

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

**DIRECCIÓN SECCIONAL DE
SALUD DE ANTIOQUIA**

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

**LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD**

2006

Política ^{de} Calidad

En la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el departamento, estamos comprometidos con el mejoramiento continuo para contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad antioqueña, mediante la prestación de un servicio oportuno, eficiente, eficaz y humanizado, soportado en nuestro Sistema de Gestión de la Calidad; para este fin contamos con un equipo de servidores cualificado, responsable, y consciente de sus valores éticos y morales.



DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

MISIÓN

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia es el ente de dirección, coordinación, evaluación y control del sistema general de seguridad social en salud en el departamento de Antioquia, liderando la sociedad hacia la creación y desarrollo de condiciones adecuadas para la salud pública, de tal forma que se garantice de manera efectiva el derecho de los habitantes a la seguridad social en salud y se promueva el desarrollo sostenible del sistema, generando bienestar y desarrollo integral a la población antioqueña.

VISIÓN



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD

ANÍBAL GAVIRIA CORREA
Gobernador de Antioquia

FELIPE AGUIRRE ARIAS
Secretario Seccional de Salud

ALEJANDRO YEPES CORREA
Director de Seguridad Social

LINA MARIA BUSTAMANTE SANCHEZ
Directora de Vigilancia y Control

HÉCTOR JAIME GARRO YEPES
Director de Salud Pública

OLGA CECILIA MORALES RENDÓN
Directora Administrativa y Financiera (E)

WILMANN ALEXANDER HERRERA ZAPATA
Director Jurídico



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD**

**DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO DE CONTRATACIÓN.**

MARÍA CELMIRA DUQUE CARDONA
Odontóloga

ANGELA PATRICIA PALACIO MOLINA
Profesional Universitario

LUZ MÉLIDA ZAPATA ROLDÁN
Profesional Universitario

PATRICIA GARCES QUIÑONES
Profesional Universitario

CARLOS ARTURO CANO RÍOS
Profesional Universitario

RODRIGO PIMIENTA RESTREPO
Profesional Universitario del Área de la Salud

LUIS FERNANDO PALACIO TAMAYO
Profesional Especializado.



**DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO DE CONTRATACIÓN.**

CARLOS MARIO ARISTIZABAL ZULUAGA
Médico General

BERNARDO CADAVID RICO
Profesional Universitario del Área de la Salud

HÉCTOR MANUEL QUIRÓS ARANGO
Profesional Universitario del Área de la Salud

ALVARO URIBE ISAZA
Profesional Universitario del Área de la Salud

LUIS FERNANDO GALLEGO ARANGO
Profesional Universitario del Área de la Salud

JAIME ALBERTO JIMÉNEZ LOTERO
Técnico

HENRY LÓPEZ JIMÉNEZ
Auxiliar en Sistemas de Información

CLARA LUZ AGUDELO SALINAS
Secretaria

ALBA RUTH GIL HERNÁNDEZ.
Secretaria



DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

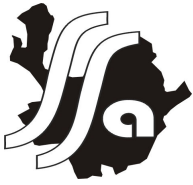
LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2006

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. MARCO LEGAL	5
2. POBLACIÓN OBJETO	7
3. POBLACIÓN NO OBJETO:	7
4. IDENTIFICACIÓN:	9
5. MONTO DE SUBSIDIOS:	10
6. CUOTA DE RECUPERACIÓN	10
7. SERVICIOS DE SALUD QUE NO SUBSIDIARA EL DEPARTAMENTO- DSSA.	13
7.1 Las Definidas en el Artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994:	13
7.2 Las Actividades, Intervenciones y Procedimientos de Primer Nivel de Atención:	14
7.3 Los servicios, Procedimientos y Suministros responsabilidad de las A.R.S :	14
ACUERDO NUMERO 000306 DE 2005	14
8. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SUBSIDIARA EL DEPARTAMENTO – D.S.S.A.	22
8.1 Atención de Urgencias:	22
8.2 Segundo y Tercer Nivel de Atención:	22
9. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.	22
10. CENTROS DE ORIENTACIÓN	25
10.1 Centro de Orientación y Atención de Urgencias y Emergencias:	25
10.2 Centros de Autorización de procedimientos electivos:	26
11. CONTRATACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	27
11.1. Pago global prospectivo o anticipado:	27
11.2. Pagos retrospectivos:	28
12. CONSIDERACIONES A LOS SISTEMAS DE FACTURACIÓN	29
12.1. En el Pago Prospectivo con Definición de Actividades:	29
12.2. En los Pagos Retrospectivo, Prospectivos y Atenciones más Costosas:	33
12.2.1. En atención de Urgencias:	33
12.2.2. En las atenciones ambulatorias y hospitalarias de II y III Nivel de atención.	36
12.2.3. En las cuentas compartidas:	42



12.2.4. Estancia Hospitalaria:	44
12.2.5. En la Unidad de Cuidados Intermedios/ Intensivos	45
12.2.6. Traslado de pacientes	46
13. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	47
14. EXÁMENES DE LABORATORIO Y AYUDAS DIAGNOSTICAS	48
15. BANCO DE SANGRE	50
16. NUTRICIÓN ENTERAL O PARENTERAL	51
17. OTRAS CONSIDERACIONES:	52
18. CALIDAD DEL SERVICIO	53
19. ATENCION DOMICILIARIA Y ALTAS TEMPRANAS.	54
GLOSARIO.	56



DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2006

INTRODUCCIÓN

El Departamento - D.S.S.A., es el ente territorial encargado de adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar las políticas del Sector Salud que formule y expida el Gobierno Nacional, en el ámbito Departamental.

Al Departamento - D.S.S.A. le corresponde dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. También le corresponde organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, gestionar y financiar la prestación de servicios de salud de II y III nivel de atención, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su territorio, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, que estén clasificadas en niveles de atención de acuerdo al tipo de servicio que ofrecen, al recurso tecnológico requerido y al recurso humano con el que cuentan.

La DSSA presenta los LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD como una herramienta para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema General de Participaciones, involucrados en la prestación de servicios de salud.

Con los LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, la DSSA busca estandarizar conceptos y actividades dentro del proceso de atención en salud, en los siguientes aspectos:

- ◆ Población objeto
- ◆ Monto de subsidios
- ◆ Cuotas de Recuperación
- ◆ Servicios de Salud que no son objeto de subsidio por la DSSA
- ◆ Prestación de servicios de salud a subsidiar por la DSSA
- ◆ Sistema de Referencia y contrarreferencia
- ◆ Centro de orientación para la atención de urgencias y emergencias
- ◆ Centro de atención para procedimientos electivos
- ◆ Contratación para la Prestación de Servicios de Salud



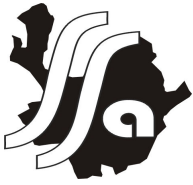
- ◆ Consideraciones a los sistemas de facturación
- ◆ Suministro de Medicamentos
- ◆ Laboratorio y Ayudas Diagnósticas
- ◆ Banco de Sangre
- ◆ Nutrición Enteral y Parenteral
- ◆ Calidad de los servicios
- ◆ Atención Domiciliaria y Altas Tempranas

Los lineamientos aportan criterios para evaluar el proceso de atención y facturación correspondiente a los pacientes responsabilidad de la DSSA y son de obligatorio cumplimiento por los prestadores, interventores y DSSA.

Los lineamientos en algunas oportunidades amplían conceptos y fijan criterios cuando en la normatividad de prestación de servicios de salud existen vacíos, esto debe entenderse como el interés de la DSSA por esclarecer situaciones que generan dificultades.

Si en determinada situación el lineamiento no es claro para prestador e interventor, se acatará el criterio del interventor, siempre y cuando no sea contrario a la normatividad vigente.

Los lineamientos deben ser conocidos por quienes prestan servicios de salud con cargo al Departamento-DSSA como atención de urgencias o por contratación.



1. MARCO LEGAL

- Constitución Política de Colombia, 1991.
- Ley 10 de 1990: Por medio de la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud
- Ley 80 de 1993: Estatuto de contratación Pública
- Ley 100 de 1993: Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Ley 387 de 1997, atención a población en situación de desplazamiento.
- Ley 715 de 2001: Sistema General de Participaciones
- Ley 782 de 2002: Prorroga vigencia de Ley 418 de 1997 y dicta otras disposiciones sobre atención a víctimas de la violencia.
- Ley 812 de 2003: Plan Nacional de Desarrollo.
- Ley 819 de 2003 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.
- Ley 962 de 2005: por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos
- Ley 972 de 2005: por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.
- Decreto 2759 de 1991 por medio del cual se organiza el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Decreto 412 de 1992 por medio del cual se establece la atención de urgencias.
- Decreto 2357 de 1995 (Cuotas de recuperación)
- Decreto 2423 de 1996 el cual determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios.
- Decreto 806 de 1998 el cual reglamenta la afiliación al SGSSS
- Decreto 783 de 2000 el cual dicta disposiciones para la atención inicial de urgencias, entre otras.
- Decreto 2309 de 2002 por medio del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
- Decreto 050 de 2002 por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del SGSSS.
- Decreto 2131 de 2003, Por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones.
- Acuerdo 226 de 2002. incluye una tecnología al Plan Obligatorio de Salud.
- Acuerdo 228 de 2002 el cual actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud



- Acuerdo 236 de 2002 modifica parcialmente el Acuerdo 228
- Acuerdo 244 de 2003 define forma y condiciones de operación del régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Acuerdo 245 de 2003 Política de atención integral a las patologías de alto costo en el régimen contributivo y subsidiado del SGSSS.
- Acuerdo 247 de 2003 Establece las condiciones para prestación y pago de servicios de salud a la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia.
- Acuerdo 249 de 2003 Precisa la financiación de algunas actividades, procedimientos e intervenciones del POS-S.
- Acuerdo 254 de 2003 (Incluye Stent y Carga Viral en el POS)
- Acuerdo 263 de 2004 Incluye el ácido zoledrónico en el POS
- Acuerdo 282 de 2005 Por el cual se incluyen procedimientos, un dispositivo y algunos medicamentos al POS-S, entre otras disposiciones.
- Acuerdo 289 de 2005 por medio del cual se aclara la cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado. (Cirugía plástica y maxilofacial)
- Acuerdo 302 de 2005 por medio del cual se incluyen unas prestaciones en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.
- Acuerdo 306 de 2005 por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- Acuerdo 313 de 2005 por medio del cual se incorpora la colecistectomía por laparoscopia al POS y POS-S
- Resolución 14707 de 1991 por la cual se organiza el registro especial para las personas que presten servicios de salud.
- Resolución 5261 de 1994 por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS.
- Resolución 5253 del 5 de agosto de 1994, emanada del Ministerio de Salud, certifica que el Departamento de Antioquia cumple con los requisitos para recibir la transferencia directa de los recursos del situado fiscal para el sector salud y por lo tanto está facultado para el manejo autónomo de estos recursos.
- Resolución 2709 de 2002 del Secretario Seccional de Salud de Antioquia que modifica la resolución 1534 de 1998 (Patologías priorizadas de Salud Pública).
- Carta circular 047 de 2002 del Ministerio de la Protección Social sobre lineamientos generales para la preparación de presupuestos.



2. POBLACIÓN OBJETO

Entiéndase por población pobre por atender, urbana o rural de cada municipio a la población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el CONPES, no afiliada al régimen contributivo o a un régimen excepcional, ni financiada con recursos del subsidio a la demanda (Art. 49 Ley 715 de diciembre 21 de 2001- Sistema General de Participaciones), residente habitual (1) en el Departamento de Antioquia (Leer Cartillas SISBEN).

Los grupos de población prioritarios para el Departamento de Antioquia identificados según encuesta SISBEN en los niveles 1,2 y 3, son: Maternas, menores de cinco años, población infantil abandonada, ancianos, discapacitados, indigentes, indígenas, población en situación de desplazamiento por la violencia y reinsertados. Además la población afiliada al Régimen subsidiado de salud en lo no cubierto por el POS-S y en el Plan de Subsidios Parciales.

3. POBLACIÓN NO OBJETO:

- **Víctimas de eventos catastróficos:** Definidos en el Decreto 1283 del 23 de julio de 1996, artículo 30, literales b, c y d, en el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- **Víctimas de la violencia:** definidas en la legislación (Ley 418 de 1997, prorrogada y modificada por Ley 548 de 1999 y Ley 782 de 2002. Esta última, en su Art. 6 que modifica el art. 15 de la Ley 418 de 1997 prorrogada por la Ley 548 de 1999, define las víctimas de la violencia así: "Para efectos de esta Ley, se entiende por víctimas de la violencia política, aquellas personas de la población civil que sufran perjuicios en su vida o grave deterioro de su integridad personal o en sus bienes, por razón de atentados terroristas, combates, secuestros, ataques y masacres en el marco del conflicto armado interno. Así mismo, se entiende por víctima de la violencia toda persona menor de edad que tome parte en las hostilidades". El reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria se hará por conducto del Ministerio de Protección Social con cargo a los recursos del FOSYGA.



- **La población que requiera servicios de medicina legal como apoyo a la justicia penal:** Reconocimiento de lesiones personales, embriaguez, delitos sexuales, cálculos de edad, evaluaciones psiquiátricas, dictámenes de medicina laboral y necropsias entre otras, según lo establecido en la Ley 38 de 1993, el Decreto Ley 2455 de 1986, el Decreto 786 de 1990, y la Ley 600 de 2000 (Código de Procedimiento Penal) y las demás normas que los adicionen, sustituyan o modifiquen.
- **Población incluida en los contratos suscritos con el Ministerio de Protección Social:** En aquellos casos en los cuales el Ministerio de Protección Social suscriba contratos con la I.P.S. o con el Departamento para la atención de población específica (Población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, Trauma mayor, IVA social y otros), esta población se atenderá con cargo a dichos contratos y se excluye de la población objeto de la gestión y financiación de la prestación de servicios de salud por el Departamento- D.S.S.A.
- **Atenciones derivadas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional:** La población que requiera atenciones derivadas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, cuando se pueda establecer claramente una relación laboral (2). Cuando la calificación del evento en salud sea de accidente de trabajo (el medico definirá o clasificará el accidente de trabajo) o enfermedad profesional, la responsabilidad total de los costos de la atención en salud serán asumidos por la Aseguradora de Riesgos Profesionales a la cual se encuentra afiliado el usuario o directamente por el patrono. La calificación de estos eventos estará basada en la Resolución 2569 de 1997.
- **Las madres comunitarias del I.C.B.F.** se registrarán por lo dispuesto en el Decreto 047 de 2000, Capítulo II Artículo 17 y siguientes. Es decir, como trabajadores independientes afiliados al Sistema General de la Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo por medio de una E.P.S. El grupo familiar de estas madres comunitarias se rige por lo estipulado en la Ley 509 de 1999 y el Acuerdo 244 del año 2003 del C.N.S.S.S.; en lo pertinente se asimilan a la población competencia del Departamento de Antioquia – D.S.S.A..
- **Población afiliada al Régimen Contributivo y de Regímenes excepcionales:** según los Artículos 49 y 71 de la Ley 715 de 2001, no están consideradas dentro de la población pobre por atender con recursos de Participación para la prestación de servicios de salud. En los regímenes excepcionales están las Fuerzas Militares y de Policía, el Magisterio, el CONGRESO de la Republica, los trabajadores de



ECOPETROL y la AEROCIVIL., Frente a la Ley 715 de 2001, en el caso de la atención de usuarios del régimen contributivo con patologías que requieren períodos mínimos de cotización, la E.P.S. debe prestar la atención integral y los sobrecostos generados recobrarlos al FOSYGA. Igual directriz para los medicamentos no POS.

- **Población Carcelaria:** Estará a cargo del INPEC y se registrá por lo establecido en la Ley 65 de 1993.
- **Población víctima de accidentes de tránsito:** Los Identificada en los niveles 1, 2 ó 3 del SISBEN, sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que requieran servicios de salud, solamente recibirán subsidio cuando el valor de la atención exceda los 800 Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes, en el momento de ocurrencia del accidente. Los afiliados al Regimen subsidiado en lo no cubierto por el POS-S también se atenderán con Sistema General de Participaciones cuando supere los 800 SMDLV. Los valores a subsidiar son los correspondientes al nivel de identificación socioeconómica del SISBEN.

4. IDENTIFICACIÓN:

Es requisito, presentar el documento de identidad de acuerdo a los establecido y relacionado con la edad: Registro civil, Tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, etc.

La identificación y clasificación del nivel de pobreza de la población general se hace mediante la evaluación de la encuesta diseñada por el Departamento Nacional de Planeación y asignada a misión social conocida como Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN.

La identificación de la población especial será así:

Menores en situación de abandono; Certificación del ICBF, Regional Antioquia.

Población en condición de desplazamiento forzado por la violencia: La Red de Solidaridad.

Reinsertados: Ministerio del Interior.

Indigentes: Alcaldías Municipales.

Indígenas: Gobernadores de cabildos o la OIA.

La D.S.S.A. reconoce el pago por las atenciones brindadas a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda ni afiliada a los



regímenes contributivo, subsidiado o regímenes especiales, cuando ésta esté debidamente identificada e incorporada en la base de datos del Departamento- D.S.S.A. en el momento de recibir la atención (Se debe anexar la impresión de la Base de Datos de la D.S.S.A que aparece en la Web), se aceptará igualmente y adicional, el original de la Ficha SISBEN o Fax proveniente de la Oficina SISBEN del Municipio de residencia del usuario con vigencia no superior a tres meses, salvo en periodos, de contratación del regimen subsidiado, donde a criterio del interventor podrá solicitar fichas SISBEN mas recientes.

La IPS es responsable de la identificación de usuarios afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado, solicitando sistemáticamente el carné de Afiliado y verificando con la Dirección Local de salud del municipio de procedencia del usuario cuando sea pertinente, especialmente en los periodos de contratación del Régimen Subsidiado.

5. MONTO DE SUBSIDIOS:

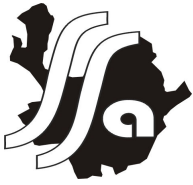
Acorde con el nivel de identificación del SISBEN, la población objeto del Departamento-D.S.S.A. recibirá un subsidio correspondiente a un porcentaje del valor total facturado, el cual será cancelado directamente por el Departamento a la Institución que prestó los servicios, así:

Personas identificadas en el nivel 1, recibirán un subsidio del 95%
Personas identificadas en el nivel 2, recibirán un subsidio del 90%
Personas identificadas en el nivel 3, recibirán un subsidio del 70%.
Personas identificadas como población especial, recibirán un subsidio del 100%.

6. CUOTA DE RECUPERACIÓN

Corresponde al excedente del valor total de los servicios de salud no cubierto por el subsidio del Departamento -D.S.S.A, que deberá ser cancelado a la I.P.S. directamente por el usuario; éste podrá concertar su pago con la institución y es responsabilidad de la I.P.S. su cobro y negociación. El monto de la cuota de recuperación depende del nivel de identificación del SISBEN (Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995), así:

Usuarios identificados en el nivel 1, deberán cancelar el 5% de lo facturado.
Usuarios identificados en el nivel 2, deberán cancelar el 10% de lo facturado.



Usuarios identificados en el nivel 3, deberán cancelar el 30% de lo facturado.

Usuarios identificados como población especial y usuarios con patologías priorizadas por la DSSA en la Resolución 2709 de 2002, no pagan cuota de recuperación.

Las personas afiliadas al Regimen Subsidiado de Salud que requieran servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado sea pleno o parcial según el Acuerdo 306 del CNSSS se comportarán para todos los efectos como población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda ni afiliada a los regímenes contributivo, subsidiado o regímenes especiales y se le aplicarán los subsidios y los toques de la cuota de recuperación, acorde a su nivel de identificación (Decreto 2357 de 1995).

CUADRO 1

Porcentaje del valor total facturado que le corresponde subsidiar al Departamento-D.S.S.A. y pagar al usuario, de acuerdo al nivel de identificación del SISBEN

NIVEL DE IDENTIFICACIÓN	SUBSIDIADO POR EL DPTO.- D.S.S.A.	CUOTA DE RECUPERACIÓN A PAGAR POR EL USUARIO*	VALOR MÁXIMO A PAGAR POR EL USUARIO EN UN MISMO EVENTO **
1	95%	5%	Un (1) S.M.M.L.V.***
2	90%	10%	Dos (2) S.M.M.L.V.
3	70%	30%	Tres (3) S.M.M.L.V.
POBLACIÓN ESPECIAL Indígenas, reinsertados e indigentes.,-Población infantil abandonada	100%	Exentos de pago	Exentos de pago
Maternas y niños menores de un año (niveles 1, 2 ó 3 del SISBEN) y pacientes (SISBEN 1, 2 ó 3) con patologías priorizadas, Resolución 2709/2002	100%	Exentos de pago	Exentos de pago

Decreto 2357 de 1995



**La vigencia de un evento es por año calendario: Atención que requiera el paciente durante un período de 12 meses continuos, independiente de la fecha de diagnóstico e inicio de la atención para el tratamiento de una patología específica, las cuales no generarán cobro de cuotas de recuperación cuando pasen del tope máximo correspondiente. Es necesario anexar soporte de cuotas de recuperación anteriores, para ver el monto y el faltante para el tope a la fecha de la última atención.

*** S.M.M.L.V.: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

Los pacientes con patologías cuya atención se haya priorizado, acorde a lo establecido en el Artículo primero de la Resolución 2709 del 14 de marzo de 2002 de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, que modifica parcialmente la Resolución 1534 de 1998 de la misma Dirección, en lo referente a su Artículo 10 componente del Laboratorio de Salud Pública. Dichas patologías son:

- Poliovirus
- Sarampión
- Rubéola
- Difteria
- Tosferina
- Tuberculosis
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Hepatitis Delta
- Chagas
- Dengue
- Leishmaniosis
- Rabia Humana
- Rabia Animal
- HIV-SIDA
- Leptospirosis
- Sífilis Congénita
- Sífilis
- Meningitis Bacteriana
- Lepra
- HTLV1
- Fiebre Amarilla
- Cólera
- Encefalitis Equina
- EDA
- Cisticercosis
- Intoxicación Alimentaria



- Intoxicación por Mercurio.

7. SERVICIOS DE SALUD QUE NO SUBSIDIARA EL DEPARTAMENTO- DSSA.

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:

7.1 Las Definidas en el Artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994:

- Cirugía estética con fines de embellecimiento
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Tratamientos para la infertilidad.
- Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial y nacional o aquellos de carácter experimental.
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño
- Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto.
- Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de medula ósea, de córnea, hepático y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica (3) 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.
- Tratamiento para várices con fines estéticos.
- Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal (4) 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. En conflicto de intereses se debe llevar a Comité de Ética o Staff Médico.

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

7.2 Las Actividades, Intervenciones y Procedimientos de Primer Nivel de Atención:

Son responsabilidad del MUNICIPIO de residencia del usuario. Estos servicios incluyen:

- La atención integral por médico general, odontólogo general y de enfermería de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en forma hospitalaria, ambulatoria intra o extramural y con tecnología de baja complejidad.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos incluidos en los protocolos de atención de los programas, cuyo manejo esté a cargo del médico general.
- La atención brindada por nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, óptica y trabajo social.

7.3 Los servicios, Procedimientos y Suministros responsabilidad de las A.R.S :

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, P.O.S -S. definido en el Acuerdo 306 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - C.N.S.S.S. y que se transcribe a continuación:

ACUERDO NUMERO 000306 DE 2005

(agosto 16)

por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en uso de las atribuciones legales conferidas en el numeral 1 del artículo 172 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:



Que se requiere aclarar, precisar y compilar los contenidos del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado en los esquemas de subsidios plenos y de subsidios parciales, según lo establecido en los Acuerdos 72, 74, 267 y 282 del CNSSS;

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente,

ACUERDA:

Artículo 1°. *Marco de referencia del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S.* Para definir los contenidos del Plan Obligatorio del Régimen Subsidiado, POS-S, se tendrán en cuenta las disposiciones señaladas por:

- El Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, adoptado mediante Resolución 5261 de 1994, o las normas que lo adicione, modifiquen o sustituyan.
- El Manual de Medicamentos y Terapéutica, adoptado mediante Acuerdos 228, 236, 263 y 282 del CNSSS, o las normas que lo adicione, modifiquen o sustituyan.
- El Conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, Resolución número 412 del 2000, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 y en las Resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002 o las normas que las adicione, modifiquen o sustituyan.

En consecuencia, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S, incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos o tecnología descritos en las referencias normativas citadas en el presente artículo, siempre y cuando correspondan a los contenidos del presente Acuerdo.

Artículo 2°. *Contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. POS-S.*

A. Acciones para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

La cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según normas mencionadas en el artículo 1° del presente Acuerdo y comprende los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad, según normas y guías adoptadas mediante Resolución 412 del 2000, 3384 de 2000 y la 968 de 2002 o las normas que las adicione, modifiquen y sustituyan, con las exclusiones señaladas en el artículo 3° de la Resolución 3384 de 2000.

La cobertura de servicios incluye la colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.

B. Acciones para la recuperación de la Salud. Incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los siguientes niveles de cobertura y grados de complejidad, y teniendo en cuenta las definiciones y responsabilidades establecidas en los artículos 91 al 95 de la Resolución 5261 de 1994.

1. **Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad:** El plan cubre la atención para todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según lo definido para ese nivel en los artículos 20, 21, 96 al 100 y del 103 al 104 de la Resolución 5261 de 1994.

La cobertura incluye la atención en este nivel de los casos que fueron objeto de interconsulta por un especialista o debidamente referidos a un nivel superior de complejidad y que han sido también debidamente contrarreferidos para continuar su atención, manejo y control en el servicio de primer nivel de complejidad por indicación del especialista.



2. Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. El POS-S cubre:

2.1. Atención del proceso de gestación, parto y puerperio. Atención ambulatoria por ginecobstetricia y atención hospitalaria quirúrgica (incluyendo el legrado obstétrico) y/o no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio en los casos identificados como mediano y alto riesgo obstétrico, incluyendo las afecciones relacionadas o complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de los mismos, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

2.2 Atención del menor de un año de edad. Atención ambulatoria, hospitalaria, diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, quirúrgica y no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, del niño(a) a partir del nacimiento hasta que cumpla el primer año de edad.

Una vez el niño cumple un año de edad, se garantizará la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS del Régimen Subsidiado para mayores de un año, y con aquellos procedimientos quirúrgicos no contenidos en el POS-S para mayores de un año en los siguientes casos:

- Cuando hayan sido prescritos y solicitados ante la ARS antes de cumplir dicha edad y que no hayan sido diferidos por razones médicas.

- Cuando hayan sido diferidos por razones médicas, la cobertura se extenderá máximo hasta por treinta días calendario a partir de cumplir dicha edad, siempre y cuando medie previa autorización de la ARS y solo para el servicio autorizado.

En los casos de hospitalización y de tratamiento no quirúrgico la cobertura será únicamente para el menor de un año, salvo que se trate de servicios incluidos en el POS-S para mayores de un año.

2.3. La consulta de oftalmología y optometría para los menores de 20 años y mayores de 60 años.

2.4. Atención de los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años, quirúrgica, no quirúrgica, ambulatoria, con hospitalización, diagnóstica y terapéutica, incluyendo la atención de las complicaciones inherentes al estrabismo y a su tratamiento.

Una vez cumplidos los 5 años de edad, se garantizará la atención para el procedimiento quirúrgico de corrección de estrabismo, siempre y cuando hayan sido formulados por el médico tratante y debidamente solicitados ante la ARS antes de cumplir dicha edad.

2.5. Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología en cualquier grupo de edad, ambulatoria, con hospitalización, quirúrgica, no quirúrgica, diagnóstica y terapéutica para dicha patología e incluye:

- Suministro del Lente Intraocular y su implantación.
- Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento.

2.6. Atención de los casos de Ortopedia y Traumatología.

2.6.1. La atención ambulatoria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología con:

- Consulta y actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad según lo contemplado en los artículos 68, 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994.

2.6.2. La atención hospitalaria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología y las actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad en los artículos 68,



90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994.

2.6.3. La cobertura en los casos quirúrgicos se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnósticas necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del Ortopedista y/o Traumatólogo de las complicaciones derivadas del procedimiento y/o anestésicas por parte del anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

2.6.4. Atención en Fisiatría y Terapia Física con actividades, procedimientos e intervenciones de acuerdo con el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994, para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta y procedimientos ambulatorios u hospitalarios.

2.6.5. La ayuda diagnóstica de resonancia magnética no se incluye para las atenciones ambulatorias, se reconoce solo para casos de pacientes hospitalizados.

2.7. Atención de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

Apendicectomía, Histerectomía, Colectomía, Herniorrafia inguinal, Herniorrafia crural y Herniorrafia umbilical, así como la esterilización quirúrgica femenina según las normas técnicas vigentes.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

2.8. Atención para rehabilitación funcional. Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución, con las actividades, procedimientos e intervenciones en salud necesarias para la rehabilitación funcional, de las contenidas en el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994.

El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994.

3. Atenciones de Alto Costo: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

3.1. Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento en los casos que se requieran, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.



- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas:

- La reprogramación de marcapasos durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso.
- La prótesis endovascular Stent Coronario Convencional no recubierto.
- La cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados.

3.2. Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en el artículo 56 de la Resolución 5261 de 1994.

Incluye atención de las afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica, bien sea por Neurocirugía o por Ortopedia y Traumatología.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados.

3.3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, con actividades, procedimientos e intervenciones de cualquier complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo:

- Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento.
- La Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal.
- El trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante.
- El control permanente del trasplantado renal.
- El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía).

3.4. Casos de paciente clasificado como Gran Quemado, entendiéndose como tal:

1. Con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal.
2. Con quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies independientemente de su extensión.

La cobertura comprende las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo:



- Internación en el servicio de hospitalización de cualquier complejidad, que se requiera para su manejo.
- Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación de estos casos.

3.5. Casos de infección por VIH. El Plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones, incluyendo:

- La atención ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad necesaria.
- Los insumos y materiales requeridos.
- El suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema.
- La Carga Viral para VIH/Sida.
- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del caso confirmado, así como los de complementación diagnóstica y de control.

Por portador se entiende a la persona que ya tiene el diagnóstico confirmado por laboratorio de conformidad con la guía de atención vigente.

3.6. Casos de pacientes con Cáncer: La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con Cáncer, e incluye:

- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, así como los de complementación diagnóstica y de control.
- El tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización.
- La quimioterapia, la radioterapia, incluyendo la Teleterapia con fotones con Acelerador Lineal de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 226, el control y tratamiento médico posterior.
- El manejo del dolor e intervenciones de tipo paliativo para el paciente terminal.

Para la cobertura de servicios del POS-S cualquier medio médicamente reconocido, que se encuentre incluido en la Resolución 5261 de 1994, clínico o procedimental, es válido para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer.

En aquellos casos que fueren confirmados será responsabilidad de la ARS el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica, sin necesidad de que hayan sido autorizados previamente por ella. En los casos no confirmados, los procedimientos y actividades realizadas no serán pagados por la ARS si no están dentro del POS-S y se financiarán con recursos de oferta.

3.7. Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o Rodilla, incluyendo:

- Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para estos pacientes sometidos a reemplazo.
- El control y tratamiento posterior.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, el estudio con la consulta especializada y actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.



- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante y las complicaciones del procedimiento y/o anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

3.8. Cuidados Intensivos: Garantiza la atención dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación de:

- Pacientes críticamente enfermos de todas las edades de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 28, 29 y 30 de la Resolución 5261 de 1994. Para estos casos la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de UCI y manejo por especialistas según normas de calidad, así como los procedimientos simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando se encuentren incluidos en el POS-S de conformidad con el presente acuerdo.

- Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos.

La cobertura de medicamentos está incluida durante el tiempo de permanencia en UCI, de conformidad con lo establecido en el Manual de Medicamentos vigente del sistema.

4 Materiales y suministros. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre todo insumo o material médico-quirúrgico, siempre y cuando sea necesario para la adecuada calidad en la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud de los casos o eventos señalados en el presente Acuerdo.

5. Ortesis, prótesis, y dispositivos biomédicos. En materia de ayudas visuales el POS-S incluye para los menores de 20 años y mayores de 60 años, el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente, y suministro de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.

Para la atención de los casos y eventos establecidos en el presente Acuerdo, en lo relacionado con otras ayudas para tratamiento y rehabilitación, prótesis y ortesis, así como dispositivos biomédicos, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre los mencionados en la Resolución 5261 de 1994 con sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la misma.

6. Cobertura de servicios de hospitalización diferentes a UCI.

6.1. Para atención hospitalaria de los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo el POS-S cubre la internación solamente en habitación compartida en los servicios de hospitalización general de la complejidad necesaria. Se exceptúan aquellos pacientes que por razones médicas requieran aislamiento, para los cuales está cubierta la internación en habitación unipersonal.

6.2. El POS-S cubre la internación en otras unidades de cuidado médico especiales solamente en los casos, eventos y condiciones descritas en el presente acuerdo.

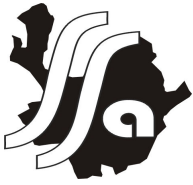
7. Transporte de Pacientes. El POS-S cubre el traslado interinstitucional de:

- Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo para los casos definidos en el presente Acuerdo, que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran un traslado a un nivel superior de atención.

- Pacientes en caso de urgencia que requieran traslado a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

- Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la ARS recibe prima adicional o UPC diferencial, en cualquier caso o evento descrito en el presente acuerdo y que requiera servicios

de cualquier complejidad, previa remisión de un profesional de la salud, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio.



8. Medicamentos. Las ARS deben garantizar los medicamentos descritos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el presente Acuerdo.

9. Complementación diagnóstica y terapéutica. Para los casos y eventos descritos en todos los numerales anteriores están cubiertas todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para complementación diagnóstica y terapéutica dentro de lo dispuesto en el presente Acuerdo con sujeción a los contenidos establecidos en la Resolución 5261 de 1994.

Artículo 3°. *Cobertura de servicios en casos de accidentes de tránsito.* En caso de que los costos ocasionados por la atención de accidentes de tránsito superen lo establecido en el artículo 34, literal a), del Decreto 1283 de 1996 o las normas que lo modifiquen, adicione y sustituyan, la Administradora de Régimen Subsidiado cubrirá los servicios necesarios siempre y cuando se traten de casos y eventos o servicios establecidos en el presente Acuerdo.

Artículo 4°. *Atención Inicial de Urgencias.* Las ARS deben garantizar la atención inicial de urgencias conforme la definición vigente contenida en el Decreto 783 de 2000 o el que lo complemente o modifique con todas las actividades, intervenciones y procedimientos que a criterio médico sean necesarios, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo, conforme las normas de urgencias y de referencia vigentes. La atención subsiguiente y/o el tratamiento definitivo solamente será garantizado por la ARS si corresponde a los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo.

Artículo 5°. *Reaseguro para la atención de Alto Costo.* Toda ARS debe garantizar la atención de alto costo establecida en el presente Acuerdo, para todos sus beneficiarios mediante un mecanismo de reaseguros, y de conformidad con lo estipulado en los artículos 46 y 47 del Decreto 050 de 2002 o cualquier norma que lo complemente, adicione o sustituya.

Artículo 6°. *Períodos de carencia.* El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no contempla preexistencias para sus afiliados, ni períodos mínimos de afiliación para la atención.

Artículo 7°. *Plan Obligatorio de Salud para Comunidades Indígenas.* Las ARS que afilian a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente Acuerdo. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora.

Artículo 8°. *Beneficios en esquema de subsidios parciales.* Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

a) Atención integral de alto costo según lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 2° en el presente Acuerdo, y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 cuando sea necesario para el tratamiento de alto costo;

b) Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, conforme lo establecido en el numeral 2.6 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo, cuando sea necesario para la atención de ortopedia y traumatología;

c) La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier nivel de complejidad, según lo dispuesto en numerales 1 y 2.1 y en lo pertinente, por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones;



d) Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, según lo dispuesto en los numerales 1 y 2.2 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención al menor de un año;

e) Los medicamentos, incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema; que sean formulados como parte de las atenciones señaladas en los literales anteriores del presente artículo;

f) Los medicamentos incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubierto por el Régimen Subsidiado, siempre y cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica.

Parágrafo. Para los afiliados mediante subsidio parcial, los servicios no incluidos en el presente artículo serán suministrados con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud u otros destinados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, para lo cual se consideran, como hasta la fecha, vinculados.

Artículo 9°. *Vigencia.* El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el **Diario Oficial** y deroga las disposiciones que le sean contrarias y en especial los Acuerdos 072, 074 y el artículo 6° del Acuerdo 267 del CNSSS.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 16 de agosto de 2005.

El Ministro de la Protección Social,

El Secretario Técnico CNSSS,

Diego Palacio Betancourt,

Eduardo Alvarado Santander.

8. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SUBSIDIARA EL DEPARTAMENTO – D.S.S.A.

Los servicios de Salud a financiar por el Departamento de Antioquia son:

8.1 Atención de Urgencias:

Garantiza la atención de urgencias a todas las personas de cualquier grupo de edad con patología de urgencia, en el segundo y tercer Nivel de Atención.

8.2 Segundo y Tercer Nivel de Atención:

La prestación de servicios de salud para el II y III nivel de atención.

9. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

El Departamento –D.S.S.A., definirá la Red de Prestadores de Servicios de Salud de acuerdo a la complejidad de las IPS, la cual deberá ser la guía para la referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diferentes niveles de



atención. Los pacientes que por su estado clínico pueden ser atendidos en un nivel de atención menor, deben ser contrarreferidos dejando clara constancia en la historia clínica de los trámites realizados por la Institución y de las dificultades presentadas. (Registrar en la historia clínica todos los intentos de remisión).

En caso de no ser posible la remisión, deberán quedar igualmente registradas las razones en la Historia clínica.

Se debe solicitar contrarreferencia semanal y debe quedar documentada en la historia clínica y en los registros propios de la IPS.

El Régimen de Referencia y Contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

El Régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.

Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la Referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra-remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por

el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

El Régimen de Referencia y Contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por la racional utilización de los recursos institucionales.

Modalidades de solicitud de servicios:



Remisión: Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

Interconsulta: Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

Orden de servicio: Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

Apoyo tecnológico: Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación e insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución con el grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente.

La institución referente, será responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado informarán a los entes territoriales cual es la red de prestadores contratada para garantizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán informar debidamente a sus afiliados sobre los beneficios a que tienen derecho.

Para referir o contrarreferir un paciente, el médico debe diligenciar en forma clara y completa el SIS 412 A o el SIS 412 B, según el caso, o la orden de servicios que contenga como mínimo la siguiente información:

- Institución remitente y municipio



- Tipo de afiliación a la seguridad social (Contributivo, Subsidiado, Vinculado)
- Nivel y ficha del SISBEN
- Nombres, apellidos del paciente y edad
- Dirección completa de la residencia y teléfono
- Numero de Historia Clínica
- Fecha de inicio de síntomas, examen físico tratamiento y seguimiento.
- Diagnóstico presuntivo
- Examen solicitado indicando si es para diagnóstico o seguimiento del caso
- Nombre registro y firma del profesional solicitante

Trámite de la Remisión:

- Cada IPS de la Red definirá el mecanismo para iniciar el trámite de referencia o contrarreferencia de acuerdo a la patología y severidad del estado de salud del paciente, a través de los medios existentes (Radioteléfono, Trunking, teléfono u otros) con la institución de salud que corresponda según el caso.
- La información utilizada para el trámite de la remisión debe ser concreta, clara y precisa. Por radio deben pasarse datos como el nombre del paciente, edad, impresión diagnóstica y causa de remisión. Si el médico del centro receptor requiere mayores datos debe comunicarse directamente con el médico remitente.
- El responsable en la IPS de origen consultará el caso en los centros que tengan la tecnología y el recurso humano necesario para resolver cada urgencia y lo hará comenzando por aquellos ubicados en la región de procedencia del paciente y luego por los más cercanos geográficamente dentro de la Red de IPS contratada iniciando por las Empresa Sociales del Estado de Segundo Nivel.

En instituciones donde no se dispone de equipo de radio comunicaciones, se puede buscar la comunicación a través del Centro de Orientación y Atención de Urgencias y emergencias.

10. CENTROS DE ORIENTACIÓN

10.1 Centro de Orientación y Atención de Urgencias y Emergencias:

En la sede del Programa Aéreo de Salud se encuentran ubicados los equipos y el talento humano que presta servicios de apoyo a los



profesionales de la salud que desde cualquier lugar del Departamento y a través de cualquier medio de comunicación (teléfono, radioteléfono VHF, UHF, Trunking), solicitan información o apoyo para la ubicación de un paciente que requiere atención de salud URGENTE en un nivel de atención superior al que se encuentra, facilitando también la intercomunicación de profesionales de las diferentes IPS.

Este centro mantiene comunicación permanente con todos los prestadores de servicios de salud del Departamento, fundamentalmente las ESE's, y registra la información básica de la Red sobre los recursos de salud disponibles en el departamento: portafolios de servicios, disponibilidad de camas por servicio, quirófanos, transporte medico, etc.

Su ubicación es estratégica para el apoyo ante eventos de urgencias, emergencias y desastres, siendo su actividad central la coordinación de las comunicaciones y la referencia de pacientes cuando no es posible a través de la red de IPS disponible.

Los teléfonos son: 360 01 66 y 360 01 67.

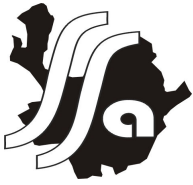
Cuando para un prestador no ha sido posible la ubicación del paciente luego de comentarlo en todas las instituciones receptoras posibles, se procederá de la siguiente manera:

- Registrar en la historia clínica las comunicaciones realizadas y las causas por las cuales no fue aceptada la remisión.
- Solicitar apoyo al Centro Regulador para su ubicación.
- El médico tratante debe complementar la hoja de remisión con las posteriores valoraciones realizadas.

A estos pacientes, siempre debe abrírsele una historia de consola, la cual deberá ser diligenciada por quien recibe la información (usualmente un medico o un auxiliar radio-operador con el debido entrenamiento).

10.2 Centros de Autorización de procedimientos electivos:

Para las atenciones electivas en servicios de mediana y alta complejidad, que requieran los usuarios, el medico solicitante debe proceder a diligenciar el respectivo SIS 412 A, anexarle la documentación requerida de identificación y la Institución respectiva (ESE o IPS), luego debe allegar esta documentación a los auditores Regionales según área de georeferencia, si no aplica área de



georeferencia para auditores Regionales como en el caso de los municipios del Valle de Aburrá, Vigía del Fuerte y Murindó, se envían a Medellín (Hangar 71 del Programa Aéreo de Salud, a la oficina de atención de electivos). Una vez la documentación llegue al Auditor Regional si el procedimiento lo realiza la ESE de Nivel II de la zona, lo autoriza allí, de lo contrario lo envía a Medellín para su respectiva ubicación, una vez ubicada la IPS que realizará el procedimiento y asignada la cita, se le notifica a la IPS de procedencia del usuario y al usuario a través del medio de comunicación registrado en el SIS 412 A para que asista a la cita.

Los auditores Regionales se encuentran en las siguientes Empresas Sociales del Estado: Antonio Roldán Betancur de Apartadó, Cesar Uribe Piedrahita de Caucasia, Hospital La Merced de Ciudad Bolivar, Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, Hospital La Cruz de Puerto Berrio, Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, Hospital San Juan de Dios de Rionegro, Hospital San Juan de Dios de Yarumal.

Se excluyen de este trámite de electivos, los usuarios con Diagnóstico de Cáncer, VIH-SIDA, Insuficiencia Renal., Patología Cardíaca, Menores de un año y gestantes, quienes se consideran como atenciones urgentes y para ello la IPS de origen debe agotar todos los mecanismos que permitan su remisión lo mas pronto posible.

11. CONTRATACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

El Departamento - D.S.S.A.- contrata con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas (ESEs.) y privadas, clasificadas como de II y III nivel de atención, debidamente habilitadas y certificadas según legislación vigente, para la prestación de Servicios de salud, acorde con el perfil de morbimortalidad y carga de la enfermedad, con criterios de eficiencia y racionalidad en el gasto.

Las modalidades de contratación que actualmente realiza el Departamento-DSSA son:

11.1. Pago global prospectivo o anticipado:

Cuando el valor de los servicios se define con anterioridad y el prestador sabe, antes de otorgar la asistencia, el valor que recibirá



por dicha atención, dentro de estos se encuentran: la capitación, el pago prospectivo con definición de actividades, el pago por caso (GRD), presupuesto por línea de ítem y el pago por estancia.

11.2. Pagos retrospectivos:

Cuando el valor a pagar se conoce después de la prestación del servicio. Incluye actividades por evento y /o por conjunto.

En caso de no existir contratos, solo se reconocerán las atenciones de urgencias, las atenciones autorizadas y los fallos de tutela. El pago de las urgencias, se regirá por las normas vigentes (Art. 67 de la Ley 715 de 2001) y estos Lineamientos. La D.S.S.A. solo asumirá la atención de la enfermedad que genera la urgencia como tal y no la atención integral (5) del paciente.

Aspectos Generales Relacionados con el Contrato o Convenio

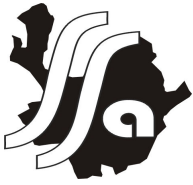
Todo prestador que suscriba contrato o convenio con la DSSA debe designar un coordinador del mismo con perfil de auditor de tal forma que pueda participar con idoneidad en los procesos que adelantan los auditores-interventores designados por la D.S.S.A. Tendrá como función fundamental:

- Hacer conocer el contrato o convenio por todas las partes interesadas.
- Velar por el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.
- Coordinar y colaborar en las actividades de interventoría.
- Evidenciar ante los interventores el cumplimiento del contrato.
- Responder adecuadamente y en el tiempo designado las objeciones presentadas por los interventores.

La DSSA designa para todo prestador que presente cuentas médicas un auditor-interventor, el cual tiene como función vigilar el cumplimiento de la normatividad aplicable a la atención, en los ámbitos administrativo y clínico. Cuando existe convenio o contrato le corresponde liquidarlo cuando sea oportuno.

Las dificultades o desacuerdos surgidos en la ejecución de la prestación del servicio a cargo de la DSSA, serán analizados en primera instancia por el interventor. Agotada esta instancia, corresponderá a los contratantes conciliar las dificultades.

Al iniciar la interventoría de un convenio o contrato deberá realizarse una reunión para acordar metodologías, cronogramas de visitas, tiempos de



entrega de informes, avales etc. Constancia de lo acordado se dejará en un "Acta de inicio de interventoría".

12. CONSIDERACIONES A LOS SISTEMAS DE FACTURACIÓN

12.1. En el Pago Prospectivo con Definición de Actividades:

Estos términos definen las condiciones como la DSSA, con base en el análisis de la información de los prestadores de servicios de salud, paga la prestación de las atenciones en salud, con criterios de razonabilidad, equidad, eficiencia y calidad. Recoge el consenso general para la compraventa de la prestación de servicios de salud para la población pobre y vulnerable del Departamento de Antioquia.

Se definen algunos ítems fundamentales como:

- Actividades finales
- Pago de atenciones más costosas: outliers
- Ayudas diagnósticas
- Transporte de pacientes
- Anticoncepción Quirúrgica

Para este tipo de contratación es necesario precisar algunos términos:

Actividad final: es el conjunto de actividades intermedias que se brindan a un usuario con el fin de atender en forma integral un problema de salud. Tiene como atributos la oportunidad, suficiencia, integralidad, racionalidad lógico científica, seguridad y calidez, y se ejecuta con el debido respeto a la dignidad humana y los derechos fundamentales.

Actividad intermedia: es aquel procedimiento o intervención necesario para dar respuesta a la atención integral entendida como actividad final, en cualquiera de sus fases diagnóstica, terapéutica o de control de resultados.

Paciente activo: aquellos pacientes que permanezcan en el programa durante todo el ciclo de duración de las actividades finales.

Revisión médica: Es todo contacto con el paciente que tiene como objetivo evaluar los resultados de las ayudas diagnósticas ordenadas con anterioridad o la evolución del tratamiento médico prescrito. En aquellas patologías de tipo crónico que suponen la evaluación periódica de los pacientes en el mismo año por parte del médico especialista (Ejemplo: Hipertensión, Diabetes cuando sea del caso), según protocolos del



Ministerio de Salud, será pagada como una actividad final siempre que cumpla con los criterios de pertinencia médica.

Outlier: Se entiende para todo paciente con condiciones clínicas extremas y que se caracteriza por tener un valor muy por encima del esperado para las actividades finales, identificados según la metodología definida por la DSSA. La primera parte del pago, que cubre el valor de los servicios hasta el umbral del outlier, está incluida en el valor pactado para las actividades finales. El valor adicional, el cual corresponde al 90% de la diferencia entre el valor total y el umbral definido para el outlier, será cancelado de acuerdo a la forma de pago pactada en los convenios y posterior al proceso de auditoría.

Para tener en cuenta en el pago Prospectivo:

- Las actividades intermedias varían por paciente atendido, en cada actividad final, de acuerdo con las necesidades de la demanda.
- La atención médica especializada urgente no se mide en unidad de tiempo sino en la disponibilidad y accesibilidad de las actividades e intervenciones.
- Cuando el paciente permanece en observación por un período de tiempo superior a seis (6) horas, se evaluará cada caso particular para verificar su pertinencia.
- Las revisiones hacen parte de las actividades intermedias incluidas en la actividad final.
- La DSSA asume para efecto de reconocimiento la atención realizada por médico especialista que cumpla con lo siguiente:
 - Remisión pertinente por médico general de IPS de primer nivel, inclusive cuando se requiera la atención por médico pediatra.
 - Remisión pertinente por médico general de la propia IPS, inclusive cuando se requiera la atención por médico pediatra.
 - Seguimiento y evolución por médico especialista debidamente registrado en la historia clínica.
- Las consultas de médico general, enfermera, fisioterapeuta, optometría, odontología general, sicología y nutrición, se consideran de primer nivel y su pago es responsabilidad del municipio. Cuando en la atención integral por médico especialista se requiere el concurso de éstos profesionales, para efectos del pago se consideran incluidos dentro de la actividad final.
- Si en la atención médica especializada se ordena una ayuda o procedimiento diagnóstico o terapéutico (descrito en el portafolio) y



este no es realizado en la ESE, esta actividad no será reconocida por la DSSA.

- Si el paciente reingresa dentro de las 72 horas posteriores al egreso, por complicación o reagudización de la patología, se considera como parte del egreso hospitalario, esto aplica en el caso de las complicaciones menores. Téngase en cuenta además que para el caso de las infecciones intra hospitalarias el período de incubación puede ser en la mayoría de los casos, hasta de 10 días.
- Todo egreso hospitalario al que se le ordene un procedimiento, intervención diagnóstica o terapéutica, considerado como actividad intermedia y éste no se realice al paciente, se descontará a tarifa SOAT del valor de la actividad final.
- La DSSA asume para efectos de pago, la atención del parto de alto riesgo según la clasificación del CLAP atendida por médico especialista. Incluye todo el alto riesgo del binomio madre – hijo y el parto de alto riesgo debidamente remitido por el I nivel.
- El parto clasificado como de bajo riesgo, según la clasificación del CLAP, para efectos de pago, es responsabilidad del municipio de procedencia de la usuaria, sin importar si es el médico especialista quien atiende el parto.
- En el caso de que el alto riesgo obstétrico (ARO) tenga origen en el niño, la evaluación tendrá que ser efectuada por el médico pediatra. En caso de que no haya evaluación por pediatra del recién nacido, se glosará una consulta médica especializada de las reportadas en el mes.
- En todo Parto de Alto Riesgo o Cesárea en que se ordene un procedimiento, intervención diagnóstica o terapéutica, considerado como actividad intermedia y éste no se realice al paciente, se descontará a tarifa SOAT del valor de la actividad final.
- Se considera parto luego de 20 semanas de gestación o embrión de más 500 gramos de peso.
- Si existe indicación de tubectomía y no se realiza, la IPS debe presentar clara justificación de porque no se realizó el procedimiento, de no presentar soporte se descontara el valor del procedimiento a tarifa SOAT.



- Las actividades, intervenciones y procedimientos clasificados dentro de los grupos quirúrgicos 2 al 6 que se realicen con fines diagnósticos, se pagarán según la tarifa pactada en la negociación (Decreto 2423 de 1996 menos descuento) y con cargo al rubro de ayudas diagnósticas, los procedimientos que se realicen con fines terapéuticos se pagarán como actividad final y con cargo a éste rubro.
- Además de lo relacionado como actividades intermedias, las actividades finales que lo ameriten incluyen:
 - Las ayudas diagnosticas prequirurgicas.
 - La aplicación (incluyendo catéter y equipo de transfusión) de Unidades de Sangre y sus derivados pero no el valor de la unidad del componente sanguíneo.
- Los grupos quirúrgicos deben ser pertinentes y acordes a los principios internacionales de técnicas quirúrgicas.
- Las intervenciones y los grupos quirúrgicos son los definidos en el Decreto 2423 de 1996.
- Se entiende como revisión postquirúrgica, todo contacto inicial del usuario con su especialista tratante luego del egreso hospitalario y que tiene como fin evaluar el resultado final de la actividad y su pronóstico, sin importar el lapso de tiempo transcurrido luego del egreso hospitalario. Sí después de ese contacto se requiere de otra consulta se debe asumir como una nueva actividad.
- La DSSA reconocerá adicionalmente, para cirugías de ortopedia, neurocirugía y cirugía plástica y maxilofacial el material de osteosíntesis, Ortesis y Prótesis, a las tarifas pactadas.
- El prestador deberá enseñar la factura de compra del material y anexar los stickers en la historia clínica con el número de consecutivo de la factura, para aquellas cuentas cuyo valor supere un monto previamente establecido.
- Para las cuentas que no superen el tope definido, es discreción del interventor solicitar estos soportes.
- La factura debe cumplir las normas de la DIAN en caso de ser importado y el material las normas del INVIMA.
- Las Unidades de banco de sangre incluyen los procedimientos de recepción, almacenamiento y aplicación, el análisis de pruebas



cruzadas y pruebas biológicas. La DSSA reconocerá las plaquetas, plasma, glóbulos rojos, crioprecipitados a los valores de unidad de sangre. Incluye Catéter y equipo de transfusión.

- En el pago de atenciones más costosas (outliers) NO se pagaran los siguientes ítems, ya que se reconocen independiente como actividad final:
 - Material de osteosíntesis
 - Ambulancia.
 - TAC , Ecocardiogramas y otras ayudas que se reconozcan
 - Banco de Sangre.
- Se glosan las actividades no realizadas o no soportadas en la historia clínica, así como las actividades finales no pertinentes o mal codificadas, además se deberán descontar de las actividades finales relacionadas.
- El valor a pagar por las ayudas diagnósticas, exámenes de laboratorio clínico de II y III nivel y estudios histopatológicos, no considerados como actividades intermedias, corresponde a la tarifas pactadas.
- El estudio histopatológico se reconocerá independiente al procedimiento para la obtención de la muestra.
- La DSSA no reconocerá la realización de ayudas diagnósticas ordenadas por médicos Generales. Se exceptúan la Colposcopia Biopsia cuando existe clara indicación y pertinencia médica y la prueba presuntiva de VIH-SIDA (según recursos asignados).
- se reconocerán las ayudas diagnósticas referidas por un médico especialista de una institución privada por atención de paciente urgente no electivo y las autorizadas por la DSSA. cuando cumple los criterios de pertinencia médica y está adecuadamente justificado con el SIS 412 A.

12.2. En los Pagos Retrospectivo, Prospectivos y Atenciones más Costosas:

12.2.1. En atención de Urgencias:

La urgencia se estructura a partir de la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por trauma o por una



enfermedad de cualquier etiología que genere demanda de atención médica inmediata y efectiva.

El Decreto 783 del 2000 define la atención inicial de urgencias así:

"Artículo 10. Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

En ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias. No obstante, conforme las disposiciones legales es deber de las Entidades Promotoras de Salud a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1600 del Código Civil.

Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo. Los trabajadores independientes y sus beneficiarios tendrán derecho a partir de la fecha de su afiliación y pago a los beneficios señalados en el Plan Obligatorio de Salud."



- La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas independientemente de su capacidad socioeconómica o capacidad de pago y del régimen al cual se encuentre afiliado.
- La atención inicial de urgencias, incluye el diagnóstico de la causa de la inestabilidad en los signos vitales, la instauración de la terapéutica sobre la causa de la inestabilidad y la verificación de la respuesta clínica y paraclínica favorable al tratamiento instaurado.
- Para efectos de facilitar el análisis del concepto de atención inicial de urgencias, se clasifican las urgencias en:

Urgencia traumática quirúrgica: La atención inicial de urgencias, incluye todas las actividades, intervenciones y procedimientos, tanto médicos como quirúrgicos, cuya realización debe ser inmediata, para la estabilización de los signos vitales, según criterios técnico científicos definidos sobre este aspecto y minimizar el riesgo de presentación de secuelas.

Urgencia traumática no quirúrgica: La atención inicial de urgencias, incluye las actividades, intervenciones y procedimientos cuya aplicación debe ser inmediata, para minimizar el riesgo de presentación de secuelas, en especial las limitaciones funcionales y las complicaciones (sobre todo la infección).

Urgencia no traumática quirúrgica: La atención inicial de urgencias, incluye todas las actividades, intervenciones y procedimientos, tanto médicos como quirúrgicos, de cuya realización inmediata depende la vida del paciente (procedimiento quirúrgico vital) o la disminución del riesgo de complicaciones. Incluye la realización de procedimientos médico quirúrgicos cuyo tiempo de remisión incrementa el riesgo de muerte o complicaciones.

Urgencia no traumática no quirúrgica: En este tipo de urgencia se debe tener en cuenta, la estabilidad de los signos vitales y de los parámetros paraclínicos. En cuanto a estos últimos, al igual que para los signos vitales, implica la realización de las acciones tendientes a llevarlos a parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicaciones, no necesariamente su recuperación a estándares normales.



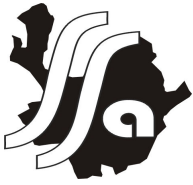
Urgencia psiquiátrica: Depende de los riesgos que existan para la seguridad del paciente, la familia y la comunidad en general.

Urgencia obstétrica: Aún cuando las pacientes obstétricas pueden presentar cualquiera de los tipos de urgencias antes mencionadas, se considera un tipo de urgencia especial, se deberá tener en cuenta tanto el bienestar fetal como la vida materna, de acuerdo con criterios técnico científicos y al tenor de los principios éticos del profesional médico. Ello implica la valoración por parte del profesional de la medicina y la clasificación del riesgo obstétrico.

- La atención inicial de urgencias no termina cuando se hace la remisión interinstitucional o intrainstitucional de médico general a médico especialista, sino, cuando esté resuelta la atención inicial de urgencias según el Decreto 783 de 2000 . Se requiere evaluar cada caso en particular.
- En usuario con A.R.S. y patología no POS-S, la responsabilidad de ésta va hasta que se logre eliminar la causa de la desestabilización de los signos vitales del paciente, aún con intervención del especialista.
- La atención inicial de urgencia no involucra actividades, intervenciones y procedimientos de rehabilitación, ni procedimientos electivos.
- Las ayudas diagnósticas ordenadas deben ajustarse a criterios de pertinencia y racionalidad técnico – científica para el manejo de la atención inicial de urgencias.
- Cuando las IPS no tengan suscrito contrato para la prestación de servicios de salud con el Departamento – DSSA, deberán garantizar la atención inicial de urgencias e informar al Centro Regulador del Departamento en las 24 horas siguientes al ingreso del paciente, so pena del no pago respectivo.

12.2.2. En las atenciones ambulatorias y hospitalarias de II y III Nivel de atención.

- Todos los tratamientos deberán ceñirse a los Protocolos de Atención Integral definidos para ello por el Ministerio de la Protección Social .
- En los casos específicos de utilización de tecnología biomédica de punta, cirugía plástica de alta complejidad, trasplante renal, reemplazos articulares de cadera y rodilla, terapia endovascular, uso



de cardio desfibrilador, la DSSA tendrá la discrecionalidad de solicitar el peritazgo de una tercera parte que evaluará la pertinencia del tratamiento. Se sugiere concepto de Staff .

- Los tratamientos que sean considerados como experimentales (6), no serán cubiertos por la DSSA.
- Las actividades intervenciones y procedimientos ordenados y realizados por el médico u odontólogo especialista, que correspondan al segundo o tercer nivel de atención, cuando sean facturadas al Departamento–D.S.S.A. deben estar soportadas con su nombre, firma y sello (Especialidad y Registro Médico).
- La atención urgente en traumatología y ortopedia para todos los grupos de edad, el manejo de la Osteomielitis y la Artritis incluye la realización de procedimientos e intervenciones de II y III, el suministro de medicamentos hospitalarios y Material Médico Quirúrgico según tarifas pactadas. La DSSA reconocerá adicionalmente, para cirugías de ortopedia, neurocirugía y cirugía plástica y maxilofacial el material de osteosíntesis, Ortesis y prótesis, a la tarifa pactada. El prestador deberá enseñar la factura de compra del material y anexar los stickers en la historia clínica con el número de consecutivo de la factura, para aquellas cuentas cuyo valor supere un monto previamente establecido.
- Las fijaciones óseas con elementos de osteosíntesis incluyen la reducción de la fractura y se factura acorde con el grupo quirúrgico al que corresponda.
- El retiro no quirúrgico de pines y material de osteosíntesis con grupos quirúrgicos 03 y 04 del Decreto 2423 de 1996 están incluidos en el procedimiento.
- En el curetaje óseo, se incluye el desbridamiento
- El Desbridamientos de menos del 5% de superficie corporal se reconocerá como curación código 39300, excepto cuando clínicamente se pueda demostrar que es un drenaje profundo de partes blandas; incluye absceso profundo, flegmón, código 15101.
- La facturación del lavado y desbridamiento debe hacerse según Decreto 2423 de 1996. Si se realizan lavados y desbridamientos en diferentes zonas del cuerpo en un mismo procedimiento, no deben facturarse por separado.



- La atención en fisioterapia para los casos de traumatología y ortopedia y para los discapacitados, incluye consulta médica especializada, procedimientos y suministros de material médico quirúrgico. El suministro de prótesis y órtesis será según lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que lo adicionen o modifiquen. Incluye el trasplante de cadera y rodilla, previa evaluación del costo beneficio de dichos procedimientos por un Comité Ad Hoc de la IPS.
- No se reconocerá por la D.S.S.A el tratamiento quirúrgico de la Epilepsia.
- En el tratamiento medico-quirúrgico para el gran quemado en área general: Se reconoce como tratamiento total los códigos: 15160, 15161, 15162 y 15163 del Decreto 2423 de 1996 por hospitalización, independiente del tratamiento en áreas específicas.
- La terapia endovascular se reconocerá bajo el código 1117 del Decreto 2423 de 1996, que corresponde a los códigos 38.5.1.20 de la Resolución 1896 de 2001 y 01113 de la Resolución 5261 de 1994.
- La dilatación uretral: se reconoce con el código 23121 del Decreto 2423 de 1996.
- La Prostatectomía abierta incluye la resección de cuello vesical y las plastias vesicales.
- Laparotomía como vía de acceso: Es la entrada quirúrgica a la cavidad abdominal o a alguno de sus órganos. En este caso, no hay lugar a reconocimiento adicional; se debe facturar solamente el procedimiento quirúrgico realizado según el grupo, este mismo principio se aplica para todas las vías de acceso.
- Laparotomía exploradora en blanco se reconocerá como tal.
- En una IPS. de segundo nivel de atención, cuando un parto ARO, sea atendido por un médico especialista, la valoración inicial del recién nacido solo se pagará cuando sea atendido el médico pediatra.
- El parto vértice espontáneo atendido por obstetra, será reconocido por la D.S.S.A. siempre y cuando la paciente haya sido manejada como alto riesgo obstétrico o remitida por el médico tratante del primer nivel al segundo o tercer nivel por causa clínica o administrativa justificada.



- Las extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas están clasificadas en el primer nivel de complejidad, según el Artículo 98 de la Resolución 5261 y por lo tanto, su pago es responsabilidad del municipio o ARS.
- Las extracciones dentales realizadas por odontólogo especialista de terceros molares y dientes incluidos se reconocerán con los códigos 36601, 36602, 36603 y 36604 según el caso y deben documentar remisión pertinente del odontólogo general. Se reconocerá el valor del procedimiento, 45% del valor del procedimiento por derechos de sala más derechos de anestesia bajo el código 39151.
- La facturación del procedimiento implantación de catéter por punción se hará con el código 9185 del decreto 2423 de 1996, que corresponde a un grupo quirúrgico 7 y se considerará como procedimiento incruento, a la tarifa del especialista que lo realiza (cirujano o anesthesiólogo) y sólo cuando se realiza en casos de urgencia o como actividad intermedia en el paciente hospitalizado.
- La implantación de catéter por punción o instalación de la línea arterial cuando se realice dentro de un acto quirúrgico, se incluye dentro del acto anestésico, o cuando se realice en la UCI- UCE por el intensivista, se incluye en la estancia, en ambos casos sólo se reconocen los materiales.
- Los procedimientos realizados por el anesthesiólogo en cirugía cuando son concomitantes con algún procedimiento quirúrgico no son objeto de reconocimiento adicional por la D.S.S.A., ya que estos hacen parte integral de la tarifa del anesthesiólogo, pues la responsabilidad de éste no se limita a suministrar la anestesia, sino que implica además la realización de actividades para prestar el acceso venoso o arterial indispensables para la seguridad del acto quirúrgico y que obviamente son útiles durante el resto de la hospitalización, como es el caso de la colocación de líneas arteriales y catéteres centrales, procedimientos que no pueden desligarse de la colocación de la anestesia. También y apoyados en el Decreto 2423 de 1996. No hay ninguna norma que exprese que estos procedimientos se deban reconocer adicionalmente a la tarifa que se reconoce a los anesthesiólogos en el acto quirúrgico.
- Instalación de bomba de infusión para el dolor: El manejo del dolor en este caso se realiza mediante la colocación de una epidural analgésica y la instalación de la bomba de infusión para controlar la dosificación del medicamento. Se reconocerá como procedimiento incruento con



grupo quirúrgico 13, según código 1389 del Decreto 2423 de 1996, es decir los derechos del especialista en anestesia se facturan al 100%, los derechos de sala al 45% del valor asignado para dicho grupo quirúrgico y los materiales con código 39305. En el valor del procedimiento quedan incluidas las evaluaciones que realice el anestesiólogo para el seguimiento del paciente.

- Bloqueos simpáticos por región: El bloqueo simpático no es la intervención directa sobre el ganglio, sino que se realiza a través de la técnica de analgesia epidural para mantener el bloqueo. Se reconocerá como procedimiento incruento con grupo quirúrgico 12, según código 1503 del Decreto 2423 de 1996, es decir los derechos del especialista en anestesia se facturan al 100%, los derechos de sala al 45% del valor asignado para dicho grupo quirúrgico y los materiales con código 39305. En el valor del procedimiento quedan incluidas las evaluaciones que realice el anestesiólogo para el seguimiento del paciente.
- Las toracostomías y las anastomosis cuando se realizan concomitantes con cirugías de tórax abierto o resecciones intestinales, respectivamente, son intervenciones inherentes a estos procedimientos (integralidad de la cirugía) y no se reconocen en forma adicional.
- La toracostomía es inherente a la toracotomía cuando cumple funciones de sonda para drenaje.
- Las rafias definidas en el Artículo 9 del Decreto 2423 de 1996 y Decreto 887 de 2001, se pagarán de acuerdo a los códigos de éste Artículo. Las múltiples de menos de cinco centímetros cada una, en la misma área anatómica (duodeno, yeyuno o ileon, etc.) se pagarán como una sola. En los procedimientos que se realiza resección parcial del intestino, la anastomosis termino- Terminal está incluida en el valor del procedimiento.
- Para el cobro del código 39146, correspondiente a sutura, deberá tenerse en cuenta que el valor asignado se cancelará por punto de sutura.
- El procedimiento de liberación de adherencias en primera cirugía del usuario no será reconocida por la D.S.S.A, solo se reconocerá cuando en la historia clínica se documenta que genera dificultad técnica para realizar el procedimiento que motiva la cirugía, que existe un mayor



riesgo para el paciente, que requiere mayor ayuda técnica y tecnológica y que este plenamente justificada.

- Cuando se practica el procedimiento histerectomía abdominal total código: 11470 del Decreto 2423 de 1996, solamente se reconocerá la práctica de anexectomía y ooforectomía bilateral cuando exista justificación técnico- científica plenamente documentada en la historia clínica para su realización.
- La atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico u obstétrico, se reconocerá de acuerdo al Parágrafo 7 del Artículo 48, Decreto 2423/96: "La tarifa correspondiente a la atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente quirúrgico y obstétrico, únicamente se reconocerá en el caso que el paciente requiera hospitalización mayor de quince (15) días o cuando la embarazada ingrese por tratamiento diferente.
- Consultas preanestésica y prequirúrgica: En procedimientos quirúrgicos electivos o urgentes la consulta prequirúrgica y preanestésica no se reconoce como una actividad adicional, toda vez que está incluido en el valor de la cirugía. En los casos en que no se realice el procedimiento quirúrgico, para el reconocimiento del pago correspondiente a la consulta preanestésica o prequirúrgica, deberá estar consignada la respectiva nota del cirujano o anesthesiólogo en la historia clínica del paciente en una hoja de evolución y en una fecha previa a la intervención programada. Solo se reconocerá cuando se cambie la conducta.
- Las terapias respiratorias realizadas por fisioterapeuta se reconocerán siempre y cuando el especialista tratante deje constancia, en la historia clínica, de la justificación y cantidad de sesiones ordenadas. La D.S.S.A., no asume las correspondientes al POS-S, ni las realizadas por enfermería.
- Las nebulizaciones serán reconocidas a la tarifa definida en el Decreto 2423 de 1996; incluyen el oxígeno, la dosis del broncodilatador, el nebulizador, solución salina utilizada y el procedimiento como tal.
- Biopsias: El cobro del procedimiento ginecológico "curetaje", incluye la toma de muestra para la biopsia, por lo que no se pueden realizar los dos (2) cobros. También aplica para la endoscopia-bx. y la colposcopia-bx., entre otros.



- La sonda Nasoyeyunal colocada por especialista esta incluida en la Endoscopia.

12.2.3. En las cuentas compartidas:

El manejo de pacientes hospitalizados con varias patologías y cirugías múltiples, en las cuales la responsabilidad del pago corresponde a diferentes actores del Sistema de Seguridad Social, la I.P.S. deberá realizar división de cuentas de acuerdo a las responsabilidades de cada actor. Teniendo en cuenta:

12.2.3.1. Con el primer nivel de atención:

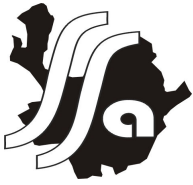
Cuando una atención de primer nivel de atención requiera la participación del especialista en la realización de una actividad complementaria, esta última se reconoce por el Departamento – D.S.S.A. como actividad individual, sin exonerar al municipio o a la A.R.S. de su responsabilidad en el reconocimiento de la atención prestada al usuario. Es el caso del parto vaginal con anestesia epidural atendido por médico general, en el cual sólo se reconocerán los servicios profesionales del anesthesiólogo según el grupo quirúrgico.

En los casos de atenciones por odontólogo general que necesiten para su práctica anestesia general, la actividad del especialista (anesthesiólogo), será cubierta con recursos del Sistema General de Participaciones, código 39151, Decreto 2423 de 1996; además el reconocimiento de la sala quirúrgica al 45% del valor total del procedimiento y de los materiales según código 39305 del Decreto 2423 de 1996.

12.2.3.2. Con ARS:

En Oftalmología: La ecografía ocular en usuarios afiliados a Régimen Subsidiado, para evaluar catarata, es responsabilidad de la ARS. La opacidad de la cápsula posterior del cristalino en usuario del régimen subsidiado, como consecuencia de la cirugía de catarata, no será asumida por la D.S.S.A.

En Atención del cáncer: La I.P.S. debe garantizar el estudio patológico de todos los órganos o tejidos extraídos a través de algún procedimiento quirúrgico. El diagnóstico de Cáncer puede ser clínico.



A la A.R.S., le corresponde todo el manejo integral del cáncer, incluyendo las ayudas diagnósticas previas para la confirmación diagnóstica sin necesidad de que hayan sido autorizadas por la ARS.

Cuando se diagnostique por patología lesiones del cuello uterino NIC II o III, son responsabilidad de ARS.

El antígeno prostático en usuarios con patología de próstata debe ser ordenado antes del tacto rectal o unos meses después de este, para evitar un falso positivo. Será reconocido por la D.S.S.A. solo si es negativo (en usuario con A.R.S.)

En Enfermedades del sistema nervioso central -SNC-: Las patologías de manejo quirúrgico, independiente de la vía de acceso son responsabilidad de la A.R.S. En el caso del TEC leve y moderado que impliquen solo manejo médico, la D.S.S.A. asume el pago de los mismos.

En el caso del usuario con A.R.S. y con patología del SNC que requiera cirugía, toda la atención a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico no será asumida por la D.S.S.A. independiente del momento de la realización de la intervención.

En Enfermedades cardiovasculares (corazón y grandes vasos): El manejo quirúrgico de los vasos pulmonares en el trombo embolismo pulmonar no será asumida por la D.S.S.A.

La medida preventiva como la postura de malla en cava, será cubierta por la DSSA, toda vez que no existe hasta ese momento patología en vena cava o vasos pulmonares. Código 5550 del Decreto 2423 de 1996 grupo 13.

En la cirugía vascular, la que se realice por patología de aorta será responsabilidad de la ARS; la que se realice por patología de arterias ilíacas será responsabilidad de la DSSA y por último, las que se realicen por patología tanto a nivel de aorta como de ilíacas (patología aortoilíaca) tendrán complementación y por lo tanto tendrán responsabilidad compartida entre la ARS y la DSSA, en la que el prestador procederá a partir las cuentas.

En Colectectomía, apendectomía, histerectomía y herniorrafias umbilical, crural o femoral e inguinal: Las complicaciones no serán asumidas por la D.S.S.A.



Complicaciones derivadas de las barreras técnico - administrativas o técnico científicas, demostradas para el acceso a la prestación oportuna del servicio por parte de la A.R.S, serán responsabilidad de ésta.

En ginecoobstetricia: Las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio son responsabilidad de la A.R.S.,

Rehabilitación funcional: El Acuerdo 306 de 2005, señala que el plan de beneficios incluye la atención necesaria para la rehabilitación funcional de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía cualquiera que haya sido la etiología o afección causante o el tiempo de evolución. Es decir, que la norma no limita ni condiciona la prestación en caso alguno; por tanto, la cobertura con el contenido del Artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994 es también para aquella discapacidad generada por los casos o eventos no incluidos en el POS-S. Por tanto, la D.S.S.A., no asume las actividades, intervenciones y procedimientos enumerados en dicho Artículo, independiente de la patología causante de la discapacidad, en usuarios con A.R.S, ni la consulta del fisiatra, ni el suministro de prótesis y órtesis, teniendo presente que:

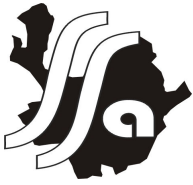
Prótesis: Son ortopédicas, de extremidades parciales o totales, articulares.

Órtesis: Son aparatos ortopédicos o estructuras de sostén para caminar, muletas

En casos de VIH-SIDA: A partir de la prueba confirmatoria, toda la atención debe ser asumida por la ARS. La prueba presuntiva será asumida por la DSSA en cualquier nivel de atención así: en nivel I mientras se dispongan recursos del Rubro de Salud Publica designados por el Ministerio de Protección Social, y solo en Nivel II cuando solo sea con recursos del SGP prestación de servicios de salud competencia del Departamento.

12.2.4. Estancia Hospitalaria:

Los usuarios atendidos con cargo al Departamento - D.S.S.A., deberán ser hospitalizados en habitaciones de 4 ó más camas, a excepción de quienes requieran aislamiento en habitación unipersonal. En el caso de hospitales cuya infraestructura sólo permita el acondicionamiento de habitaciones de menos camas, podrán atenderlos en éstas, pero se facturará el día estancia con el valor correspondiente a una habitación de cuatro o más camas.



Se establece estancia hospitalaria, cuando la atención del paciente en una IPS, incluye de manera integral durante 24 horas, todos los recursos físicos, humanos y tecnológicos disponibles.

Cuando un paciente que haya sido dado de alta por el médico tratante permanezca en la institución por causas ajenas a la necesidad documentada de continuar el manejo hospitalario, la D.S.S.A. no reconocerá la estancia adicional. En ningún caso se reconocerá estancia adicional por motivos de incapacidad de pago de cuota de recuperación por parte del usuario.

Para el fraccionamiento de la estancia, la D.S.S.A. considera que en aquella que se exceda de las 24 horas y no alcance a completar otro día, se liquidará un nuevo día estancia siempre y cuando se superen 6 horas y no sean imputables a trámites administrativos.

Las horas de hospitalización de un paciente se contabilizan hasta la hora en que efectivamente el médico da de alta al paciente y no a la hora de corte, ni cuando éste sale de la institución.

En el paciente hospitalizado que requiera la evaluación por varios especialistas, es necesario definir quien es el medico tratante.

Cuando se trate de facturar atenciones en el servicio de urgencias, se deberá tener en cuenta la oportunidad en la valoración del especialista y la realización de ayudas diagnósticas más que el tiempo de permanencia en el servicio.

12.2.5. En la Unidad de Cuidados Intermedios/ Intensivos

Para fines de reconocimiento económico del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios prestado a la población pobre no cubierta con subsidio a la demanda, competencia del Departamento-D.S.S.A., se debe considerar lo establecido en los Artículos 44 y 83 del Decreto 2423 de 1996. El monto a reconocer para cuidados intermedios está definido en el código 38825, como 26.74 SMDLV y para cuidados intensivos en el código 38525, como 49.71 SMDLV.

Se entenderá asistencia ventilatoria, referenciada en el Decreto 2423 de 1996, como la ventilación mecánica.

El reconocimiento de la Unidad de Cuidado Intensivo se hará, por tanto, por el tiempo que el paciente requiera la ventilación mecánica para el caso de



complicaciones no derivadas de acto quirúrgico. En el caso de pacientes con procedimientos quirúrgicos, que a criterio del médico tratante requiera de la UCI, se reconocerá dicha estancia, independientemente del uso o no de la ventilación mecánica.

En las intervenciones de los grupos especiales, en los que por concepto del cirujano tratante la recuperación debe hacerse en la unidad del cuidado intensivo, cuando la permanencia de este servicio sea mayor de seis (6) horas e inferior a veinticuatro (24) horas, adicional al valor de la estancia hospitalaria, se reconocerá una suma igual al cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para la estancia en la U.C.I. (Art. 51 del Decreto 2423 de 1996). La estancia de menos de seis (6) horas se considera recuperación y no se reconocerán valores adicionales por concepto de estancia.

La intubación en la U.C.I. no da lugar a facturación adicional, ésta queda incluida en el valor de la estancia por ser realizada por los profesionales considerados como parte de la estancia en U.C.I. y U.C.E.

Las nebulizaciones en U.C.I. están incluidas en la tarifa de la estancia.

El código 37504 que corresponde a venodisección y catéter Subclavio se aplica para el procedimiento a nivel de miembro superior y miembro inferior. No se reconoce si se realiza en un acto quirúrgico, ni en U.C.I.- U.C.E.

La estancia en U.C.I. menor de 6 horas, (cuando el paciente muere por ejemplo), se reconocerá como observación en urgencias, más los insumos utilizados; los procedimientos realizados y las Interconsulta se reconocerán con tarifas del Decreto 2423 de 1996.

La utilización de tecnologías de punta en U.C.I., debe ser negociada con la D.S.S.A. según análisis de su costo- beneficio.

Estancias hospitalarias prolongadas: Cuando un paciente atendido con cargo al Departamento-D.S.S.A. tenga una estancia hospitalaria superior a quince (15) días, la IPS deberá hacer de rutina una auditoría médica al caso e informar por escrito al auditor asignado a la institución por la D.S.S.A., sobre los resultados obtenidos, el cual deberá evaluar la situación y con la IPS asumir el seguimiento hasta su egreso, momento en el cual se facturará para su cobro. Se define como estancia prolongada 15 días o más.

12.2.6. Traslado de pacientes



La D.S.S.A. reconocerá el traslado de pacientes en ambulancia debidamente certificada por el ente territorial. La DSSA asume el pago del servicio de traslado de pacientes, en los siguientes casos:

- Movilización o traslado interinstitucional de pacientes urgentes o como parte de su tratamiento hospitalario, siempre y cuando medie remisión o interconsulta y esté documentado en la historia clínica. No cuando se requiera la movilización o traslado a otra institución para un examen, tratamiento y/o ayuda diagnóstica ofrecido en el portafolio de servicios contratado, o cuando el usuario este afiliado al SGSSS.
- El traslado aéreo de pacientes, se aceptará siempre y cuando cumpla con los anteriores requerimientos y se presenten los soportes respectivos.
- El transporte de pacientes en ambulancia desde será reconocido a las tarifas pactadas o en su defecto las definidas mediante acto administrativo por la IPS e Incluye acompañamiento del médico, o personal de enfermería si es pertinente. Si no hay acompañamiento de personal de salud, se descontará el 20% de la tarifa pactada.

13. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Al paciente hospitalizado se le prescribirán los medicamentos y soluciones que requiera en forma individual y por periodos que no superen las 48 horas. En los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría, la prescripción podrá hacerse hasta por un período de siete (7) días, (Decreto 2423 de 1996, Parágrafo del Artículo 56) y se reconocerán para el pago las dosis efectivamente aplicadas o suministradas y documentadas en la historia clínica.

Las fórmulas médicas no podrán contener 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.

En la facturación del oxígeno se debe tener en cuenta: La unidad de medida que se toma como base para la facturación es el litro/minuto. Cuando se utilicen equipos o aditamentos para su administración que no permitan de



manera directa conocer el consumo en litros/minuto, la IPS deberá establecer y documentar a los interventores un método de medición y demostrar la confiabilidad de este resultado y la forma de aplicarlo. Es indispensable documentarlo en un formato donde se registre diariamente el consumo por el paciente.

Equipos para oxigenoterapia se reconocerán uno por hospitalización.

El oxígeno domiciliario y los elementos necesarios para su aplicación son responsabilidad del primer nivel de atención toda vez que son calificados como tecnología de baja complejidad para la atención ambulatoria de pacientes con patologías que requieran de su administración. Por lo tanto, su pago es responsabilidad de la ARS a la que está afiliado el paciente o del municipio de procedencia.

El agua destilada utilizada para humidificar el oxígeno que se suministra al paciente, no debe facturarse por aparte; ésta queda incluida en la tarifa que se cobra por el mismo.

No se reconocerá el agua destilada utilizada para el lavado de heridas, cavidades e instilaciones durante los actos quirúrgicos o manejo hospitalario.

El agua destilada utilizada en la UCI para la dilución de otras soluciones no será reconocida por aparte, ya que el cobro de la solución disuelta se hace al 100%.

14. EXÁMENES DE LABORATORIO Y AYUDAS DIAGNOSTICAS

Para el pago de exámenes de laboratorio, estudios de rayos X y otras ayudas diagnósticas, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

La facturación del código 19734 "Mycobacterium, identificación" (Tipificación), se hará solo si el cultivo para mycobacterium es positivo.

La facturación de los códigos 19098 Anticuerpos antinucleares extractables (ENA) y 19109 "Anticuerpos anti-RNP y SM o RO y LA, se pueden facturar por separado siempre y cuando se soliciten en la historia clínica, se realicen y analicen.

El estudio de cualquier líquido (exudados y transudados), se reconocerán de acuerdo a los códigos existentes en el Decreto 2423 de 1996. No se



reconocerá la lectura de la placa (informe citoquímico o recuento de células).

La facturación de las Transaminasas es por los códigos 19933 y 19934 del Decreto 2423 de 1996 y no por el código 19067 "Aminotransferasas".

El antibiograma no está incluido en el urocultivo. Si el urocultivo es positivo se solicita y realiza el antibiograma se reconoce.

El hemocultivo se reconoce con el código 19514 del Decreto 2423 de 1996, no con códigos propios del prestador.

Un Hemoleucograma se debe facturar con el código 19304 del Decreto 2423 de 1996 "Cuadro hemático o hemograma, hematocrito y leucograma". No incluye la velocidad de sedimentación (código 19977) ni recuento de plaquetas (código 19170).

El ionograma incluye: Sodio, Potasio y Cloro. Otros electrolitos deben ser ordenados en historia clínica por el médico especialista y deben documentar su análisis en la misma, en este caso, será reconocido su pago.

El perfil lipídico incluye colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos.

Una prueba de embarazo se debe facturar con el código 19354 del Decreto 2423 de 1996 "Prueba de embarazo en placa (látex, policlonal) que corresponde a 0.66 SMDLV

Las pruebas de laboratorio para el flujo vaginal se reconocerá solamente con el código 19875 del Decreto 2423 de 1996.

Los dextrometer, considerados como un examen de tamizaje o examen de control, realizados en el paciente en sala de urgencias ó en el paciente diabético, serán reconocidos a 0.3 SMDLV por prueba, (código 903841).

Los exámenes de laboratorio que se obtengan los resultados a través de cálculos matemáticos no dan posibilidad de cobro, Ej: Colesterol LDL en el Perfil Lipídico y el BUN cuando se ordena a la par con la Urea.

El Dímero D, se debe homologar con los productos de degradación del Fibrinógeno (código 19442).

Los cultivos de vigilancia epidemiológica propios de la IPS para garantizar la calidad del servicio o control de calidad NO son facturables.



El cobro de los rayos X incluye la lectura por el radiólogo. En caso de que el radiólogo no realice la lectura, al valor estipulado para cada examen, se le descontará el veinticinco por ciento (25%), según lo establece el parágrafo 1 del Artículo 23 del Decreto 2423 de 1996. Debe contar con la nota de lectura por el médico especialista tratante en la historia clínica.

No se reconocerá recargo para el uso de Ecógrafos portátiles.

Con referencia al intensificador de imágenes, la D.S.S.A. solo autoriza el pago de una sola utilización de esa ayuda diagnóstica por procedimiento quirúrgico por paciente atendido.

El uso de la jeringa inyector para la aplicación de medios de contraste no se reconoce adicionalmente, se considera un elemento incluido en la tarifa de la ayuda diagnóstica en la cual se utiliza.

La jeringa para inyección de cemento quirúrgico, no es material de osteosíntesis y su valor se considera incluido en el procedimiento.

Para la realización de la electromiografía en forma oportuna durante los periodos definidos en el protocolo de la OMS, adoptado en el país dentro del Plan de Erradicación de la Polio y la vigilancia de los casos de Parálisis Flácida en menores de 15 años, la IPS podrá facturar el examen como una atención de urgencias.

Los soportes de ayudas diagnósticas deben estar en la historia clínica en el momento de la interventoría; no se reconocen si se presentan posteriormente.

Todos los elementos facturados deben estar soportados en la historia clínica.

15. BANCO DE SANGRE

La D.S.S.A., reconoce como pruebas pretransfusionales los códigos 19828: Prueba de Compatibilidad Cruzada Mayor que incluye la hemoclasificación de donante receptor y el código 19829: Prueba de Compatibilidad Cruzada Menor que incluye hemoclasificación de donante y receptor.

Se reconocen prueba cruzada mayor y menor (si se realizan), o prueba cruzada mayor y rastreo de anticuerpos irregulares (si se realizan).

No se reconocerán controles a pruebas cruzadas.



La aplicación de cada unidad de glóbulos rojos, se reconocerá individualmente, independiente que su aplicación se haga simultáneamente, siempre y cuando, se soporte en la historia clínica el seguimiento completo de cada aplicación como procedimiento médico no delegable según lo estipula el Decreto 1571 de 1999. Lo anterior implica el reporte completo en la historia clínica de la evaluación médica previa y posterior, el control de los signos vitales antes, durante y después del procedimiento y la vigilancia de cada una de las reacciones del paciente a la sangre, el control del tiempo de transfusión y demás cuidados específicos necesarios durante la transfusión sanguínea.

Cuando se aplica plasma y plaquetas, no es necesario el seguimiento a cada unidad puesto que con estos componentes no se presentan riesgos de reacción que justifiquen el pago de cada unidad, por lo cual solo se reconocerá una sola aplicación (independiente del número de unidades aplicadas en una misma sesión).

Con esta determinación no se está en contravía de lo que dice el Decreto 2423 de 1996 que autoriza el pago por cada aplicación de hemoderivados más no por unidad aplicada.

El Banco de Sangre de la I.P.S. incluye en sus costos los siguientes códigos:

19510 Hemoclasificación, prueba globular
19511 Hemoclasificación, prueba sérica
19399 Factor Rh anti D o Factor D
Pruebas incluidas en los códigos 19828 y 19829.

Por lo tanto, no se deben trasladar a la facturación por servicios prestados a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, competencia del Departamento- D.S.S.A., máxime si no se causa el servicio.

En UCI-UCE no es facturable la aplicación de sangre, glóbulos rojos, u. otros hemoderivados

16. NUTRICIÓN ENTERAL O PARENTERAL

En las Instituciones Hospitalarias de II y III nivel de atención que desarrollan programas específicos de soporte nutricional y disponen del recurso humano, técnico y locativo, para el cálculo, preparación y administración de la nutrición parenteral, en paciente hospitalizado, se pagará diariamente por cada uno y durante el tiempo que reciba este tipo de



tratamiento, la tarifa que se señala a continuación, que incluye los servicios profesionales del equipo humano el cual debe desarrollar, entre otras acciones las siguientes: valoración inicial, íterconsultas elaboración de historia nutricional, estimación de los requerimientos y seguimiento de la administración y evolución nutricional, preparación de mezclas, manejo de los accesos vasculares e instalación de la nutrición.

37603 DSSA - Manejo diario Nutricional parenteral en paciente hospitalizado – 0.42 SMDLV.

La D.S.S.A., reconocerá en el caso de pacientes hospitalizados, las interconsultas con nutricionista, así: Una al iniciar la dieta especial y la otras, solo cuando se requiera cambio de dieta, siempre y cuando estén ordenadas por el especialista tratante y soportadas en la historia clínica.

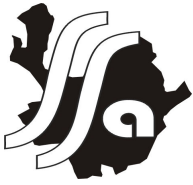
El nutricionista no debe formular medicamentos, ni ordenar exámenes de laboratorio.

17. OTRAS CONSIDERACIONES:

En términos de la Ley 23 de 1981 (Ética Médica) y la Ley 14 de 1962 (Normas relativas al ejercicio de la Medicina y la Cirugía), los profesionales de ramas afines a la medicina o los auxiliares de la medicina, no están autorizados para solicitar pruebas de laboratorio o imágenes diagnósticas. Tampoco se autoriza formulación de medicamentos por profesionales para los cuales la reglamentación del ejercicio profesional no lo contempla expresamente.

Los procedimientos rutinarios realizados por el personal de enfermería hacen parte de la estancia, Ej: Cateterismos e instilaciones vesicales, lavados gástricos, paso de sonda nasogástrica. La D.S.S.A. solo reconocerá el pago de aplicación de sonda vesical y nasogástrica realizada por médico especialista, acorde con algún protocolo o indicación médica.

Las cuentas compartidas con el SOAT, son sujetas a revisión por parte de los interventores de la D.S.S.A. para verificar el tope del monto alcanzado y efectuar glosas por duplicidad en la facturación frente a una misma actividad o sobrefacturación. La revisión de esta cuenta es requisito para auditar y validar la parte correspondiente a la D.S.S.A. Es necesario para la interventoría de estas cuentas, hacer corte por día y solo cuando se agote el tope cubierto por la aseguradora iniciar la facturación a la D.S.S.A.



Por oximetrías se reconocerá por usuario que lo requiera una diaria, en pacientes por fuera de UCI/UCE.

Por incentivador se reconocerá uno por hospitalización por usuario que lo requiera.

Las facturas presentadas a la D.S.S.A. deberán ir con la firma del facturador de la IPS y del usuario. En caso de no saber firmar, es válida la huella digital. En casos especiales (personas fallecidas, niños, entre otros) se acepta la firma de la persona responsable. En el caso de los menores de edad, es necesario anexar como soporte de la facturación la fotocopia del documento de identidad de los dos padres (la IPS debe también verificar la clasificación del nivel de pobreza de los padres en base de datos).

Es requisito presentar el listado de profesionales de la IPS, con nombre, firma y sello antes de la interventoría.

La factura se expide a nombre de la D.S.S.A. Siempre con requisitos DIAN, créditos a la D.S.S.A. y firma del usuario que recibe el servicio.

Es obligación de las IPS. verificar los derechos del usuario que demande los servicios, así sean autorizados por la D.S.S.A.

18. CALIDAD DEL SERVICIO

Los procedimientos realizados, en los casos comprobados de complicaciones atribuibles a la atención realizada (infecciones intrahospitalarias, muertes evitables, Iatrogenia, accidentes de los pacientes por falta de cuidados de enfermería) no serán asumidos por la D.S.S.A. Es responsabilidad de la I.P.S. implementar el sistema de la calidad que evite estas situaciones.

Las situaciones de no calidad de las que existan claras evidencias, identificadas durante la interventoría no serán asumidas por la D.S.S.A.

Auditoría – Interventoría:

La auditoría – interventoría será ejercida por la DSSA directamente o por quien esta designe.

Los auditores estarán verificando permanentemente el cumplimiento de los estándares de calidad las normas legales vigentes, estos lineamientos , el objeto contractual y las obligaciones pactadas en los contratos y convenios.



La ESE e IPS deberán presentar, mensualmente al auditor, el consolidado total de lo ejecutado (Listados de facturación, RIPS, monto total de la facturado) durante el periodo a evaluar.

La entrega de las cuentas de cobro del mes inmediatamente anterior con sus anexos, se debe hacer en los términos pactados en el convenio y luego de la interventoría se tiene un plazo de veinte días calendario para la respuesta a objeciones.

La entrega de cuentas de cobro debe hacerse mínimo por periodos mensuales, la programación de pagos es mensual.

19. ATENCION DOMICILIARIA Y ALTAS TEMPRANAS.

La Hospitalización a domicilio podría definirse como un servicio en el que se dispensa atención médica y cuidados en el domicilio del paciente, con una intensidad y frecuencia comparable a la que se le habría proporcionado en el marco de una hospitalización convencional. Los pacientes atendidos en estas unidades han de presentar una situación de estabilidad clínica y no han de presentar ningún criterio indicador de mala evolución en su proceso médico o quirúrgico.

Generalmente se excluyen aquellos pacientes que presentan un elevado riesgo de padecer una complicación. En este caso la hospitalización convencional sigue siendo la mejor alternativa.

Es un servicio imprescindible para garantizar la continuidad de cuidados que necesitan, por ejemplo, los pacientes que han sido dados de alta de manera temprana del hospital.

Responde a una necesidad sentida en la medida que tiene como objetivo responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial u organizativas que ello conlleva, tanto para el usuario y su familia como para el equipo de atención en salud. También tiene como objetivos destacables los siguientes:

Proporcionar cuidados de medicina y enfermería a las personas que por su situación sanitaria no pueden desplazarse a su centro de atención.
Ofrecer a las personas que reúnen los criterios de inclusión, la posibilidad de contar con los cuidados de un grupo multidisciplinario en casa.



Ayudar a las personas enfermas y a sus familiares a vivir mejor su enfermedad, cuidando, informando y utilizando al máximo los recursos médicos sociales del medio.

Educar al paciente y a su familia para fomentar así la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.

El hecho de proporcionar atención a los usuarios en su domicilio representa múltiples ventajas ante la perspectiva de su institucionalización, entre ellas podemos enunciar: Mantenimiento del usuario en su medio más cercano y habitual, el medio familiar y facilitar la inclusión de actividades orientadas a favorecer la inserción y la rehabilitación del usuario en su medio habitual.

Los criterios de inclusión o condiciones para ser un usuario del programa serían:

- Paciente con enfermedad terminal
- Oxigenodependientes
- Discapacitados
- Pacientes postquirúrgicos que ameriten cuidados por médico y/o enfermería.
- Pacientes con limitaciones sensoriales.
- Pacientes con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y otros.

Se orientaría a programas como

- Oxigenoterapia.
- Patologías crónicas.
- Cuidados de enfermería.
- Estabilización en casa.
- Altas tempranas

En este modelo el paciente se beneficia de las actividades del grupo multidisciplinario que lo atiende, el cual estaría conformado por:

- Médico general
- Enfermero jefe
- Auxiliares de enfermería
- Terapeuta respiratoria
- Terapeuta físico
- Psicólogo
- Trabajo social
- Internista, ginecólogo, cirujano general, ortopedista y demás especialidades que el grupo a tratar necesite.



Nota: En nuestro caso la responsabilidad sería del especialista tratante, el cual daría las ordenes médicas a ejecutar por el equipo de salud conformado por el personal general. Este a su vez debe mantener informado al especialista acerca de la evolución. del paciente.

La atención domiciliaria forma parte de los principios básicos de los equipos de atención primaria. Garantiza la continuidad de la asistencia ya que permite mantener el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios.

Puede verse como un sistema que complementa la disponibilidad hospitalaria y disminuye costos de la atención

Las características del Programa de atención domiciliaria son:

- Es una actividad programada
- Se realiza trabajo en equipo
- Se aborda al enfermo con una visión integral de la persona
- Resuelve situaciones globales (no solo problemas puntuales)
- Incluye promoción, protección, tratamiento, rehabilitación y reinserción, no se orienta solo a la curación.
- Potencia el autocuidado
- El papel de la familia y el usuario es muy participativo.

GLOSARIO.

(1) Residente Habitual: "Se denomina así a las personas que habitan en la unidad de vivienda desde hace por lo menos tres meses, o piensan permanecer en ella, tres meses o más." Manual del Encuestador, pagina 8. Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN). DNP. 2002

(2) Relación de Trabajo: "Contrato de trabajo es aquél por el cual una persona natural se obliga a prestar un servicio personal a otra persona natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda y mediante remuneración." (Artículo 22 Régimen Laboral Colombiano).

Jurisprudencia: Contrato de Trabajo y Relación de Trabajo. " El contrato individual de trabajo, como lo establece y desarrolla la legislación nacional, es un acto jurídico celebrado entre una persona natural, el trabajador, y una persona natural o jurídica, el patrono, para que el primero preste determinados servicios personales bajo la continua subordinación del



segundo, y reciba de él, a cambio una remuneración que genéricamente se llama salario. La puesta en práctica de este convenio se conoce con el nombre de relación de trabajo. Se trata de una relación sui géneris claramente intervenida por el Estado a través de la legislación para proteger, tanto en su celebración, como en su ejecución y terminación los intereses de trabajador, como medio de mantener un equilibrio necesario entre las fuerzas del capital y el trabajador e impedir por este medio la explotación del asalariado. Es también, como es obvio, un contrato o relación que supone obligaciones mutuas que se encuentran casi en su totalidad señaladas en la ley, y cuyo cumplimiento recíproco es elemento fundamental para su mantenimiento.” (CSJ, Cas. Laboral; Sent. Ene. 24/77).

(3) Fase Crítica: Es el periodo durante el cual existe algún tipo de excitación mental y que coloca en riesgo la integridad mental o física del enfermo mental o las personas de su entorno.

(4) Fase Terminal: Paciente para el cual el conocimiento científico actual no ofrece posibilidades de recuperación o mejoramiento de su estado y para el cual solo existen medidas de soporte de acuerdo a la ciencia médica.

(5) Atención Integral: Es la utilización de los recursos técnicos, tecnológicos, humanos y administrativos para lograr la recuperación de una o varias patologías en una persona que demanda la prestación de servicios de salud.

(6) Tratamientos Experimentales: Aquellos para los cuales las Asociaciones Médicas Mundiales o las Organizaciones Gubernamentales (Especialmente la FDA Norteamericana) aún no han dado concepto favorable para su utilización rutinaria o que contravengan la Ley 23 de 1981, Ley de Etica Médica.

NOTA FINAL

Estos lineamientos se fundamentan en la legislación vigente, por lo tanto, están sujetos a las modificaciones que sobre las normas se realicen.

La DSSA podrá, en cualquier momento, aclarar, modificar o incluir nuevos elementos que permitan una mejor comprensión de los temas aquí tratados. Por lo anterior, se obliga a informar oportunamente y por escrito, a los diferentes actores, sobre las adiciones realizadas.