

**DECRETO 1938 DE 1994**  
(agosto 5)  
Diario Oficial No. 41.478 del 5 de agosto de 1994

**NOTA DE VIGENCIA: Decreto derogado por el Decreto 806 de 1998**

Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994.

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

En uso de las facultades otorgadas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos **47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 y 56** del Decreto Ley 1298 de 1994

**DECRETA:**

**TITULO I.  
DEL PLAN DE BENEFICIOS**

**CAPITULO I.  
GENERALIDADES**

**ARTICULO 1o. AMBITO DE APLICACION.** El presente Decreto tiene por objeto regular la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional. Obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el Sistema prestando uno o varios de los componentes del Plan de Beneficios de que trata el presente Decreto.

**ARTICULO 2o. DEFINICION.** El Plan de Beneficios es el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional. El plan de Beneficios se compone de 6 subconjuntos diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como Afiliado cotizante, como Afiliado beneficiario o familiar, como Afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ARTICULO 3o. DE LOS TIPOS DE PLANES.** Los servicios y reconocimientos del plan de Beneficios están organizados en seis subconjuntos o planes de atención en salud que son los siguientes:

- a). Plan de Atención Básica en Salud. P.A.B. Es un plan de carácter gratuito prestado directamente por el Estado o por particulares mediante contrato con el Estado que contiene acciones en Salud Pública tales como acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos con altas externalidades o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas. Del P.A.B se deberán beneficiar desde el inicio del Sistema General de Seguridad Social en Salud todos los habitantes del territorio nacional.
- b). Plan Obligatorio de Salud. P.O.S. Es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo y el mismo conjunto de servicios al que está obligada a garantizar a sus afiliados toda Entidad Promotora de Salud autorizada para operar en el Sistema. Sus contenidos están definidos en el presente Decreto y su forma de prestación normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que expida el Ministerio de Salud.
- c). Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. P.O.S.S. Es una categoría transitoria que identifica el conjunto de servicios que constituye a la vez el derecho de los afiliados al régimen subsidiado y la obligación de las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y demás entidades que administren los recursos del subsidio a la demanda de servicios de salud. Durante el período 1994- 2001 este Plan se ampliará progresivamente hasta igualar los contenidos del POS. El contenido del Plan Subsidiado y su forma de prestación estará regida por el Decreto reglamentario del régimen de subsidios y por los mismos manuales de procedimientos y guías de atención integral a que hace referencia el literal b) del presente artículo. El Plan Subsidiado ofrecerá también transicionalmente cobertura integral a la maternidad y al niño durante el primer año de vida, para aquellas personas de mas escasos recursos, programa que se denominará el Programa de Asistencia Materno Infantil P.A.M.I.
- d). Planes de Atención Complementaria en Salud. P.A.C.S. Son conjuntos de servicios de salud contratados mediante la modalidad de prepago que garantizan la atención en el evento de requerirse actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud o que garantizan condiciones diferentes o adicionales de hotelería o tecnología o cualquier otra característica en la prestación de un servicio incluido en el P.O.S. y descrito en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, que podrán ser ofrecidos por las E.P.S., o por las entidades que sin convertirse en E.P.S. deseen hacerlo, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente para las empresas de medicina prepagada.
- e). Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional A.T.E.P. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará la atención en salud derivada o requerida en eventos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional a través de las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales. La atención en salud para los eventos derivados de este riesgo serán prestados por la E.P.S. a la que se encuentre afiliado el trabajador, la que repetirá contra la

Entidad Administradora en la forma y condiciones establecidas en el Decreto reglamentario 1295 de Junio de 1994. Las incapacidades, indemnizaciones y demás reconocimientos económicos correrán a cargo de la entidad administradora del seguro de A.T.E.P.

f). Atención en Accidentes de Tránsito y eventos Catastróficos. El Sistema General de Seguridad Social en Salud con cargo a la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con base en las normas que rigen el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FONSAT según sea el caso. Ademas garantizará el pago a las I.P.S. por la atención en salud a las personas, derivada de catástrofes naturales, actos terroristas con bombas u otros artefactos explosivos y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; y el pago de las indemnizaciones de acuerdo con su reglamento. Los beneficios requeridos y no cubiertos por el SOAT-FONSAT correrán a cargo de la E.P.S. correspondiente, si están incluidos en el POS o en un Plan Complementario de Salud que haya adquirido el afiliado. Sin embargo, no podrá disfrutarse al mismo tiempo y por la misma causa el reconocimiento de indemnización e incapacidad.

**ARTICULO 4o. GLOSARIO.** Para efecto del presente Decreto se adoptan las siguientes definiciones:

1. Actividad: Es la utilización de un recurso particular bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
  2. Procedimiento: Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
  3. Intervención: Es un conjunto de actividades y procedimientos acordes con un diagnóstico, dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
  4. Guía de atención integral: Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad ; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo.
5. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del numeral es el siguiente:> Promoción y fomento de la

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

6. <**NOTA DE VIGENCIA:** Numeral derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del numeral es el siguiente:> Prevención de la enfermedad: Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención, cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente, que determinan la aparición de la enfermedad.

7. <**NOTA DE VIGENCIA:** Numeral derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del numeral es el siguiente:> Prevención primaria: actividades dirigidas al individuo que buscan reducir el riesgo de un evento de enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia.

8. <**NOTA DE VIGENCIA:** Numeral derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del numeral es el siguiente:> Prevención secundaria: actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad, o a reducir su duración.

9. <**NOTA DE VIGENCIA:** Numeral derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del numeral es el siguiente:> Prevención terciaria: actividades que van orientadas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables.

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

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

12. Rehabilitación: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica o social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar

la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.

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

14. Atención con internación: Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza con alojamiento del paciente por un período superior a 24 horas.

15. Períodos mínimos de cotización: Es el tiempo que transcurre entre el momento de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y el inicio de la atención para ciertas enfermedades de alto costo en su manejo, que sean demostrables por algún medio diagnóstico, que el afiliado conozca de su existencia, o que se demuestre su existencia por la historia clínica, la anamnesis o el examen del paciente.

16. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del numeral es el siguiente:> Copago: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte de su valor total definido en las tarifas para el sector público, y cuya finalidad es contribuir a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

17. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del numeral es el siguiente:> Cuota moderadora: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, en el que su intensidad de uso está relacionada en gran parte con su decisión voluntaria, equivalente a una parte de su valor total definido en las tarifas para el sector público, y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio, promover en el paciente el seguimiento de las actividades, intervenciones y procedimientos descritos en las guías de atención que lo conduzcan a mantenerse en condiciones saludables, a recuperar efectivamente su salud y a disminuir o minimizar sus consecuencias.

## **CAPITULO II. DEL PLAN DE ATENCION BASICA EN SALUD**

**ARTICULO 5o. CONTENIDO DEL PLAN.** Es un Plan de salud que incluye acciones colectivas e individuales, descritas a continuación:

- Información y educación masiva para el control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas; sobre los derechos y deberes del usuario en el sistema de seguridad social en salud, sobre sus servicios, sobre los riesgos para la salud presentes en el medio o derivados de su conducta, factores protectores, como promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud, y de cómo llevar una vida saludable.

- Actividades para la prevención y el control de los accidentes, violencia y

desastres.

- Control de vectores.

En las acciones individuales se incluyen:

- Actividades de prevención, detección precoz, control y vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a control estricto, como el SIDA y otras de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, leishmaniasis, cólera, malaria, fiebre amarilla y dengue, las inmunoprevenibles contenidas en el P.A.I., rabia y otras zoonosis y en general todas aquellas enfermedades que a juicio del Ministerio de Salud puedan convertirse en un riesgo para la salud pública.
- Las actividades de vacunación contenidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones P.A.I. .
- Actividades de prevención, diagnóstico precoz y control de enfermedades relacionadas con el riesgo originado en el proceso reproductivo, tales como cáncer de cérvix y las relacionadas con la morbimortalidad materna y perinatal.

**PARAGRAFO.** Para los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del régimen contributivo, las acciones individuales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, tales como SIDA, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, cólera, enfermedades tropicales como la malaria, leishmaniasis y dengue, serán responsabilidad de la E.P.S. y se financiarán con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

La vacunación contenida en el P.A.I. seguirá siendo de responsabilidad del Ministerio de Salud.

**ARTICULO 6o. OBLIGATORIEDAD DE LOS ENTES TERRITORIALES.** Es responsabilidad y obligación del Gobierno a través del Ministerio de Salud y los entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal, la planeación, ejecución y control del Plan de Atención Básica en Salud, en cuya prestación podrán concurrir las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, las comunidades, los COPACOS y las empresas solidarias de salud, mediante el establecimiento de contratos de prestación de servicios.

El Plan de Atención Básica deberá ser adoptado y adecuado por las entidades territoriales en el Plan Local de Salud.

**ARTICULO 7o. GRATUIDAD.** La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidas en el Plan de Atención Básica en Salud será de carácter gratuito y no podrá estar sujeta a períodos mínimos de cotización, copagos o cuotas moderadoras salvo lo dispuesto en el parágrafo del artículo **5o** del presente Decreto para los afiliados a una E.P.S.

**ARTICULO 8o. FINANCIACION.** La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en el Plan de Atención Básica en Salud será financiada con recursos del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de

la enfermedad, con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud o de la subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos que para el efecto destinen los departamentos, distritos y municipios.

**ARTICULO 9o. CRITERIOS DE INCLUSION** . Se incluirán dentro del Plan de Atención Básica en Salud el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo a lo definido en el artículo 3o del presente Decreto, para lo que deberá tenerse en cuenta su focalización en los grupos poblacionales de mayor riesgo, en las enfermedades cuyo manejo sea el de mayor costo efectividad, en aquellas que representen el mayor número de años de vida saludables perdidos (AVISA) y enfermedades que generen altas externalidades y representen un alto riesgo para la salud pública.

**ARTICULO 10. REGLAMENTACION DEL P-A-B.** Los contenidos y la forma de operación del Plan de Atención Básica serán definidos por el Gobierno Nacional en el Decreto reglamentario respectivo y en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan de Atención Básica.

### **CAPITULO III. DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

**ARTICULO 11. DE LA INTEGRALIDAD.** El Plan Obligatorio de Salud brindará atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica, en los diferentes niveles de complejidad establecidos en el presente Decreto.

Igualmente incluirá el reconocimiento de un subsidio económico por incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad en la forma como lo determine el Ministerio de Salud.

**ARTICULO 12. DE LA FACTIBILIDAD FINANCIERA.** La aplicación del Plan Obligatorio de Salud en sus diferentes fases y niveles de complejidad se desarrollará de acuerdo al equilibrio financiero del sistema y las condiciones de la economía del país, en las que se garantice la concordancia entre el costo de las actividades propuestas con su respectiva disponibilidad de recursos que aseguren su ejecución.

**ARTICULO 13. DE LOS CRITERIOS PARA LA ELABORACION DEL PLAN.** En el Plan Obligatorio de Salud, se privilegian el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención de mayor costo efectividad, orientados a la solución de las enfermedades de mayor importancia para las comunidades de acuerdo al perfil de morbimortalidad y a las condiciones de tecnología existentes en el país.

**ARTICULO 14. DE LA RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO AL SISTEMA.** Es obligación del afiliado y sus beneficiarios procurar el cuidado integral de su salud y

el de su comunidad, cumpliendo las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que prestan la atención en salud, de acuerdo a las definiciones hechas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos y en las guías de atención integral del Plan Obligatorio de Salud.

**ARTICULO 15. DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.** En concordancia con lo expuesto en los artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, más los que se describen a continuación:

- a) Cirugía estética o con fines de embellecimiento;
- b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos;
- c) Tratamientos para la infertilidad;
- d) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental;
- e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño;
- f) Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto. Se autoriza el suministro de lentes para anteojos una vez cada cinco años en los adultos y una vez cada año en los niños, para la corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón de la modificación del defecto padecido.
- g) Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica;
- h) Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad;
- i) Transplante de órganos. No se excluyen el transplante renal, de médula ósea, de corazón y el de córnea. Su realización estará sujeta a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías de Atención Integral;
- j) Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y sólo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez hecho el diagnóstico;

- k) Tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica;
- l) Tratamiento de várices con fines estéticos.
- m) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación . Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
- n) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- ñ) Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo manual.

**ARTICULO 16. LISTADO DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS.** Para garantizar la operatividad del plan obligatorio de salud se establece el MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS, que incluye todas las actividades, intervenciones y procedimientos organizados por niveles de complejidad, que permitan cumplir con lo dispuesto en el presente Decreto.

**PARAGRAFO.** El Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos. será revisado como mínimo una vez cada dos (2) años, o cuando a juicio del Ministerio de Salud así lo requiera, bien sea para agregar, modificar o suprimir actividades, intervenciones o procedimientos, para lo que será necesaria la aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**ARTICULO 17. ADOPCION DE GUIAS DE ATENCION INTEGRAL.** El Ministerio de Salud, adoptará las guías de atención integral comenzando por aquellas para el tratamiento de las enfermedades catastróficas o ruinosas, y para las enfermedades más prevalentes y de mayor costo - efectividad en su manejo.

**ARTICULO 18. CONDICIONES DE CALIDAD Y TECNOLOGIA.** Las actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención integral deberán ofrecerse en forma oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, de acuerdo a los estándares y condiciones medias de calidad aceptadas a nivel nacional, teniendo en cuenta el recurso humano, las tecnologías y la infraestructura de servicios más costo-efectivos disponibles en cada región, que se adecúen a las condiciones médicas del paciente, al pronóstico de la enfermedad y a las condiciones sociales, culturales y de la economía del país.

Podrá incluirse el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia.

**ARTICULO 19. CONDICIONES DE ACCESO.** Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, descritos en el presente Decreto, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de Remisión definido en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos de que trata el artículo 16 del presente Decreto. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia.

**ARTICULO 20. DE LA VIGENCIA DEL PLAN OFRECIDO POR UNA E-P-S.** Las condiciones para la prestación del Plan Obligatorio de Salud ofrecidas por una Entidad Promotora de Salud referentes a copagos, cuotas moderadoras y períodos mínimos de cotización así como todas las demás que se ofrezcan al afiliado, no podrán ser modificados antes de un (1) año contado a partir de la fecha de afiliación a la E.P.S.

**ARTICULO 21. NIVELES DE COMPLEJIDAD.** Para la prestación del plan obligatorio de salud se establecen cuatro (4) niveles de complejidad, definidos de acuerdo a la tecnología utilizada en la actividad, intervención o procedimiento, contenidos y descritos en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos ; sin que en ningún momento los niveles de complejidad sean excluyentes o restrictivos, siempre que cumplan las condiciones mínimas requeridas para cada servicio específico, los cuales podrán ser ofrecidos bajo las modalidades AMBULATORIA y con INTERNACION.

**ARTICULO 22. INCLUSION Y EXCLUSION DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION.** El Ministerio de Salud, con aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y previo estudio que tenga en cuenta las condiciones económicas del sistema, las tecnologías más apropiadas y adecuadas a nuestro medio, las frecuencias esperadas de utilización y el costo en relación con su efectividad, podrá incluir o excluir actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que sean de aceptación y probada eficacia por las asociaciones científicas a nivel mundial y nacional . Aquellos de carácter experimental o no aceptados por las asociaciones científicas a nivel mundial, deberán ceñirse a los protocolos aprobados para investigación biomédica, los que en ningún caso podrán ser financiados con cargo a la unidad de pago por capitación. Estas modificaciones deberán ser aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

#### **CAPITULO IV. LOS MEDICAMENTOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

**ARTICULO 23. MEDICAMENTOS.** El Plan Obligatorio de Salud contempla el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica, definidos en el MANUAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y TERAPEUTICA, el cual contiene la descripción del medicamento esencial, su nombre genérico y la presentación farmacológica. Igualmente el Ministerio de Salud, las Direcciones Departamentales y Locales de Salud, las E.P.S. y las I.P.S. podrán diseñar GUIAS

TERAPEUTICAS que orienten la formulación de medicamentos.

**PARAGRAFO 1o.** Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

**PARAGRAFO 2o.** Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

**PARAGRAFO 3o.** Para la operatividad del Manual de Medicamentos Esenciales y Terapéutica, se establecen los siguientes listados de medicamentos:.

a) Medicamentos para Programas Especiales que forman parte del Plan de Atención Básica y cuya provisión será gratuita para aquellas personas que no se encuentren afiliadas a una Entidad Promotora de Salud, y para toda la población en el caso de las vacunas contempladas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones P.A.I.

b) Medicamentos para el manejo de patologías crónicas, en las cuales los medicamentos son de un alto costo y exigen un manejo especializado, cuya provisión estará sujeta a normas definidas en las respectivas Guías de Atención Integral tales como, niveles de atención para su uso, condiciones de elegibilidad del paciente y personal profesional autorizado para su prescripción . Estos serán cubiertos por las Entidades Promotoras de Salud mediante un fondo o algún mecanismo de aseguramiento que defina el Ministerio de Salud.

c) Medicamentos de uso predominantemente ambulatorio.

d) Medicamentos de uso en pacientes sometidos a internación.

e) Medicamentos esenciales alternativos, cuyo uso estará sujeto a condiciones de hipersensibilidad del paciente, de resistencia a un medicamento esencial o cuando por razones sanitarias, de riesgo o conveniencia para la salud pública el Ministerio de Salud así lo definan, lo que requerirá del concepto y aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**PARAGRAFO 4o.** La prescripción de medicamentos estará sujeta a las siguientes normas:.

a) Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado para ello con estricta sujeción a lo dispuesto en el parágrafo anterior.

b) Toda prescripción deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello el nombre genérico.

c) Es obligación de quien prescribe el medicamento informar al paciente sobre su vía de administración, forma y condiciones de uso, posibles efectos secundarios y

riesgos, como también qué hacer cuando éstos se presenten.

d) Es obligación de quien provee el medicamento informar al paciente sobre las condiciones de prescripción, cómo reconstituirlos cuando así se requiera, cómo almacenarlos, cómo medir la dosis y cuándo desecharlos o destruirlos. Por ningún motivo podrá cambiar la concentración, la forma farmacéutica ni la cantidad prescrita.

e) Por ningún motivo se admitirán prescripciones de medicamentos no contemplados en los listados descritos en el párrafo anterior, salvo que el usuario lo solicite, la que deberá ser cubierta con cargo a sus recursos como parte de un Plan Complementario.

## **TITULO II. DE LAS CONDICIONES DE OPERACION DEL POS**

### **CAPITULO I. DEL INICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS Y DEL PERIODO DE PROTECCION LABORAL**

**ARTICULO 24. DEL INICIO DE LA ATENCION.** Una vez el trabajador y su familia se inscriban a una Entidad Promotora de Salud podrán recibir inmediatamente los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados cuatro (4) semanas después.

**ARTICULO 25. DEL PERIODO DE PROTECCION LABORAL.** Una vez finalizada la relación laboral o el aporte correspondiente a la cotización en salud, el trabajador y su familia gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por cuatro (4) semanas más contadas a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado como mínimo los seis (6) meses anteriores a la desvinculación a la misma E.P.S.

**PARAGRAFO 1o.** Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de hasta tres (3) meses.

**PARAGRAFO 2o.** Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en curso de tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito correrán por cuenta del usuario.

**PARAGRAFO 3o.** La atención del parto y sus complicaciones no está sujeta a períodos mínimos de cotización. No obstante, el derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad requerirá que la afiliada haya cotizado por un período mínimo de doce (12) semanas antes del parto.

## **CAPITULO II.** **PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION**

**ARTICULO 26. DE LOS PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION.** los criterios para definir los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son::

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

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

**PARAGRAFO 1o.** Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también el tratamiento inicial y la estabilización del paciente en caso de una urgencia.

**PARAGRAFO 2o.** Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización por alguna enfermedad presente al momento de la afiliación desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

**PARAGRAFO 3o.** Cuando se suspende la cotización al sistema por seis o más meses continuos, se pierde el derecho a la antigüedad acumulada para efectos de lo dispuesto en el presente Decreto.

## **CAPITULO III.** **DE LOS COPAGOS Y DE LAS CUOTAS MODERADORAS**

**ARTICULO 27. CLASIFICACION DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA LA APLICACION DE LOS COPAGOS Y LAS CUOTAS MODERADORAS.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

Para este efecto se clasificarán de la siguiente manera:

- a) Promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad.

- b) Consulta médica general y de otros profesionales de la salud.
- c) Consulta médica especializada.
- d) Diagnóstico por laboratorio clínico, rayos x, imagenología y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- e) Formulación de medicamentos ambulatorios.
- f) Actividades y procedimientos en odontología.
- g) Actividades y procedimientos médico-quirúrgicos ambulatorios y con internación.

**ARTICULO 28. CUOTAS MODERADORAS PARA EL TRABAJADOR COTIZANTE.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

De acuerdo a lo dispuesto en los artículos **49** y **63** del Decreto Ley 1298 de 1994, para las actividades, intervenciones y procedimientos descritos en el plan obligatorio de salud y clasificadas en el artículo **27** del presente Decreto, habrá lugar al cobro de CUOTAS MODERADORAS para el trabajador cotizante pero no de copagos.

**ARTICULO 29. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS PARA LOS BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR COTIZANTE.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

De acuerdo a lo dispuesto en los artículos **49** y **63** del Decreto Ley 1298 de 1994, para las actividades, intervenciones y procedimientos descritos en el plan obligatorio de salud y clasificadas en el artículo **27** del presente Decreto, las personas beneficiarias del trabajador cotizante podrán pagar CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS.

**PARAGRAFO.** Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y para los vinculados transitorios al sistema de seguridad social en salud, también podrá establecerse el cobro de cuotas moderadoras y copagos. Sus montos guardarán, con respecto al régimen contributivo la misma proporcionalidad que guardan sus respectivas U.P.C.

**ARTICULO 30. ACTIVIDADES SUJETAS AL COBRO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, previa recomendación del Ministerio de Salud basados en estudios de comportamiento de uso de servicios,

costos y situación financiera del sistema de seguridad social en salud, podrá ampliar o disminuir el rango y el monto de los cobros para las actividades, intervenciones y procedimientos sujetos a este efecto. En ningún caso se podrá suprimir TOTALMENTE el cobro cuotas moderadoras pero sí de los copagos, según criterios establecidos por cada E.P.S.

**PARAGRAFO 1o.** También podrá aplicarse cobro de cuotas moderadoras y copagos a las actividades, intervenciones y procedimientos contemplados en los planes complementarios, los que deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia de Salud.

**PARAGRAFO 2o.** En principio las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y las de prevención de la enfermedad, no estarán sujetas al cobro de cuotas moderadoras o copagos, salvo que el Ministerio de Salud disponga lo contrario y así lo apruebe el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**ARTICULO 31. CONDICIONES PARA LA EXENCION DEL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

Cuando al afiliado al sistema de seguridad social en salud cumpla con las recomendaciones y las frecuencias de utilización de servicios, definidas en las guías de atención integral, tendrá derecho a que no se le cobren las cuotas moderadoras.

**ARTICULO 32. CONDICIONES Y TOPES MAXIMOS PARA LA DISMINUNCION DEL MONTO DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

El valor a cobrar por concepto de cuotas moderadoras podrá disminuirse máximo hasta un cincuenta (50 %) por ciento de su valor inicial, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:.

- a) Lealtad y antigüedad en una Entidad Promotora de Salud: definida como años de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud, en la forma como se describe en el literal siguiente,.
- b) Cumplimiento de las recomendaciones y las frecuencias de utilización de servicios definidas en las guías de atención integral para el Plan Obligatorio de Salud, pudiéndose reducir en la forma que establezca la respectiva E.P.S., contados a partir del primer año de afiliación continua a la misma Entidad Promotora de Salud.

**PARAGRAFO.** El valor a cobrar o la exención total del pago por concepto de los copagos, quedará sujeto a los criterios que establezca cada E.P.S., sin que en

ningún caso se puedan exceder los topes máximos definidos en el presente Decreto, y siempre que se apliquen en forma general para todos los afiliados y a todas las actividades, intervenciones y procedimientos.

**ARTICULO 33. APLICACION DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS SEGUN CRITERIO DE ESTRATIFICACION SOCIOECONOMICA.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

El monto de los copagos y las cuotas moderadoras se determinará de acuerdo al estrato socioeconómico al que pertenezca el afiliado al sistema de Seguridad Social en Salud, para lo cual se empleará la estratificación utilizada por las empresas de servicios públicos, algún otro de los métodos que se tengan definidos para la categorización socioeconómica de la población o los utilizados en la focalización de subsidios en el régimen subsidiado ( Sistema de Selección de Beneficiarios SISBEN).

**ARTICULO 34. NO SIMULTANEIDAD DE LOS COBROS POR CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS.** En ningún caso podrá existir el cobro simultáneo de copago y cuota moderadora para una misma actividad, intervención o procedimiento.

**ARTICULO 35. DESTINACION DE LOS RECAUDOS POR CONCEPTO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

Los recaudos hechos por estos conceptos pertenecen a la Entidad Promotora de Salud quien tendrá libertad en su destinación.

**ARTICULO 36. CUOTAS MODERADORAS POR ACTIVIDAD-PROCEDIMIENTO-INTERVENCION Y ESTRATO SOCIOECONOMICO.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

Quedarán establecidas de la siguiente manera tomando como base la tarifa máxima definida para el sector oficial así::

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

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

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

Estratos 1, 2 y 3: 10%.

Estratos 4, 5 y 6: 20%.

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

Estratos 1, 2 y 3: 10%, aplicable al valor total de la fórmula sin que este sobrepase el 20% de un salario mínimo legal mensual vigente.

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

**ARTICULO 37. COPAGOS POR ACTIVIDAD-PROCEDIMIENTO-INTERVENCION Y ESTRATO SOCIOECONOMICO.** <NOTA DE VIGENCIA: Artículo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del artículo es el siguiente:>

Quedarán establecidos de la siguiente manera tomando como base las tarifas del sector oficial así:.

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

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

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

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

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

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

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

Estratos 1, 2 y 3: 10%, aplicable al valor de la actividad-procedimiento, sin que este sobrepase los dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Estratos 4.5 y 6: 20 %, aplicable al valor de la actividad procedimiento, sin que este sobrepase los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**ARTICULO 38. DEL ASEGURAMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTROFICAS.** Para garantizar la cobertura del riesgo económico derivado de la atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades de alto costo en su manejo, definidas como CATASTROFICAS o RUINOSAS en el Plan Obligatorio de Salud, la Entidad Promotora de Salud, deberá establecer algún mecanismo de aseguramiento.

**PARAGRAFO 1o.** Se clasifican como tratamiento para enfermedades catastróficas de alto costo en su manejo las que se señalan expresamente a continuación. El Ministerio de Salud podrá ampliar o reducir este listado:.

- a) Tratamiento con quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
- b) Transplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica.
- c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor.
- e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos por mas de cinco días.
- f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- g) Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- h) Reemplazos articulares.

**PARAGRAFO 2o.** <NOTA DE VIGENCIA: Parágrafo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del parágrafo es el siguiente:>

El Gobierno Nacional definirá la forma y condiciones para la operación del fondo de aseguramiento de enfermedades Catastróficas.

**PARAGRAFO 3o.** <NOTA DE VIGENCIA: Parágrafo derogado expresamente por el artículo 2o. del Decreto 1125 de 1996, publicado en el Diario Oficial No. 42.818 del 28 de junio de 1996. El texto original del parágrafo es el siguiente:>

El fondo de aseguramiento de enfermedades catastróficas cubrirá el valor de la atención para cada una de las patologías descritas con un tope máximo por evento año. Los gastos que superen este valor serán cubiertos por el usuario, lo que podrá hacerse como una modalidad de planes complementarios. Todo lo anterior se hará de la forma como lo regule el Gobierno Nacional.

## **CAPITULO IV. DE LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA EN SALUD**

**ARTICULO 39. DEFINICION.** Se entiende por Plan de Atención Complementaria en Salud el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, no contemplados dentro del plan obligatorio en salud, ofrecidos bajo la modalidad de un prepago, y cuya finalidad básica es ofrecer al afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, condiciones alternativas de comodidad, tecnología y hotelería.

**ARTICULO 40. DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS PARA OFRECER LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA EN SALUD.** Los Planes Complementarios de Salud podrán ser ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud o por cualquier otra entidad que desee hacerlo, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente exigibles para las Empresas de Medicina Prepagada.

**ARTICULO 41. DE LA FINANCIACION.** Los Planes de Atención Complementaria en Salud se financiarán exclusivamente y en su totalidad con recursos de los afiliados, distintos a los contemplados para la unidad de pago por capitación, los que se harán con arreglo a un prepago. Lo anterior sólo se aplica a los afiliados que voluntariamente opten por estos planes.

**PARAGRAFO.** Se entiende por prepago la modalidad de acceso a servicios de salud en la que su característica esencial es el acuerdo previo del tipo y las condiciones para su prestación, con diferentes modalidades de financiación.

**ARTICULO 42. DE LA OBLIGATORIEDAD DE AFILIACION AL SISTEMA EN SALUD PARA OPTAR POR UN PLAN COMPLEMENTARIO.** Ninguna empresa o entidad podrá prestar Planes Complementarios en Salud a personas que no estén cubiertas previamente por el Plan Obligatorio de Salud.

**ARTICULO 43. PERIODOS DE CARENCIA, COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.** Las entidades o empresas que ofrezcan Planes de Atención Complementaria podrán establecer para éstos, según su criterio, períodos de carencia o pactar períodos mínimos de afiliación para enfermedades de alto costo, cuotas moderadoras y copagos; condiciones que deberán establecerse previamente y quedar claramente definidas en los contratos y ser aprobados por la Superintendencia de Salud.

**ARTICULO 44. CONDICIONES PARA LA APROBACION Y PRESTACION DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS.** Los Planes de Atención Complementaria en salud, deberán someterse a la aprobación de la Superintendencia de Salud, los cuales se ajustarán a la normatividad vigente, a lo dispuesto en el Decreto Ley 1298 de 1994 y en sus respectivos Decretos reglamentarios, con sujeción además a los siguientes requisitos:.

- a) Nombre y contenido de la actividad, procedimiento o guía de atención que se aspira a ofrecer.
- b) Descripción de los riesgos previsibles potenciales para el paciente inherentes a lo ofrecido.

- c) Costo y forma de pago del plan.
- d) Descripción de los períodos de carencia, exclusiones, cuotas moderadoras y copagos.

**PARAGRAFO.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento solicitar información adicional o complementaria en relación con el contenido, condiciones y demás que considere necesarios, referente a los Planes de Atención Complementaria en Salud.

**ARTICULO 45. MEDICAMENTOS.** Se establece para el Sistema General de Seguridad Social en Salud el siguiente Manual de Medicamentos y Terapeutica, organizados de la forma como se define en el Artículo 23 del presente Decreto:

#### **MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA.**

##### **LISTADOS DE MEDICAMENTOS POR NOMENCLATURA Y NOMBRE.**

###### **LISTADO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

<b>Código</b>	<b>NOMBRE GENERICO</b>	<b>PRESENTACION.</b>
---------------	------------------------	----------------------

020000	ANTIGOTOSOS Y URICOSURICOS	
--------	----------------------------	--

02003	COLCHICINA	TABL 0.5 MG.
02001	ALOPURINOL	TABL X 100 MG.
02002	ALOPURINOL	TABL X 300 MG.

030000	ANTIHISTAMINICOS	
--------	------------------	--

03004	CLORFENIRAMINA	TAB 4 MG.
03005	CLORFENIRAMINA	TABL 12 MG.
03006	CLORFENIRAMINA	JARAB.

03037	LORATADINA	TB 10 MGR ALTERNATIVO.
03038	LORATADINA	JBE 100 MGR ALTERNATIVO.

040000	ANTIINFECCIOSOS	
--------	-----------------	--

041000	ANTIMICROBIANOS	
--------	-----------------	--

041013	QUINOLONAS Y OTROS	
--------	--------------------	--

04103	NITROFURANTOINA	CAP 100 MG.
04104	NITROFURANTOINA	CAP 50 MG.
04105	NORFLOXACINA	TABL 400 MG ALTERNATIVO.
04106	CIPROFLOXACINA	TAB 250 MG ALTERNATIVO.
04106	CIPROFLOXACINA	TAB 500 MG ALTERNATIVO.

041014 SULFONAMIDAS

04200	TRIMETOPRIN SULFA	JBE 40/200.
04202	TRIMETOPRIN SULFA	TABL 80/400.

041016 ANTISEPTICOS MICROBICIDA

04217	YODO POLIVINIL PIRROLIDO	SLN FCO 10%.
04219	SULFADIACINA DE PLATA	CREMA 1%.

041020 ANTIMICOTICOS

04136	CLOTRIMAZOL	CREMA 1% TUBO.
04138	CLOTRIMAZOL	SLN 1% FCO.
04146	KETOCONAZOL	TABL 200 MG C.
04149	NISTATINA	SUSP ORAL FCO 100000 U.
04150	NISTATINA	CREMA ALTERNATIVO.
04147	NISTATINA	GRAG 500.000 UI.
04148	GRISOFULVINA	TABS 500 MGS.
00000	FLUCONAZOL	CAP. 200 MG ALTERNATIVO.

041030 ANTIVIRALES

04227	ACYCLOVIR	TB 200 MGR.
00000	ACYCLOVIR	POLVO.

041100 ANTIBACTERIANOS

041111 ANTIBIOTICOS

04089	TETRACICLINA	CAP 250 MG.
04090	TETRACICLINA	CAP 500 MG.
04023	AMPICILINA	CAP TBS. 250 MG ALTERNATIVO.
04028	AMPICILINA	CAP TABL 500 MG ALTERNATIVO.
00000	AMPICILINA	AMP. 500 MG ALTERNATIVO.
04003	CLORANFENICOL	AMP 1 GR.
04004	CLORANFENICOL	CAP. 250 MGS.
04011	AMOXICILINA	CAP. TBS. 500 MG.
04012	AMOXICILINA	CAP. TBS. 250 MG.
04014	AMOXICILINA	SUSP 125 MG FCO.
04015	AMOXICILINA	SUSP 250 MG FCO.
04029	AMPICILINA	AMP 1GR ALTERNATIVO.
04030	AMPICILINA	SUSP 125 MG FCO ALTERNATIVO.
04033	AMPICILINA	SUSP 250 MG FCO ALTERNATIVO.
04077	PENICILINA BENZATINICA	AMP 1200.000 U.
04078	PENICILINA BENZATINICA	AMP 2400.000 U.
04035	CEFALEXINA	CAP 500 MG ALTERNATIVO.
04036	CEFALEXINA	JBE 125 MG FCO ALTERNATIVO.
04037	CEFALEXINA	CAP 250 MG ALTERNATIVO.
04039	CEFALEXINA	JBE 250 MG FCO ALTERNATIVO.

04043	CEFRADINA	AMP 1 GR ALTERNATIVO.
04044	CEFRADINA	CAP 500 MG ALTERNATIVO.
04083	PENICILINA	PROCAINICA AMP 400.000 U.
04084	PENICILINA	PROCAINICA AMP 800.000 U.
04053	DICLOXACILINA	CAP 250 MG.
04055	DICLOXACILINA	CAP 500 MG.
04048	DICLOXACILINA	SUSP 250 MG.
04051	DICLOXACILINA	SUSP 125 MG.
04067	ERITROMICINA	TABL CPS. 500 MG.
04068	ERITROMICINA	SUSP. ORAL 200, 250 MG.
04209	FURAZOLIDONA	JBE 50 MGR.
04210	FURAZOLIDONA	TABL 100 MG.
04069	GENTAMICINA	AMP 160 MG.
04070	GENTAMICINA	1 AMP 80 MG.
04072	GENTAMICINA	AMP 40 MG.
04073	GENTAMICINA	AMP 20 MG.
04079	PENICILINA G. SODICA CRISTALINA	AMP 1.000.000 U.
04080	PENICILINA G. SODICA CRISTALINA	AMP 5.000.000 U.
04085	PENICILINA FENOXIMETILICA	SUSP 250 MG.
04086	PENICILINA FENOXIMETILICA	TABL 250 MG.
04087	PENICILINA FENOXIMETILICA	TABL 500 MG.

042000 ANTIPARASITARIOS

042010 ANTIAMEBIANOS

04169	TECLOZAN	TABL 500 MG.
04158	METRONIDAZOL	SUSP 125 MG.
04159	METRONIDAZOL	SUSP 250 MG.
04160	METRONIDAZOL	TABL 250 MG.
04161	METRONIDAZOL	TABL 500 MG.
04162	METRONIDAZOL	OVULOS 500 MG.
04232	TINIDAZOL	TAB 500 MGR ALTERNATIVO.
00000	TINIDAZOL	SUSP. ORAL 20% ALTERNATIVO.
04163	DIYODOHIDROXIQUINOLEINA	TAB 650 MGS ALTERNATIVO.

042020 ANTIHELMINTICOS

04238	ALBENDAZOL	SUSP 2%.
04241	ALBENDAZOL	TB 200 MGR.
04175	MEBENDAZOL	JBE 2%.
04174	MEBENDAZOL	TABL 100 MG.
04185	PIRANTEL	CAP. TAB. 250 MG.
04186	PIRANTEL	SUSP 250 MGR.
04191	NICLOSAMIDA	TAB 500 MG.

042025 TENICIDA

04239	PRAZIQUANTEL	TB 150 MGR ALTERNATIVO.
-------	--------------	-------------------------

050000 ANTIINFLAMATORIOS  
052000 NO ESTEROIDES

05036	ACETAMINOFEN	GTS 10%.
05037	ACETAMINOFEN	JBE 3%.
05038	ACETAMINOFEN	TABL 500 MG.
05015	DICLOFENACO SODICO	AMP 75 MG ALTERNATIVO.
05003	ACIDO ACETIL SALICILICO	TABL 500 MG.
05004	ACIDO ACETIL SALICILICO	TABL 100 MG.
05010	DICLOFENACO SODICO	GRAG 50 MG ALTERNATIVO.
05029	IBUPROFENO	TAB.GRAG. 400 MG.
05027	INDOMETACINA	25 MG.

070000 CARDIOVASCULAR  
071000 ANTIANGINOSOS

07005	NIFEDIPINO	CAP 10 MG.
07080	VERAPAMILO	GR TABS. 40 MGR.
07001	ISOSORBIDE	TAB 5 MG.
07002	ISOSORBIDE	TABL 40 MG.
07003	ISOSORBIDE	TABL 10 MG.
07007	VERAPAMILO	GRA. TABL 120 MG.
07008	VERAPAMILO	GRA. TABL 80 MG.
07009	NITROGLICERINA	TABS 0.2 A 0.8 MGS

SUBLINGUA o MASTICABLES.

072000 ANTIARRITMICOS

07027	QUINIDINA	TABL 200 MG.
07028	PROPANOLOL	TABS 40 Y 80 MGS.

073000 ANTIHIPERTENSORES

07036	CAPTOPRIL	TABL 25 MG ALTERNATIVO.
07037	CAPTOPRIL	TABL 50 MG ALTERNATIVO.
07047	PROPANOLOL	TABL 40 MG.
07048	PROPANOLOL	TABL 80 MG.
07050	METOPROLOL	TABS 50 Y 100 MGS

ALTERNATIVO.

07051	PRAZOSINA	TABS 1 MG. ALTERNATIVO.
-------	-----------	-------------------------

074000 INOTROPICOS

07051	DIGOXINA	AMP 0.25 MG.
07052	DIGOXINA	GTS FCO X 0.075 %.
07053	DIGOXINA	TABL 0.25 MGR.
00000	BETAMETIL DIGOXINA	AMP. 0.01%.

075000 DIURETICOS

07054	ESPIRINOLACTONA	TABL 25 MG ALTERNATIVO.
07055	ESPIRINOLACTONA	TABL 100 MG ALTERNATIVO.
07056	FUROSEMIDA	TABL 40 MG.
07057	FUROSEMIDA	AMP 20 MG.
07058	HIDROCLOROTIAZIDA	TABL 25 MG.
07059	HIDROCLOROTIAZIDA	TABL 50 MG.

076000 VASODILATADORES

07063	DIHIDROERGOTOXINA	TAB. CAP. 4.5MG ALTERNATIVO.
07064	DIHIDROERGOTOXINA	GTS 0.1% ALTERNATIVO.

078000 PATALOGIA VENOSA

07074	HIDROCORTISONA CON O SIN ANESTESICO LOCAL SUPOSI. UNGUEN.	ALTERNATIVO.
-------	--	--------------

080000	GASTROINTESTINAL Y METABOLISMO	
081000	GASTROINTESTINAL	

081010 ANTIACIDOS

08005	HIDROXIDO AL, MG +CIMETICO	LIQUIDO.
08001	HIDROXIDO AL, MG +CIMETICO	TAB.
08088	HIDROXIDO ALUMINIO	FCO 6%.
08089	HIDROXIDO ALUMINIO	TAB 234 MGS.

081030 ANTIEMETICOS

08026	METOCLOPRAMIDA	AMP 10 MG.
08029	METOCLOPRAMIDA	GTS FCO 4 MGR X ML.
08030	METOCLOPRAMIDA	JBE FCO 5 MGR.
08031	METOCLOPRAMIDA	TABL 10 MGR.

081040 ANTIESPASMODICOS

08034	HIOSCINA BUTIL BROMURO	AMP 20 MGR X ML.
08038	HIOSCINA BUTIL BROMURO	GRAG 10 MGR.
08035	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA	AMP 20 MG/2.5 GR.
08036	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA	TABL 20 MG.
08037	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA	GTS 10/500.
08041	HIOSCINA BUTIL BROMURO	GTS 6.6/333.

081050 ENFERMEDADES ACIDO PEPTICAS (ANTIACIDOS ANTI H2)

08050	RANITIDINA	TABL 150 MG.
08049	RANITIDINA	AMP 1%.
08102	RANITIDINA	TB 300 MGR.
08103	PIRENZEPINA	TBS 25 Y 50 MGS ALTERNATIVO.
08104	PIRENZEPINA	AMP 10 MGS ALTERNATIVO.

081070 LAXANTES

08059	ACEITE DE RICINO	FCO.
00000	BISACIDILO	GRAG. 5 MGS.

082030 HIPOGLICEMIANTES ORALES E INSULINAS

08071	GLIBENCLAMIDA COMP	TB 5 MGR.
08074	INSULINA ZINC CRISTALINA 80,	100 U/ML.
08075	INSULINA NPH 80,	100 U ML.
08073	TOLBUTAMIDA	COMP 0.5 GR.

082040 HIPOLIPEMIANTES

08078	GEMFIBROZIL	TABL 600 MG.
08080	COLESTIRAMINA	POLVO 4 GR.

082050 METABOLISMO DE CALCIO

08083	SODIO FLUORURO	GRAGEAS TB 40 MG.
08083	CARBONATO DE CALCIO	TABL 600 MG.

090000 HORMONAS Y REGULADORES HORMONALES  
091000 HORMONAS

091020 ANDROGENOS

091021	TESTOSTERONA ESTER	AMP 250 MG./ML.
--------	--------------------	-----------------

091040 CORTICOSTEROIDES SISTEMICOS

09014	BETAMETASONA	AMP 4 MG.
09015	BETAMETASONA	AMP 8 MG.
09024	DEXAMETASONA	AMP 8 MG ALTERNATIVO.
09032	PREDNISOLONA	TABL 5, 50 MG.
09033	BETAMETASONA FOSFATO+.	

BETAMETASONA ACETATO AMP 3+3 MGS ALTERNA.

091050 ESTIMULANTES DE LA OVULACION

091051	CLOMIFENO	TABS 50 MGS ALTERNATIVO.
--------	-----------	--------------------------

091060 ESTROGENOS

09035	ESTROGENOS CONJUGADOS	GRAG 0.625.
09036	ESTROGENOS CONJUGADOS	GRAG 1.25 C.
09037	ESTROGENOS CONJUGADOS	CREMA VAGINAL.
00000	ESTROGENOS CONJUGADOS	POLVO INYEC.

091080 PROGESTAGENOS

09051	MEDROXI-PROGESTERONA	AMP 50 MG.
09067	ACETATO DE MEDROXIDROPROG	10 MG.
09068	MEDROXIDROPROGESTERONA	TBL 2.5 MG.
09064	ACETATO MEDROXIDROPROGEST	5 MG.
09065	HIDROXIPROGESTERONA	AMP 25 %.

091090 TIROIDES ANTITIROIDES

09053	LEVOTIROXINA+LIOTIRONINA	TABL 2 MG ALTERNATIVO.
09055	TIROGLOBULINA	TABL 65 MG.
09054	METIMAZOL	TABL TB 5MGR.
00000	LEVOTIROXINA	TAB. 50, 100 MCGS.

000000 OTROS

10015	VASOPRESINA	SUS. INY. EN ACEITE 5 U./ML.
-------	-------------	------------------------------

092000 REGULADORES HORMONALES

092001	BROMOCRIPTINA	TABS 2.5 MGS ALTERNATIVO.
092002	DANAZOL	CAPS 200 MGS ALTERNATIVO.

093000 OXITOCICOS

093001	ERGOMETRINA MALEATO	TABS 0.2 MGS.
--------	---------------------	---------------

100000 LIQUIDOS Y ELECTROLITOS

10019	GLUCONATO DE POTASIO 4,	68/15 CC.
10013	GLUCONATO DE CALCIO	AMP 10%.
10016	SALES REHIDRATANTES	SOBRES FORMULA OMS.
10011	SODIO CLORURO SOLUCIONES.	
	ELECTROLITICAS 0.9%	FCO.

110000 ORGANOS DE LOS SENTIDOS

112010 ANTIMICROBIANOS

11015	COLISTINA + CORTICOIDE +NEOMICINA	SLN OTICA FCO.
11020	POLIMIX-NEOMIC	SLN OFTAL. GTS.
11026	GENTAMICINA	GTS OFTALM. 3 MGR.

11027 GENTAMICINA UNGUENTO 3 MG TUBO.  
11024 CLORAMFENICOL GTS 0.25%.  
00000 CLORANFENICOL UNG. OFTAL. 1%.

113050 ANTIVIRALES

11039 ACICLOVIR TUBO AL 3%.  
11041 IDOXURIDINA OFT SLN 0.1% FCO.

113060 BLOQUEADORES BETA

11043 TIMOLOL MALEATO SLN 0.5%.  
11042 TIMOLOL MALEATO SLN 0.25%.

113070 CORTICOIDES

11048 PREDNISOLONA+NEOMICINA+PM SLN OFT 0.5/0.5.  
11054 FLUOROMETALONA GTS 0.1%.  
11057 PREDNISOLONA SUSP. OFTAL 0.5%.  
11058 PREDNISOLONA+FENILEFRINA 1%+ 0.12% SOL. OFTAL.

113090 INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBONICA

113091 ACETAZOLAMIDA TABS 250 MGS.

113100 MIDRIATICOS

11064 ATROPINA 0.5% .  
11065 ATROPINA 1 % F.  
11066 TROPICAMIDA SLN OFTAL 1%.

113110 MIOTICOS

13111 PILOCARPINA SLN OFTAL. 1.2 Y 4 %.

113130 ANESTESICOS DE SUPERFICIE

113131 TETRACAINA SLN OFTAL. 0.5 %.

120000 PIEL Y MUCOSA

121000 MEDICACION DERMATOLOGICA

121010 ANESTESICOS DE SUPERFICIE

07015 LIDOCAINA 1%.  
07016 LIDOCAINA 2% CON EPINEF.  
07019 LIDOCAINA 2%.  
07023 LIDOCAINA 5% PESADA.  
07025 LIDOCAINA JALEA 2%.

00000 LIDOCAINA UNG. 5%.  
07018 LIDOCAINA 2% CON EPINEF CARPUL.

121040 ANTIPARASITARIOS EXTERNOS

12034 BENZOATO DE BENCILO AL 25%.  
12035 CROTAMITON CREMA AL 10% ALTERNATIVO.  
12036 CROTAMITON LOCION AL 10% ALTERNATIVO.  
12038 HEXACLORURO GAMABENCENO CREMA POTE 2%.

121070 CORTICOSTEROIDES

12167 HIDROCORTISONA CREMA AL 1%.  
12170 HIDROCORTISONA LOCION 0.5%.  
12171 CORTICOIDE +QUINOLEINA HALOGENADA UNG 3%.

121100 QUERATOLITICOS

12123 AC RETINOICO CREM 0.025% ALTERNATIVO.  
12125 AC RETINOICO LOCION AL 0.05% ALTERNATIVO.

121110 VARIOS

11074 PODOFILINA SLN 20%.  
11075 FLUORACILO UNG 5%.

122000 TERAPIA VAGINAL

12187 ESTROGENOS CONJUGADOS 0.625 MGR TUBO.  
04132 CLOTRIMAZOL OVULOS VAG. 100 MG.  
04137 CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1% TUBO.  
04148 NISTATINA OVULOS 100.000 U.

ALTERNATIVO.

130000 RELAJANTES MUSCULARES

113002 METOCARBAMOL TABL 750 MG.

140000 RESPIRATORIO

141000 ANTITUSIGENOS

14021 DIHIDROCODEINA GTS 11 MG ALTERNATIVO.  
14022 DIHIDROCODEINA JBE 2.42 MGR ALTERNATIVO.

142000 BRONCO DILATADORES

14024 AMINOFILINA AMP 240 MG.  
14025 AMINOFILINA TAB. 100 MG.

14063	TERBUTALINA	JBE 0.3 MG.
14064	TERBUTALINA	TABL 2.5 MG.
14067	TERBUTALINA	AMP 0.5 MG.
14068	TERBUTALINA	SLN NEBULIZACION 10 MGR.
14045	TEOFILINA	JBE 80 MGR.
14026	TEOFILINA	TBL 300 MG.
14034	SALBUTAMOL	JBE 2 MG.
14035	SALBUTAMOL	TABL 2 MGR.
14062	TEOFILINA RETARD	CAP 125 MGR ALTERNATIVO.
14027	SALBUTAMOL	TABL 4 MG.
14028	SALBUTAMOL	AMP 500MC GR.
14031	SALBUTAMOL	SLN NEBU 10ML 0.5%.
14032	IPRATROPIA	AEROSOL 0.002% ALTERNATIVO.

146000 PROFILAXIS ALERGIAS

14107	KETOTIFENO	TAB. 1 MGR ALTERNATIVO.
14108	KETOTIFENO	JBE 1 MGR ALTERNATIVO.

147000 INHALADORES

14103	BECLOMETASONA	SLN PARA INHALAR.
14104	CROMOGLICATO DE SODIO	SLN PARA INHALAR
	ALTERNATIVO	

150000 SANGRE

152000 ANTIANEMICOS

15006	ACIDO FOLICO	TABL 1 MG.
15007	ACIDO FOLICO	AMP 1 MG.
15020	SULFATO FERROSO	GTS 2, 2.5% FCO.
15021	SULFATO FERROSO	TAB., GRAG. 100, 300MG.
15022	HIERRO PARENTERAL	AMPOLLAS ALTERNATIVO.
15024	HIDROXICOBALAMINA	AMP 1 MG.

153000 ANTICOAGULANTES

15010	WARFARINA	TABL 5 MG.
-------	-----------	------------

160000 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO

161000 ANALGESICOS NARCOTICOS

16002	MORFINA	AMP.
16005	TRAMADOL	AMP 50 MGR ALTERNATIVO.
16170	TRAMADOL	AMP 100 MGR ALTERNATIVO.
16129	TRAMADOL	FCO 100 MGR SLN ORAL

ALTERNATIVO.

16130	DIHIDROMORFINONA	TABS 2.5 MGS.
16131	DIHIDROMORFINONA	AMP 2 MGS /ML.
16132	CODEINA	CAPS O TABS 20 Y 40 MGS.
16133	MEPERIDINA	AMP 100 MGS.
16134	ASA+CODEINA U OXICODONA	GRAG O CAPS.

#### 162000 ANALGESICOS NO NARCOTICOS

16142	DIPIRONA	TB 500 MGR.
16143	DIPIRONA	JARABE 150 MGR.
16147	ASA	TB 500 MGR.
16021	DIPIRONA	AMP 1 GR.
16144	ASA	COMP 100 MGR.
16135	ACETAMINOFEN	GOTAS 100 MGR.
16136	ACETAMINOFEN	JARABE 10%.
16137	ACETAMINOFEN	TB 500 MGR.

#### 164000 ANTICONVULSIVANTES

16030	CARBAMAZEPINA	COMP 200 MG.
16051	ACIDO VALPROICO	CAP 250 MG.
16052	ACIDO VALPROICO	JBE 250 MG/5 ML.
16045	FENITOINA	CAP 100 MG.
16046	FENITOINA	LIQ 125 MGR.
16047	FENITOINA	AMP 250 MG.
16049	FENOBARBITAL	TAB 100 MG.
16037	CLONAZEPAM	TABL 2 MG.
16039	CLONAZEPAM	GTS 2.5 MG F.
16040	CLONAZEPAM	TABL 0.5 MG.
16036	CARBAMAZEPINA	SUSP 2%.
16037	ETOSUXIMIDA	CAPS Y JARABE 250 MGS.
16038	PRIMIDONA	TABS 250 MGS.

#### 165000 ANTIDEPRESIVOS

16060	AMITRIPTILINA	TABL 10 MG .
16061	AMITRIPTILINA	TABL 25 MG.
16062	TRANILCIPROMINA	TABS 25 MGS ALTERNATIVO.
16063	TRAZODONA	TABS,
		AMP 50 MGS ALTERNATIVO.
16064	IMIPRAMINA	GRAG. 10 Y 25 MGS.
00000	PIPOTIAZINA	AMP. 2.5%.

#### 166000 ANTIMIGRAÑOSOS

16072	ERGOTAMINA+CAFEINA	TAB. 1/100 MGR.
16074	PROPANOLOL	TAB 40 MG.
16075	PROPANOLOL	TAB 80 MG.

#### 167000 ANTIMANIACOS

16160	CARBONATO DE LITIO	CAPS 300 MG.
168000 ANTIPARKINSONIANOS		
168001	AMANTADINA	CAPS,
		TAB. 100 MGS ALTERNATIVO.
168002	BIPERIDENO	AMP 5 MGS Y TABS 2 MGS.
168003	LEVODOPA+CARBIDOPA	TABS 250+25 MGS.
168004	TRIHEXIFENIDILO	TABS 2 MGS ALTERNATIVO.
16A000	NEUROLEPTICOS ANTISICOTICOS O TRANQUILIZANTES MAYORES	
16094	FLUFENAZINA	GRAGEAS 1 MG.
16104	TIORIDAZINA	GRAG 25 MG.
16103	TIORIDAZINA	GRAG 200 MG.
16105	TIORIDAZINA	GRAG 50 MG.
16106	TIORIDAZINA 25 MG/5 ML	FCO.
16098	LEVOMEPPROMACINA	COMP 100 MG ALTERNA.
16100	LEVOMEPPROMACINA	COMP 25 MG.,
		SLN.
	INY 2.5% ALTERNA.	
16101	LEVOMEPPROMACINA	GTS 4% ALTERNA.
16102	CLORPROMAZINA	AMP 25 Y 50 MGS.
		TABS 25, 100 MGS.
	SLN 4%.	
16107	HALOPERIDOL	TABS 5 Y 10 MGS.
		AMP 5 MGS.
	SLN ORAL 0.2%.	
16B000	SEDANTES HIPNOTICOS Y ANSiolITICOS	
16B010	SEDANTES HIPNOTICOS	
16112	DIAZEPAM	AMP 10 MG.
00000	DIAZEPAN	TAB. 5, 10 MGS. ALTERNATIVO.
00000	LORAZEPAN	TA. 1, 2 MGS. ALTERNATIVO.
		170000 VITAMINAS Y MINERALES
17026	VITAMINA A	GRAGEAS 50.000 UI.
17009	TIAMINA	AMP 100 MG.
17010	TIAMINA	TABL 300 MG.
17011	ACIDO ASCORBICO	SLN 10% TABS 500 MGS.
17012	PIRIDOXINA	TABS 50, 100 MGS.
17013	VITAMINA D	SLN ORAL 20000 U./ML.

**LISTADO DE MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES  
PLAN BASICO**

**041012 LEPROSTATICOS**

04091	RIFAMPICINA	CAPS 300 MG, JAR.2%.
04092	CLOFAZIMINA	CAPS 100 MG.
04093	DAPSONA	TABS 100 MG.
04094	TALIDOMIDA	TABS.

**041015 TUBERCULOSTATICOS**

04122	ESTREPTOMICINA	AMP 1000 MG.
04123	ESTREPTOMICINA	AMP 500 MG.
04124	ESTREPTOMICINA	AMP 250 MG.
04125	ESTREPTOMICINA	AMP 1500 MG.
04127	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	GRAGEAS 300 MG.
04128	ETAMBUTOL	TABS 400 MGS.
04129	ETIONAMIDA	TABS 250 MGS.
04130	ISONIAZIDA	TABS 100 MGS.
04131	ISONIAZIDA	TABS 300 MGS.
04132	TIOACETAZONA+ISONIAZIDA	TABS 150 MGS+300 MGS.
04134	PIRAZINAMIDA	TABS 500 MGS.

**042030 ANTIPALUDICOS**

04190	CLOROQUINA	AMP 40 MG.
04191	CLOROQUINA	TABL 250 MG.
04198	PIRIMITAMINA + SULFA	TABL 25/500.
04199	PIRIMITAMINA + SULFA	SUSP FCO 25/500.
04240	PRIMAQUINA	TB 15 MGR.
04192	CLOROQUINA	AMP 100 MGR.
04193	CLOROQUINA	AMP 700 MG.
04194	CLOROQUINA	JBE FCO 41.5 MGR.
04196	PIRIMETAMINA	TABS 25 MGS.
04197	DICLORHIDRATO O. CLORHIDRATO DE QUININA	AMP. 5% 100 ML 2 ML.
00000	DEHIDROEMETINA	AMP.300, 600 MGS 2 ML.
00000	SULFATO DE QUININA	CAPS 200, 300, 650 MGS.

**000000 LEISHMANIASIS**

0000	MEGLUMINA ANTIMONIATO	AMP 30% 1.5 GRS.
0000	NIFURTIMOX	TABS 120 MGS.

**000000 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

0000 NORESTISTERONA+ETINILESTRADIOL

1 MG+50 MCG GRAG.

0000	LEVO NORGESTREL+ETINILESTRADIOL 0.15 A 0.25 MG+30 A 50 MCGS	GRAG.
	000000 INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	
0000	TRIMETOPRIN SULFA	SUSP. 40 MGS+200 MGS.
	000000 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	
0000	SALES DE REHIDRATACION ORAL	SOBRES.
	000000 SALUD ORAL	
0000	SODIO FLUORURO ACIDULADO.	
	000000 VACUNAS	
0000	TOXOIDE DIFTERICO.	
0000	TOXOIDE TETANICO.	
0000	VACUNA ANTIAMARILICA.	
0000	VACUNA ANTIHEPATITICA B.	
0000	VACUNA ANTIPAROTIDITIS.	
0000	VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA.	
0000	VACUNA ANTIRRABICA.	
0000	VACUNA ANTIRUBEOLA.	
0000	VACUNA ANTISARAMPION.	
0000	VACUNA B.C.G.	
0000	VACUNA D.P.T.	
	000000 SUEROS	
0000	SUERO ANTIGANGRENOSO.	
0000	SUERO ANTIOFIDICO MONOVALENTE.	
0000	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE.	
0000	SUERO ANTIRRABICO.	
0000	ANTITOXINA TETANICA Y DIFTERICA.	

**LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA USO ESPECIALIZADO GRUPO DE  
RIESGOS  
CATASTROFICOS**

	060000 ANTINEOPLASICOS	
06023	"5' FLUOROURACILO	AMPOLLAS 500 MG.
06003	MELPHALAN	TABLETAS 2 MG.
06006	BLEOMICINA	AMPOLLAS 15 U.I.
06017	CICLOFOSFAMIDA	TABLETAS 50 MG.
06018	CICLOFOSFAMIDA	AMPOLLAS 500 MG.
06019	CICLOFOSFAMIDA	AMPOLLAS 1 GR.

06027	AZATIOPRINA	TABLETAS 50 MG.
06031	ASPARAGINASE	AMPOLLAS 10.000 UDS.
06033	THIOGUANINE	TABLETAS 40 MG.
06035	CLORAMBUCILE	TABLETAS 5 MG.
06037	PROCARBAZINE	CAPSULAS 50 MG.
06039	METOTREXATE	TABLETAS 2.5 MG.
06040	METOTREXATE	AMPOLLAS 5 MG.
06041	METOTREXATE	AMPOLLAS 50 MG.
06042	METOTREXATE	AMPOLLAS 500 MG.
06046	BUSULFAN	TABLETAS 2 MG.FCO X 100.
06047	TAMOXIFENO	TABLETAS 10 MG.
06048	TAMOXIFENO	TABLETAS 20 MG.
06049	VINCRISTINA	AMPOLLAS 1 MG.
06054	MERCAPTOPURINA	TABLETAS 50 MG. FCO X 25.
06062	VINBLASTINA	AMPOLLAS 10 MG.
06063	CARBOPLATINO	AMPOLLAS 450 MGS.
06064	CISPLATINO	AMPOLLAS 50 MGS.
06065	CITARABINA	AMPOLLAS 500 MGS.
06066	DACARBAZINA	AMPOLLAS 200 MGS.
06067	DOXORUBICINA	AMPOLLAS 10 MGS.
06068	ETOPOSIDO	AMPOLLAS 2%.

#### 000000 INMUNOMODULADORES

00000	LEVAMISOL	TABLETAS 150 MGS.
-------	-----------	-------------------

#### 000000 SIDA

00000	TRIMETOPRIN SULFAMETOXAZOL	AMP. 160 MG+800 MG.
00000	PENTAMIDINA ISETIONATO	AMP. 200 MG.

SLN. PARA NEBULIZA. 5, 10 %.

#### 000000 TRANSPLANTE DE ORGANOS

00000	CICLOSPORINA	CAP. 25, 100 MGS.
-------	--------------	-------------------

AMP. 100 MG/ML.

AMP. BEBIBLE 50 ML.

00000	CALCITRIOL	CAP. 0.25 Y 0.5 MCGRS.
-------	------------	------------------------

#### 000000 DIALISIS

00000	SOLUCIONES PARA DIALISIS PERITONEAL.
-------	--------------------------------------

00000	SOLUCIONES PARA HEMODIALISIS.
-------	-------------------------------

00000	RESINAS INTERCAMBIADORAS DE POTASIO.(SODIO POLIESTIRENO SULFONATO.
-------	--

POLVO Y SUSPENSION.).

000000 CUIDADOS INTENSIVOS

00000	HEPARINA	AMP 5000 U.I.
00000	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	AMP 20, 40 MGS 2500,
		5000 U.I.
00000	ESTREPTOQUINASA	AMP 750000 A 1500000 U.I.
00000	DOXOPRAM	AMP 400 MGS.
00000	DOBUTAMINA	AMP 250 MGS.
00000	NITROGLICERINA	AMP 50 MG / 10 ML.
00000	AMPICILINA +SULBACTAM	AMP 1+0.5 Y 1 G.
00000	IMIPENEM+CILASTATINA	AMP 250 Y 500 MGS.
00000	AZTREONAM	AMP 0.5 Y 1 G.
00000	CIPROFLOXACINA	AMP 100 MGS.
00000	FLUCONAZOL	AMP 200 MGS.
00000	VANCOMICINA	AMP 500 MGS.
00000	METILPREDNISOLONA SUCCINATO	AMP 500 MGS.

**LISTADO DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

000000 AGENTES DE DIAGNOSTICO

00000	SULFATO DE BARIO	POLVO 150 G.
00000	METRIZAMIDA	AMP. 3.75 Y 6.75 G.
00000	SODIO AMIDOTRIZOATO	AMP 50 Y 75 %.
00000	SODIO YOPODATO	CAP 500 MGS.
00000	YODAMIDA MEGLUMINICA	AMP 26 Y 65 %.
00000	FLUORESCEINA	SLN OFT 2% .TIRAS.
99999	IOHEXOL 180,	300 MGS.
99999	MEGLUMINA DIATRIZOATO 60%.	
99999	SODIO DIATRIZOATO+	

MEGLUMINA DIATRIZOATO 10+66% AMP. Y SLN ORAL.

000000 ANESTESIA

00000	DROPERIDOL+FENTANILO	0.25+0.005 % 5 MG+0.1 MG
AMP.		
00000	ENFLURANO	FRASCO.
00000	HALOTANO	FRASCO.
00000	KETAMINA	AMP 200 Y 500 MGS.
00000	ISOFLURANE	SUSTANCIA PURA.
00000	TIOPENTAL SODICO	AMP 1 Y 5 GRS.
00000	TUBOCURARINA	AMP 0.3%.
00000	PANCURONIO BROMURO 0.2%	AMP 4 MGS/2ML.
00000	VECURONIO	AMP 4 MGS. ALTERNATIVO.
00000	SUCCINILCOLINA	AMP 1000 MGS.
00000	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO	AMP 100 MGS.

00000 FLUNITRAZEPAM AMP 2 MGS.

000000 CARDIOVASCULAR

00000	LIDOCAINA	AMP 2%.
00000	AMIODARONA	AMP 150 MG/ML ALTERNATIVO.
00000	PROCAINAMIDA	AMP 10% 1GR/ML.
00000	PROPANOLOL	AMP 1MG /ML.
00000	VERAPAMILA	AMP 5MG/2ML.
00000	ATROFINA SULFATO	AMP 1 MG.
00000	DIAZOXIDO	AMP 300 MG/20 ML.
00000	HEPARINA	AMP.1.000 U.I.
00000	DOPAMINA	AMP 40 MG/ML.
00000	SODIO NITROPRUSIATO	AMP 50 MGS.
00000	EPINEFRINA	AMP 1 MG/ML.

000000 AMINOACIDOS

00000 AMINOACIDOS ESENCIALES CON Y

SIN ELECTROLITOS.	SLN PARENTERAL.
00000 AMINOACIDOS ESENCIALES CON Y	

SIN ELECTROLITOS	SLN ORAL.
------------------	-----------

000000 OCITOCICOS

00000	ERGONOVINA MALEATO	AMP 0.2 MGS.
00000	OXITOCINA	AMP 5 Y 10 U.I.

000000 GAMMA GLOBULINAS

00000 GAMMA GLOBULINA ANTI RH AMP.

000000 TOXICOLOGIA

00000	NITRITO DE SODIO	AMP PARA INHALACION 0.5 ML.
00000	ATROFINA SULFATO	AMP 1 MG.
00000	ACIDO ASCORBICO	AMP 500 MG.
00000	AZUL DE METILENO	AMP 1%.
00000	GLUCONATO DE CALCIO	AMP 10% Y

GEL MAGISTRAL 2.5%.

00000	CARBON ACTIVADO	POLVO.
00000	DIMERCAPROL	AMP 10%.
00000	DOXAPRAMO CLORHIDRATO	AMP 2%.
00000	E.D.T.A. CALCIO	AMP 20%.
00000	FENTOLAMINA	AMP 5 MGS.
00000	IPECACUANA	JARABE 5% 250 MG.
00000	METADONA	TAB. 5 Y 10 MGS.

00000	NALOXONA	AMP 0.4 MG/ML.
00000	OBIDOXIMA CLORURO	AMP 25%.
00000	PENICILAMINA	CAP 250 MGS.
00000	PRALIDOXINA	AMP 5%.
00000	HIPOSULFITO DE SODIO	AMP.
00000	N ACETILCISTEINA	AMP 300 MGS.
00000	DEFEROXAMINA	AMP 500 MGS.
00000	FISOSTIGMINA	AMP 1MG/ML.
00000	ALCOHOL ETILICO	AMP.

**<NOTA DE VIGENCIA: Los siguientes medicamentos, hasta la siguiente  
NOTA DE  
VIGENCIA, no aparecen en la publicación oficial contenida en el Diario  
Oficial No. 41.478 del 5 de agosto de 1994:>**

000000 LAXANTES

00000	ACEITE DE RICINO	SLN.
00000	GLICERINA	SUPOSITORIOS.

000000 GONADOTROFINAS

00000	GONADOTROFINA CORIONICA	AMP 1000 Y 5000 U.I.
-------	-------------------------	----------------------

000000 TROMBOLITICOS

00000	ESTREPTOQUINASA	AMP 750000 Y 1500000.
-------	-----------------	-----------------------

000000 INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

00000	NEOSTIGMINA BROMURO	AMP 0.5 MG/ML.
-------	---------------------	----------------

000000 DIURETICOS

00000	MANNITOL	AMP 10 Y 20 %.
-------	----------	----------------

000000 RADIOISOTOPOS

SE INCLUYEN EL YODO RADIACTIVO, COBALTO Y TECNECIO 99.

000000 ANTIINFECCIOSOS

00000	AMIKACINA	AMP 500 Y
		100 MGS ALTERNATIVO.
00000	TICARCILINA	AMP 3 Y 6 GRS ALTERNATIVO.
00000	OXACILINA	AMP 1 GR. ALTERNATIVO.
00000	CEFTRIAXONA	AMP 0.5 Y 1 GR. ALTERNATIVO.
00000	ANFOTERICINA B	AMP 50 MGS.
00000	METRONIDAZOL	AMP 500MGS/100ML Y 1 GR.

00000 CLINDAMICINA AMP 150 MGS /ML.

**<NOTA DE VIGENCIA: Hasta acá los medicamentos que no aparecen en la publicación oficial contenida en el Diario Oficial No. 41.478 del 5 de agosto de 1994.>**

000000 BRONCODILATADORES

00000 AMINOFILINA AMP 2.4%.

000000 LIQUIDOS Y ELECTROLITOS

00000 DEXTROSA 5 Y 10% FRASCO O BOLSA EN AGUA  
DEST.

33% FRASCO O BOLSA EN AGUA.

DESTILADA.

00000 DEXTROSA +SODIO CLORURO 5%+0.9% BOLSA.  
00000 GLUCONATO DE CALCIO AMP 10%.  
00000 HARTMANN SLN FCO O BOLSA.  
00000 POTASIO CLORURO AMP 2 MEQ/ML.  
00000 RINGER SLN FCO O BOLSA.  
00000 SODIO BICARBONATO AMP 1 MEQ /ML.  
00000 SODIO CLURURO 0.9% FCO O BOLSA.  
00000 SODIO CLORURO 2 MEQ /ML.  
00000 SODIO LACTATO AMP 1/6 Y 2 MOLAR.  
00000 AGUA ESTERIL AMP 1, 2, 5, 10 ML.

000000 ENZIMAS PROTEOLITICAS

00000 ALFAQUIMIOTRIPSINA 750 U.I. SLN INY. OFT.

00000 COAGULANTES Y HEMOSTASICOS

00000 FACTOR ANTIHEMOFILICO 100 UDS DE .

    FACTOR VIII HUMANO POLVO.  
00000 PROTAMINA SULFATO AMP 50 MGS.  
00000 TRANEXAMICO ACIDO AMP Y TABS DE 500 MGS.  
99999 VITAMINA K AMP. 1 %.

00000 DERIVADOS DE LA SANGRE HUMANA

00000 ALBUMINA HUMANA NORMAL 20 Y 25% INY.  
00000 FRACCION PROTEICA DEL PLASMA .

NO MENOS DEL 4%.

00000 PLASMA HUMANO SUSTANCIA PURA.

000000 SUSTITUTOS DE LA SANGRE

00000 DEXTRANO DE BAJO PESO.  
MOLECULAR EN DEXTROSA AL 5% SLN INY 10%.  
00000 DEXTRANO DE BAJO PESO.  
MOLECULAR EN SLN SALINA 10%.

00000 OTROS

00000 FENTANILO CITRATO AMP 0.025 MG.  
00000 MAGNESIO SULFATO 10 Y 25 % SLN INY.

**ARTICULO 46. DE LA VIGENCIA Y TRANSPARENCIA DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS.** Los planes complementarios en salud tendrán una vigencia mínima de un (1) año y será obligatorio que las condiciones y requisitos descritos en el artículo 44 del presente Decreto sean explícitos para el usuario en los respectivos contratos.

**ARTICULO 47. VIGENCIA.** Este Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas de que sean contrarias.

**PUBLIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Santafé de Bogotá, D.C.,

**JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA**  
Ministro de Salud

