

[Inicio](#)[Artículo](#)[Siguiete](#)

RESOLUCION 5261 DE 1994

(Agosto 5)

MINISTERIO DE SALUD

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

Resumen de Notas de Vigencia

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por
la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1292 de 1994 y,

CONSIDERANDO:

Que se hace necesario expedir los manuales de Actividades, Intervenciones y Procedimientos con el fin de que sea utilizado en el Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar, el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos.

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el acuerdo N° 008 de 1994 estableció el Plan Obligatorio de Salud y ordenó al Ministerio de Salud la expedición del Manual con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

RESUELVE:

LIBRO I.

MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1o. CENTROS DE ATENCION. El Plan de Beneficios DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD se prestará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I.P.S. El plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud se prestará en aquellas I.P.S. con las que cada E.P.S. establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier I.P.S. en los casos especiales que considera el presente reglamento.



ARTICULO 2o. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.

PARAGRAFO. El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio mas cercano que cuente con el. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.



ARTICULO 3o. UTILIZACION DE SERVICIOS POR MUNICIPIO Y ZONA DE RESIDENCIA. Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia , salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la E.P.S.. Toda persona y su familia al momento de la afiliación a la E.P.S. deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las I.P.S. más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la E.P.S., para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la I.P.S. como máximo una vez por año.



ARTICULO 4o. IDENTIFICACION E INSCRIPCION DE LOS AFILIADOS. Toda persona que se afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud lo hace al inscribirse con sus beneficiarios en alguna Entidad Promotora de Salud. Al utilizar el servicio deberá identificarse con su cédula de ciudadanía, sin perjuicio de las formas de identificación que adopten las Entidades Promotoras de Salud. En el caso de los menores, estos lo harán con la de sus padres, o con algún otro medio que se utilice para ello por parte de las Entidades Promotoras de Salud. La historia clínica deberá tener como código básico de identificación el número de la cédula de ciudadanía del afiliado.



ARTICULO 5o. CONSULTA MEDICA GENERAL O PARAMEDICA. Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Se establece que de acuerdo a las frecuencias nacionales , un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año; a partir de la tercera consulta se establecerá el cobro de cuotas moderadoras de acuerdo con el reglamento respectivo, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral. Las Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.

PARAGRAFO. El incumplimiento injustificado a consultas, terapias, exámenes diagnósticos o cualquier tipo de servicios que se hayan solicitado previamente obliga al usuario a pagar a la E.P.S. su valor correspondiente.



ARTICULO 6o. INSCRIPCION OBLIGATORIA EN LAS GUIAS DE ATENCION INTEGRAL. El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica. Todo paciente que padezca alguna enfermedad cuyo manejo este definido en una de las Guías de Atención Integral, deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas.



ARTICULO 7o. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA. Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no este en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.



ARTICULO 8o. ASISTENCIA DOMICILIARIA. Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

Notas del Editor



ARTICULO 9o. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud , a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.



ARTICULO 10. ATENCION DE URGENCIAS. <Ver Notas del Editor> La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

PARAGRAFO. <Modificado por el artículo 1o. de la Resolución 2816 de 1998. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones.

Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno por parte de las IPS.

Notas de vigencia
Legislación anterior
Notas del Editor



ARTICULO 11. INTERNACION. Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

Notas del Editor



ARTICULO 12. UTILIZACION DE PROTESIS, ORTESIS, APARATOS Y ADITAMENTOS ORTOPEDICOS O PARA ALGUNA FUNCION BIOLOGICA. Se definen como elementos de este tipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo con el compromiso de devolverlos en buen estado salvo el deterioro normal; en caso contrario deberá restituirlos en dinero por su valor comercial.

PARAGRAFO. Se suministran prótesis, ortesis y otros : marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán: muletas y estructuras de soporte para caminar, siendo excluidos los zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso, corsés, fajas y todos los que no estén expresamente autorizados.

Notas del Editor



ARTICULO 13. FORMULACION Y DESPACHO DE MEDICAMENTOS. La receta deberá ceñirse a los medicamentos autorizados en el MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA, sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario. La receta deberá incluir el nombre del medicamento en su presentación genérica, la presentación y concentración del principio activo, la vía de administración y la dosis tiempo respuesta máxima permitida, la que no podrá sobrepasarse salvo que la Entidad Promotora de Salud lo autorice. No se reconocerán recetas que contengan artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús de ningún tipo, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares o para las manchas en la piel, drogas para la memoria o la impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

Notas del Editor



ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. <Ver Notas del Editor> Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en

una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.

Notas del Editor



ARTICULO 15. AFILIACION A UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD. Toda persona que ingresa a una Empresa Promotora de Salud debe diligenciar bajo la gravedad del juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares, su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.



ARTICULO 16. ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTROFICAS. <Artículo derogado por el artículo 137 de la Resolución 5521 de 2013>

Notas de Vigencia

Legislación Anterior



ARTICULO 17. TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTROFICAS. para efectos del presente Manual se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por un bajo costo- efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo.

Se incluyen los siguientes:

- a. Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.
- b. Diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de cornea.
- c. Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- e. Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas.
- f. Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor.
- g. Terapia en unidad de cuidados intensivos.
- h. Reemplazos articulares.

PARAGRAFO. Los tratamientos descritos serán cubiertos por algún mecanismo de aseguramiento y estarán sujetos a períodos mínimos de cotización exceptuando la atención inicial y estabilización del paciente urgente, y su manejo deberá ceñirse a las Guías de Atención Integral definidas para ello.

Notas del Editor



ARTICULO 18. DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Ver Notas del Editor> En concordancia con lo expuesto en artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, 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, incluyendo los que se describen a continuación:

- a. Cirugía estética 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, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto. Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual.
- g. Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- h. Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- i. Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de medula ósea, de córnea y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- J. Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
- k. Tratamiento para varices con fines estéticos.
- i. Actividades, procedimientos e intervenciones 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 incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías Integrales de Atención.

j. 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.

k. Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica.

i. Actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas en el presente Manual.

Notas del Editor



ARTICULO 19. EVALUACION MEDICO CIENTIFICA. Cuando un paciente vaya a ser sometido a alguna actividad, intervención o procedimiento de cualquier tipo podrá ser sometido por la E.P.S. a una evaluación médico científica por personal diferente al tratante.



ARTICULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

NIVEL I : Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II : Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del medico general y/o profesional paramédico



ARTICULO 21. CLASIFICACION POR NIVELES DE COMPLEJIDAD PARA LA ATENCION MEDICO QUIRURGICA. Para efectos de clasificación de los procedimientos quirúrgicos, se establece la siguiente discriminación como parte del presente Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, así:

NIVEL I : GRUPOS 01, 02, 03.

NIVEL II : GRUPOS 04, 05, 06, 07, 08.

NIVEL III: GRUPOS 09 Y SIGUIENTES.

NIVEL IV : Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTROFICAS descritas anteriormente.

CAPITULO II.

DEFINICIONES Y CONTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS CONTEMPLADOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD



ARTICULO 22. <DEFINICIONES PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS>.

Para determinar la calidad en la prestación de los servicios, se establecen las siguientes definiciones:

- a. Calidad de la atención es el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios,.
- b. Evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral de salud.



ARTICULO 23. <DEFINICIONES PARA LA APLICACIÓN DEL MANUAL>. Para la aplicación del presente MANUAL se define:

- a. Actividad o procedimiento quirúrgico, es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.
- b. Actividad o procedimiento no quirúrgico, es el conjunto de actividades no instrumentales SOBRE EL CUERPO HUMANO que se practican para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de enfermedades o accidentes.
- c. Región operatoria, es la parte del cuerpo humano sobre la cual se practica una actividad o procedimiento quirúrgico.
- d. Vía de acceso, es la entrada quirúrgica a un órgano o región.
- e. Actividades y procedimientos quirúrgicos bilaterales, son las operaciones iguales que se practican en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares, o en elementos anatómicos de los dos miembros superiores e inferiores.
- f. Actividades y procedimientos quirúrgicos múltiples, son las practicados al mismo paciente, en uno o más actos quirúrgicos, por uno o más cirujanos.
- g. Exploración quirúrgica, es la actividad o procedimiento instrumental que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.
- h. Reintervención post-quirúrgica, es la actividad o procedimiento instrumental que tiende a corregir fallas funcionales de técnicas quirúrgicas previas o por complicación postoperatoria.
- i. Grupos quirúrgicos especiales, son aquellas intervenciones que por su nivel de complejidad requieren para su ejecución de recursos altamente técnicos y especializados.
- j. Estancia es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama, para la atención de un paciente durante un periodo mínimo de 24 horas.
- k. Cama es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes internados durante las 24 horas; se incluyen las incubadoras; se excluyen las camas de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de Rayos X, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y las de acompañante.



ARTICULO 24. <> <Ver Notas del Editor> La consulta prequirúrgica y los controles postoperatorios intra-hospitalarios y ambulatorios, no causan derecho a servicios profesionales distintos de los que se reconocen por la respectiva intervención quirúrgica, tanto a los cirujanos como a los anestesiólogos, hasta la recuperación del pacientes y la finalización de su incapacidad, considerándose como límite máximo de esta el de (30) treinta días.

Así mismo, en los procedimientos obstétricos, se incluyen: Dos controles médicos pre-parto, la valoración en la sala de parto del recién nacido y los controles maternos post-parto durante la internación y ambulatorios necesarios hasta la recuperación de la paciente, considerándose como límite máximo de esta el de treinta días.

Notas del Editor

Jurisprudencia Vigencia



ARTICULO 25. <DE CUANDO NO HAY DERECHO A PAGO DE INTERCONSULTA> No habrá derecho al pago de interconsulta cuando ésta origine la práctica de una intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado. Tampoco se reconocerá el pago de interconsulta durante el postoperatorio a médicos de la misma especialidad de quien practicó el acto quirúrgico o el procedimiento.

Notas del Editor



ARTICULO 26. El tratamiento de las quemaduras, se reconocerá como sigue:

- a. Fase inicial, que comprende: lavado, desbridamiento y aplicación de apósitos, más las curaciones siguientes que no requieran anestesia general, de acuerdo con el grupo en el cual esté clasificada.
- b. Las intervenciones posteriores requeridas para complementar el tratamiento, que se realicen bajo anestesia general, se reconocerán independientemente según la clasificación de las mismas.

Notas del Editor



ARTICULO 27. <DEL RECONOCIMIENTO CUANDO SE TRATE DE REPETIR UNA INTERVENCION SOBRE UN MISMO ORGANOS>. Cuando haya lugar a repetir una intervención sobre el mismo órgano, por la misma patología, y no se trate de corrección de complicación derivada de la operación inicial, como en los casos de reconstrucción de vías biliares, vías urinarias y fracturas, entre otras, el reconocimiento de la misma queda supeditado a orden previa expedida por la autoridad médica competente de la E.P.S.

Notas del Editor



ARTICULO 28. <DEFINICIÓN DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS>. La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoría cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardíaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.



ARTICULO 29. <PACIENTES QUE SE ADMITIRÁN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS>. En la Unidad de Cuidados Intensivos se admitirán los siguientes tipos de pacientes:

a. ORDEN CARDIOVASCULAR:

Pacientes con infarto agudo del miocardio complicado.

Pacientes con cor-pulmonar agudo

Pacientes con re-infarto complicado.

Pacientes con cuadro clínico de angina inestable

Pacientes con bloqueo A.V. completo

Pacientes con bloqueo A.V.II grado tipo Mobitz II

Pacientes con extrasistolia ventricular multifocal

Pacientes con enfermedad del nódulo sinusal, "síndrome de taquibradi-arritmia".

Pacientes para cardio versión y/o desfibrilación

Pacientes con franca inestabilidad hemodinámica

Pacientes con cardiomiopatías congestivas de difícil manejo, bajo gasto cardíaco y/o falla de bomba.

Pacientes con shock séptico, cardiogénico, hipovolémico y/o neurogénico, que presenten posibilidad de recuperación según valoración conjunta con el médico tratante y/o grupo de especialistas.

Pacientes con falla ventricular izquierda aguda

Pacientes post-cirugía cardiovascular

Pacientes post-reanimación cardiopulmonar hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a cuidado intensivo.

b. DE ORDEN NEUROLOGICO:

Pacientes con enfermedades neurológicas del tipo polirradículo neuromielopatías agudas de cualquier etiología , cuando exista compromiso de la función respiratoria.

Pacientes con porfiria aguda (P.I.A) con compromiso hemodinámico.

Pacientes con cuadro de edema cerebral post-trauma con signos de riesgo, tales como inconsciencia, deterioro de su cuadro neurológico en forma progresiva o empeoramiento de sus signos vitales y que no presenten signos de muerte cerebral.

Pacientes con status convulsivo, al cual se considere necesario asistencia ventilatoria.

Accidentes cerebro vasculares hemorrágicos y oclusivos con signos de hipertensión endocraneana, edema cerebral y que a juicio del médico de la U.C.I., en relación con la historia

clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, ofrezca posibilidades para su recuperación.

c. DE ORDEN INFECCIOSO

Pacientes con cuadro clínico de tétanos

Shock séptico de cualquier etiología

d. PACIENTES CON HIPERTERMIA MALIGNA;

e. PACIENTES CON LEUCEMIAS AGUDAS QUE REQUIERAN ASISTENCIA VENTILATORIA.

f. DE ORDEN NEUMOLOGICO

Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda severa de cualquier etiología que requieran asistencia ventilatoria.

g. TOXICOS

Pacientes intoxicados que requieran asistencia ventilatoria.

h. METABOLICOS

Pacientes con trastornos metabólicos severos que requieran asistencia ventilatoria.

Los pacientes en cetoacidosis diabética y/o estados hiperosmolares, deberán ser manejados en principio en el servicio de medicina interna según normas convencionales.

Notas del Editor



ARTICULO 30. <CASOS QUE NO SERAN ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS>. No se admitirán en la Unidad de Cuidado Intensivo los siguientes casos clínicos:

a. Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.

b. Pacientes poli traumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.

c. Pacientes con signos de muerte cerebral o descerebrados.

Notas del Editor



ARTICULO 31. <DEFINICION DE UNIDAD DE QUEMADOS, PARA CUIDADO INTENSIVO>. Defínese como Unidad de Quemados, para Cuidados Intensivos, el servicio destinado específicamente para la atención de casos críticamente afectados, con disponibilidad de personal médico especializado en "plan quemado", personal de enfermería y nutrición capacitado en esa disciplina, instalaciones físicas, equipos de ayuda diagnóstica y equipos de cuidado intensivo altamente especializados.



ARTICULO 32. <DEFINICION DE UNIDAD DE QUEMADOS, PARA CUIDADO INTERMEDIO Defínese como Unidad de Quemados, para Cuidado Intermedio, el servicio destinado específicamente a la atención del paciente que para su tratamiento y rehabilitación no requiere

de un cuidado intensivo, con disponibilidad de recurso médico y paramédico capacitado en el manejo de este tipo de casos.



ARTICULO 33. <TRATAMIENTO PARA PACIENTE CRONICO QUE SUFRE PROCESO PATOLOGICO INCURABLE>. El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar.

CAPITULO III.

SERVICIOS CON INTERNACION ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE

SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

CONTENIDOS



ARTICULO 34. <SOBRE LA CONTRATACION DE SERVICIOS>. La contratación de servicios se hará por número de estancias a demanda, por Guías Integrales de Atención, Pagos Integrales por Diagnósticos de Atención en Salud PIDAS o por algún otro método que se establezca.



ARTICULO 35. <SERVICIOS QUE COMPRENDE LA ESTANCIA PARA INTERMEDIACION>. La estancia para internación en todos los casos comprende los siguientes servicios como mínimo:

- a. Médico general.
- b. Enfermera
- c. Auxiliar de enfermería
- d. Dotación básica de elementos de enfermería
- e. Material de curación
- f. Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto sustancias especiales de nutrición parenteral y enteral).
- g. Suministro de ropa de cama
- h. Aseo
- i. Servicios públicos de energía eléctrica y agua
- j. Servicios y recursos de infraestructura de acuerdo a la categoría, nivel y servicios autorizados y acreditados, para el alojamiento y la comodidad del paciente.

Notas del Editor



ARTICULO 36. <QUE SE ENTIENDE POR MATERIAL DE CURACION>. Por material de curación se entiende todos los suministros que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.



ARTICULO 37. <SERVICIOS ADICIONALES QUE COMPRENDE LA ESTANCIA EN INSTITUCIONES SIQUIATRICAS Y OTRAS>. La estancia en instituciones psiquiátricas y en unidades de salud mental, de cualquier tipo y nivel, comprende además de los servicios básicos, los de terapia ocupacional, recreativa y de grupo y la atención médica especializada.



ARTICULO 38. <SERVICIOS ADICIONALES QUE COMPRENDE LA ESTANCIA EN INSTITUCIONES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CRONICO SOMATICO>. La estancia en instituciones para cuidado del paciente crónico somático, comprende además, de los servicios básicos, la atención de médicos generales o de especialistas cuando el caso lo requiera.



ARTICULO 39. <SERVICIOS ADICIONALES QUE COMPRENDE LA ESTANCIA EN UNIDAD DE TRASPLANTE>. La estancia en la Unidad de Trasplante, comprende además de los servicios básicos, la utilización de equipos de monitoría, ventilación, desfibrilación y adicionales requeridos.



ARTICULO 40. <SERVICIOS ADICIONALES QUE COMPRENDE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS>. La estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, comprende además de los servicios básicos, la atención médica de especialistas en cuidados intensivos, cardiología y medicina interna, de personal paramédico, la utilización de los equipos de: monitoría cardioscópica y de presión, ventilación mecánica de presión y volumen, desfibrilación, cardioversión, y la práctica de los electrocardiogramas, electroencefalogramas, gasimetrías y demás que se requieran.



ARTICULO 41. <SERVICIOS ADICIONALES QUE COMPRENDE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS>. La estancia en la Unidad de Quemados, comprende además de los servicios básicos, la atención médica especializada en el manejo de este tipo de pacientes, personal de enfermería y nutrición capacitado en esta disciplina y la utilización de los equipos terapéuticos especializados.



ARTICULO 42. <CLASIFICACION QUE SE TENDRA EN CUENTA PARA EL RECONOCIMIENTO DE LAS ESTANCIAS>. Para el reconocimiento de las estancias, se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de acuerdo al nivel de complejidad que requiera la atención del paciente.



ARTICULO 43. <ESTANCIA QUE RECONOCER A SUS AFILIADOS EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD>. El Plan Obligatorio de Salud reconocerá a sus afiliados estancia en habitación compartida salvo que la Guía de Atención Integral recomiende otro servicio.

CAPITULO IV.**SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES****SUMINISTROS, EQUIPOS Y REHABILITACION INTEGRAL**

ARTICULO 44. <SOBRE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DISTINTOS A LOS QUE COMPRENDE LA ESTANCIA>. Para los servicios profesionales, por concepto de la atención médico-quirúrgica, distintos a los que comprende la estancia , se establece:

a. De acuerdo con la clasificación de la intervención o procedimiento médico-quirúrgico que se practique, se establecerán los siguientes grupos que tengan en cuenta la complejidad, duración y el costo-efectividad de los tratamientos:

1. Servicios profesionales del cirujano o gineco-obstetra

Grupo 01

Grupo 02

Grupo 03

Grupo 04

Grupo 05

Grupo 06

Grupo 07

Grupo 08

Grupo 09

Grupo 10

Grupo 11

Grupo 12

Grupo especial 20

Grupo especial 21

Grupo especial 22

Grupo especial 23

2. Servicios profesionales de anestesia según los criterios y grupos establecidos en el numeral anterior

3. Servicios profesionales de ayudantía quirúrgica:

Grupo 06

Grupo 07

Grupo 08

Grupo 09

Grupo 10

Grupo 11

Grupo 12

Grupo especial 20

Grupo especial 21

Grupo especial 22

Grupo especial 23

El servicios de ayudantía quirúrgica se reconocerá únicamente en las intervenciones en que efectivamente se utilice; y un solo valor por este, cualquiera que sea el número de profesionales que participen.

4. Se reconoce el pago de instrumentadora a partir del grupo 6.

b. Perfusión:

El Servicio de Perfusionista, por intervención. Este servicio se pagará únicamente en las cirugías clasificadas en los Grupos Especiales 20 a 23, en que se utilice el recurso.

c. Actividades de cuidado médico con internación del paciente no quirúrgico u obstétrico:

- Cuidado diario durante la internación del paciente controlado por médico especialista
- Cuidado diario durante la internación del paciente controlado por médico general
- Reconocimiento del recién nacido por médico general
- Interconsulta médica especializada intra-hospitalaria
- Cuidado del paciente psiquiátrico en el denominado "hospital de día".

Notas del Editor



ARTICULO 45. <ACTIVIDADES PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS>. Actividades para la atención de pacientes en el servicio de Urgencias, se definen las siguientes :

- Evaluación y atención medica.
- Atención médica que requiera sutura
- Atención médica con cuidado en observación, hasta por 24 horas
- Atención médica con cuidado en hidratación
- Evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera.
- Otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería.
- Interconsulta especializada

PARAGRAFO. Las servicios correspondientes a la consulta médica con cuidado de observación e hidratación, comprenden: permanencia, cuidado médico y de enfermería, servicios públicos y de aseo. Cuando la permanencia del paciente sobrepase las 24 horas, se considerará como una estancia, sobre la base de la habitación compartida. Los derechos de sala para suturas y curaciones incluyen: uso del consultorio o sala, instrumental, material de curación, anestesia local y servicio de enfermería.



Siguiente

Compilado por:

A) Avance Jurídico

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
"Derecho del Bienestar Familiar"
ISBN [978-958-98873-3-2]
Última actualización: 15 de febrero de 2014