuotas moderadoras y copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos en el Plan Obligatorio de Salud corresponden a:

1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de pulmón, 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. Diagnóstico y 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.

PARÁGRAFO. Los afiliados al Régimen Subsidiado para quienes se haya unificado o se unifique el Plan Obligatorio de Salud contarán con los beneficios establecidos en el presente artículo y en el artículo [66](#) del presente Acuerdo.



ARTÍCULO 46. GRAN QUEMADO. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Para efecto del cubrimiento, se entiende como gran quemado, los pacientes con algunas de las siguientes tipos de lesiones:

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



ARTÍCULO 47. COMUNIDADES INDÍGENAS. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> En concordancia con lo ordenado en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, Ley [1450](#) de 2011, todos los indígenas afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán cobertura con los contenidos previstos en el presente Título, incluidos los hogares de paso y las guías bilingües. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.



ARTÍCULO 48. GARANTÍA DE SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA. <Acuerdo sustituido por el Acuerdo 29 de 2011> Las entidades promotoras de salud deben garantizar las tecnologías en salud clasificadas como nivel de complejidad 1, necesarias para la atención de las enfermedades y problemas de salud susceptibles de ser atendidos por médico u odontólogo general y/o personal técnico o auxiliar, en forma ambulatoria u hospitalaria, en el municipio de residencia de los afiliados o en su defecto con la mayor accesibilidad geográfica posible, de manera permanente, mediante el diseño y organización de la red de prestación de servicios, según las normas vigentes.



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

