

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**  
**ACUERDO NUMERO 008 DE 1994**

Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ACUERDA**

**Artículo 1o.** Aprobar el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados al Régimen Contributivo, el cual se define en los siguientes términos :

Plan Obligatorio de Salud -POS- Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Régimen Contributivo, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud a todos sus afiliados.

**Artículo 2o.** Para efectos del presente acuerdo se tienen en cuenta las siguientes definiciones:

1. Actividad es la utilización de un recurso particular, bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
2. Procedimiento: Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
3. Intervención: Es la selección de un conjunto de actividades y procedimientos, a cordes con un diagnóstico dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
4. Guía de atención integral: Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el

diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. En ella se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por los afiliados al mismo.

5. Promoción y fomento de la salud: son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores, protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas.

6. Prevención de la enfermedad: Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente, determinan la aparición de la enfermedad.

7. Prevención primaria: Actividades dirigidas al individuo que buscan reducir el riesgo de un evento de enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia.

8. Prevención secundaria: Actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad o a reducir su duración.

9. Prevención terciaria: Actividades que van orientadas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables.

10. Diagnóstico: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad.

11. Tratamiento: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que altera el normal funcionamiento individual, familiar, laboral y social del paciente.

12. Rehabilitación: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.

13. Atención ambulatoria: Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza sin necesidad de internar al paciente por un período mayor de 24 horas.

14. Atención por internación : Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza con estadía del paciente en un centro de atención de salud por un período superior a veinticuatro (24) horas.

15. Períodos mínimos de cotización: Es el tiempo transcurrido entre el momento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el inicio de la atención para ciertas enfermedades de alto costo en su manejo.

16. Copago: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte de su valor definido con base en las tarifas para el sector público, y cuya finalidad es contribuir a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

17. Cuota moderadora: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, en el que su intensidad de uso está relacionada en gran parte con su decisión voluntaria, equivalente a una parte de su valor total, definido con base en las tarifas del sector público y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio, promover en el paciente el seguimiento de las actividades, intervenciones y procedimientos descritos en las guías de atención que lo conduzcan a mantenerse en condiciones saludables, a recuperar efectivamente su salud y a disminuir o minimizar sus consecuencias.

**Artículo 3o.** Aprobar el enfoque de integralidad del Plan Obligatorio de Salud, mediante el cual se brindan educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica, en los diferentes niveles de complejidad.

**Artículo 4o.** Aprobar la aplicación del Plan Obligatorio de Salud sujeto a las condiciones financieras del Sistema y a la economía del país para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos.

**Artículo 5o.** Aprobar como criterio fundamental para inclusión de actividades, intervenciones o procedimientos dentro del Plan Obligatorio, la mayor efectividad en la utilización de los recursos, mayor eficacia en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía.

**Artículo 6o.** Adoptar como principio guía de orientación del Plan Obligatorio de Salud, la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad.

**Artículo 7o.** Aprobar las exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios, y aquellos que expresamente defina el Consejo en el futuro, más los que se describen a continuación.

- a) Cirugía estética o con fines de embellecimiento.
- b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- c) Tratamiento para la infertilidad.
- d) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- f) Medidas elásticas de soporte, corsés, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos, lentes y lentes de contacto.
- g) Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- h) Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.  
Transplante de órganos . No se excluyen aquellos de reconocida eficacia, como son el transplante renal , de médula ósea, de corazón y de córnea, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías de Atención Integral.
- j) Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez hecho el diagnóstico.
- k) Tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.
- l) Tratamiento de várices con fines estéticos
- m) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de

recuperación. podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.

- n) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
- ñ) Actividades, intervenciones y procedimientos, no autorizados expresamente en el respectivo manual.

**Artículo 8o.** Adoptar el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos para dar cumplimiento a la provisión de servicios del Plan Obligatorio de Salud por niveles de complejidad.

**Artículo 9o.** Aprobar la realización de Guías de Manejo Integral por el Ministerio de Salud, comenzando por el tratamiento de enfermedades catastróficas oruinosas, y para aquellas enfermedades mas prevalentes y de mayor costoefectividad en su manejo.

**Artículo 10o.** Aprobar como indispensable y de tránsito obligatorio para poder acceder al Sistema la consulta por medicina general y/o paramédica. La remisión es absolutamente necesaria para poder tener acceso a un nivel de atención diferente al nivel básico. La atención de urgencias se exceptúa.

**Artículo 11o.** Aprobar como mínimo la vigencia de un año para mantener el compromiso de la EPS con el afiliado en términos de prestación del POS, así como lo pactado para el monto de copagos, cuotas moderadoras y períodos mínimos de cotización.

**Artículo 12o.** Aprobar los niveles de complejidad planteados en los manuales que acompañan este cuadro y que orientan la prestación del Plan Obligatorio de Salud.

**Artículo 13o.** Aprobar el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica, los cuales están definidos en el Manual de Medicamentos Esenciales y Terapéutica.

**Artículo 14o.** Adoptar cuatro semanas como el tiempo mínimo que una persona que se afilie al Sistema debe esperar antes de recibir los servicios contemplados en el POS, excepto la atención de urgencias.

**Artículo 15o.** Aprobar la atención en salud para el cotizante y su familia, por cuatro (4) semanas contadas a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado como mínimo los seis (6) meses anteriores a la desvinculación a la misma EPS.

**Artículo 16o.** Aprobar como decuatro (4) semanas el período durante el cual el cotizante y su familia pueden continuar recibiendo la atención del POS. Cuando el usuario lleve mas de cinco (5) años afiliado a la misma EPS, tendrá derecho un período de protección laboral de hasta tres (3) mese.

Durante el período de protección laboral, el cotizante y su familia, podrán disfrutar de la atención de aquellas enfermedades que venían siendo tratadas y en cualquier caso, de la atención derivada de urgencias. En todo caso, la atención solo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral.

**Artículo 17o.** Adoptar doce (12) semanas como el tiempo mínimo requerido de cotización antes de tener derecho a las prestaciones económicas por licencia de maternidad.

**Artículo 18o.** Aprobar los siguientes criterios para la definición de períodos mínimos de cotización:

Grupo 1: Máximo cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas, del Nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.

Grupo 2: Máximo cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, como del grupo ocho (8) o superiores.

**Parágrafo:** Cuando se suspende la cotización al sistemas por seis (6) o mas meses continuos, se pierde el derecho a la antigüedad acumulada para efectos de lo contenido en este acuerdo.

**Artículo 19o.** Aprobar el cobro de copagos y cuotas moderadoras con las siguientes consideraciones :

- a) Los copagos y las cuotas moderadoras serán dineros de libre disposición por parte de la EPS.
- b) El valor a cobrar, por cuotas moderadoras, podrá disminuirse hasta un cincuenta (50%) de su valor inicial , siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos :

- Lealtad y antigüedad en una Entidad Promotora de Salud, definida como años de afiliación continua a la misma EPS.
  - Cumplimiento de las recomendaciones y promedios de utilización de los servicios definidos en las guías de atención integral para el POS, pudiéndose reducir en la forma que establezca la respectiva EPS, contados a partir del primer año de afiliación continua a la misma entidad.
- c) El monto de los copagos y las cuotas moderadoras se determinará de acuerdo con el estrato socioeconómico al que pertenezca el afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, para lo cual se empleará la estratificación usada por las Empresas de Servicios Públicos, o algún otro de los métodos que se tengan definidos para la focalización de subsidios del Régimen Subsidiado.
- d) En ningún caso podrá existir el cobro simultáneo de copagos y cuotas moderadoras.
- e) Las cuotas moderadoras tendrán como base la tarifa máxima definida para el sector oficial, y se cobrarán así:

- Consulta médica general y de otros profesionales de la salud: el pago máximo porcentual por estrato socioeconómico sobre el valor de la consulta será:

Estratos 1, 2 y 3:      10%  
Estratos 4, 5 y 6:      20%

- Consulta médica especializada: el pago máximo porcentual por estrato socioeconómico sobre el valor de la consulta será :

Estratos 1, 2 y 3:      10%  
Estratos 4, 5 y 6:      20%

- Formulación de medicamentos ambulatorios : el pago máximo por estrato socioeconómico sobre la base del precio máximo de venta al público será:

Estratos 1, 2 y 3:      10%, aplicable sobre el valor total de la fórmula sin que éste sobrepase el 20% de un salario mínimo legal mensual vigente.  
Estratos 4, 5 y 6:      20%, aplicable sobre el valor máximo total de la fórmula sin que este sobrepase el 30% de un salario mínimo legal mensual vigente.

f) Los copagos quedarán establecidos de la siguiente manera, tomando como base las tarifas del sector oficial, as:

1) Diagnóstico por laboratorio clínico. rayos x, imagenología y otros diagnósticos: el pago máximo porcentual por estrato socioeconómico será :

Estratos 1, 2 y 3: 10%, aplicable sobre el valor máximo total de la actividad-procedimiento sin que este sobrepase un salario mínimo legal mensual vigente.

Estratos 4, 5 y 6: 20%, aplicable sobre el valor máximo total de la actividad procedimiento sin que este sobrepase tres (3) salarios mínimos legales giventes.

2) Actividades y procedimientos en odontología: el pago máximo porcentual por estrato socioeconómico será :

Estratos 1, 2 y 3: 10%, aplicable sobre el valor máximo total de la actividad-procedimiento sin que este sobrepase el 30% de un salario mínimo legal mensual vigente.

Estratos 4, 5 y 6: 20% aplicable sobre el valor máximo total de la actividad-procedimiento sin que este sobrepase al 40% de un salario mínimo legal mensual vigente.

3) Actividades y procedimientos médico quirúrgicos ambulatorios y con internación. El pago máximo porcentual por estrato socioeconómico será:

Estratos 1, 2 y 3: 10% del valor de la actividad-procedimiento, cuyo valor tope no excederá los dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Estratos 4, 5 y 6: 20% del valor de la actividad-procedimiento, cuyo valor tope no excederá los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**Artículo 20o.** Aprobar como tratamientos de alto costo los siguientes, los cuales quedarán clasificados como catastróficos o ruinosos dentro del Plan Obligatorio de Salud, y para lo cual deberá establecerse un mecanismo de aseguramiento por parte de la EPS.

- a) Tratamiento con quimioterapia o radioterapia para cáncer
- b) transplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica.

- c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones
- d) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor.
- e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos.
  
- f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- g) Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- h) Reemplazos articulares.

**Artículo 21.** Vigencia. Este acuerdo rige a partir de la publicación del decreto que expida el Gobierno Nacional acogiendo las disposiciones de este acuerdo.

Dado en Santafé de Bogotá, el 6 de julio de 1994.

**JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA**  
Presidente

**BEATRIZ LONDOÑO SOTO**  
Secretaria