



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

005521

RESOLUCIÓN NÚMERO DE

()
27 DIC. 2013

Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que por lo establecido en los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad competente para definir y modificar el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Que el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011 estableció que *“El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios. (...)”*.

Que en armonía con el párrafo 2º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, la Corte Constitucional en la Sentencia T- 760 de 2008 indicó que la actualización integral del POS supone su revisión sistemática conforme a (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 el ordinal décimo séptimo de la parte resolutive de la mencionada Sentencia T-760 de 2008, impone a la entidad competente para realizar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, el deber de garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011, ya citado, la metodología utilizada para la definición y actualización del Plan de Obligatorio de Salud, fue publicada el 27 de julio de 2013.

Que la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, tuvo en cuenta la evaluación de tecnologías en salud realizada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y consideró las tecnologías evaluadas en forma grupal de conformidad con la mencionada evaluación.

Que acatando el mandato de la Corte Constitucional, contenido en la sentencia ya citada y en el marco de lo dispuesto en los artículos 1, 2, 49 y 78 de la Constitución Política; los artículos 3, 17 y 32 de la Ley 489 de 1998; los artículos 2 y 153, de la Ley 100 de 1993; el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud contenido en la presente resolución, agotó el mecanismo de participación ciudadana, como quiera que el Ministerio de Salud y Protección Social abrió espacios de discusión y análisis a nivel nacional, presenciales y virtuales con la comunidad médica y científica, las asociaciones de usuarios y pacientes, Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), veedurías ciudadanas, las cuales participaron como asociaciones legalmente constituidas y con la comunidad en general, cuya participación se surtió en forma individual.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Que dicha estrategia de participación ciudadana se ajusta a los mandatos legales y lineamientos jurisprudenciales de ejecución de la política de participación ciudadana, la cual, en el marco de este proceso se concibe como un derecho - deber de carácter dinámico, democrático, pluralista, encaminado a garantizar la intervención directa y efectiva de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, considerados en forma individual, colectiva y de la comunidad médica, para la expresión de sus preferencias, opiniones, recomendaciones frente a la actualización integral del POS.

Que la garantía de la participación ciudadana directa y efectiva durante 2013, comprendió 4 estrategias a saber: I) consulta virtual dirigida a la ciudadanía en general; II) encuentros regionales de manera directa con las Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas, COPACOS y la comunidad médica; III) consensos, encuestas y consultas a expertos de diferentes especialidades médicas y; IV) divulgación del proyecto de acto regulatorio el cual se publicó en el sitio WEB institucional www.minsalud.gov.co, durante el término comprendido entre el 17 y el 24 de diciembre de 2013.

Que como resultado de los procesos de participación y consulta del proyecto de acto administrativo regulatorio, se recibieron aportes que sirvieron de insumo para la actualización integral del POS en los términos contenidos en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.

Que en sesión de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, del 20 de diciembre de 2013, se recomendó al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, contenido en la presente resolución, actualización que se ajusta a la metodología recomendada por la misma Comisión en sesión de 23 de mayo de 2013.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. El presente acto administrativo tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud -POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

ARTÍCULO 2. ESTRUCTURA Y NATURALEZA DEL POS. El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que determina a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-. Se constituye en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud en las condiciones previstas en este acto administrativo.

El POS se articula con otros Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS-; así como con los programas, planes y acciones de otros sectores, que deben garantizar los demás aspectos que inciden en la salud y el bienestar.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Los principios generales para la aplicación del POS 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, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 articulada con las acciones individuales o colectivas de otros Planes de Beneficios o programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sectores distintos al de salud.
4. **Transparencia.** Los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan Obligatorio de Salud, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.
5. **Competencia.** Para la aplicación del POS, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica.
6. **Corresponsabilidad.** El usuario debe ser 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, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios.
7. **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. Sus características son: oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad e integridad, pertinencia, costo-efectividad, respeto por la dignidad humana y el derecho a la intimidad, información, transparencia, consentimiento y satisfacción de los usuarios.

PARÁGRAFO. Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los del Sistema Integral de Seguridad Social –SISS-, y a los contenidos en la Constitución Política y la ley.

ARTÍCULO 4. REFERENTES DE INCLUSIÓN. Las tecnologías en salud que se incluyen en el POS, requieren de un proceso de evaluación de tecnologías –ETES- o de estudio y de la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en Guías de Práctica Clínica –GPC-, Guías de Atención Integral –GAI-, Normas Técnicas y protocolos no implica cobertura en el POS hasta tanto se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión realizada por la autoridad competente.

ARTÍCULO 5. ANEXOS. El presente acto administrativo contiene tres anexos que hacen parte integral del mismo, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 "Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud"; Anexo 02 "Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud", el cual se encuentra descrito en las categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-; Anexo 03 "Listado de Laboratorio Clínico del Plan Obligatorio de Salud", expresado en términos de Subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-.

ARTICULO 6. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS. El Plan Obligatorio de Salud se describe en las Categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-, según corresponda, y se consideran cubiertas todas las subcategorías (procedimientos) que conforman cada una de las categorías descritas en el

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

presente acto administrativo (Anexo 02), salvo aquellas en las cuales se presenten notas aclaratorias de cobertura de la categoría. Lo anterior no restringe o limita que la información se solicite con un mayor detalle según lo determinen las autoridades competentes.

PARÁGRAFO. La cobertura de procedimientos de laboratorio clínico en el Plan Obligatorio de Salud se describe en las subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-. Las subcategorías cubiertas son las que están indicadas en la lista del Anexo 03 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 7. TERMINOLOGÍA. Para efectos de facilitar la operación del presente acto administrativo y conforme a los lineamientos de la interoperabilidad semántica, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud, sin que los mismos se constituyan en coberturas o ampliación de las coberturas dentro del Plan Obligatorio de Salud, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Por consiguiente, para establecer coberturas en el Plan Obligatorio de Salud, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los Anexos 02 y 03 del presente acto administrativo, incluyendo los códigos temporales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según el párrafo de este artículo.

2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos.

3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones o actualizaciones.

PARÁGRAFO. Para los procedimientos no incluidos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, se mantendrá la siguiente codificación: La letra C seguida de 5 dígitos que corresponden al orden de este listado a partir del 00001 y organizadas alfabéticamente.

ARTÍCULO 8. GLOSARIO: Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones, sin que éstas se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan Obligatorio de Salud -POS-:

1. **Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

2. **Aparato ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

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. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

4. Atención con internación: Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

5. Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

6. Atención domiciliaria: Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

7. Atención inicial de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que implica 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, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

- a. La 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 conlleva 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. Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento: Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.

9. 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. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

10. Complicación: Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

11. Concentración: Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).

12. Consulta médica: Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad, general o especializada, según la complejidad.

13. Consulta odontológica: Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis,

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.

14. Consulta psicológica: Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: Anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo de ser necesario la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la determinación de un plan de tratamiento.

15. 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 o esterilización de dispositivos médicos.

16. 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, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.

17. 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, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

18. Hospital Día: Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

19. Interconsulta: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

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

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

22. Material de curación: Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.

23. 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 o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

24. Órtesis: Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

25. Paciente con enfermedad en fase terminal: Es la persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano, como consecuencia de una enfermedad o lesión grave con diagnóstico cierto y sin posibilidad de tratamiento curativo. Tal circunstancia puede presentarse en pacientes de cualquier edad.

26. Principio activo: Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada 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.

27. 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 o paliación.

28. Prótesis: Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

29. Psicoterapia: De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS-, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

30. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

31. Tecnología en salud: Concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y 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.

32. Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso a la población de los servicios de salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

PARÁGRAFO. Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

TÍTULO II

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud.

En caso de atención inicial de urgencias, las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizarla también por fuera de su red, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de este acto administrativo.

ARTÍCULO 10. PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA. El acceso primario a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

ARTÍCULO 11. ADSCRIPCIÓN A UNA IPS. Toda persona después de la afiliación a una EPS deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de la red de prestadores conformada por la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la enfermedad, prevención de riesgos y recuperación de la salud, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas que regulan la Portabilidad Nacional. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la Entidad Promotora de Salud deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

PARÁGRAFO En el momento de la adscripción las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de que la IPS y la EPS puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de las EPS.

ARTÍCULO 12. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD. El POS cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de esta resolución, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el 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, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano que cuente con él.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 13. TELEMEDICINA. Con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el POS incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible, permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad, en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

ARTÍCULO 14. GARANTÍA DE SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA. Para permitir el acceso efectivo a los beneficios en salud incluidos en el POS, las EPS deberán procurar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a, por lo menos, los servicios señalados como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 del presente acto administrativo, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

TÍTULO III

COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

ARTÍCULO 15. BENEFICIOS. Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas.

CAPÍTULO I

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ARTÍCULO 16. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las EPS deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS–, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el POS o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

ARTÍCULO 17. PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

ARTÍCULO 18. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre todas las actividades o tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos.

ARTÍCULO 19. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El POS cubre las acciones y tecnologías para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito.

ARTÍCULO 20. CONDÓN MASCULINO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, VIH/SIDA y planificación familiar, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 21. APLICACIÓN DE VACUNAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos de aplicación de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, así como aquellos descritos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y según las normas técnicas aplicables.

ARTÍCULO 22. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH/SIDA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

CAPÍTULO II

RECUPERACIÓN DE LA SALUD

ARTÍCULO 23. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

ARTÍCULO 24. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, "triage", según la normatividad vigente.

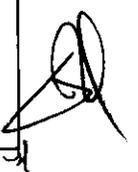
ARTÍCULO 25. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados, aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud. La prestación oportuna es responsabilidad de la IPS a la que el paciente demande el servicio; incluyendo la apropiada remisión, cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

PARÁGRAFO 1. La cobertura de la atención inicial de urgencias se garantizará en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesaria autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras.

PARÁGRAFO 2. 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 acto administrativo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 26. GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS. Cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS no pertenezca a la red de prestadores de la EPS, informará la atención inicial de urgencias de los afiliados dentro de las 24 horas siguientes al ingreso del paciente. Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno de las IPS. La EPS deberá instruir a la IPS conforme a lo definido en la normatividad vigente; en caso de no dar respuesta en ese término, la IPS podrá seguir atendiendo al paciente hasta finalizar el evento de urgencias con cargo a la EPS.

ARTÍCULO 27. ATENCIÓN AMBULATORIA. Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.



Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 28. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

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

PARÁGRAFO 2. Para la realización 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, salvo lo establecido en la cobertura de internación para salud mental.

PARÁGRAFO 3. 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 29. ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

PARÁGRAFO. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes. Por lo tanto, si esto implica la necesidad de enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, su financiación será con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, si el costo es igual o menor a la atención con internación hospitalaria y de conformidad con lo establecido en el artículo 132 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 30. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. En el Plan Obligatorio de Salud para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria.

ARTÍCULO 31. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. Las EPS 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 éstas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS

ARTÍCULO 32. ANALGESIA, ANESTESIA y SEDACIÓN. El Plan Obligatorio de Salud cubre procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 33. COMBINACIONES DE PROCEDIMIENTOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos descritos en el presente acto administrativo cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellos.

PARÁGRAFO 1. El Plan Obligatorio de Salud cubre los medicamentos que se requieran para la realización de un procedimiento, siempre y cuando ambos estén descritos dentro del presente acto administrativo, y aunque dicha combinación no tenga un código específico dentro de la nomenclatura del POS. Si dentro de la combinación se requiere una tecnología no cubierta en el POS la EPS garantizará lo cubierto en el POS según lo definido en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 2. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos, la psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías incluidas en el POS, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio.

ARTÍCULO 34. TRASPLANTES. Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías complementarias necesarias descritas en el presente acto administrativo y la prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células 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, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente título.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

ARTÍCULO 35. INJERTOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos. Se cubren también los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

ARTÍCULO 36. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas que regulan la materia.

PARÁGRAFO. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre listadas en el presente acto administrativo, 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 37. ATENCIÓN EN SALUD ORAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud oral como están descritas en el presente acto administrativo. Para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante.

PARÁGRAFO 1. Las obturaciones temporales que el profesional considere necesarias antes de las definitivas, son actividades que forman parte integral del procedimiento de operatoria dental.

PARÁGRAFO 2. 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, esta se encuentra incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

PARÁGRAFO 3. Para el caso de operatoria dental, el POS cubre los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

ARTÍCULO 38. PRÓTESIS DENTALES. El Plan Obligatorio de Salud cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.

PARÁGRAFO. Para obtener la cobertura descrita en el presente artículo, los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta cobertura se extiende a los beneficiarios debidamente registrados de estos cotizantes. En el Régimen Subsidiado están cubiertas para todos los afiliados.

ARTÍCULO 39. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. En el POS están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 02 que hace parte integral de este acto administrativo, en tanto tengan una finalidad funcional de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

ARTÍCULO 40. REINTERVENCIONES. El Plan Obligatorio de Salud cubre la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme a la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, en las siguientes condiciones:

- a. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan Obligatorio de Salud, y
- b. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

CAPÍTULO IV

MEDICAMENTOS

ARTÍCULO 41. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud.

PARÁGRAFO 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, 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, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

PARÁGRAFO 2. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

ARTÍCULO 42. DENOMINACIÓN. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

PARÁGRAFO. 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 el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

ARTÍCULO 43. INDICACIONES AUTORIZADAS. La cobertura en el Plan Obligatorio de Salud de los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, es para las indicaciones autorizadas por el INVIMA, excepto para aquellos casos en que este anexo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

ARTÍCULO 44. COMBINACIONES DE PRINCIPIOS ACTIVOS. Únicamente se consideran cubiertas por el POS las combinaciones de principios activos que se encuentren explícitamente descritas en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo y que cumplan con los demás criterios como concentración, forma farmacéutica y uso (si es específico).

ARTÍCULO 45. PRESENTACIONES COMERCIALES Y EQUIVALENCIAS. La cobertura de los medicamentos del POS es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras) y no debe confundirse con la misma. En cuanto a concentraciones de jarabes, suspensiones y soluciones (orales, inyectables, entre otras), se consideran cubiertas las concentraciones descritas en el listado de medicamentos del POS y todas aquellas que sean equivalentes a la cantidad de principio activo por mínima unidad de medida (principio activo por cada mililitro), con las descritas en el precitado anexo.

En cuanto a formas farmacéuticas que se comercializan como polvos estériles para reconstituir una solución inyectable, se consideran cubiertos tanto el polvo estéril para reconstituir, como las presentaciones comerciales de solución inyectable ya reconstituida, siempre y cuando coincidan con las condiciones descritas en el artículo 41 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Para efectos de la cobertura de lo señalado en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, en la forma farmacéutica "Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco", entiéndase que incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido.

ARTÍCULO 46. REGISTRO SANITARIO. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la cobertura dentro del Plan Obligatorio de Salud, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 47. ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan las coberturas del POS.

PARÁGRAFO. El Plan Obligatorio de Salud incluye el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como balas, concentrador o recargas, entre otras.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 48. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos en el POS, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante.

PARÁGRAFO. El Plan Obligatorio de Salud cubre todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas prellenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

ARTÍCULO 49. FÓRMULAS MAGISTRALES. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, se consideran cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 50. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos en el POS de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

ARTÍCULO 51. MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES. Es responsabilidad de las EPS garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo y suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

ARTÍCULO 52. RADIOFÁRMACOS. Estos medicamentos se consideran cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear cubiertos en el POS y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos de dicho plan.

ARTÍCULO 53. MEDIOS DE CONTRASTE. La cobertura de medios de contraste corresponde a los descritos explícitamente en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo.

ARTÍCULO 54. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, también están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos incluidos en el citado plan.

ARTÍCULO 55. SOLUCIONES Y DILUYENTES. El Plan Obligatorio de Salud cubre las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento incluido en el POS, en los siguientes casos:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	<i>Perfusión intracardiaca</i>
Conservantes de órganos	<i>Perfusión y lavado de órganos en Trasplantes</i>
Viscoelástica	<i>Oftalmológicos</i>
Líquido embólico	<i>Embolizaciones</i>
Líquidos de gran volumen	<i>Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o lavado (Irrigación) de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Igualmente el POS cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

ARTÍCULO 56. SERVICIOS FARMACÉUTICOS. Las EPS son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación de medicamentos cubiertos en el POS se realice en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad competente para tal fin.

ARTÍCULO 57. SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN. Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

- a. Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.
- b. Medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
- c. La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para las personas menores de 6 meses, hijos de mujeres VIH positivo según posología del médico tratante.

CAPÍTULO V

DISPOSITIVOS MÉDICOS

ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización 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 acto administrativo.

ARTÍCULO 59. LENTES EXTERNOS. En el Plan Obligatorio de Salud se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico en las siguientes condiciones:

1. En Régimen Contributivo: Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años y 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. En Régimen Subsidiado:

- a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se cubren una vez al año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.
- b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría 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.

PARÁGRAFO. No se cubren materiales diferentes a los mencionados previamente, así como tampoco filtros o colores, ni películas especiales.

ARTÍCULO 60. KIT DE GLUCOMETRÍA. 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 100 tirillas y 100 lancetas mensuales.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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

ARTÍCULO 61. KIT DE OSTOMÍA. El Plan Obligatorio de Salud cubre hasta ciento cuatro (104) kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

ARTÍCULO 62. AYUDAS TÉCNICAS. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:

- a. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en el POS.
- b. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- c. Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el POS (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).
- d. Órtesis ortopédicas

Están cubiertas únicamente las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

ARTÍCULO 63: COBERTURA DE STENT CORONARIO. El Plan Obligatorio de Salud cubre tanto el stent coronario convencional o no recubierto para todos los casos según recomendación del médico tratante, como el stent coronario recubierto o medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) y en lesiones largas (mayor a 15 mm).

CAPÍTULO VI

SALUD MENTAL

ARTÍCULO 64. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

ARTÍCULO 65. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente del tipo, etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 66. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 65, la cobertura del POS será así:

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

- 1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
- 2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.
En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 68. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 67 de este acto administrativo, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO VII

ATENCIÓN PALIATIVA

ARTÍCULO 69. ATENCIÓN PALIATIVA. En el Plan Obligatorio de Salud se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el presente acto administrativo.

TÍTULO IV

COBERTURAS PREFERENTES Y DIFERENCIALES AGRUPADAS POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 70. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las EPS deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de 18 años, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo. Igualmente, podrán utilizar estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el POS o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

ARTÍCULO 71. PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados infantes y adolescentes, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

ARTÍCULO 72. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre todas las actividades o tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de 18 años para tales efectos.

ARTÍCULO 73. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El POS cubre las acciones y tecnologías incluidas en el presente acto administrativo para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito.

ARTÍCULO 74. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud contiene las coberturas preferentes y diferenciales descritas en el presente acto administrativo, necesarias para la recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

ARTÍCULO 75. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS, CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS. De conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011, las tecnologías en salud cubiertas en el POS, utilizadas para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, serán totalmente gratuitas para las víctimas. Las EPS deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

CAPÍTULO I

ATENCIÓN A PERSONAS DESDE LA ETAPA PRENATAL A MENORES DE 6 AÑOS

ARTÍCULO 76. ATENCIÓN PRENATAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido.

ARTÍCULO 77. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de favorecer la

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

ARTÍCULO 78. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

ARTÍCULO 79. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 80. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD NEONATAL. El recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan Obligatorio de Salud, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente.

ARTÍCULO 81. ATENCIÓN A HIJOS DE MADRES VIH POSITIVAS. Los hijos de madres VIH positivas tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 82. COMPLEMENTOS NUTRICIONALES. El Plan Obligatorio de Salud cubre en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS para menores entre (6) y veinticuatro (24) meses, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

ARTÍCULO 83. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de las Entidades Promotoras de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 84. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACION DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud vigente, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 85. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 86. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 87. COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR. En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación postimplante, para las personas menores de tres (3) años, con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral.

ARTÍCULO 88. COBERTURA DE LENTES EXTERNOS Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado se cubre además la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 89. ATENCIÓN EN CÁNCER. Para la atención del cáncer, las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. Incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 90. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas menores de 6 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se 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 psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 92. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total, por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 93. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios de anorexia y bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO II

ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS

ARTÍCULO 94. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años, de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

ARTÍCULO 95. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

inmunoprevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

ARTÍCULO 96. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 97. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 98. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, 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.

ARTÍCULO 99. ATENCIÓN DEL EMBARAZO. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de 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.

Así mismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde a las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, 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 de servicios especializados en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 100. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON VIH POSITIVO. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de los pacientes de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 101. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 102. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. Las personas de 6 años a menores de 14 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 103. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada año para las personas de 12 años o menos y una vez cada cinco años para mayores de 12 años.

- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 104. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas de 6 años a menores de 14 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 105. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 106. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente, se 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 psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 107. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 del presente acto administrativo, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 108. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 de esta resolución, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO III

ATENCIÓN PARA PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS

ARTÍCULO 109. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

ARTÍCULO 110. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, embarazo adolescente y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

ARTÍCULO 111. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 112. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 113. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, y requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, 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.

ARTÍCULO 114. ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de 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.

Así mismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, 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 de servicios especializados en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 115. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON VIH POSITIVO. El Plan Obligatorio de Salud cubre, la atención de los pacientes de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 116. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 117. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. Las personas de 14 años a menores de 18 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 118. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 119. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas de 14 años a menores de 18 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de adolescentes con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 120. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 121. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se 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 psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 122. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS será así:

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 123. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

TÍTULO V

TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES

ARTÍCULO 124. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
- 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. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

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.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

ARTÍCULO 125. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una 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 para zona especial por dispersión geográfica.

PARÁGRAFO. Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

TÍTULO VI

EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

ARTÍCULO 126. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, entiéndase para efectos del cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo.

A. ALTO COSTO REGIMEN CONTRIBUTIVO:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y 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 paciente 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.

B. ALTO COSTO RÉGIMEN SUBSIDIADO:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.
9. Reemplazos articulares.
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
12. Manejo del trauma mayor.

ARTÍCULO 127. GRAN QUEMADO. Para efectos del presente título, se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2º y 3º grado en más del 20% de la 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 128. TRAUMA MAYOR. Para efectos del presente título, se entiende por trauma mayor, el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

TÍTULO VII

EXCLUSIONES DE COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

ARTÍCULO 129. EXCLUSIONES GENERALES. Las exclusiones generales del Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

1. Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.
2. Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos 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 o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS. Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC- y son las siguientes:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética, o suntuaria.
2. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
3. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
4. Tratamientos para la infertilidad.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte, corsés 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 o colores y películas especiales.
7. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
8. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
9. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
10. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia

005521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.

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

12. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

13. Tratamiento con psicoanálisis.

14. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.

16. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en el presente acto administrativo.

17. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.

18. Pañales para niños y adultos.

19. Toallas higiénicas.

20. Artículos cosméticos.

21. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.

22. Líquidos para lentes de contacto.

23. Tratamientos capilares.

24. Champús de cualquier tipo.

25. Jabones.

26. Cremas hidratantes o humectantes.

27. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.

28. Medicamentos para la memoria.

29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.

30. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el presente acto administrativo.

31. Enjuagues bucales y cremas dentales.

32. Cepillo y seda dental.

33. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.

34. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.

35. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.

36. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.

37. La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

38. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

39. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.

40. Atenciones de balneoterapia.

41. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).

42. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

43. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
44. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

PARÁGRAFO. Todo lo relacionado con la financiación y prestación de servicios contenidos en el presente artículo no son financiados con cargo a la UPC.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 131. COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS. La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá cobertura con los contenidos previstos en el presente acto administrativo, incluyendo los hogares de paso y guías bilingües. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, éste será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

ARTÍCULO 132. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL POS. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.

ARTÍCULO 133. COBERTURA DE SERVICIOS POS ORDENADOS POR FUERA DE LA RED. Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el POS prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la EPS, esta entidad podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de su red para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la cobertura sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

ARTÍCULO 134. CONCURRENCIA DE OTROS PLANES DE BENEFICIOS. 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 y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en salud deberá ser asumida por éstos, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente.

ARTÍCULO 135. TECNOLOGIAS EN SALUD OBSOLETAS. Los procedimientos considerados obsoletos en el proceso de actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de 2013, se publicarán en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los medicamentos el Ministerio de Salud y Protección Social publicará en su página web, los considerados potencialmente obsoletos con el propósito de que los actores y agentes del sistema se informen y pronuncien sobre el contenido publicado. En todo caso, la publicación de obsolescencia, no implica su supresión de la cobertura contenida en el POS, hasta tanto sean suprimidos del acto administrativo que corresponda. Los actores y agentes del sistema podrán remitir sus observaciones solamente dentro del plazo que defina la publicación y deberán estar dirigidas a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. En todo caso, el plazo definido en la publicación no podrá ser inferior a 15 días.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

TÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 136. DEBER DE INFORMACIÓN. Para efectos de monitoreo, actualización del Plan Obligatorio de Salud, análisis o cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud requiera.

Para el caso específico de medicamentos la información podrá ser solicitada incluyendo el Código Único de Medicamentos -CUM-, de conformidad con la normatividad vigente.

ARTÍCULO 137. VIGENCIA Y DEROGATORIA. El presente acto administrativo rige a partir del 1° de enero de 2014, deroga los artículos 16 y 117 de la Resolución 5261 de 1994, y en su integridad los Acuerdo 029 de 2011, 031 y 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los **27 DIC. 2013**


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

