

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 003778 DE 2013****(24 SET. 2013)**

Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012, modificada por la Resolución 4251 de 2012 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, el artículo 122 del Decreto - Ley 019 de 2012 y el artículo 5 del Decreto 1865 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 122 del Decreto - Ley 019 de 2012 dispuso el procedimiento para el saneamiento de cuentas por cobros y señaló que el Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los lineamientos o procedimientos orientados a su solución, lo que originó la expedición del Decreto 1865 de 2012, mediante el cual se definieron las condiciones a las que deben sujetarse los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, para efectos de acogerse a dicho procedimiento, cuando se presenten divergencias recurrentes generadas por las glosas aplicadas en la auditoría integral a los cobros radicados por las entidades cobrantes ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

Que mediante Resolución 2977 de 2012, se definieron los términos, requisitos, formatos y periodos de radicación de que trata el artículo 5 del citado Decreto 1865, estableciendo como plazo para que las entidades cobrantes presentaran las solicitudes de divergencias recurrentes, el de seis (6) meses contados a partir de la primera notificación del rechazo o devolución del cobro.

Que el término anteriormente dispuesto, cubija un universo reducido de solicitudes de cobro, por lo que, con miras a hacer efectiva y eficaz la medida de saneamiento y el flujo oportuno de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, se hace necesario ampliar el término para presentar la solicitud de divergencia recurrente.

Que se hace necesario incluir en el procedimiento de la divergencia recurrente, la verificación por parte de este Ministerio de que la solicitud radicada obedece a la diferencia conceptual presentada entre más de una entidad cobrante y el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, respecto de glosas aplicadas a cobros en más de un período de radicación, a fin de no hacer inocua la medida.

Que cuando la diferencia conceptual se origine en la inclusión o no en el POS de las tecnologías en salud cobradas al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, el Comité de Evaluación y Decisión de Divergencias Recurrentes de que trata la Resolución 3408 de 2012, deberá tener en cuenta el anexo técnico que se adopta en la presente resolución, el cual, define las tecnologías cubiertas en el plan de beneficios.

En mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

RESUELVE:

Artículo 1. Modifíquese el artículo 2 de la Resolución 2977 de 2012, el cual, quedará así:

"Artículo 2. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DEL TRÁMITE DE LA DIVERGENCIA RECURRENTE. De conformidad con el numeral 1 del artículo 4° del Decreto número 1865 de 2012, los requisitos que deben observar las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de trámite de divergencia recurrente, son los siguientes:

- a) La solicitud se debe realizar sobre diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y este Ministerio – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), respecto de glosas que hayan sido aplicadas a recobros en más de un período de radicación;
- b) Las entidades recobrantes en el Formato radicación de solicitudes de recobro (Formato número 1), que hace parte integral de esta resolución, describirán y sustentarán la diferencia conceptual, soportada fácticamente y con criterios objetivos de carácter técnico y/o legal;
- c) La solicitud de divergencia recurrente deberá ser presentada por las entidades recobrantes a más tardar, dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de la primera notificación del rechazo o devolución del recobro;

Parágrafo 1. La solicitud no podrá versar sobre la inconformidad de las entidades recobrantes por la aplicación de glosas relacionadas con el diligenciamiento de las solicitudes de recobro o de los documentos que las soporten.

Parágrafo 2. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) se haya pronunciado sobre una divergencia recurrente, el concepto que lo sustenta, se aplicará a las solicitudes de recobro de todas las entidades recobrantes que presenten la misma divergencia recurrente y se constituirá como criterio general de auditoría".

Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 2977 de 2012, el cual, quedará así:

"ARTÍCULO 3. TRÁMITE Y PROCEDIMIENTO DE LA DIVERGENCIA RECURRENTE. Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de la divergencia recurrente por cualquier causal, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, adelantará el siguiente procedimiento:

- a) Confirmará que la solicitud radicada para el trámite por una diferencia conceptual se presenta en más de una entidad recobrante y el Ministerio - Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, respecto de glosas aplicadas a recobros en más de un período de radicación;
- b) Verificará que la solicitud cumpla con los requisitos previstos en el artículo 2 de la presente resolución;
- c) Definirá el criterio de auditoría mediante el cual se resuelva la divergencia recurrente, para lo cual, deberá tener en cuenta los conceptos que emitan las dependencias o entidades del Gobierno Nacional que tengan funciones afines con los asuntos presentados en la solicitud;

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

- d) Cuando se resuelva una divergencia recurrente a favor de la entidad que presentó la solicitud, tanto ésta como las demás entidades recobrantes que presenten la misma situación que fue objeto de decisión, podrán radicar las solicitudes de recobro, en los períodos que establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces;
- e) Se procederá a realizar un nuevo proceso de auditoría integral a los recobros objeto de la divergencia recurrente, costo éste que será asumido por las entidades recobrantes.

PARÁGRAFO. El Comité de Evaluación y Decisión de Divergencias Recurrentes de que trata la Resolución 3408 de 2012 tomará las decisiones relacionadas con el trámite que se establece en el presente artículo."

Artículo 3. Anexo Técnico. Adóptese el Anexo Técnico que define las tecnologías cubiertas por el plan de beneficios y que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 4. Divergencias recurrentes originadas en la glosa POS. Cuando la diferencia conceptual se origine en la inclusión o no en el POS de las tecnologías en salud recobradas al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, el Comité de Evaluación y Decisión de Divergencias Recurrentes deberá tener en cuenta el anexo técnico adoptado mediante la presente resolución.

Parágrafo transitorio. Los recobros glosados por considerar que la tecnología en salud se encontraba incluida en el POS, cuya glosa se haya notificado con posterioridad a la entrada en vigencia del Decreto - Ley 019 de 2012, podrán ser objeto del trámite de divergencias recurrentes previsto en la Resolución 2977 de 2012, modificada por la presente resolución.

Las solicitudes de trámite de divergencias recurrentes de los recobros de que trata el presente párrafo se podrán radicar hasta el 31 de diciembre de 2013, y para su análisis el Comité de Evaluación y Decisión de Divergencias Recurrentes deberá tener en cuenta el anexo técnico adoptado mediante la presente resolución.

Artículo 5. Actualización de formatos. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, podrá actualizar los formatos establecidos en la Resolución 2977 de 2012.

Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica los artículos 2 y 3 de la Resolución 2977 de 2012 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C a los 24 SET. 2013


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Handwritten initials

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO

CONCEPTO SOBRE TECNOLOGÍAS CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, PARA EFECTOS DEL SANEAMIENTO DE CUENTAS POR RECOBRO

De acuerdo con los cobros presentados ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, por medicamentos, procedimientos y dispositivos (insumos, materiales y equipos) no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud - POS, que han sido objeto de glosa en el proceso de auditoría integral, indicando que los mismos, corresponden a coberturas del POS vigente para la fecha de prestación del servicio, se emite el presente concepto, el cual contiene el alcance previsto del principio de integralidad y las precisiones relacionadas con las coberturas de medicamentos, dispositivos y procedimientos.

A. PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, mediante el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se estableció como uno de los principios del servicio público la calidad, descrita como: *"El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia"* (Subrayado fuera del texto original), por lo tanto la integralidad de un servicio de salud, se encuentra prevista en el marco de la calidad en la atención, desde ese momento.

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 estableció la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, en la organización del aseguramiento: *"Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud."* (Subrayado fuera del texto original).

Este principio es ratificado por la Ley 1438 de 2011 dentro de la calidad de los servicios, así: *"Los servicios de salud deberán atender las condiciones del pacientes de acuerdo con la evidencia científica provisto de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada."* (Subrayado fuera del texto original).

El 5 de Agosto de 1994, el entonces Ministerio de Salud, mediante la Resolución 5261¹, fijó los criterios para determinar la calidad de la prestación de servicios, caracterizando la integralidad, de esta manera:

¹ Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

"(...) ARTICULO 22. DEFINICIONES PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS. Para determinar la calidad en la prestación de los servicios, se establecen las siguientes definiciones:

- a. Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.(...)" (subrayado fuera del texto original)

Posteriormente, la Comisión de Regulación en Salud – CRES mediante el artículo 9 del Acuerdo 008 de 2009², precisó de manera explícita la integralidad como un principio general para la definición, actualización, modificación y provisión del POS, de la siguiente manera:

"(...) Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud. Principio mediante el cual los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, descritos o incluidos en el presente acuerdo, hacen parte y en consecuencia constituyen la integralidad del POS o del POS-S según el caso. (...)" (subrayado fuera del texto original)

De igual forma, el mencionado principio ha sido reiterado por la CRES, en la promulgación del Acuerdo 029 de 2011³, cuyo Artículo 5 prevé:

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

El Plan Obligatorio de Salud - POS está conformado por tecnologías en salud explícitas a través de listados, e implícitas en cumplimiento del principio de integralidad como componente de la calidad. En este sentido, el alcance previsto en el principio de integralidad de forma general, en lo relacionado con las coberturas del POS, hace referencia a:

1. **Cobertura en salud explícita.** El Plan Obligatorio de Salud, obedeciendo a los mandatos de la Ley 100 de 1993, siempre ha estado conformado por un esquema de racionamiento explícito⁴, mediante listados y descripciones de tecnologías en salud:

² Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado

³ Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud

⁴ "La tecnología sanitaria son los medicamentos, instrumentos y los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención" Office of Technology Assessment (OTA) de EUA, O puede ser : «aplicación de conocimientos y

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

- Actividades
- Intervenciones
- Procedimientos
- Servicios en los ámbitos de urgencia, ambulatorio, hospitalario y domiciliario
- Medicamentos que incluyen medios de contraste.

Por tanto son cobertura del Plan Obligatorio de Salud en el esquema de racionamiento explícito, únicamente aquellas tecnologías en salud que estén descritas en los listados vigentes para la fecha de prestación del servicio.

2. Cobertura en salud implícita. El Plan Obligatorio de Salud también cubre otras tecnologías en salud no listadas:

- Tecnologías duras tales como: insumos, dispositivos, equipos e instrumentales
- Tecnologías blandas como: programas, guías, sistemas de soportes y software

En consecuencia, están incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud las tecnologías en salud duras y blandas, cuando son necesarias e insustituibles para cumplir con calidad la finalidad de una tecnología en salud listada explícitamente en el plan.

3. Consideración general. La prestación debe ser garantizada por las EPS en forma completa y oportuna, en cuanto a que la garantía de acceso efectivo al servicio implica la disposición de todos los recursos necesarios de conformidad con las normas de habilitación vigentes, pues no existe una disposición legal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS que señale, o admita, la cobertura parcial o limitada de recursos necesarios para la realización de los contenidos del POS. Teniendo en cuenta lo anterior, los contenidos implícitos y explícitos se cubren independientemente de su costo, marca, forma de producción, tipo de material, composición del mismo, u origen (nacional o importado).

B. MEDICAMENTOS

En cuanto a la cobertura de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud se realizan las siguientes precisiones:

1. Definición de cobertura. La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud está determinada por las siguientes tres condiciones: Principio activo, concentración y forma farmacéutica. Esto aplica para el Acuerdo 228 y los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que lo adicionaban, complementaban, modificaban⁵ o sustituían y los Acuerdos 008 y 029 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

competencias organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida» OMS, EB121/11.

⁵ Acuerdos del CNSSS No 226, 254, 282, 289, 302, 313, 336 y 350

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

2. **Indicaciones autorizadas.** Las indicaciones autorizadas por el INVIMA para cada uno de los medicamentos son las únicas cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, para cualquier caso o patología, excepto para aquellos casos en que el listado normativo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.
3. **Combinaciones de principios activos.** La combinación de dos o más principios activos está cubierta en el Plan Obligatorio de Salud si dicha combinación está descrita de la misma manera en el listado normativo. Las demás combinaciones no están cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, aún si estuvieren los principios activos descritos por separado e independientemente de lo descrito para las otras variables o condiciones, forma y concentración farmacéuticas.
4. **Producción.** Los medicamentos cuyo principio activo (o combinaciones especificadas), concentración y forma farmacéutica se encuentran descritos en el Plan Obligatorio de Salud están cubiertos independientemente de la forma y mecanismo de producción (extracción, síntesis química o por recombinación genética, entre otras).
5. **Biodisponibilidad.** Las formas farmacéuticas cuya disponibilidad biológica es diferente a las de liberación convencional, como los sistemas de liberación osmótica oral, deben estar descritas en el listado normativo en el campo correspondiente a la "forma farmacéutica" para considerar que el medicamento está cubierto en el Plan Obligatorio de Salud; de lo contrario no se consideran cobertura del mismo. Las demás formas farmacéuticas sólidas orales se consideran contenidas dentro del POS. En cuanto a las formas farmacéuticas que pueden modificar la administración del principio activo, como tabletas retard o de liberación sostenida o prolongada, se considera cubierta una forma farmacéutica de esta clase, es decir de liberación prolongada, controlada o sostenida, únicamente cuando el listado de medicamentos así lo exprese en la casilla de forma farmacéutica, de lo contrario se refiere a formas de liberación de medicamento convencionales, como tableta ó cápsula, que no modifican la liberación del fármaco.
6. **Fórmula química.** Si la descripción del principio activo no especifica una fórmula química particular (sal o éster), están cubiertas todas en el Plan Obligatorio de Salud, se exceptúan aquellos casos en que se describa una fórmula química particular del principio activo.
7. **Concentraciones y equivalencias:** La cobertura de los medicamentos es independiente de la forma de comercialización, empaque o presentación comercial (unidosis, blíster, frasco, etc.) considerándose cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud aquellos que coincidan tanto en principio activo, como en concentración y forma farmacéutica con los descritos en el listado explícito de medicamentos del POS, señalado explícitamente en el prenombrado listado y ser utilizados según las condiciones particulares que se indiquen. Las concentraciones de las soluciones se consideran cubiertas cuando son equivalentes a la descrita en el anexo de medicamentos, y no se deben restringir a la presentación comercial.
8. **Aplicación y uso.** Los medicamentos cuyo principio activo, concentración y forma farmacéutica se encuentran descritos en el Plan Obligatorio de Salud y requieren para su aplicación un dispositivo específico (kit, estuche, jeringa pre-

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

llenada, cartucho, bombas de insulina, entre otros) también se consideran cobertura del POS.

9. Registro sanitario. La clasificación en el INVIMA de un producto como medicamento, suplemento o complemento nutricional, o cosmético no establece la cobertura dentro del Plan Obligatorio de Salud. Si alguno de los anteriores cambió de clasificación en el INVIMA para efectos del registro, tal reclasificación no afecta la cobertura pues la misma se establece a partir de su mención explícita.

10. Almacenamiento y dispensación. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, disponibilidad o aplicación técnicamente necesarias como balas o recargas -entre otras-, no determinan ni limitan coberturas del Plan Obligatorio de Salud. Por ejemplo, en el caso del oxígeno medicinal su acceso efectivo debe ser garantizado independientemente de su almacenamiento y dispensación, al igual que jeringas, cánulas, balas para almacenamiento, entre otros.

En lo concerniente al oxígeno el Plan Obligatorio de Salud incluye el suministro del oxígeno GAS, independientemente de la forma de transporte y almacenamiento que se utilice. El oxígeno líquido, cuya forma farmacéutica es solución oral; no corresponde al estado del oxígeno mediante el cual se almacena y transporta antes de ser suministrado como oxígeno gaseoso, sino que corresponde a un producto registrado como suplemento dietario, siendo una composición diferente al oxígeno gaseoso, la cual se considera No POS.

11. Fórmulas magistrales. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de principios activos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud se consideran cubiertas.

12. Alimentos. Las coberturas señaladas de alimentos en el Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

- **Alimentación enteral.** En relación con la presentación y contenido de la nutrición enteral se entenderá como POS aquellas cuya composición se refiera exclusivamente a aminoácidos esenciales con o sin electrolitos.
- **Alimentación parenteral.** En el caso de las soluciones parenterales solo se consideran coberturas aquellas cuya composición corresponda a: a) micronutrientes inorgánicos esenciales-elementos traza, b) micronutrientes orgánicos esenciales – multivitamínicos, o c) ácidos grasos.
- **Fórmulas lácteas.** La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para los menores de 6 meses hijos de mujeres VIH positiva según posología del médico tratante.

13. Cobertura en el Régimen Subsidiado. En el régimen subsidiado antes de la unificación, la cobertura del POSS incluía lo expuesto anteriormente y adicionalmente las variables de edad, patología, procedimiento y nivel de complejidad.

C. DISPOSITIVOS (INSUMOS)

Las coberturas de los dispositivos (equipos, instrumentales, insumos o materiales de curación), no mencionados explícitamente en las normas, están determinadas o supeditadas a las coberturas listadas de tecnologías en salud (actividades,

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

intervenciones, procedimientos, medicamentos y servicios hospitalarios), en tanto sean conexas de manera ineludible con su uso o aplicación. En consonancia con el principio de calidad del SGSSS, particularmente de su componente de integralidad o integridad del servicio⁶, y en concordancia con las recomendaciones médicas en cada caso.

Por lo anterior, si un procedimiento médico, quirúrgico o no quirúrgico, estaba descrito en las normas que definían los beneficios que configuran el referido plan, las EPS no podían negarse a cubrir los recursos materiales o tecnológicos ni de otro tipo, en tanto éstos sean insustituibles y esenciales para tal procedimiento, cualquiera que sea su tipo, marca o costo, con mayor razón si la descripción del procedimiento contiene la mención explícita de ese recurso material o dispositivo con nombre específico o genérico. Si la norma precisa o describe un tipo particular de dispositivo o equipo, éste es la cobertura precisa, por defecto se excluye otro tipo del mismo dispositivo no mencionado.

Si debido a los avances o desarrollos tecnológicos y a la variación en la práctica médica, así como a los ciclos o fenómenos económicos o de mercado, en un momento dado los dispositivos (insumos, equipos o instrumentales sanitarios) son más costosos o encarecen los servicios y bienes que componen el POS, tal problema no debía ser soslayado por parte de las EPS, pues ese aspecto es precisamente parte de los riesgos financieros que estas entidades como aseguradores se comprometen a asumir y a enfrentar cuando solicitan la autorización para funcionar en el SGSSS y aceptan las afiliaciones de los usuarios conforme el esquema y principios establecidos en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007 y Decreto 1485 de 1994.

A continuación se relacionan algunos dispositivos que son objeto de la glosa no POS en comentario:

1. **Audífonos.** Están cubiertos en razón a que la Resolución 5261 de 1994 establecía como prestación del POS la "adaptación de audífono" con código 27108 en el artículo 82, la cual debía entonces ser reconocida o cubierta en forma integral por las EPS, es decir, incluyendo el dispositivo y las acciones (actividades, procedimientos e intervenciones) involucrados en dicha atención. De igual manera en el Anexo 2 de los Acuerdos 008 y 029 de la Comisión de Regulación en Salud, listado de procedimientos y servicios del POS, establece bajo el Código único de Procedimiento en Salud – CUPS 954801 la "EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS" el cual debe ser reconocido o cubierto en forma integral por las EPS.
2. **Implante coclear:** El Artículo 69 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES establece la cobertura de implantación o sustitución de prótesis coclear y garantiza la rehabilitación postimplante para los menores hasta con dos (2) años de edad con sordera prelocutoria y postlocutoria profunda bilateral. Es decir la cobertura está dada para los menores de 3 años de edad.
3. **Pañales y otros elementos de aseo personal.** En las normas no existe mención de un procedimiento médico o quirúrgico en que fueran necesarios de manera ineludible. Por tanto no son cobertura del POS.

⁶ Artículo 22, Res. 5261 de 1994

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

4. **Prótesis mamarias.** No existe un procedimiento cubierto (es decir descrito en el listado de actividades, procedimientos e intervenciones) en el POS que requiera de las mismas, incluso así fueran implantadas como parte del procedimiento reconstructivo en pacientes sometidas a mastectomía por cáncer. En consecuencia las prótesis mamarias no son cobertura del POS.
5. **Elementos para cuidados de las enterostomías.** El suministro para pacientes ambulatorios de elementos tipo "bolsa para colostomía" y "barreras protectoras" o elementos semejantes necesarios para cuidados de enterostomías, no hacían parte del POS en el periodo anterior al 2012, pues tal servicio (Cuidados de enterostomías o semejante) no estaba mencionado en ninguna de las normas. Solo se consideraban cubiertos los usados en el momento quirúrgico durante la realización de los procedimientos de colostomías mencionados en la Resolución 5261 de 1994 para el Régimen Contributivo y en algunos casos del Régimen Subsidiado como procedimientos quirúrgicos relacionados con el cáncer. Sin embargo, en ninguno de estos regímenes las normas mencionan la cobertura de servicios e insumos necesarios para recambios o sustituciones de estos elementos en los pacientes ambulatorios con colostomía. Por tanto no son cobertura del POS en este ámbito.

El suministro para pacientes ambulatorios de elementos tipo "bolsa para colostomía" y "barreras protectoras" o elementos semejantes necesarios para cuidados de enterostomías, fueron incluidos en el POS mediante Acuerdo 029 de 2011 de la CRES para pacientes con cáncer de colon y recto, según la indicación del médico tratante y en las cantidades señaladas en el Artículo 40 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES.
6. **Glucometría.** El suministro de glucómetro y los elementos necesarios para su realización no eran cobertura del POS hasta la vigencia del Acuerdo 008 de 2009. A partir de la expedición del Acuerdo 029 se cubre el kit de glucometría de conformidad con las indicaciones del médico tratante y según las condiciones establecidas en el artículo 39 de dicho Acuerdo.
7. **CPAP y BPAP.** Los dispositivos CPAP y BPAP para uso ambulatorio están dentro de las coberturas del POS a partir de la expedición del Acuerdo 008 de la CRES.
8. **Banco de sangre.** Los dispositivos necesarios para la realización de procedimientos de banco de sangre son cobertura del POS en cuanto sean necesarios para su efectiva prestación.
9. **Stent coronario.** Es cobertura del POS el stent convencional o no medicado o no recubierto teniendo en cuenta que este es el tipo mencionado en su inclusión al POS.
10. **Stent no coronario.** No se cubren los stents vasculares periféricos, sean estos medicados o no, por no estar descritos explícitamente y no ser necesarios e insustituibles para la realización de procedimientos descritos en el POS.

En el caso de otros stents o endoprótesis usadas en sistemas diferentes al vascular, se debe entender que su cobertura en el Plan Obligatorio de Salud depende del listado de procedimientos del POS que implican su uso o aplicación y en tal caso el tipo de stent cubierto, es cualquiera autorizado por el INVIMA en

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

Colombia a menos que se especifique o precise algo al respecto en la descripción del procedimiento respectivo.

11. Marcapasos, cardiodesfibrilador y neuroestimulador. Estos dispositivos de implantación son cobertura del POS siempre que el procedimiento así lo describa.

12. Dispositivos dispensadores de medicamentos. El Plan Obligatorio de Salud cubre todo equipo biomédico o dispositivo necesario e insustituible para lograr la finalidad de tratamiento; por tanto cubre todo equipo o dispositivo para administración o infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, de medicamentos descritos en el listado de medicamentos del POS, como por ejemplo las denominadas bombas de insulina, de acuerdo con prescripción médica.

D. RADIOFÁRMACOS, MEDIOS DE CONTRASTE Y SOLUCIONES

1. **Radiofármacos.** Estas sustancias son cobertura del POS cuando son necesarias e insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito de medicina nuclear, en el listado vigente a la fecha de prestación.
2. **Medios de contraste.** La cobertura de medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del POS.
3. **Soluciones.** Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita, como por ejemplo:

Solución	Procedimiento
Cardiopléjica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Viscoelásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	Utilizados en procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o lavado (irrigación) de las diferentes cavidades del organismo (Vejiga, peritoneo, etc.)

E. PROCEDIMIENTOS

1. **Terapia ABA.** Es un programa que contiene procedimientos y servicios de salud y educación; donde el POS cubre todas las terapias para el manejo en el ámbito de salud.

Con relación al componente educativo, no es cobertura del Plan Obligatorio de Salud, debido a que la metodología que emplea los principios del Análisis Experimental del Comportamiento, cuyas siglas en inglés son "ABA", busca optimizar procesos de aprendizaje ya sean escolares o comportamentales.

2. **Variación de la nomenclatura.** La nomenclatura oficial de las prestaciones en el Plan Obligatorio de Salud conforme lo establecido por la Comisión de Regulación en Salud, corresponde a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS adoptada mediante la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

En caso de que la descripción de un procedimiento, que en la CUPS corresponde a las subcategorías, no sea suficientemente específica, se debe tener en cuenta la estructura de la codificación y la identificación de cada capítulo señalados en el "MANUAL DE USO" establecido en la Resolución 1896 de 2001, toda vez que la descripción y el código no pueden ser usadas de forma disgregada.

Por consiguiente, para establecer la cobertura en el Plan Obligatorio de Salud de servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención" entre otros, deben ser discriminados en términos de la CUPS según lo dispuesto en la normatividad vigente para comparar con los contenidos del Plan Obligatorio de Salud descritos en el Anexo 2 del Acuerdo 029 incluyendo los códigos temporales establecidos por la CRES según el párrafo único del artículo 3.

F. ATENCIÓN DOMICILIARIA

Elementos para la atención domiciliaria. La atención domiciliaria como alternativa de la atención ambulatoria u hospitalaria institucional, debe garantizarse cumpliendo las normas de habilitación vigentes y lo recomendado por el médico tratante. Es decir, la recomendación de una atención domiciliaria no exime a las EPS de gasto alguno sino que las obliga a garantizar un servicio alternativo a la atención ambulatoria y hospitalaria convencional, pero entendiéndose que si ello implica la necesidad de enseres como camas especiales, o adecuaciones del domicilio como barandas o rampas, se considera cobertura del POS.

La atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente en salud, es decir la cobertura está dada solo con finalidad del ámbito de la salud y por lo tanto no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.