

CONSIDERANDO:

Que de conformidad entre otros, con los artículos 2°, 44, 46, 48 y 49 de la Constitución Política, en consonancia con el artículo 2° de la Ley 1438 de 2011, corresponde al Estado garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a todos los residentes en el territorio colombiano;

Que de acuerdo con el artículo 2° del Decreto-ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2° del Decreto número 2562 de 2012, a este Ministerio le corresponde modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y definir y revisar como mínimo una vez al año el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de dicho plan, a cuyo cumplimiento estricto instó la Corte Constitucional en la orden décimo octava de la Sentencia T-760 de 2008.;

Que el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, contempla el deber del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud, mediante la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que como tal, incluya su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas, presupuestos bajo los cuales se estructura la modificación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el presente acto administrativo y cuya consolidación de la concepción de integralidad a que allí se alude, se complementará con la regulación que en el marco del procedimiento técnico científico, defina las exclusiones, en pro de garantizar el mandato contenido en el precitado artículo;

Que conforme con lo expuesto, se hace necesario modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), actualizado integralmente mediante la Resolución número 5592 de 2015;

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TÍTULO I

GENERALIDADES

Artículo 1°. *Objeto y ámbito de aplicación.* La presente resolución tiene como objeto modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a todos los actores y agentes que intervienen en el SGSSS.

Artículo 2°. *Estructura y naturaleza del Plan de Beneficios en Salud.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es el conjunto de servicios y tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución.

Artículo 3°. *Principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son:

1. **Integralidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 con la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.
2. **Territorialidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.
3. **Complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas o con programas del SGSSS, financiados con otras fuentes de financiación, así como de sectores distintos al de la salud.
4. **Transparencia.** Los agentes y actores del SGSSS que participen en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben actuar de manera íntegra y ética, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del citado plan, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.
5. **Competencia.** Para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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 autonomía profesional con autorregulación y soportado 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. La corresponsabilidad implica su autocuidado, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para coadyuvar en los resultados obtenidos con la aplicación del mismo.

De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios de salud.

7. **Calidad.** La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados al SGSSS se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente, relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y demás

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 006408 DE 2016

(diciembre 26)

por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

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 2° del Decreto-ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2° del Decreto número 2562 de 2012, y

normas relacionadas. La provisión de estas tecnologías en salud se debe prestar en servicios habilitados por la autoridad competente, cumpliendo con los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción del usuario, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

8. Universalidad Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

Parágrafo. Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), para el SGSSS 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, requieren de procesos como Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), análisis de grupos terapéuticos o del mercado, análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) adoptadas por este Ministerio, otros análisis y la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en GPC, Guías de Atención Integral (GAI), Normas Técnicas y protocolos no implica cobertura en este plan de beneficios, hasta tanto se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión explícita realizada por la autoridad competente.

Artículo 5°. *Anexos.* La presente resolución contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 “*Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*”; Anexo 2 “*Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*” y Anexo 3 “*Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*”.

Artículo 6°. *Descripción de la cobertura de los servicios y procedimientos.* La cobertura de procedimientos y servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se describe en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y se consideran cubiertas todas las tecnologías en salud (servicios y procedimientos) descritas en el articulado y los Anexos 2 y 3 del presente acto administrativo. Se consideran cubiertas todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías descritas en el Anexo 2 “*Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*” del presente acto administrativo, salvo aquellas referidas como no cubiertas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud.

Parágrafo. La cobertura del “*Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*”, se describe en subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). Las subcategorías cubiertas son las que están indicadas en el Anexo 3 que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 7°. *Terminología.* Para efectos de facilitar la aplicación del presente acto administrativo y conforme con los lineamientos de la interoperabilidad y estandarización de datos, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar los servicios y tecnologías en salud, sin que estos se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Para establecer las coberturas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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 del presente acto administrativo y sus anexos que hacen parte integral de esta resolución.

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 y actualizaciones.

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 estas se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

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 discapacidad 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.

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. **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.

8. **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.

9. **Combinación de Dosis Fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.

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 los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

13. **Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

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 en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

15. **Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

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

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

17. **Enantiómero:** Los enantiómeros son un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan “S” o “R” y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan “dextro” (d) si es hacia la derecha o “levo” (l) si es hacia la izquierda.

18. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.

19. **Enfermo en fase terminal:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

20. **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 solo uso.

21. **Esteroisómero:** Es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.

22. **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.

23. **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.

24. **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.

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

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

27. **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.

28. **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, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

29. **Medicinas y terapias alternativas:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.

30. **Mezcla Racémica:** Es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple.

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

32. **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.

33. **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.

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

35. **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.

36. **Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

36.1. **La referencia** es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

36.2. **La contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión 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.

37. **Subgrupo de referencia:** Son agrupaciones de medicamentos que se realizan teniendo en cuenta características específicas como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico y terapéutico o similitud de características como indicaciones o patología. Las agrupaciones en ningún momento

pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica, son la expresión de cobertura de un plan implícito.

En cuanto a subgrupos de referencia, el plan de beneficios podrá definir un Valor Máximo de Reconocimiento para el Cálculo de la Prima por Subgrupo o expresar únicamente la cobertura para el subgrupo de referencia sin establecer dicho valor.

38. **Tecnología en salud:** 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.

39. **Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, 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 de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

40. **Valor Máximo de Reconocimiento (VMR):** Es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed); dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos.

El Valor Máximo de Reconocimiento no se constituye en una regulación o fijación de precios del mercado, ni en un valor de facturación o tarifa única, por tanto no debe utilizarse como reconocimiento de valores de tratamientos entre actores.

Parágrafo. Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el SGSSS.

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 (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del servicio, a través de su red de prestadores de servicios de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 de este acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizarla en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas para tal fin en el territorio nacional.

Artículo 10. *Puerta de entrada al sistema.* El acceso primario a los servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se hará en forma directa a través de urgencias o por consulta médica u odontológica general. Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de pediatría, obstetricia o medicina familiar según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita.

Artículo 11. *Adscripción a una IPS.* Toda persona después de la afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS) o a la entidad que haga sus veces, deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las IPS de la red de prestadores conformada por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o la entidad que haga sus veces, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas que regulan la Portabilidad Nacional, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS). El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán 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 las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que en este último caso, hagan sus veces, 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 Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces.

Artículo 12. *Acceso a servicios especializados de salud.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 este acto administrativo, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera 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 o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible y 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios señalados en el artículo 10 del presente acto administrativo, como puerta de entrada al SGSSS, 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 DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

Artículo 15. *Beneficios.* Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

CAPÍTULO I

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Artículo 16. *Cobertura de promoción y prevención.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 18. *Protección específica y detección temprana.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre todas las 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 de toda edad y género para tales efectos, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 19. *Prevención de la enfermedad.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 20. *Condón masculino.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) y planificación familiar. Su cobertura está sujeta a prescripción en consulta de planificación familiar o consejería, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

Artículo 21. *Aplicación de vacunas.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la 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 (EPS) o las entidades que hagan sus veces 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.

CAPÍTULO II

Recuperación de la salud

Artículo 22. *Acciones para la recuperación de la salud.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 23. *Atención de urgencias.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 24. *Atención ambulatoria.* Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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.

Artículo 25. *Atención con internación.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en salud con internación cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

Parágrafo 1°. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización (UPC) cubre 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 este plan de beneficios no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al período de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante. La cobertura de internación en salud mental corresponde a lo señalado en el capítulo y artículos que la describen en el presente acto administrativo.

Parágrafo 3°. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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.

Parágrafo 4°. No se cubre con cargo a la UPC 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 salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, responsable del receptor.

Artículo 26. *Atención domiciliaria.* La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud.

Parágrafo. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, 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.

Artículo 27. *Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio.* En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 28. *Medicina y terapias alternativas y complementarias.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

CAPÍTULO III

Procedimientos

Artículo 29. *Analgesia, anestesia y sedación.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

Artículo 30. *Combinaciones de tecnologías en salud.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud del presente acto administrativo cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

Parágrafo. Si dentro de la combinación de tecnologías en salud se requiere una tecnología en salud sin cobertura en este plan de beneficios, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garantizarán con cargo a la UPC lo cubierto según lo definido en el presente acto administrativo.

Artículo 31. *Trasplantes.* Para la realización de los trasplantes cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC la cobertura incluye las tecnologías en salud complementarias, necesarias y descritas en el presente acto administrativo. 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 (EPS) o la entidad que haga sus veces, responsable 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 pos trasplante.

6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.

7. Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1°. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos, con cargo a la UPC.

Parágrafo 2°. No se cubre con cargo a la UPC trasplante de órganos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

Artículo 32. *Injertos*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos. La cobertura también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

Artículo 33. *Suministro de sangre total o de productos hemoderivados*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo, 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, las instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS- y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quienes hagan sus veces, no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.

Artículo 34. *Atención en salud oral*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud oral descritas en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1°. Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, esta se encuentra incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Parágrafo 2°. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

Artículo 35. *Prótesis dentales*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.

Parágrafo. Para obtener la cobertura con cargo a la UPC, los cotizantes y sus beneficiarios afiliados al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. En el Régimen Subsidiado la cobertura es para todos los afiliados.

Artículo 36. *Tratamientos reconstructivos*. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, 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 37. *Reintervenciones*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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:

1. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, y

2. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

CAPÍTULO IV

Medicamentos

Artículo 38. *Cobertura de medicamentos*. La cobertura de un medicamento en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 1 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 1, al igual que otros que también se consideren con cargo a la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 134 de la presente resolución, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces. Para efectos de facilitar la aplicación de este acto administrativo y a título de ejemplo se presenta en el artículo 42 del presente acto administrativo la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y

forma de liberación del principio activo, para que sean tenidas en cuenta en las coberturas definidas en el listado de medicamentos incluidos y cubiertos por la UPC, a que refiere el Anexo 1 que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 1°. Los medicamentos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo se consideran cubiertos con la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en este acto administrativo.

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran cubiertos por la UPC siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen.

Si el estereoisómero hace parte de un subgrupo de referencia cubierto, el valor máximo de reconocimiento para cálculo en la prima será el establecido para el principio activo del cual se extrae.

Parágrafo 2°. Entiéndase por Valor Máximo de Reconocimiento para cálculo de la prima por subgrupo el descrito en el numeral 40 del artículo 8° del presente acto administrativo.

Parágrafo 3°. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado de medicamentos con cargo a la UPC, de que trata el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

Artículo 39. *Prescripción*. 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 40. *Indicaciones autorizadas*. La cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de los medicamentos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral de esta resolución, es para las indicaciones autorizadas por el Invima, excepto para aquellos casos en que el listado normativo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

Parágrafo 1°. Cuando en la columna de aclaración del Anexo 1 del “Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, no se indique un uso específico, se consideran cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC todas las indicaciones autorizadas por el Invima en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

Parágrafo 2°. Las indicaciones aprobadas por el Invima para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por la Unidad de Pago por Capitación para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Artículo 41. *Combinaciones de Dosis Fijas (CDF)*. Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC considera cubiertos los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas de la siguiente forma:

1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren descritos en el listado de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica, y

2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos si se utilizara como mono fármaco por separado. Si alguno de los principios activos que hacen parte de la CDF se encuentra en un grupo de cobertura, será el valor máximo de reconocimiento definido para dicho grupo el que se deba aplicar para ese principio activo que compone la combinación.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo. Será el médico tratante quien en su autonomía profesional evalúe la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en hacer uso de estas CDF frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.

Artículo 42. *Presentaciones comerciales y equivalencias*. La cobertura de los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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. Para efectos de facilitar la aplicación de este acto administrativo y a título de ejemplo se presenta la siguiente de clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, para que sean tenidas en cuenta en las coberturas definidas en el listado de medicamentos incluidos y cubiertos por la UPC:

EJEMPLOS DE CLASIFICACIÓN FORMAS FARMACÉUTICAS SEGÚN VÍA DE ADMINISTRACIÓN, ESTADO Y FORMA DE LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO.					
			ESTADO		
VÍA DE ADMINISTRACIÓN	LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO	SÓLIDO	LÍQUIDO	SEMISÓLIDO	GAS
ORAL	CONVENCIONAL	Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco (tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta con película, gragea, Comprimido), Cápsulas (Duras y blandas), polvos, granulados, glóbulos.	Solución (o polvo para reconstituir a solución), Suspensión (o polvo para reconstituir a suspensión), Emulsión, Jarabe, Elíxir, Solución/Suspensión para inhalación, solución/suspensión para nebulización.	Gel.	Líquido. gas, aerosol, o polvo de administración nasal o bucal con Dispositivo Mecánico para nebulizar el Medicamento
	MODIFICADA	Tableta o cápsula de liberación retardada, Tableta o Cápsula de liberación prolongada (sostenida), gragea entérica, gránulos gastroresistentes, granulados, pellets, Tableta o Cápsula de liberación ultrarrápida, bomba osmótica, Sistemas de liberación pulsátil o secuencial, comprimidos matriciales.			
	OTRA	Tabletas orodispersables, tabletas efervescentes, tabletas masticables, tabletas dispersables, polvo efervescente, granulado efervescente, láminas dispersables, tableta sublingual.			
TÓPICA	CONVENCIONAL	Polvo.	Solución, Loción, Emulsión, cremas, Linimento.	Jalea, crema, gel, Pomadas, pasta, ungüento.	
PARENTERAL: Incluye vía intravascular (intravenosa, intraarterial) o vía extravascular (intradérmica, subcutánea, intramuscular, intratecal, epidural, intraperitoneal)	CONVENCIONAL	Polvo estéril para inyección, polvo liofilizado para reconstitución a solución inyectable	Solución inyectable, suspensión inyectable, emulsión inyectable, solución para infusión, solución para perfusión, inyectable, solución inyectable en cárpula, concentrado para infusión, suspensión inyectable.		
	MODIFICADA		Solución liposomal o suspensión Liposomal		
RECTAL (USO PROCTOLÓGICO)	CONVENCIONAL	Supositorio.	Solución, enema.		
NASAL O RESPIRATORIA (Incluye instilación endotraqueopulmonar)	CONVENCIONAL		Solución/Suspensión para inhalación, solución/suspensión para nebulización, gotas, solución/suspensión para instilación.		Gas, aerosol, o polvo de administración nasal o bucal con Dispositivo Mecánico para nebulizar el Medicamento
OFTÁLMICA	CONVENCIONAL		Colirio, emulsiones, solución, suspensión, gotas	Pomada, gel, ungüento.	
ÓTICA	CONVENCIONAL		Solución ótica, suspensión ótica.		
TRANSDÉRMICA (PERCUTÁNEA)	MODIFICADA	Parche, Implante			
IRRIGACIÓN	CONVENCIONAL		Solución		
VAGINAL	CONVENCIONAL	Supositorios, óvulos, comprimidos vaginales, tabletas vaginales.	Solución/Suspensión	Crema, gel, espuma.	
	MODIFICADA	Dispositivo Intrauterino.			

Artículo 43. *Registro sanitario.* El tipo de registro sanitario otorgado por el Invima a un producto no establece por sí mismo la cobertura de los medicamentos con cargo a la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Artículo 44. *Almacenamiento y distribución.* Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan las coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Parágrafo. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como balas, concentrador o recargas, entre otras bajo el principio de integralidad.

Artículo 45. *Administración de medicamentos.* Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante.

Parágrafo. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas pre llenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

Artículo 46. *Fórmulas magistrales.* Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos en el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo , se consideran cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y deberán ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud o por las entidades que hagan sus veces.

Artículo 47. *Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos con cargo a la UPC 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 48. *Medicamentos de programas especiales.* Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o de las entidades que hagan sus veces, garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el Anexo 1 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 49. *Radiofármacos.* Estos medicamentos se consideran cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cuando son necesarios e insustituibles para

la realización de los procedimientos de medicina nuclear cubiertos por dicho plan y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

Artículo 50. *Medios de contraste.* Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, garantizarán los medios de contraste correspondientes a los descritos explícitamente en el listado de medicamentos con cargo a la UPC de que trata el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo.

Artículo 51. *Medios diagnósticos.* Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el listado de medicamentos contenidos en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, también serán cubiertos con cargo a la UPC, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 52. *Soluciones y diluyentes.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el listado de medicamentos contenido en el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento cubierto con cargo a la UPC, en los siguientes casos:

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

Igualmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

Artículo 53. *Servicios farmacéuticos.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación de medicamentos cubiertos con cargo a la UPC, se realice en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad competente para tal fin.

Artículo 54. *Sustancias y medicamentos para nutrición.* Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC son las siguientes:

- Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.
- Medicamentos descritos en el listado de medicamentos con cargo a la UPC de este acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.

3. La fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.

4. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS (Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños) para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

Parágrafo. No se cubren con cargo a la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal y cualquier otro diferente a lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 55. *Cobertura de subgrupos de referencia.* Cuando el listado de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se refiere a un subgrupo de referencia, según la clasificación internacional ATC, se deben considerar cubiertos todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a dicho subgrupo, en las concentraciones y formas farmacéuticas que se definen para ellos en el listado de medicamentos de este acto administrativo.

Artículo 56. *Prescripción de acuerdo a guías de práctica clínica.* La prescripción de medicamentos deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante las recomendaciones realizadas por documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica (GPC), Guías de Atención Integral (GAI), protocolos o cualquier otro documento oficialmente adoptado para una patología en particular, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía médica, sino como apoyo al proceso de buena práctica en la prescripción.

CAPÍTULO V

Dispositivos

Artículo 57. *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 (EPS) o las entidades que hagan sus veces, 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 de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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.

Parágrafo. Es cobertura con cargo a la UPC la GELATINA ABSORBIBLE ESTÉRIL, la cual se encuentra con descripción ATC como GELATINA ABSORBENTE, ESPONJA y el VENDAJE CON GELATINA DE ZINC con descripción de ATC ZINC, VENDAJES SIN SUPLEMENTOS, por tratarse de un dispositivo y no de un medicamento.

Artículo 58. *Lentes externos.* En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato) en las siguientes condiciones:

1. En Régimen Contributivo:

Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años de edad, 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; el valor de la montura es asumido por el usuario.

2. En Régimen Subsidiado:

a) Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se cubren una vez al año, 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 de edad 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; el valor de la montura es asumido por el usuario.

Parágrafo. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Artículo 59. *Kit de glucometría.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el kit de glucometría, para pacientes diabéticos que se encuentren en manejo con insulina a los cuales se entregarán cada año un (1) glucómetro, así como tirillas y lancetas mensuales, de conformidad con lo que el médico tratante determine y de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica.

Artículo 60. *Kit de ostomía.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 61. *Ayudas técnicas.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en este Plan de Beneficios.

2. 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.

3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros) para los procedimientos incluidos en este Plan de Beneficios.

4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Parágrafo 1°. Están cubiertas con cargo a la UPC 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 (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Parágrafo 2°. No se cubren con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

Artículo 62. *Cobertura de stent coronario.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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) o en lesiones largas (mayor a 15 mm).

CAPÍTULO VI

Salud mental

Artículo 63. *Atención de urgencias en salud mental.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

Artículo 64. *Psicoterapia ambulatoria para la población general.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la 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 1°. No se cubre con cargo a la UPC el tratamiento de psicoanálisis para ningún grupo poblacional.

Parágrafo 2°. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

Artículo 65. *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 64 de este acto administrativo, la cobertura con cargo a la UPC 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 66. *Atención con internación en salud mental para la población general.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Parágrafo 1°. 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 en salud incluidas en este Plan de Beneficios, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio.

Parágrafo 2°. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

Artículo 67. *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 66 de este acto administrativo, la cobertura con cargo a la UPC 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.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán 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 68. *Atención paliativa.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliar del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios,

según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 25 del presente acto administrativo.

TÍTULO IV

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

Artículo 69. *Cobertura de promoción y prevención.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de 18 años de edad, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces 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 Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 70. *Promoción de la salud.* En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 71. *Protección específica y detección temprana.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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 dieciocho (18) años de edad para tales efectos, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 72. *Prevención de la enfermedad.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre las acciones y tecnologías incluidas en el presente acto administrativo para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 73. *Atención para la recuperación de la salud.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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 74. *Restablecimiento de la salud a la población menor de 18 años de edad, cuyos derechos han sido vulnerados.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre de manera gratuita las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, requeridas para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas; de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

CAPÍTULO I

Atención a personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad

Artículo 75. *Atención prenatal.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 76. *Programas de detección temprana.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 77. *Programas de protección específica.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención

Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 78. *Atención de la morbilidad neonatal.* El recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 79. *Atención a hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA.* Los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 80. *Complementos nutricionales.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad que sean hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS (Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños) para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

Artículo 81. *Atención de urgencias.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 82. *Atención para la recuperación de la salud.* El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías 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 domiciliar, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos en este Plan de Beneficios, 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 83. *Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual.* Para la atención de personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 84. *Atención a personas menores de 6 años de edad con trastornos alimentarios.* Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

Artículo 85. *Atención a personas menores con discapacidad.* La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Artículo 86. *Cobertura de implante coclear.* En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación post implante, para las personas menores de tres (3) años de edad, con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral.

Artículo 87. *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 (incluye policarbonato) 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.

Parágrafo. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Artículo 88. *Atención en cáncer.* Las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este Plan de Beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

Artículo 89. *Atención paliativa*. Las personas desde la etapa prenatal a personas menores de 6 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal, y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 25 del presente acto administrativo.

Artículo 90. *Cariotipo*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

Artículo 91. *Atención en salud mental*. Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 6 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

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.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

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 de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 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*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la internación de personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad. La cobertura de este plan de beneficios 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.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán 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 de edad

Artículo 94. *Programas de detección temprana*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años de edad, la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud, 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 95. *Programas de protección específica*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 96. *Atención de urgencias*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 97. *Atención para la recuperación de la salud*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar cubiertos en este Plan de Beneficios, 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 98. *Atención del embarazo*. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, atenciones en salud ambulatoria o 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.

Asimismo, 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

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 99. *Atención a personas menores con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de los pacientes de 6 años a menores de 14 años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 100. *Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual*. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

Artículo 101. *Atención a personas de 6 años a menores de 14 años de edad con trastornos alimentarios*. Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

Artículo 102. *Atención a personas menores con discapacidad*. Las personas de 6 años a menores de 14 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

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 (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas, así:

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

2. 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.

Parágrafo. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Artículo 104. *Atención en cáncer*. Las personas desde la etapa de 6 años a menores de 14 años de edad, tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este plan de beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

Artículo 105. *Atención paliativa*. Las personas desde la etapa de 6 años a menores de 14 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria, del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 25 del presente acto administrativo.

Artículo 106. *Cariotipo*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

Artículo 107. *Atención en salud mental*. Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 6 años a menores de 14 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

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.

Según el criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

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 108. *Psicoterapia ambulatoria*. Para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) así como personas con discapacidad, la cobertura de este Plan de Beneficios 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 109. *Atención con internación en salud mental*. Para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura de este Plan de Beneficios, 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.

Según el criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán 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 de edad

Artículo 110. *Programas de detección temprana*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 111. *Programas de protección específica*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 112. *Atención de urgencias*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 113. *Atención para la recuperación de la salud*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por este Plan de Beneficios en 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. *Embarazo en adolescentes*. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo, atenciones en salud ambulatoria o 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.

Asimismo, 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, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Regulación Integral de Rutas de Atención en Salud (RIAS).

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 de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la atención de los pacientes de 14 años a menores de 18 años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 116. *Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual*. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

Artículo 117. *Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad con trastornos alimentarios*. Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

Artículo 118. *Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad con discapacidad*. Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Artículo 119. *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 (incluye policarbonato) o vidrio, así:

1. Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
2. 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.

Parágrafo. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Artículo 120. *Atención en cáncer*. Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este plan de beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

Artículo 121. *Atención paliativa*. Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria, del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este plan de beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 25 del presente acto administrativo.

Artículo 122. *Cariotipo*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

Artículo 123. *Atención en salud mental*. Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 14 años a menores de 18 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

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.

Según el criterio del profesional tratante, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

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 124. *Psicoterapia ambulatoria*. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios 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 125. *Atención con internación en salud mental*. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios 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.

Según el criterio del profesional tratante, estos pacientes se manejarán 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 126. *Transporte o traslados de pacientes*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

1. 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.

2. Entre IPS 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 sitio 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.

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

Artículo 127. *Transporte del paciente ambulatorio*. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces 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 este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la Entidad Promotora de Salud (EPS) o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la Entidad Promotora de Salud (EPS) o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

Artículo 128. *Transporte de cadáveres*. El transporte o traslado de cadáveres así como los servicios funerarios no serán cubiertos con cargo a la UPC.

TÍTULO VI

EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

Artículo 129. *Alto costo*. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo:

A. Alto Costo Régimen 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/SIDA.
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 130. *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 2° y 3° 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.
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años de edad o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

Artículo 131. *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

CONDICIONES DE NO COBERTURA DE TECNOLOGÍAS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN

Artículo 132. *Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC*. Sin perjuicio de las aclaraciones de cobertura del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios con cargo a la UPC deben entenderse como no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación, aquellas tecnologías que cumplan las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.

4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 133. *Coberturas especiales para comunidades indígenas.* La población indígena afiliada al SGSSS a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), a las cuales se les ha reconocido una Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena (UPCDI) tendrá cobertura con los servicios y tecnologías en salud previstas en el presente acto administrativo y en forma adicional, con los servicios diferenciales indígenas descritos en el Anexo 2 que hace parte integral del presente acto administrativo. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

Artículo 134. *Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.* En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativos a los cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en este Plan de Beneficios, 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 certificados por el Invima o la respectiva autoridad competente.

Artículo 135. *Cobertura de tecnologías en salud del plan de beneficios con cargo a la UPC ordenados por fuera de la red.* Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el presente plan de beneficios con cargo a la UPC, prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la Entidad Promotora de Salud (EPS) o la entidad que haga sus veces, esta podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de dicha 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 136. *Concurrencia de beneficios a cargo de otras fuentes de financiación.* Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, 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 otras fuentes de financiación, la tecnología en salud deberá ser asumida por dichas fuentes de financiación de conformidad con la normatividad vigente.

TÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 137. *Deber de información.* Para efectos de la actualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, o análisis y cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, los usuarios, pacientes, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces y las IPS, 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 de este Ministerio, requiera.

Parágrafo 1°. La descripción establecida para la cobertura de procedimientos por categorías de CUPS, señalada en este acto administrativo no restringe o limita el nivel de detalle de la información que se solicite por las autoridades competentes.

Parágrafo 2°. Para el caso específico de medicamentos, la información deberá ser suministrada de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 138. *Vigencia y derogatoria.* El presente acto administrativo rige a partir del 1° de enero de 2017 y deroga las Resoluciones números 5592 de 2015, 001 de 2016 y demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 26 de diciembre de 2016.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.