

DECRETO 1938 DE 1994

(agosto 5)

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.

Nota 1: Derogado por el Decreto 806 de 1998.

Nota 2: Derogado parcialmente por el Decreto 1125 de 1996.

Nota 3: Aclarado por el Decreto 1635 de 1995.

El Presidente de la República 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 PRIMERO

DEL PLAN DE BENEFICIOS

CAPITULO PRIMERO

GENERALIDADES

Artículo 1o. Ambito de aplicación. 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.

Artículo 2o. Definición. 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.

Artículo 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 más 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. Además 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.

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

5. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal a). 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. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal a). 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. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal a). Prevención primaria. Son 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. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal a). Prevención secundaria: Actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad, o a reducir su duración.

9. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal a). 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 mediatos 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. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal a). 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. (Nota: Con relación a este numeral, ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de mayo de 2003. Exp. 00264 (8169). Sección 1ª. Actor: Clemente Vitery Alvarado. Ponente: Olga Inés Navarrete Barrero.).

17. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal a). 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. (Nota: Con relación a este numeral, ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de mayo de 2003. Exp. 00264 (8169). Sección 1ª. Actor: Clemente Vitery Alvarado. Ponente: Olga Inés Navarrete Barrero.).

CAPITULO SEGUNDO

DEL PLAN DE ATENCION BASICA EN SALUD.

Artículo 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 morbilidad materna y perinatal.

Parágrafo. 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 Captación.

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

Artículo 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.

Artículo 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 5° del presente Decreto para los afiliados a una E.P.S.

Artículo 8o. Financiación. 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.

Artículo 9o. Criterios de inclusión. 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 3° 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.

Artículo 10. Reglamentación del P.A.B. Los contenidos y la forma de operación del Plan de Atención Basica 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 TERCERO

DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 13. De los criterios para la elaboración 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 morbilidad y a las condiciones de tecnología existentes en el país.

Artículo 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.

Artículo 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; (Nota: Con relación a este literal, ver Sentencia del Consejo de Estado del 18 de febrero de 1999. Exp. 4912. Sección 1ª. Actor: Jorge Alberto Ramírez García. Ponente: Ernesto Rafael Ariza Muñoz.).
- 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) Literal anulado por el Consejo de Estado en la Sentencia del 1º de diciembre de 1995. Exp. 3261. Actor: defensor del Pueblo. Ponente: Yesid Rojas Serrano. Providencia confirmada por la Sentencia del Consejo de Estado del 26 de septiembre de 1996. Exp. 3635. Sección 1ª. Actor: Domingo Banda Torregoza y Germán Fernández Cabrera. Ponente: Ernesto Rafael Ariza Muñoz. 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 disfuncionabilidad 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.

Nota 1, artículo 15: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 1º de diciembre de 1995. Exp. 3261. Actor: Defensor del Pueblo. Ponente: Yesid Rojas Serrano.

Nota 2, artículo 15: Ver Auto del 21 de abril de 1995. Exp. 3261. Sección 1ª. Actor: Defensor del Pueblo (Jaime Córdoba Triviño). Ponente: Yesid Rojas Serrano.

Artículo 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.

Parágrafo. 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.

Artículo 17. Adopción de guías de atención 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.

Artículo 18. Condiciones de calidad y tecnología. 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 costos-efectivos disponibles en cada región, que se adecúen a las condiciones médicas del paciente, al pronóstico de la enfermedad y las condiciones sociales, culturales y de la economía del país.

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

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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 Internación.

Artículo 22. Inclusión y exclusión de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención. 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 CUARTO

LOS MEDICAMENTOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Artículo 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 Terapéutica, 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 Guías Terapéuticas que orienten la formulación de medicamentos.

Parágrafo 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 morbilidad y mortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

Parágrafo 2o. Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación como internacional para su prescripción y expendio.

Parágrafo 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.

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

a) Sólo 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 cuando 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. (Nota 1: Con relación a este literal, ver Sentencia del Consejo de Estado del 26 de septiembre de 1996. Exp. 3635. Sección 1ª. Actor: Domingo Banda Torregosa y Germán Fernández Cabrera. Ponente: Ernesto Rafael Ariza Muñoz. Nota 2: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 3 de noviembre de 1995. Exp. 3304. Sección 1ª. Actor: Luis Carlos Sáchica Aponte. Ponente: Libardo Rodríguez Rodríguez.).

Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de mayo de 2003. Exp. 00264 (8169). Sección 1ª. Actor: Clemente Vitery Alvarado. Ponente: Olga Inés Navarrete Barrero.

TITULO SEGUNDO

DE LAS CONDICIONES DE OPERACION DEL POS

CAPITULO PRIMERO

DEL INICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS

Y DEL PERIODO DE PROTECCION LABORAL

Artículo 24. Del inicio de la atención. 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, serán brindados cuatro (4) semanas después.

Artículo 25. Del período de protección 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.

Parágrafo 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.

Parágrafo 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.

Parágrafo 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 SEGUNDO

PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION

Artículo 26. De los períodos mínimos de cotización. 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.

Parágrafo 1o. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera a 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.

Parágrafo 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.

Parágrafo 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 TERCERO

DE LOS COPAGOS Y DE LAS CUOTAS MODERADORAS.

Artículo 27. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Clasificación de actividades, intervenciones y procedimientos para la aplicación de los copagos y las cuotas moderadoras: 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.

Artículo 28. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Cuotas moderadoras para el trabajador cotizante: 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.

Artículo 29. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Copagos y cuotas moderadoras para los beneficiarios del trabajador cotizante: 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.

Parágrafo. 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.

Artículo 30. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Actividades sujetas al cobro de copagos y cuotas moderadoras: 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.

Parágrafo 1o. También podrá aplicarse el 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.

Parágrafo 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.

Artículo 31. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Condiciones para la exención del cobro de cuotas moderadoras: Cuando el afiliado al sistema de seguridad social 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.

Artículo 32. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Condiciones y topes máximos para la disminución del monto de las cuotas moderadoras y copagos. El valor a cobrar por concepto de cuotas moderadoras podrá disminuirse máximo hasta un cincuenta por ciento (50%) 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.

Parágrafo. 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 pueda 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.

Artículo 33. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Aplicación de copagos y cuotas moderadoras según criterio de estratificación socioeconómica: 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).

Artículo 34. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). 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.

Artículo 35. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Destinación de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras: Los recaudos hechos por estos conceptos pertenecen a la Entidad Promotora de Salud quien tendrá libertad en su destinación.

Artículo 36. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Cuotas moderadoras por actividad procedimiento-intervención y estrato socioeconómico. 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 éste sobrepase el 40% de un salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 37. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal b). Copagos por actividad-procedimiento-intervención y estrato socioeconómico. 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 éste sobrepase un salario mínimo legal mensual vigente.

Estratos 4, 5 y 6: 20%, aplicable al valor máximo total de la actividad-procedimiento sin que éste 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 éste 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 éste 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 éste sobrepase los dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Estratos 4, 5 y 6: 20%, aplicable al valor de la actividad procedimiento, sin que éste sobrepase los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Artículo 38. Del aseguramiento para el tratamiento de enfermedades ruinosas o catastróficas: 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 catastróficas o ruinosas en el Plan Obligatorio de Salud, la entidad promotora de salud, deberá establecer algún mecanismo de aseguramiento.

Parágrafo 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) Trasplantes 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 más 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.

Parágrafo 2o. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal c). El Gobierno Nacional definirá la forma y condiciones para la operación del fondo de aseguramiento de enfermedades catastróficas.

Parágrafo 3o. Derogado por el Decreto 1125 de 1996, artículo 2, literal c). 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 CUARTO

DE LOS PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA EN SALUD

Artículo 39. Definición. 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.

Artículo 40. De las entidades autorizadas para ofrecer los planes de atención 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.

Artículo 41. De la financiación. 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.

Parágrafo. 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.

Artículo 42. De la obligatoriedad de afiliación al sistema de 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.

Nota, artículo 42: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 15 de agosto de 1996. Exp. 3323. Sección 1ª. Actor: Marcela Monroy Torres y Fernando Alvarez Rojas. Otro. Ponente: Libardo Rodríguez Rodríguez.

Artículo 43. Períodos 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.

Artículo 44. Condiciones para la aprobación y prestación 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 previsible 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.

Parágrafo. 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, referentes a los planes de atención complementaria en salud.

Artículo 45. Medicamentos. Se establece para el Sistema General de Seguridad Social en Salud el siguiente manual de medicamentos y terapéutica, organizados de la forma como se define en el artículo 23 del presente Decreto:

MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA

LISTADO DE MEDICAMENTOS POR NOMENCLATURA Y NOMBRE

LISTADO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

020000 ANTIGOTOSOS Y URICOSURICOS

02003

COLCHICINA

TABL 0.5MG

02001

ALOPURINOL

TABL X 100MG

02002

ALOPURINOL

TABL X 300MG

030000 ANTIHISTAMINICOS

03034

DIFENHIDRAMINA

CAP 50 MG

03036

DIFENHIDRAMINA

JBE FCO 2.5MG

03004

CLORFERAMINA

TAB 4MG

03005

CLORFERAMINA

TABL 12MG

03006

CLORFERAMINA

JARAB.

03037

LORATADINA

TB 10MGR

ALTERNATIVO

03038

LORATIDINA

JBE 100MGR

ALTERNATIVO

040000 ANTIINFECCIOSOS

041000 ANTIMICROBIANOS

041013 QUINOLONAS Y OTROS

04103

NITROFURANTOINA

CAP 100MG

04104

NITROFURANTOINA

CAP 50MG

04105

NORFLOXACINA

TAB 400MG

ALTERNATIVO

04106

CIPROFLOXACINA

TAB 250 MG

ALTERNATIVO

04106

CIPROFLOXACINA

TAB 500 MG

ALTERNATIVO

041014 SULFONAMIDAS

04200

TRIMETOPRIN SULFA

JBE 40/200

04204

TRIMETOPRIN SULFA

TABL 80/400

041016 ANTISEPTICOS MICROBICIDA

04217

YODO POLIVINIL PIRROLIDON

SLN FCO

04218

YODO POLIVINIL PIRROLIDON

SLN FCO

04219

SULFADIAZOL DE PLATA

CREMA 1%

041020 ANTIMICOTICOS

04136

CLOTRIMAZOL

CREMA 1% TUBO

04138

CLOTRIMAZOL

SLN 1% FCO

04146

KETOCONAZOL

TABL 200MG C

04149

NISTANINA

SUSP ORAL FCO 100000 U

04150

NISTANINA

CREMA

ALTERNATIVO

04147

NISTANINA

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

04091

TETRACICLINA

SUSP FCO

100 MGR

04023

AMPICILINA

CAP TBS. 250 MG

ALTERNATIVO.

04028

AMPICILINA

CAS TABL 500MG

ALTERNATIVO.

00000

AMPICILINA

AMP. 500 MG

ALTERNATIVO.

04003

CLORAFENICOL

AMP. 1 GR.

04004

CLORAFENICOL

CAP. 250 MGS

04011

AMOXICILINA

CAP. TBS. 500 MG

04012

AMOXICILINA

CAP. TBS. 250 MG

04014

AMOXICILINA

125 MG FCO

04015

AMOXICILINA

250 MG FCO

04016

AMOXICILINA

500 MG FCO

04029

AMPICILINA

AMP 1GR

ALTERNATIVO

04030

AMPICILINA

SUSP 125MG FCO

ALTERNATIVO.

04033

AMPICILINA

SUSP 250MG FCO

ALTERNATIVO.

04077

PENICILINA BENZATINICA

AMP 1200.0000 U

04077

PENICILINA BENZATINICA

AMP 2400.0000 U

04035

CEFALEXINA

CAP 500MG

ALTERNATIVO

04036

CEFALEXINA

JBE 125MG FCO

ALTERNATIVO

04037

CEFALEXINA

CAP 250MG

ALTERNATIVO

04039

CEFALEXINA

JBE 250MG FCO

ALTERNATIVO

04043

CEFRADINA

AMP 1GR

ALTERNATIVO

04044

CEFRADINA

CAP 500MG

ALTERNATIVO

04083

PENICILINA PROCAINACA

AMP 400.000U

04084

PENICILINA PROCAINACA

AMP 800.000U

04053

DICLOXACILINA

CAP 250MG

04055

DICLOXACILINA

CAP 500MG

04048

DICLOXACILINA

SUSP 250MG

04051

DICLOXACILINA

SUSP 125MG

04067

ERITROMICINA

TABL CPS. 500MG

04068

ERITROMICINA

SUSP. ORAL 200,250MG

04209

FURAZOLIDONA

JBE 50MGR

04210

FURAZOLIDONA

TABL 100 MG

04069

GENTAMICINA

AMP 160MG

04070

GENTAMICINA

AMP 80MG

04072

GENTAMICINA

AMP 40MG

04073

GENTAMICINA

AMP 20 MG

04079

PENICILINA G. SODICA PENICILINA CRISTALINA

AMP 1.000.000U

04080

PENICILINA G. SODICA PENICILINA CRISTALINA

AMP 5.000.000 U

04085

PENICILINA FENOXIMETILICA

SUSP 250MG

04086

PENICILINA FENOXIMETILICA

TABL 250MG

04087

PENICILINA FENOXIMETILICA

TABL 500MG

042000 ANTIPARASITARIOS

042010 ANTIAMEBIANOS

04169

TECLOZAN

TABL 500 MG.

04169

TECLOZAN

SUSP FCO

04158

METRONIDAZOL

SUP 125MG

04159

METRONIDAZOL

SUP 250MG

04160

METRONIDAZOL

TABL 250MG

04161

METRONIDAZOL

TABL 500MG

04162

METRONIDAZOL

OVULOS 500MG

04232

TINIDAZOL

JBE 500MGR

ALTERNATIVO

00000

TINIDAZOL

SUSP. ORAL 20%

ALTERNATIVO

04163

DIYODOHIROXIQUINOLEINA

TAB 650 MGS

ALTERNATIVO

042020 ANTIHELMINTICOS

04238

ALBENDAZOL

SUSP 2%

04241

ALBENDAZOL

TB 200MGR

04175

MEBENDAZOL

JBE 2%

04174

MEBENDAZOL

TABL 100 MG

04185

PIRANTEL

CAP. TAB. 250 MG

04186

PIRANTEL

SUSP 250

04189

PIPERAZINA

JBE AL 20%

04191

NICLOSAMIDA

TAB 500 MG

042025 TENICIDA

04239

PRAZIQUANTEL

TB 150MGR

ALTERNATIVO

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

050000 ANTIINFLAMATORIOS

052000 NO ESTEROIDES

05036

ACETAMINOFEN

GTS 10%

05037

ACETAMINOFEN

JBE 3%

05038

ACETAMINOFEN

TABL 500MG

05015

DICLOFECONACO SODICO

AMP 75 MG

ALTERNATIVO

05003

ACIDO ACETIL SALICILICO

TABL 500MG

05004

ACIDO ACETIL SALICILICO

TABL 100MG

05009

DICLOFENACO SODICO

GRAG 25 MG

ALTERNATIVO

05010

DICLOFENACO SODICO

GRAG 50 MG

ALTERNATIVO

05029

IBUPROFENO

TAB.GRAG. 400MG

05027

INDOMETACINA

25MG

070000 CARDIOVASCULAR

071000 ANTIANGINOSOS

07005

NIFEDIPINO

CAP 10 MG

07080

VERAPAMIL

GR TABS. 40MGR

07001

ISOSORBIDE

SL. 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. 0 MASTICABLES

072000 ANTIARRITMICOS

07027

QUINIDINA

TABL 200 MG

07028

PROPANOLOL

TABS 40 Y 80 MGS

073000 ANTIHIPERTENSORES

07030

CAPTOPRIL

TABL 25 MG

ALTERNATIVO

07037

CAPTOPRIL

TABL 50 MG

ALTERNATIVO

07047

PROPANOLOL

TABL 40 MG

07048

PROPANOLOL

TABL 80 MG

07049

RESERPINA

TABS 0.25 MG

07050

METOPROLOL

TABS 50 Y 100 MGS

ALTERNATIVO

07051

PRAZOSINA

TABS 1 MG

ALTERNATIVO

0740000 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 100MG

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. 4.5 MG

ALTERNATIVO

07064

DIHIDROERGOTOXINA

GTS 0.1%

ALTERNATIVO

078000 PATOLOGIA VENOSA

07074

HIDROCORTISONA CON O SIN ANESTESICO LOCAL

SUPOSI. UNGUEN

ALTERNATIVO

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

080000 GASTROINTESTINAL Y METABLISO

080000 GASTROINTESTINAL

080000 ANTIACIDOS

08005

HIDROXIDO AL, MG +CIMETICO

LIQUIDO

08001

HIDROXIDO AL, MG +CIMETICO

TAB

08088

HIDROXIDO ALUMINIO

FCO 6%

08089

HIDROXIDO ALUMINO

TAB 234 MGS.

08026

081030 ANTIEMETICOS METOCLOPRAMIDA

AMP 10MG

08029

METOCLOPRAMIDA

GTS FCO 4MGR x ML

08030

METOCLOPRAMIDA

JBE FCO 5MGR

08031

METOCLOPRAMIDA

TABL 10MGR

081040 ANTIESPAMODICOS

08034

HIOSCINA BUTIL BROMURO

AMP 20MGR x ML

08038

HIOSCINA BUTIL BROMURO

GRAG 10MGR

08035

HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA

AMP 20MG/2.5GR

08036

HIOSCINA BUTIL BROMUROS+DIPIRONA

TABL 20MG

08037

HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA

GTS 10/500

08041

HIOSCINA BUTIL BROMURO

GTS 6.6/333

0810050 ENFERMEDADES ACIDO PEPTICAS (ANTIACIDOS ANTI H2)

08050

RANITIDINA

TAB 150 MG

08049

RANITIDINA

AMP 1%

08102

RANITIDINA

TAB 300MGR

08103

PIRENZEPINA

TBS 25 Y 50 MGR

ALTERNATIVO

08104

PIRENZEPINA

AMP 10 MGS

ALTERNATIVO

081070 LAXANTES

08059

ACEITE DE RECINO

FCO

00000

BISACIDILO

GRAG. 5 MGS.

082030 HIPOGLICEMIANTE ORALES E INSULINAS

08071

GLIBENCLAMIDA

COMP TB 5MGR

08074

INSULINA ZINC CRISTALINA

80.100 U/ML

08075

INSULINA NPH

80.100 U ML

08073

TOLBUTAMIDA

COMP 0.5GR

082040 HIPOLIPEMIANTES

08078

GEMFIBROZIL

TABL 600 MG

08080

COLESTIRAMINA

POLVO 4 GR

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

082050 METABOLISMO DE CALCIO

08083

SODIO FLUORURO

GRAGEAS TB 40MG

08083

CABONATO DE CALCIO

TABL 600 MG

090000 HORMONAS Y REGULADORES HORMONALES

091000 HORMONAS

091020 ANDROGENOS

091021

TESTOSTERONA ESTER

AMP 250MG/ML

091040 CORTICOSTEROIDES SISTEMICOS

09014

BETAMETASONA

AMP 4 MG

09015

BETAMETASONA

AMP 8 MG

09024

DEXAMETASONA

AMP 8 MG

ALTERNATIVO

09032

PRENDNISOLONA

TABL 5.50 MG

090333

BETAMETASONA FOSFATO+BETAMETASONA ACETATO AMP 3+3 MGS

ALTERNA.

091050 ESTIMULANTES DE LA OVULACION

091051

CLOMIFENO

TABS 50 MGRS

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

MEDROXIDROGESTERONA

TBL 2.5 MG

09064

ACETATO MEDROXIDROGEST

5 MG

09065

HIDROGESTERONA

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

1000000 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

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

110000 ORGANOS DE LOS SENTIDOS

11210 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

CLORAMFENICOL

UNG. OFTAL. 1%

113050 ANTIVIRALES

11039

ACICLOCIR

TUBO AL 3%

11041

IDOXURIDINA

OFT SLN 01% 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

PRENDNISOLONA

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

TROPICAMA

SLN OFTAL 1%

113110 MIOTICOS

13111

PILOCARPINA

SLN OFTAL

1.2 Y 4%

1113130 ANESTESICOS DE SUPERFICIE

113131

TETRACAINA

SLN OFTAL 0.5%

120000 PIEL Y MUCOSA

121000 MEDICACION DERMATOLOGICA

121010 ANESTESICOS DE SUPERFICIE

07015

LIDOCAINA

1%

7016

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

CROMATAMITON

CREMA AL 10%

ALTERNATIVO

12035

CROMATAMITON

LOCION AL 10%

ALTERNATIVO

12038

HEXACLURO GAMABENCENO

CREMA POTE 2%

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

121070 CORTICOSTEROIDES

12167

HIDROCORTISONA

CREMA AL 1%

12170

HIDROCORTISONA

LOCION 0.5%

12171

CORTICOIDE+QUINOLEINA HALOGENADA

UNG 3%

121100 QUERATOLICOS

12123

AC RETINOICO

CREM 0.025%

ALTERNATIVO

12123

AC RETINOICO

LOCION AL 0.05%

ALTERNATIVO

12110 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 RESPIRATORIOS

141000 ANTITUSIGENOS

14021

DIHROCODEINA

GTS 11MG

ALTERNATIVO

14022

DIHROCODEINA

JBE2.42MGR

ALTERNATIVO

142000 BRONCO DILATADORES

14024

AMINOFILINA

AMP240MG

14025

AMINOFILINA

TAB. 100 MG

14063

TERBUTALINA

JBE 0.3 MG

14064

TERBUTALINA

TBL 2.5 MG

14067

TERBUTALINA

AMP 0.5 MG

14068

TERBUTALINA

SLN NEUBULIZACION 10MGR

14045

TEOFILINA

JBE 80MGR

14026

TEOFILINA

TBL 300MG

14034

SALBUTAMOL

JBE 2 MG

14035

SALBUTAMOL

TABL 2MR

14062

TEOFILINA

RETARD CAP 125MGR

ALTERNATIVO

14027

SALBUTAMOL

TABL 4 MG

14028

SALBUTAMOL

AMP 500 MC GR

14031

SALBUTAMOL

SLN NEBU 100ML 0.5%

14032

IPRATROPIO

AEROSOL 0.002%

ALTERNATIVO

0146000 PROFILAXIS ALERGIAS

14107

KETOTIFENO

TAB. 1MGR

ALTERNATIVO

14108

KETOTIFENO

JBE. 1MGR

ALTERNATIVO

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

147000INHALADORES

14103

BECLOMETASONA

SLN PARA INHALAR

14104

CROMOGKICATO

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 ANTICOGULANTES

15010

WARFARINA

TABL 5 MG

160000 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO

161000 ANALGESICOS NARCOTICOS

16002

MORFINA

AMP.

16005

TRAMADOL

AMP 50MGR

ALTERNATIVO

16170

TRAMADOL

AMP 100MGR

ALTERNATIVO

16129

TRAMADOL

FCO 100MGR SLN ORAL

ALTERNATIVO

16130

DIHIDROMORFINA

TABS 2.5 MGS

16131

DIHIDROMORFINA

AMP 2MGS/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

TAB 500MGRS

16143

DIPIRONA

JARABE 150MGR

16147

ASA

TB 500MGR

16021

DIPIRONA

AMP 1GR

16144

ASA

COMP 100MGR

16135

ACETOMINOFEN

GOTAS 100MGR

16136

ACETOMINOFEN

JARABE 10%

16137

ACETOMINOFEN

TB 500MGR

164000 ANTICONVULSIVANTES

16030

CARBAMAZEPINA

COMP 200 MG

16051

ACIDO VALPROICO

CAP 250 MG

16052

ACIDO VALPROICO

JBE 250 MG/H ML

16045

FENITOINA

CAP 100 MG

16046

FENITOINA

LIQ 125MGR

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

ETOSUCIMIDA

CAPS Y JARABE 250 MGS

16038

PRIMIDONA

TABS 250 MGS

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

165000 ANTIDEPRESIVOS

16060

AMITRIPTILINA

TABL 10 MG

16061

AMITRIPTILINA

TABL 25 MG

16062

TRANICIPROMINA

TAB 25 MGS

ALTERNATIVO

16063

TRAZODONA

TABS.AMP 50 MGS

ALTERNATIVO

16064

IMIPRAMINA

GRA. 10 Y 25 MGS

ALTERNATIVO

00000

PIROTIAZINA

AMP. 2.5%

166000 ANTIMIGRAYOSOS

16072

ERGOTAMINA+CAFEINA

TAB. 1/100MGR

16074

PROPANOLOL

TAB 40 MG

16075

PROPANOLOL

TAB 80 MG

167000 ANTIMANIANOS

16160

CARBONATO DE LITIO

CAPS 300MG.

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 NEURPLEPTICOS 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

LEVOMEPROMACINA

COMP 100 MG

ALTERNA.

16100

LEVOMEPRMACINA

COMP 25 MG ,SLN INY 2.5%

ALTERNA.

16100

LEVOMEPRMACINA

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

DIAZEPAM

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 100MG

17010

TIAMINA

TABL 300 MG

17011

ACIDO ASCORBICO

SLN 10% TABS 500MGS

17012

PIRODOXINA

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 300MG, JAR. 2%

04092

CLOFAZIMINA

CAPS 100 MG

04093

DAPSONA

TABS 100 MG

04094

TALIDOMINA

TABS.

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

041015 TUBERCULOSTATICOS

04122

ESTREPTOMICINA

AMP 100 MG

04143

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

ETIONAMINA

TABS 250 MGS

04130

ISONIAZIDA

TABS 100 MGS

04131

ISONIAZIDA

TABS 300 MGS

04132

TIOACETAZONA+ISONIAZIDA

TABS 150 MGS+300 MGS

04134

PIRAZINAMIDA

TABS 400 MGS

042030 ANTIPALUDICOS

04190

CLOROQUINA

AMP 40 MG

04191

CLOROQUINA

TABL 250 MG

04198

PIRIMITANINA + SULFA

TABL 25/500

04199

PIRIMITANINA + SULFA

SUSP FCO 25/500

04240

PRIMAQUINA

TB 15MGR

04192

CLOROQUINA

AMP 100MGR

04193

CLOROQUINA

AMP 700 MG

04192

CLOROQUINA

JBE FCO 41.5 MGR

04196

PIRIMETAMINA

TABS 25 MGS

04197

DICLORHIDRATO O CLORHIDRATO DE QUININA AMP. 5% 100ML 2 ML

0000

DEHIDROEMETINA

AMP.300,600 MGS 2 ML

0000

SULFATO DE QUININA

CAPS 200,300,650 MGS

000000 LEISHMANIASIS

0000

MEGLUMINA ANTIMONIATO

AMP 30% 1.5 GRS

0000

NIFURTIMOX

TABS 120 MGS

0000000 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

0000

NORISTISTERONA +

ETINILESTRADIOL

1 MG+50MCG GREAG.

0000

LEVO NORGESTREL+ETILNILESTRADIOL

0.15 A 0.25 MG+30 A 50 MCGS GRAG.

000000 INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

0000

TRIMETROPRIN SULFA

SUSP. 40 MGS+200MGS

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 ANTIHEPATICA

0000

VACUNA ANTIPARATIDITIS

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

SUEROS ANTIGANGRENOSO

0000

SUEROS ANTIOFIDICO MONOVALENTE

0000

SUEROS ANTIOFIDICO POLIVALENTE

0000

SUEROS ANTIRRABICO

0000

ANTITOXINA TETANICA Y DIFTERICA

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA USO ESPECIALIZADO

GRUPO DE RIESGOS CATASTROFICOS

060000 ANTINEOPLASTICOS

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 MGS.

06054

MERCAPTOPURINA

TABLETAS 50 . FCO X 25

06062

VINBLASTINA

AMPOLLAS 10 MGS.

06063

CARBOPLATINO

AMPOLLAS 450 MGS.

06064

CISPLATINO

AMPOLLAS 50 MGS.

06065

CITARABINA

AMPOLLAS 500 MG.

06066

DACARBAZINA

AMPOLLAS 200 MG.

06067

DOXORUBICINA

AMPOLLAS 10 MG.

06068

ETOPOSIDO

AMPOLLAS 2%

000000 INMUNOMODULADORES

00000

LEVAMISOL

TABLETAS 150 MGS

000000 SIDA

00000

TRIMETOPRIN SULFAMETOXAZOL

AMP. 160MG+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 DE 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 1G

00000

IMIPENEM+CILASTALINA

AMP 250 Y 500 MGS.

00000

AZTREONAM

AMP 0.5 Y 1G.

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

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

000000 ANESTESIA

00000

DROPERIDOL+FENTANILO

0.25+0.005 % 5 MG+0.1MG AMP

00000

ENFLURANO

FRASCO.

00000

HALOTANO

FRASCO

00000

KETAMINA

AMP 200 Y 500 MGS

00000

ISOFLURANE

SUSTANCIA PRUA

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

VERAPAMILO

AMP 5MG/2ML

00000

ATROPINA SULFATO

AMP 1MG.

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

ATROPINA SULFATO

AMP 1 MG

00000

ACIDO ASCORBICO

AMP 500MG

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% 250MG

00000

METADONA

TAB. 5 Y 10 MGS

00000

NALOXONA

AMP 0.4MG/ML

00000

OBIDOXIMA CLORURO

AMP 25%

00000

PENICILAMINA

CAP 250 MGS

00000

PRALIDOXINA

AMP 5%

00000

HIPOSULFITO DE SODIO

AMP.

00000

N ACETILCISTEINA

AMP 300MGS

00000

DEFEROXAMINA

AMP 500MGS

00000

FISOSTIGMINA

AMP 1MG/ML

00000

ALCOHOL ETILICO

AMP.

CODIGO

NOMBRE GENERICO

PRESENTACION

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 CLORURO

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 PROTELITICAS

00000

ALFAQUIMIOTRIPSINA

750 U.I. SLN INY. OFT.

000000 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%

000000 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%

000000 OTROS

00000

FENTANILO CITRATO

AMP 0.0025 MG

00000

MAGNESIO SULFATO

10 Y 25% SLN INY.

Nota, artículo 45: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de mayo de 2003. Exp. 00264 (8169). Sección 1ª. Actor: Clemente Vitery Alvarado. Ponente: Olga Inés Navarrete Barrero.

Artículo 46. De la vigencia y transparencia de los planes complementarios. Los planes complementarios en salud tendrán 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.

Artículo 47. Vigencia. Este Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santafé de Bogotá, a 5 de agosto de 1994.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Ministro de Salud,

Juan Luis Londoño de la Cuesta.