ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PUBLICACION: DIARIO OFICIAL No. 43567 del 30 de Abril de 1.999.

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES,
en uso de la facultad que le confiere el numeral 15 del Artículo 9º del Decreto 2148 de 1992, y

CONSIDERANDO:

Que el Instituto de Seguros Sociales, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 3 del Artículo 3º del Decreto 2148 de 1992 debe garantizar a sus afiliados y beneficiarios la prestación de los servicios médico asistenciales integrales, mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación.

Que con fundamento en el Parágrafo 1 del Artículo 275 de la Ley 100 de 1993, al Consejo Directivo del Instituto le compete determinar las tarifas que el Instituto aplicará en la venta de servicios de salud.

Que el Instituto de Seguros Sociales, de acuerdo con lo previsto en el numeral 1 del Artículo 12 del Decreto 2148 de 1992, contratará con Entidades Públicas o Privadas especializadas en servicios de salud.

Que las IPS del Instituto podrán vender servicios de salud cuando no se interfiera de manera alguna con la atención a los beneficiarios de la EPS del ISS.

Que para el pago de los servicios que el Instituto compre a Instituciones de Salud y a personas naturales, así como los que otorguen a los beneficiarios sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los que esté en capacidad de vender, es indispensable fijar las correspondientes tarifas y definir el contenido de las mismas.

ACUERDA :

Aprobar el Manual de Tarifas que se relaciona a continuación para: 1) el pago de los servicios de salud electivos de tipo extrainstitucional que contrate el ISS a través de la EPS con Instituciones de salud privadas y personas naturales; 2) el pago de los servicios de salud de tipo intrainstitucional que contrate el ISS a través de las propias IPS a Instituciones de salud y a personas naturales; 3) el reconocimiento de los servicios de salud que otorguen sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, programados y de urgencia, a los beneficiarios de la EPS-ISS; 4) el cobro de los servicios de salud que las propias IPS vendan, y 5) el cobro de los servicios de salud que las propias IPS presten a las Administradoras de Riesgos Profesionales, por accidente de trabajo, enfermedad profesional, etc.

CAPITULO I

INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS, NOMENCLATURA Y CLASIFICACION EN UNIDADES DE VALOR RELATIVO (U.V.R.)

ARTICULO 1. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Neurocirugía (01), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1- CRANEO

MALFORMACIONES CONGENITAS

		UVR
01100	Corrección escafocefalia	325
01101	Corrección de plagiocefalia anterior	325

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

01102	Avanzamiento cráneo-orbitario (malformación de Crouzon, Pfiffer o Appert)	620
01103	Corrección de meningoencefalocele; incluye plastia de la duramadre	395
01104	Cirugía de Arnold-Chiari I, II o III; incluye plastia de la duramadre	420
01105	Corrección de plagiocefalia posterior	435

LESIONES POR TRAUMA

01110	Corrección de fractura deprimida	220
01111	Corrección de fractura abierta deprimida	275
01112	Corrección de fractura abierta deprimida con laceración de dura	375
01113	Corrección por fractura con minuta deprimida, con reparo de dura madre y tejido nervioso.	435
01114	Drenaje de hematoma epidural o subdural agudo	555
01115	Drenaje de hematoma epidural o subdural crónico	285
01116	Drenaje de hematoma o absceso intracerebral	590
01117	Drenaje de hematoma o absceso de fosa posterior	690
01118	Tratamiento quirúrgico de herida penetrante en cerebro, incluye esquirlectomía y reparo de duramadre.	645

LESIONES VASCULARES

01120	Oclusión de la arteria carótida interna en cuello	250
01121	Oclusión de la arteria carótida intracerebral	350
01122	Oclusión de la arteria vertebral	350
01123	Oclusión de aneurisma con gancho en circulación anterior	685
01124	Oclusión de aneurisma con gancho en circulación posterior	685
01125	Resección de malformación arteriovenosa supratentorial	855
01126	Resección de malformación arteriovenosa infratentorial	880
01127	Endarterectomía de la arteria carótida interna	365
01128	Revascularización vascular cerebral y/o endarterectomía intracerebral	560
01129	Corrección de malformación arteriovenosa de cuero cabelludo; incluye reconstrucción	165

TUMORES

01130	Resección tumor benigno o maligno de cuero cabelludo; incluye reconstrucción	160
01131	Resección de tumor óseo de cráneo, benigno o maligno; incluye craneoplastia	240
01132	Resección de tumor de cráneo o dura, benigno o maligno; incluye: craneoplastia y plastia de dura.	305
01133	Resección de tumores corticales o subcorticales de fosa anterior o fosa media; incluye tumores de los ventrículos laterales.	700
01134	Resección de tumores corticales o subcorticales de fosa anterior y fosa media	775
01135	Resección de tumores por abordaje transesfenoidal; (no incluye intervención del otorrinolaringólogo.	565
01136	Resección de tumores de línea media; incluye craneo-faringioma, silla turca región pineal, región paraselar y tercer ventrículo.	945
01137	Resección de tumores supratentoriales e infratentoriales	945
01138	Resección de tumores de fosa posterior	945

CIRUGIA PARA EPILEPSIA, PROCEDIMIENTOS NEUROFISIOLOGICOS Y DOLOR

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

01140	Craneotomía para implante de electrodos corticales para electrocorticografía	290
01141	Implante de electrodos profundos	230
01142	Implante de electrodos cerebelosos	250
01143	Lobectomía temporal o extratemporal de foco convulsivógeno	375
01144	Callosotomía parcial o total para epilepsia	320
01145	Hemisferectomía	610
01146	Amigdalotomía	285
01147	Descompresiones neurovasculares o traumáticas de nervios craneanos	355
01148	Tractotomía mescencefálica u otra lesión de tallo cerebral	340
01149	Psicocirugía (Lobotomía, cingulotomía, etc.)	300

DERIVACIONES DE L.C.R.

01150	Derivación ventrículo-atrial, derivación ventrículo-peritoneal u otra	210
01151	Derivación subduro-atrial, peritoneal, etc.	210
01152	Revisión y reemplazo parcial de derivación	190
01153	Revisión y reemplazo total de derivación	210
01154	Retiro de derivación	125
01155	Derivación lumbo-peritoneal	190
01156	Ventriculostomía al exterior	150

CIRUGIA ESTEREOTAXICA

01160	Estereotaxia para craneotomía guiada	135
01161	Biopsia y/o evacuación de lesión supratentorial	250
01162	Biopsia de región pineal, tálamo, cerebelo o tallo cerebral	325
01163	Cirugía funcional para movimientos anormales, psicocirugía o epilepsia	420
01165	Implantes o injertos cerebrales por extereotaxia	320

REPAROS, DESCOMPRESIONES Y OTRAS CIRUGIAS CRANEANAS

01170	Reparo de duramadre	135
01171	Craneoplastia, con material sintético o autólogo	190
01172	Cierre de fístula de LCR traumática	275
01173	Cierre de fístula de LCR, postoperatoria	230
01174	Biopsia cerebral a cielo abierto	210
01175	Evacuación de absceso cerebral	385
01176	Descompresión de órbita transcraneana	350
01177	Descompresión de órbita vía lateroinferior	275
01178	Descompresión de órbita vía lateroinferior con resección de lesión infraorbitaria	295
01179	Craneotomía por displasia fibrosa	315

IMPLANTES

01180	Colocación de aparato para monitoría de presión intracraneana (incluye retiro)	75
01181	Implante de reservorio ventricular	125
01182	Implante de marcapaso cerebeloso	590

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

2 - COLUMNA Y MEDULA ESPINAL

LESIONES CONGENITAS

01200	Corrección de meningomielocele cervical, dorsal o lumbar	305
01201	Corrección de meningocele cervical	250
01202	Corrección de meningocele dorsal o lumbosacro	240
01203	Corrección de anclaje de filum terminal	275
01204	Corrección de diastematomielia	275

LESIONES POR TRAUMA

01210	Tracción cervical cefálica	55
01211	Reducción de luxación cervical por tracción	90
01212	Reducción y fijación de fractura de odontoides, vía anterior	425
01213	Abordaje de C1 y C2. vía transoral	450
01214	Reducción y fijación, con o sin instrumentación, de fractura-luxación cervical vía posterior.	330
01215	Reducción y fijación, con o sin instrumentación, de fractura-luxación cervical vía anterior, incluye toma de injerto.	410
01216	Reducción y fijación, con o sin instrumentación, de fractura dorsal, dorsolumbar (T10-L2), o lumbo-sacra, incluye: toma de injerto.	510
01217	Colocación de halo chaleco	55
01218	Tratamiento quirúrgico de herida penetrante al raquis; incluye esquirlectomía y plastia de duramadre.	300

LESIONES VASCULARES

01220	Resección de MAV cervical	585
01221	Resección de MAV dorsal	510
01222	Resección de MAV lumbosacra	460
01223	Evacuación de hematoma intrarraquídeo por ruptura de MAV	275

TUMORES

01230	Resección de tumor óseo	300
01231	Resección de tumor óseo por vía anterior y posterior con reemplazo de cuerpo	460
01232	Resección de tumores u otras lesiones epidurales	260
01233	Resección de tumores u otras lesiones subdurales extra axiales cervicales	325
01234	Resección de tumores u otras lesiones subdurales extra axiales dorsales o lumbosacras.	300
01236	Resección de tumores intra-axiales	405
01237	Biopsia de tumor intra-axial	230
01238	Resección de sacro	345

LESIONES RAQUIDEAS

01240	Laminectomía por canal estrecho cervical	305
01241	Laminectomía por canal estrecho dorsal	305
01242	Laminectomía por canal estrecho lumbar	305
01243	Discectomía cervical anterior e injerto	420
01244	Discectomía dorsal	270

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

01245	Discectomía lumbar	275
01246	Microdiscectomía cervical, dorsal o lumbar con o sin injerto	420
01247	Discectomía percutánea	175
01248	Laminectomía y artrodesis lumbar	290
01249	Resección de cóccix	195
01250	Corpectomía cervical por canal estrecho, uno o más cuerpos, incluye discectomía e injerto.	510

CIRUGIA FUNCIONAL

01260	Cirugías funcionales: incluye cordotomía abierta, rizotomía, tratamiento de espasticidad, lesión de los tractos de entrada de las raíces posteriores (DREZ).	210
01261	Cordotomía percutánea	125
01265	Fenolización de raíces	105

IMPLANTES

01270	Implante de marcapaso diafragmático	90
01271	Colocación de neuroestimulador espinal o de catéter epidural para bomba de infusión	80
01272	Implantación subcutánea de electrodos de neuroestimulación epi o subdural	205
01273	Remoción o revisión de catéteres o electrodos	55
01274	Colocación subcutánea de receptor de neuroestimulación directo o inductivo	90
01275	Laminectomía para colocación de electrodos de estimulación	140

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

01280	Punción lumbar	40
01281	Punción cisternal	70
01282	Punción subdural	105
01283	Punción ventricular	105

3 - NERVIOS CRANEANOS RAQUIDEOS Y SIMPATICO

NERVIOS CRANEANOS

01300	Anastomosis microquirúrgica intra o extracraneana	220
01302	Neurolisis de nervios craneanos o periféricos	70

SISTEMA SIMPATICO

01310	Simpatectomía cervical o dorsal	175
01311	Simpatectomía lumbar	175

PLEJOS

01320	Descompresión o exploración del plejo	235
01321	Reconstrucción del plejo con neurorrafias	320
01322	Resección de costilla cervical o banda	250
01323	Resección de tumor del plejo	290

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 2. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Oftalmología (02)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -APARATO LAGRIMAL

02102	Lavado, sondeo e intubación de vías lagrimales	60
02121	Conjuntivo-dacriocistorrinostomía	60
02132	Plastia de canalículos lagrimales	50
02133	Plastia de punto lagrimal (Cirugía de Weber)	30

2-PARPADOS

02211	Resección de chalazión	30
02212	Blefarotomía (incluye hematoma o absceso)	30
02214	Resección de tumor benigno o maligno de un tercio de párpado	50
02215	Resección de tumor benigno o maligno de dos tercios de párpado	120
02216	Resección total por tumor benigno o maligno de párpado (incluye reconstrucción)	200
02220	Sutura de herida simple de párpado (Blefarorrafia)	30
02221	Tarsorrafia y Tarsoplastia	35
02222	Sutura de herida múltiple o compleja (planos profundos) de párpado	60
02232	Corrección de ectoprión o entropión	50
02235	Blefaroplastia un párpado (superior o inferior)	100
02236	Blefaroplastia dos párpados (superior e inferior)	180
02237	Láser o electrólisis de pestañas por triquiasis o distriquiasis (superior y/o inferior)	30
02242	Cantoplastia	40
02245	Corrección de telecanto, blefarofimosis y epicanto	140
02253	Corrección de ptosis palpebral (cualquier técnica) con injertos o plástias	100

3. CONJUNTIVA

02302	Resección de pterigios nasal y/o temporal, con plastia	70
02303	Resección de pterigios nasal y /o temporal reproducidos (con plastia o citostáticos)	50
02304	Resección de quiste o tumor benigno de conjuntiva	50
02305	Resección de quiste o tumor benigno de conjuntiva con injerto de mucosa o de conjuntiva.	70
02306	Resección de tumor maligno de conjuntiva	90
02310	Sutura de la conjuntiva	30
02311	Plastia de la conjuntiva; incluye trasplante, plastia o peritomía	70
02313	Corrección de simbléfaron con o sin injerto injerto	100

4- ORBITA

02401	Descompresión de órbita (excepto vía techo de órbita)	100
02402	Drenaje de absceso anterior de órbita	30
02403	Drenaje de absceso posterior de órbita	100
02404	Extracción de cuerpo extraño de órbita	125
02405	Resección de tumor maligno de órbita	125
02406	Exanteración de órbita	125

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

02407	Resección de tumor benigno de órbita	80
02412	Reconstrucción de piso de órbita o reducción de fractura	120

5 -GLOBO Y MUSCULOS OCULARES

02501	Extracción de cuerpo extraño endocular, en segmento anterior	85
02511	Enucleación con o sin implante protésico	80
02512	Enucleación con injerto dermograso	120
02513	Evisceración con o sin implante	90
02514	Inserción secundaria de prótesis con formación de fondos de saco conjuntivales	100
02520	Cirugía de estrabismo un músculo	80
02521	Cirugía de estrabismo dos músculos	110
02522	Cirugía de estrabismo tres músculos	150
02523	Acortamiento de tendón cantal medial (telecanto)	80

6 -CORNEA Y ESCLEROTICA

02601	Lavado de cámara anterior , (incluye evacuación de hifema)	70
02602	Extracción de cuerpo extraño profundo en córnea	50
02604	Queratotomía radial miópica o astigmática (cirugía refractiva incisional)	60
02605	Queratectomía con excímer láser (fotorrefractiva o fototerapéutica)	120.
02610	Cauterización de córnea (termo o crioaplicación)	30
02611	Queratectomía	50
02612	Resección de tumor de córnea	50
02613	Tatuaje de la córnea	30
02621	Sutura de córnea	80
02622	Queratoplastia penetrante	170
02623	Retiro de puntos en córnea	30
02624	Queratoplastia lamelar o superficial	115
02626	Reparación de herida corneoescleral	150
02627	Queratofaquía	140
02628	Queratomileusis	140
02629	Queratoplastia penetrante, más cirugía combinada de catarata, antiglaucomatosa o lente intraocular	210
02630	Implante de prótesis corneana (queratoprótesis)	100
02631	LASIK (Queratotomía fotorrefractiva con excímer láser más queratomileusis)	160
02640	Sutura de la esclera o corneoesclera (esclerorrafia, corneoesclerorrafia y/o escleroplastia).	90
02642	Plastia de la córnea y la esclerótica	170
02643	Resección de tumor de la esclerótica	70

7 -IRIS Y CUERPO CILIAR

02702	Iridectomía	80
02703	Corrección de iridodiálisis	90
02705	Resección de tumor de iris	90
02706	Resección de tumor de cuerpo ciliar	100
02710	Iridoplastia	90
02711	Fijación del iris	65
02712	Reducción de hernia de iris	65

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

02730	Ciclodiatermia	30
02731	Revisión de ampolla filtrante	50
02732	Ciclocriocoagulación	30
02733	Ciclofotocoagulación	40

8 -CAMARA ANTERIOR Y RETINA

02801	Ciclodiálisis	50
02802	Iridencleisis o iridotasis	65
02803	Goniotomía	70
02804	Trabeculotomía	87
02805	Cirugía filtrante (Trabeculectomía)	150
02806	Cirugía para glaucoma con implantes	150
02807	Cirugía filtrante en pacientes con cirugía ocular previa	150

OPERACIONES EN LA RETINA

02810	Retinopexia con bucle escleral total o parcial (incluye crioterapia)	160
02811	Retinopexia por crío o diatermia	130
02812	Fotocoagulación intraquirúrgica de retina o proceso ciliar con láser	130
02813	Retinopexia; incluye bucle escleral total o parcial y gases	170
02814	Retinopexia intraquirúrgica con láser; incluye bucle escleral total o parcial	200

9 -CRISTALINO Y CUERPO VITREO

02901	Capsulotomía quirúrgica	20
02903	Extracción de cristalino (extra o intracapsular)	100
02905	Extracción de catarata más implante de lente intraocular	150
02906	Extracción y/o inclusión secundaria de lente intraocular	90
02907	Extracción de catarata más implante de lente intraocular suturado	180
02908	Extracción de catarata por facoemulsificación, más implante de lente Intraocular	180

OPERACIONES EN CUERPO VITREO

02910	Vitrectomía posterior; incluye extracción y/o recambio de aceite de silicón o cuerpo extraño.	190
02911	Vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases y láser	290
02912	Vitrectomía anterior con vitriófago	135
02913	Vitrectomía con retinopexia	240

ARTICULO 3. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Otorrinolaringología (03), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1-OIDO EXTERNO

INCISIONES EN OIDO EXTERNO Y PABELLON AURICULAR

03101	Drenaje de absceso o hematoma de oído externo o pabellón auricular	22
03102	Extracción de cuerpo extraño de conducto auditivo externo sin incisión.	20
03103	Extracción de cuerpo extraño de conducto auditivo externo con incisión	50

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

INCISIONES DE LESION EN OIDO EXTERNO Y PABELLON AURICULAR

03110	Resección de apéndice preauricular	30
03111	Resección de fístula preauricular	55
03112	Resección de quiste de pabellón auricular	30
03113	Resección de tumor benigno de conducto auditivo externo	50
03114	Resección de tumor maligno de conducto auditivo externo; incluye reconstrucción de la cavidad operatoria.	160
03115	Resección de tumor maligno de conducto auditivo externo con resección Radical de oído y vaciamiento ganglionar.	240
03116	Drenaje de absceso de mastoides; incluye Bezold	40

OPERACIONES REPARADORAS DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y PABELLON AURICULAR

03120	Sutura de heridas de pabellón auricular; incluye cartílago	30
03121	Corrección de estenosis congénita o adquirida de conducto auditivo externo	140
03122	Meatoplastia o canaloplastia	70
03123	Reconstrucción del pabellón auricular, por trauma	90

2 -OIDO MEDIO Y MASTOIDES

INCISIONES EN TIMPANO

03201	Miringocentesis con o sin colocación de tubos de ventilación, unilateral; incluye drenaje de flictenas o bulas de membrana timpánica	50
03202	Timpanotomía exploradora	55

OPERACIONES PLASTICAS EN OIDO MEDIO

03210	Timpanoplastia	108
03211	Timpanoplastia con aplicación de prótesis de cadena osicular y/o reconstrucción de cadena ósea	220

OPERACIONES EN ESTRIBO

03221	Estapedectomía; incluye aplicación de prótesis	280

OPERACIONES EN MASTOIDES

03230	Mastoidectomía simple (ático antromastoidectomía)	170
03231	Mastoidectomía radical	200
03233	Revisión de mastoidectomía y/o mastoidoplastia	200
03236	Reparación de fístula de oído medio	150
03237	Petrosectomía	130

OTRAS OPERACIONES EN OIDO MEDIO

~~03240~~	~~Resección de glomus timpánico~~	~~200~~

3 -OIDO INTERNO

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

INCISIONES Y EXCISIONES EN OIDO INTERNO

03301	Laberintotomía (derivación de saco endolinfático)	170
03302	Laberintectomía (incluye diatermia, crioterapia, electrocoagulación o utrasonido) y vestibulotomía, por vía fosa media, vía retrosigmoidea o transmastoidea	200

4 -NARIZ Y SENOS PARANASALES

RESECCIONES DE LESION EN LA NARIZ

03400	Abordaje transesfenoidal para patología de hipófisis	120
03401	Cirugía del escleroma nasal; incluye resección de masas tumorales, Permeabilización de luz nasal, tratamiento quirúrgico de las secuelas	80
03402	Resección de pólipo gigante naso antrocoanal	80
03403	Resección de angiofibroma nasofaríngeo, papiloma invertido o tumor maligno de cavum, cualquier vía	300
03405	Resección de tumor benigno de fosa nasal; incluye polipectomía nasal	50
03408	Cirugía de Eyries-Remadier	100

OPERACIONES DEL SEPTUM NASAL

03409	Cierre microquirúrgico de perforación septal; incluye injerto	100
03410	Drenaje de absceso o hematoma de tabique nasal	40
03411	Septoplastia y turbinoplastia bilateral	110

OPERACIONES DE LOS CORNETES

03421	Turbinoplastia bilateral	85

OPERACIONES PLASTICAS EN LA NARIZ

03430	Septorrinoplastia funcional bilateral; incluye turbinoplastia bilateral	170
03431	Septorrinoplastia secundaria bilateral; incluye turbinoplastia bilateral	190
03432	Sutura de herida en nariz; incluye cartílago y/o mucosa nasal	50

REDUCCIONES DE FRACTURAS DE HUESOS NASALES

03440	Reducción cerrada de fractura de huesos propios	30
03441	Reducción abierta de fractura de huesos propios	70

OTRAS OPERACIONES EN LA NARIZ

03450	Cirugía para tratamiento de epistaxis; incluye ligadura de carótida externa, ligadura de etmoidales o maxilar interna	120
03451	Corrección de atresia de coanas	90
03453	Dermoplastia para epistaxis	95
03454	Sinequiotomía o sinequiolisis	30
03455	Resección de quiste dermoide	40

OPERACIONES EN LOS SENOS PARANASALES

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

03462	Operación de Lynch	80
03463	Resección de mucocele frontal y etmoidal y otros tumores por abordaje de cuero cabelludo y/o sinusotomía frontal con colgajo osteoplástico	120
03466	Maxiloetmoidectomía	150
03467	Operación de Cadwell-Luc (sinusotomía maxilar)	60
03468	Cirugía endoscópica transnasal bilateral ; incluye septoplastia y/o turbinoplastia	270
03470	Etmoidectomía externa	60
03474	Corrección de fístula oroantral; incluye fístula gingivonasal	70
03477	Resección de tumores malignos de los senos paranasales y nariz	180
03478	Microcirugía de la fosa pterigomaxilar (incluye electrocoagulación del nervio vidiano)	150

5 LARINGE Y TRAQUEA

INCISIONES EN LARINGE Y TRAQUEA

03501	Laringotomía (laringofisura); incluye extracción de cuerpo extraño	90
03502	Traqueostomía	90
03503	Punción aspiración transtraqueal	35

EXCISIONES DE LESION DE LARINGE, CUERDAS VOCALES Y TRAQUEA

03510	Resección micro-endoscópica de lesiones laríngea y/o traqueal	120

RESECCIONES EN LARINGE

03530	Laringectomía parcial; incluye hemilaringectomía frontal, horizontal, frontolateral o frontolateral o cordectomía.	200
03531	Laringectomía total	250

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN LARINGE

03541	Aplicación de molde laríngeo	80
03542	Extracción de molde laríngeo	80

RECONSTRUCCION PLASTICA EN TRAQUEA CON MATERIAL INERTE

03570	Reconstrucción laríngea o traqueal; incluye por estenosis sub-glótica y pexias laríngeas.	250

OTRAS OPERACIONES EN LARINGE Y TRAQUEA

03580	Cierre de fístula traqueal	90
03582	Dilatación de la laringe y/o tráquea (sesión)	60
03584	Inyección intracordal de grasa, teflón o similar	150
03587	Reinervación de laringe con pedículo neuromuscular	180
03588	Sección del nervio laríngeo recurrente	60

6 -FARINGE, AMIGDALAS Y ADENOIDES

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

EXCISION EN AMIGDALA Y ADENOIDES

03601	Amigdalectomía	70
03602	Adenoamigdalectomía	90
03603	Adenoidectomía	40
03604	Resección de restos adenoamigdalinos	40

OTRAS OPERACIONES EN AMIGDALAS Y ADENOIDES

03630	Revisión por hemorragia post-adenoamigdalectomía	70
03631	Extracción de cuerpo extraño en amígdalas	30

OPERACIONES EN FARINGE

03640	Drenaje de absceso faríngeo (periamigdalino, laterofaríngeo o retrofaríngeo)	50
03642	Resección de divertículo faringoesofágico	90
03643	Resección de fístula faríngea	70
03644	Resección de amígdala lingual, bandas faríngeas laterales y membrana congénita; incluye electrofulguración	50
03645	Resección de tumor benigno de orofaringe	70
03646	Resección de tumor maligno de orofaringe	100
03647	Resección de tumor maligno en faringe, con vaciamiento radical de cuello	250
03648	Tratamiento de lesiones de faringe, laringe o tráquea, con láser	150
03649	Faringolaringectomía con vaciamiento radical de cuello	300

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN FARINGE

03660	Cierre de fístula branquial	70
03661	Corrección de estenosis nasofaríngea	100
03662	Faringostomía	60
03663	Faringoplastia, incluye colgajo faríngeo	110

OTRAS OPERACIONES EN FARINGE

03670	Dilatación de faringe (sesión)	30
03671	Extracción de cuerpo extraño enclavado en faringe (por vía externa)	90

ARTICULO 4. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía de Cuello (04), la siguiente nomenclatura y Clasificación:

GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES

INCISION EN LA REGION TIROIDEA

04101	Drenaje de absceso simple en cuello o quiste tiroideo	30
04102	Exploración de cuello (cuando no se practica otra intervención específica)	50
04103	Drenaje de absceso en cuello que requiera anestesia general	70

RESECCIONES EN TIROIDES

~~04110 Tiroidectomía subtotal; incluye lobectomía tiroidea total o parcial 120~~

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

04112	Tiroidectomía total	150
04113	Tiroidectomía con vaciamiento radical de cuello	210
04114	Vaciamiento linfático de cuello	100
04116	Vaciamiento suprahioideo de cuello	80

OTRAS OPERACIONES EN TIROIDES

04120	Resección de quiste y/o conducto tirogloso	180
04121	Resección de fístula tiroglosa	80
04123	Resección de quiste branquial	100

OPERACIONES EN LAS PARATIROIDES Y CUELLO

04130	Paratiroidectomía parcial o total	165
04131	Resección de tumor de cuerpo carotídeo(quemodectomía)sin excisión de la carótida	200
04132	Resección de tumor de cuerpo carotídeo (quemodectomía) con excisión de la carótida	210
04133	Operación de monobloque	250

EXCISION DE HIGROMA O LINFANGIOMA DE CUELLO

04140	Extirpación de higroma quístico de cuello	100
04141	Extirpación de linfangioma de cuello	100

ARTICULO 5. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía Cardiovascular (05), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. VASOS SANGUINEOS PERIFERICOS

INCISIONES Y/O RECONSTRUCCIONES EN VASOS DE EXTREMIDADES

05101	Exploración de vasos periféricos	55
05102	Exploración y rafia de vasos periféricos por sangrado post-procedimiento de hemodinamia	110
05103	Tromboembolectomía de vaso periférico	80
05104	Reconstrucción de vaso periférico (incluye endarterectomía)	130
05105	Reconstrucción de vaso periférico, con interposición de injerto, (incluye endarterectomía) y tratamiento de fístula arteriovenosa periférica	220

EXCISIONES-LIGADURAS DE VENA VARICOSA

05130	Safeno-varicectomía (Fleboextracción y/o ligaduras múltiples)	110
05131	Ligaduras sub- aponeuróticas sin injerto cutáneo (Linton)	100
05132	Ligaduras sub- aponeuróticas con injertos cutáneos	140

TRATAMIENTO DE ANEURISMA Y FISTULA ARTERIOVENOSA DE VASOS PERIFERICOS

05140	Tratamiento quirúrgico de aneurisma de arteria de extremidades (incluye injerto)	150
05142	Resección de fístulas arteriovenosas congénitas múltiples	150

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

REVASCULARIZACION DE EXTREMIDADES

05170	Injerto fémoro poplíteo (con vaso autólogo o prótesis)	150
05171	Injerto fémoro distal con safena in situ	160
05172	Injerto extra anatómico fémoro-femoral (incluye Palma venoso)	150
05173	Injerto extra anatómico axilo femoral	180

2 -SISTEMA LINFATICO

OPERACIONES PLASTICAS DE VASOS LINFATICOS

05220	Anastomosis de vasos linfáticos de grueso calibre	150
05221	Linfangiorrafia	60
05222	Trasplante de linfáticos autógenos	150
05223	Derivación linfovenosa	100

OTRAS OPERACIONES EN LOS ELEMENTOS LINFATICOS

05230	Cierre de fístula del conducto torácico	150
05231	Ligadura (obliteración) en el área Ilíaca	150
05232	Ligadura del conducto torácico	150

3 -VASOS SANGUINEOS DE LA CABEZA, DEL CUELLO Y DE LA BASE DEL ENCEFALO

INCISIONES, LIGADURAS Y RECONSTRUCCIONES EN VASOS DEL CUELLO

05301	Exploración quirúrgica de vasos sanguíneos de la cabeza o del cuello (incluye ligaduras)	110
05303	Reconstrucción de vasos de la cabeza, del cuello o de la base del encéfalo (incluye Endarterectomía y/o trombectomía)	180

REVASCULARIZACION DE VASOS DEL CUELLO

05310	Reconstrucción de vasos del cuello en aneurisma o fístula arteriovenosa con interposición de injerto o prótesis.	300

4 -VASOS SANGUINEOS INTRA ABDOMINALES

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LESION ARTERIAL INTRAABDOMINAL

05401	Embolectomía o trombectomía de la arteria femoral o vasos aortoilíacos	100

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ANEURISMA EN VASOS INTRAABDOMINALES

05421	Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal	250
05422	Tratamiento quirúrgico de aneurisma de los vasos mesentéricos o ilíacos, con o sin interposición de injerto.	200

OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

05430	Tratamiento quirúrgico del opérculo torácico	200
05431	Simpatectomía lumbar o torácica	150

OPERACIONES EN VASOS INTRAABDOMINALES

05440	Reconstrucción aortoilíaca o aortofemoral, con o sin prótesis	240
05442	Revascularización renal quirúrgica	240
05443	Revascularización de vasos mesentéricos	200
05444	Reparación venosa intraabdominal	250

5 -VASOS INTRATORACICOS

INCISION EN VASOS INTRATORACICOS

05501	Exploración y reconstrucción de vasos supraaórticos	200
05502	Tromboendarterectomía pulmonar	350

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ANEURISMA DE VASOS INTRATORACICOS

05520	Tratamiento quirúrgico de aorta torácica ascendente, incluida la disección aórtica, con circulación extracorpórea	450
05521	Reconstrucción del cayado aórtico	500
05522	Tratamiento quirúrgico de aneurisma o disección de aorta torácica descendente	400
05523	Tratamiento quirúrgico del aneurisma aórtico toraco abdominal; incluye aneurismas suprarenales	500

OPERACIONES EN LA AORTA TORACICA O ARTERIA PULMONAR

05530	Reparación de coartación aórtica sin circulación extracorpórea (cualquier técnica)	350
05533	Sección y sutura o ligadura de conducto arterioso persistente sin circulación Extracorpórea.	300
05534	Sección y sutura o ligadura de conducto arterioso persistente con circulación Extracorpórea.	350
05535	Creación de fístulas sistémico-pulmonares para tratamiento de cardiopatías congénitas.	300
05536	Cerclaje de arteria pulmonar	300

6 -CORAZON Y PERICARDIO

INCISIONES Y RESECCIONES EN CORAZON Y PERICARDIO

05601	Extracción de cuerpo extraño intracardíaco (con circulación extracorpórea)	350
05602	Extracción de cuerpo extraño intrapericárdico	150
05603	Extirpación de quiste pericárdico	150
05604	Extirpación de tumor de miocardio; incluye reconstrucción	400
05605	Extirpación de tumor de pericardio	160
05606	Pericardiectomía, sin circulación extracorpórea	240
05607	Pericardiectomía, con circulación extracorpórea	350
05608	Resección de aneurisma del ventrículo	400

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

05609	Ventana pericárdica	100

INTERVENCIONES EN VALVULAS DEL CORAZON Y GRANDES VASOS

05620	Valvulotomía o valvuloplastia aórtica	450
05621	Reemplazo de la válvula aórtica	450
05622	Valvulotomía mitral	300
05623	Valvuloplastia mitral	450
05624	Reemplazo de válvula mitral	450
05625	Valvulotomía o valvuloplastia tricuspídea aislada	400
05626	Reintervención por disfunción protésica sin reemplazo valvular	350
05627	Reemplazo de válvula tricúspide	450
05628	Valvulotomía pulmonar cerrada	200
05629	Valvulotomía pulmonar abierta	400
05630	Valvuloplastias pulmonares	370
05631	Reemplazo o reconstrucción de dos o tres válvulas (incluye operación de Ross)	500
05632	Reintervención en válvulas cardíacas (cualquier número)	550

INTERVENCIONES EN AURICULA-TABIQUES Y VENTRICULO

05641	Cierre de comunicación interauricular con o sin parche	370
05642	Cierre de comunicación interventricular con o sin parche	400
05643	Corrección de cardiopatías congénitas complejas	550
05644	Reintervención de cardiopatías congénitas complejas	570

SUTURAS EN CORAZON

05660	Cardiorrafia sin circulación extracorpórea	150
05661	Reconstrucción ventricular por ruptura post-infarto	400

OPERACIONES DE REVASCULARIZACION CARDIACA

05680	Puentes aortocoronarios (con safena o mamaria) hasta tres vasos; incluye la endarterectomía y la extracción de injertos venosos o arteriales	470
05681	Puentes aortocoronarios (con safena o mamaria) más de tres vasos; incluye la endarterectomía y la extracción de injertos venosos o arteriales	490
05682	Revascularización coronaria con injertos arteriales (cualquier número de puentes); incluye la extracción de las arterias	520
05683	Reintervención en puentes aortocoronarios (cualquier número)	550

7 -OTROS PROCEDIMIENTOS EN CORAZON

05701	Reparación de fístula aorto-coronaria	350
05702	Implantación de marcapaso con electrodo epicárdico	350
05703	Colocación y manejo de balón intraaórtico, cualquier vía	100
05704	Tratamiento quirúrgico para arritmias cardíacas, corrección de fibrilación auricular, resección subendocárdica, resección de haces anómalos del sistema de conducción	450
05705	Implantación de desfibrilador	180
05706	Reintervención por sangrado, post cirugía de corazón	150

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

TRASPLANTE CARDIACO

05710	Trasplante de corazón	1.200
05711	Cardiectomía (rescate del órgano)	500

ARTICULO 6. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía de Tórax (06), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -PARED DEL TORAX PLEURA Y MEDIASTINO

OPERACIONES EN LA PARED TORACICA

06100	Toracentesis diagnóstica o de drenaje	40
06101	Toracostomía para drenaje cerrado (tubo de tórax)	40
06102	Toracotomía simple (con o sin resección de costilla); incluye excisión de quiste, cuerpo extraño intrapleural y/o liberación de adherencias	120
06103	Toracostomía abierta (ventana de Clagett)	120
06104	Toracotomía con retiro de cuerpo extraño intrapulmonar	140
06105	Toracotomía mayor, con control de hemorragia traumática y/o con reparación de laceración pulmonar	200
06106	Resección de costilla (una o más) o costocondrectomía	120
06107	Reconstrucción mayor de la pared torácica por trauma o por tumor maligno	280
06108	Cierre de toracostomía abierta	120
06109	Reintervención por sangrado post operatorio por intervenciones mayores intratorácicas	200
06110	Toracoplastia extrapleural	200
06111	Toracoplastia con cierre de fístula broncopleural	250
06112	Corrección de hernia pulmonar a través de la pared torácica	120
06113	Resección de tumor benigno de la reja costal; excluye lipomas y otros tumores del tejido celular subcutáneo	100
06114	Resección radical del esternón por tumor; incluye reconstrucción con prótesis o mioplastia.	280
06115	Corrección de pectus excavatum o carinatum y/o otras malformaciones congénitas del esternón.	190
06116	Mediastinotomía con exploración y drenaje vía cervical o transtorácica (incluye la indicada para toma de biopsia).	120
06117	Resección de quiste o tumor benigno del mediastino	150
06118	Resección de tumor maligno de mediastino; incluye linfadenectomía	250
06119	Timectomía por miastenia gravis	190
06120	Reconstrucción del esternón post cirugía cardíaca, con interposición de músculos	220
06121	Reconstrucción del esternón post cirugía cardíaca, con interposición de prótesis	200
06122	Retiro de puntos de alambre en esternón	50
06123	Vaciamiento linfático axilar	150
06124	Cerclaje esternal por mediastinitis	100

OPERACIONES EN PLEURA

06140	Pleurectomía parietal	130
06141	Pleurodesis mecánica o con talco	120
06142	Pleurodesis química; incluye colocación tubo de tórax	55

06143	Decorticación pulmonar	150
06144	Enucleación extrapleural de empiema	150

2 -BRONQUIOS

INCISIONES Y EXCISIONES EN BRONQUIOS

06201	Exploración de bronquio por toracotomía; incluye extracción de cuerpo extraño	140
06202	Resección de tumor o estenosis en bronquio fuente con broncoplastia	200
06203	Broncorrafia; incluye cierre de broncostomía	140
06204	Cierre de fístula bronquial, broncocutánea o broncopleural	230

3 -PULMON

RESECCIONES EN PULMON

06311	Lobectomía total o segmentaria	200
06312	Lobectomía parcial (resección en cuña)	150
06313	Lobectomía con decorticación concomitante	250
06314	Lobectomía con broncoplastia	250
06315	Neumonectomía simple	230
06316	Neumonectomía radical	250
06317	Resección pulmonar con reconstrucción de pared torácica, con prótesis	260
06318	Pleuroneumonectomía por enfermedad inflamatoria o tumor maligno	300
06319	Resección de bulas	150
06320	Cirugía de reducción de volumen para tratamiento de enfisema pulmonar, uni o bilateral.	350
06321	Neumorrafia	130

4 -ESOFAGO

06400	Esofagotomía; incluye drenaje de absceso periesofágico, vía cervical-	110
06401	Esofagotomía vía transtorácica	200
06402	Esofagostomía; incluye cervical, fistulización externa	160
06403	Extracción de cuerpo extraño o lesión localizada en esófago con reparo primario, por cervicotomía	150
06404	Extracción de cuerpo extraño o lesión localizada en esófago con reparo primario, vía transtorácica	200

EXCISIONES DE LESIONES EN ESOFAGO

06410	Diverticulectomía de esófago, con o sin miotomía por abordaje cervical	150
06411	Diverticulectomía de esófago, con o sin miotomía, por abordaje transtorácico	200
06412	Resección de tumor benigno de esófago por cervicotomía; incluye reconstrucción vía cervical.	150
06413	Resección de tumor benigno de esófago por toracotomía; incluye reconstrucción vía transtorácica.	200
06414	Diverticulopexia de la hipofaringe con o sin miotomía	90

RESECCION EN ESOFAGO

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

06420	Esofagectomía con o sin laringectomía	250
06421	Esofagectomía con o sin laringectomía con disección radical de cuello	280
06422	Esofagectomía total con reconstrucción (estómago, colon o intestino delgado), vía cervical, torácica o abdominal.	400
06423	Esofagectomía; incisión toracoabdominal con o sin piloroplastia; incluye reconstrucción	300
06424	Esofagogastrectomía; incluye reconstrucción	300

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN ESOFAGO

06450	Cierre de fístula tráqueo-esofágica vía cervical	100
06451	Cierre de fístula tráqueo-esofágica vía torácica	200
06453	Esofagorrafia por cervicotomía	150
06454	Esofagorrafia por toracotomía	150
06455	Inserción de tubo de silicón a través de esófago	100
06456	Ligadura transtorácica de várices esofágicas	170
06457	Esófago miotomía, con o sin reparo de hernia hiatal, tratamiento de la acalasia atresia (operación de Heller), vía torácica o abdominal	200
06458	Corrección atresia esofágica	250

ARTICULO 7. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía Abdominal (07), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -PARED ABDOMINAL Y PERITONEO

CORRECCION DE HERNIAS EN PARED ABDOMINAL

07101	Herniorrafia inguinal	70
07102	Herniorrafia inguinal reproducida	90
07103	Herniorrafia femoral o crural	70
07104	Herniorrafia femoral o crural reproducida	90
07105	Herniorrafia epigástrica	60
07106	Herniorrafia de Spiegel (incluye reproducida)	60
07107	Herniorrafia umbilical	60
07108	Herniorrafia umbilical reproducida	70
07109	Eventrorrafia; incluye utilización de mallas sintéticas	80

CORRECCION DE OTRAS HERNIAS

07111	Herniorrafia isquiática	60
07112	Herniorrafia isquiorrectal	60
07113	Herniorrafia lumbar	60
07114	Herniorrafia obturadora	60
07115	Herniorrafia diafragmática por vía abdominal	180
07116	Herniorrafia diafragmática por vía trastorácica	180
07117	Herniorrafia diafragmática combinada (tóracoabdominal)	200
07118	Sutura diafragmática (vía abdominal o torácica)	150
07119	Imbricación de diafragma por eventración	180

INCISIONES EN LA PARED ABDOMINAL

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

07120	Laparotomía exploratoria	90
07121	Drenaje de absceso de la pared abdominal	30
07122	Extirpación de tumor benigno en la pared abdominal	30
07123	Cierre de evisceración	60
07124	Laparotomía para hemostasia y evacuación de hemoperitoneo	130
07125	Microlaparotomía para lavado peritoneal diagnóstico	40

DRENAJE DE ABSCESOS INTRAABDOMINALES Y TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS GENERALIZADAS

07140	Drenaje de absceso intraperitoneal; incluye epiploico, omental, periesplénico, perigástrico, subhepático, de la fosa ilíaca y plastrón apendicular.	100
07141	Drenaje de absceso retroperitoneal	100
07142	Drenaje de absceso subfrénico o subdiafragmático, cualquier vía	100
07143	Tratamiento integral de la peritonitis química	110
07144	Tratamiento integral de la peritonitis purulenta secundaria	110
07145	Tratamiento quirúrgico inicial de la peritonitis generalizada	150
07146	Lavado peritoneal post-quirúrgico por laparotomía con o sin abdomen abierto	100

EXTIRPACION DE LESIONES EN PARED ABDOMINAL Y PERITONEO

07150	Corrección de onfalocele	70
07151	Corrección de gastrosquisis con o sin prótesis	130
07152	Resección de lesión del epiplón o mesenterio (benigna o maligna)	110
07153	Resección de tumor retroperitoneal	200
07154	Extracción de cuerpo extraño de cavidad peritoneal	100
07155	Omentectomía, parcial o total	60
07156	Onfalectomía (resección del ombligo)	60
07157	Operación de Noble modificada	100
07158	Sección de adherencias peritoneales	140

OTRAS OPERACIONES ABDOMINALES

07170	Vaciamiento linfático abdómino-inguinal	150
07171	Vaciamiento linfático inguinoilíaco	150

2 -HIGADO Y VIAS BILIARES

INCISION EN HIGADO

07201	Drenaje y/o marsupialización de absceso o quiste hepático por laparotomía	110

RESECCION DE LESIONES DEL HIGADO

07210	Resección de quiste hidatídico	110
07211	Hepatectomía segmentaria	200
07212	Hepatectomía derecha o izquierda	230
07213	Trisegmentectomía hepática	250

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

OPERACIONES PLASTICAS DEL HIGADO

07230	Hepatorrafia simple	120
07231	Hepatorrafia múltiple; incluye desbridamiento y hemostasis	200
07232	Extracción de cuerpo extraño intrahepático	110
07233	Ligadura selectiva de la arteria hepática	130
07234	Derivaciones porto-sistémicas	200

OPERACIONES EN VIAS BILIARES

07251	Hepaticotomía o hepaticostomía con drenaje o extracción de cálculos	150
07252	Esfinteroplastia	180
07253	Reconstrucción de vías biliares	300
07254	Exploración por atresia congénita de vías biliares, con reparo	300
07255	Derivaciones biliodigestivas	250
07256	Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía	200

INCISION EN VESICULA BILIAR

07260	Colecistostomía; incluye extracción de cálculos biliares	110

RESECCION EN VIAS BILIARES

07270	Colecistectomía simple	140
07271	Colecistectomía con exploración de vías biliares por coledocotomía	180
07273	Resección de quistes del colédoco	180
07274	Resección de tumor maligno de vías biliares	230
07275	Colecistectomía por minilaparotomía mediana subxifoidea	150

3 -PANCREAS

INCISION EN PANCREAS

07301	Drenaje de absceso de páncreas	130
07302	Marsupialización abdominal por pancreatitis	150

RESECCION EN PANCREAS

07310	Pancreatectomía distal con o sin esplenectomía	200
07311	Pancreatectomía subtotal (operación de Child)	280
07312	Pancreatoduodenectomía-pancreatolitotomía proximal (Whipple)	300
07313	Pancreato- duodenectomía total	300
07314	Resección de lesión de páncreas; incluye fistulectomía, pancreatolitotomía	160
07315	Marsupialización de quiste de páncreas	120
07316	Extracción de cuerpo extraño de páncreas	100

DERIVACIONES PANCREATICAS

07320	Anastomosis del páncreas; incluye cistoduodenostomía, cistogastrostomía y cistoyeyunostomía	160
07321	Pancreato-yeyunostomía término lateral (operación de Puestow)	160

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

4 -GLANDULAS SUPRARRENALES

07401	Suprarrenalectomía (adrenalectomía), parcial o total	250
07402	Resección de tumor suprarrenal (feocromocitoma u otros)	200
07403	Toma de Injerto para tratamiento (parkinsonismo)	130

5 -BAZO

RESECCION - REPARACION DEL BAZO

07501	Esplenectomía	130
07502	Esplenorrafia; incluye enmallamiento	130
07503	Extracción de cuerpo extraño del bazo	100

6 -ESTOMAGO

INCISIONES EN ESTOMAGO

07601	Gastrotomía; incluye para extracción de cuerpo extraño	110
07602	Gastrotomía con dilatación esofágica e inserción de tubo de plástico	110
07603	Gastrostomía (para alimentación)	100
07604	Cierre de gastrostomía	100

RESECCIONES EN ESTOMAGO

07610	Gastrectomía parcial, más reconstrucción con o sin vagotomía	200
07611	Gastrectomía subtotal radical	220
07612	Gastrectomía total	250

DERIVACIONES EN ESTOMAGO

07630	Reanastomosis del estómago por deshiscencia de la sutura	150

OPERACIONES PLASTICAS EN ESTOMAGO

07640	Gastrorrafia, una o dos	110
07641	Gastrorrafia, más de dos	130
07642	Sutura de úlcera perforada, más lavado peritoneal	150
07643	Operación antirreflujo gastroesofágico por hernia hiatal, vía abdominal	170
07644	Operación antirreflujo gastroesofágico por hernia hiatal, vía transtorácica	200
07645	Pilorectomía anterior-piloromiotomía	110
07646	Desvascularización gástrica	150
07647	Vagotomía y piloroplastia	160
07648	Vagotomía selectiva y/o supraselectiva	120
07649	Gastroenteroanastomosis derivativa	160

OTRAS OPERACIONES EN ESTOMAGO

07650	Cierre de fístula de gastroduodenostomía	110
07651	Cierre de fístula de gastroyeyunostomía	110

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

07652	Cierre de fístula gastrocólica	110
07653	Reducción de vólvulo de estómago	100

7 -INTESTINO

INCISIONES EN INTESTINO

07700	Enterotomías; incluye extracción de cuerpo extraño	110

EXTERIORIZACIONES DE INTESTINO

07710	Enterostomías; incluye duodenostomía, iliostomía, yeyunostomía, cecostomía, Transversostomía, sigmoidostomía.	150
07711	Ileostomía continente	150
07712	Remodelación de ileostomía o de colostomía	100

RESECCION DE LESIONES INTESTINALES

07720	Extirpación de lesión local de intestino (Incluye divertículos intestinales y tumores benignos).	120
07721	Intervención antirreflujo duodenogástrico	140
07722	Resecciones intestinales; incluye anastomosis	150
07723	Colectomía subtotal; incluye hemicolectomía, iliocolectomía, cecocectomía, Sigmoidectomía.	170
07724	Colectomía parcial con colostomía y cierre del segmento distal (Hartman)	180
07725	Colectomía parcial con colostomía o ileostomía y creación de mucofístula	170
07726	Colectomía total abdominal con iliostomía y proctectomía	200
07727	Colectomía total con resección de ileoterminal e iliocolostomía	200
07728	Colectomía total, más descenso ileal	250
07729	Iliotrasversoanastomosis derivativa	160

OPERACIONES DEL APENDICE

07731	Apendicectomía, apéndice no perforado	80
07732	Apendicectomía, apéndice perforado, más drenaje de peritonitis localizada	100
07733	Apendicectomía, apéndice perforado que incluya drenaje de peritonitis generalizada	140

ANASTOMOSIS INTESTINALES

07740	Enterorrafia	100
07741	Enterorrafias múltiples	150

CIERRE DE ESTOMA ARTIFICIAL Y FISTULAS INTESTINALES

07750	Cierre de ostomía sin laparotomía	110
07751	Cierre de ostomía con laparotomía	140
07752	Cierre de fístula entérica o enterocólica	140
07753	Cierre de fístula enterovesical, con o sin resección de intestino o vejiga	150
07754	Cierre de fístula enterocutánea	140

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

OTRAS OPERACIONES DEL INTESTINO

07760	Reducción de vólvulo intestinal, intususcepción, o hernia interna sin resección sin resección intestinal, por laparotomía.	120
07761	Reducción de vólvulo intestinal, intususcepción, o hernia interna con resección intestinal, por laparotomía (Incluye anastomosis).	150
07762	Corrección de atresia intestinal	110
07763	Corrección de malrotación intestinal	150
07764	Liberación de adherencias o bridas intestinales (Intervención única)	120
07765	Tratamiento quirúrgico de la obstrucción sin resección intestinal	120
07766	Tratamiento quirúrgico de la obstrucción con resección intestinal	150
07767	Resección intestinal masiva por trombosis o lesión tumoral	180
07768	Plicatura intestinal (operación de Noble)	140
07769	Tratamiento quirúrgico de la dehiscencia de anastomosis intestinal (incluye: laparotomía, resección, lavado peritoneal y nueva anastomosis o enterostomía)	170
07770	Corrección de atresia del duodeno	130
07771	Corrección de atresias intestinales múltiples	180

8 - MEDULA OSEA

7800	Transplante de médula ósea (extracción, procesamiento e implante)	1000

ARTICULO 8. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Proctología (08)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 –RECTO

INCISIONES EN RECTO

08101	Drenaje de absceso rectal	60
08102	Drenaje de absceso peri-rectal. retro-rectal o pélvico	60
08103	Extracción de cuerpo extraño en recto por vía rectal	50
08104	Extracción de cuerpo extraño en recto por vía abdominal	120
08105	Extracción de cuerpo extraño en recto por vía abdominal más colostomía	140
08106	Desimpactación fecal (bajo anestesia general)	60

INCISIONES DE LESIONES EN RECTO

08120	Cauterización rectal; incluye diatermia	30
08121	Escisión de la mucosa rectal; incluye extirpación de pólipos y papilomas	40
08122	Fistulectomía rectal con colostomía; incluye fístula vaginal, rectovesical o recto-ureteral.	150
08123	Miomectomía ano-rectal	60

RESECCIONES EN RECTO

08130	Proctectomía con colostomía	220
08131	Proctosigmoidectomía con colostomía; incluye abordaje perineal	250
08132	Proctectomía parcial, vía trans-sacra (Kraske)	180
08133	Proctectomía con descenso abdomino-perineal	240

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

08134	Resección de tumor rectal por vía trans-anal	100
08135	Resección de tumor rectal por protectomía trans-sacra o trans-coccígea	180
08136	Proctectomía completa por megacolon congénito	180
08137	Resección de procidencia rectal con anastomosis, vía perineal	180

OPERACIONES PLASTICAS EN RECTO

08140	Proctopexia para prolapso, vía abdominal	130
08141	Proctopexia para prolapso, combinada con resección sigmoidea	150
08142	Proctoplastia con colostomía	120
08143	Proctoplastia sin colostomía	100
08144	Proctorrafia	100
08145	Tratamiento de la estenosis rectal	60
08146	Descenso rectal; vía sagital posterior o anterior y posterior	300
08147	Corrección de malformación anogenital, vía sagital posterior y abdominal	300
08148	Corrección de cloaca	350

2 -ANO

INCISIONES EN ANO Y TEJIDO PERIANAL

08200	Drenaje de absceso isquiorrectal	60
08201	Drenaje de absceso perianal	60
08202	Esfinterotomía anal	60

EXCISIONES DE LESION EN ANO

08210	Fistulotomía subcutánea	60
08211	Fistulectomía anal	80
08212	Resección de fisura anal (fisurectomía) (Incluye esfinterotomía)	70
08213	Resección de tumor de ano; incluye fulguración	70
08214	Criptectomía o papilectomía	30

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE HEMORROIDES

08220	Hemorroidectomía externa	50
08221	Hemorroidectomía externa e interna con o sin esfinterotomía	100
08222	Trombectomía por hemorroides	40

OPERACIONES PLASTICAS EN ANO

08230	Anorrafia	30
08231	Anoplastia por estenosis	80
08232	Esfinteroplastia o esfinterorrafia anal sin colostomía	90
08233	Esfinteroplastia o esfinterorrafia anal con colostomía	120
08234	Esfinteroplastia anal por incontinencia en adultos con injerto muscular	120
08235	Corrección de atresia anal y rectal	120
08236	Construcción de ano por ausencia congénita	190
08237	Operación para incontinencia rectal y/o prolapso (Tiersch)	60
08238	Retiro de alambre de Tiersch	20
08239	Construcción de ano por ausencia congénita, con reparo de fístula urinaria	230

08240	Reparo de fístula ano vaginal congénita	140
08241	Corrección perineal de fístula ano vaginal	150

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL QUISTE PILONIDAL

08250	Drenaje de quiste pilonidal	40
08251	Resección de quiste pilonidal; extirpación abierta o marsupialización	80

ARTICULO 9. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en las especialidades de Urología y Nefrología (09)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -RIÑON

INCISIONES EN RIÑON

09101	Nefrolitotomía	130
09102	Nefrostomía (cielo abierto)	80
09103	Nefrolitotomía percutánea	180
09104	Nefrostomía percutánea	120

OPERACIONES SOBRE LA PELVIS RENAL

09110	Pielolitotomía	115
09111	Pielostomía	80
09112	Pielonefrolitotomía para cálculo coraliforme	200

INCISIONES EN REGION LUMBAR

09120	Drenaje de absceso renal y perirrenal	80
09121	Lumbotomía exploradora	80

RESECCIONES RENALES

09141	Nefrectomía parcial	220
09142	Nefrectomía simple	200
09143	Nefrectomía radical	300
09144	Nefroureterectomía	200
09145	Nefroureterectomía con segmento vesical	220
09146	Revisión por hemorragia post-nefrectomía (comprende hemostasia y evacuación de hemorretroperitoneo).	150

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN RIÑON

09160	Anastomosis uréterocalicial	100
09161	Nefrorrafia	110
09162	Pieloplastia	200
09164	Resección de fístula renocutánea	100
09165	Resección de fístula renovisceral	130

OTRAS OPERACIONES EN RIÑON

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

09170	Aspiración quiste renal e inyección esclerosante (vía percutánea)	30
09171	Resección marsupialización de quiste renal	80
09172	Nefropexia	80

OPERACIONES PARA DIALISIS RENAL

09180	Colocación de catéter peritoneal por laparatomía	80
09181	Colocación de catéter peritoneal por punción	60
09182	Construcción de fístula arteriovenosa con o sin injerto sintético o autólogo	130
09183	Implantación de cánula arteriovenosa (Scribner)	60
09184	Implantación de catéter subclavio, femoral o yugular por punción	50
09185	Retiro de catéter peritoneal o permanente para hemodiálisis	40
09186	Cierre de fístulas arteriovenosas	140
09187	Implante de catéter permanente para hemodiálisis	100

TRASPLANTE

09190	Trasplante renal	1.100
09191	Nefrectomía (rescate del órgano)	800

2 -URETER

INCISION EN URETER

09202	Meatotomía ureteral abierta	60
09203	Ureterolitotomía (vía abierta)	110

RESECCION EN EL URETER

09211	Resección de uréterocele por vía transuretral (ureterocelectomía)	60
09212	Resección de uréterocele por vía abierta (ureterocelectomía)	90
09213	Resección de fístula ureterocutánea	120
09214	Resección de fístula ureterovísceral	120
09215	Ureterectomía residual	80

DERIVACIONES URETERALES

09220	Ureterostomía cutánea	120
09221	Ureteroenterostomía cutánea	130
09222	Ureteroneoproctostomía (anastomosis de uréteres a recto aislado in situ)	180
09223	Ureterosigmoidostomía	170
09224	Reemplazo ureteral por intestino	180

ANASTOMOSIS EN URETER

09240	Ureteroneocistostomía (anastomosis o reimplantación uréterovesical)	180
09241	Ureteroneocistostomía con técnica de alargamiento vesical	180
09242	Ureteroureterostomía	120

OPERACIONES PLASTICAS EN URETER

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

09250	Ureterolisis y pielouréterolisis	100
09251	Pielouréterolisis con transposición intraperitoneal	100
09252	Ureteroplastia	130
09253	Ureterorrafia	110

3 -VEJIGA

09301	Extracción de cuerpo extraño en vejiga (vía abierta)	80
09302	Cistolitotomía	80
09303	Cistotomía suprapúbica (talla vesical)	100

EXCISIONES DE LESION EN LA VEJIGA POR VIA TRANSURETRAL

09310	Resección-fulguración de tumor vesical	100
09311	Resección de cuello vesical; vía endoscópica	70

EXCISIONES DE LESION EN LA VEJIGA POR VIA ABIERTA

09320	Diverticulectomía de vejiga	120
09321	Plastia de cuello vesical	120
09322	Resección transvesical de cuello vesical	100

RESECCIONES EN VEJIGA

09330	Cistectomía parcial	140
09331	Cistectomía simple	240
09332	Cistectomía radical (total más linfadenectomía) más derivación	290
09333	Exanteración pélvica completa	300
09334	Linfadenectomía retroperitoneal (incluye clasificatoria citorreductora)	130

OTRAS OPERACIONES EN LA VEJIGA

09340	Plastia de agrandamiento y/o sustitución vesical	240
09344	Cistouretropexia vaginal	70
09345	Cistouretropexia suprapúbica (Marshall-Marchetti-Tanago)	150
09346	Cistouretropexia vaginal con control endoscópico-	120
09347	Revisión y hemostasia por sangrado post cistouretropexia-	150
09350	Corrección de fístula vesical (incluye fístulas vésicoentericas)	135
09351	Corrección de fístula vesicocutánea	135
09352	Corrección de fístula vesicovaginal	135
09353	Corrección de fístula vesicouterina	135
09354	Cistorrafia	100
09355	Vesicostomía cutánea	120
09356	Corrección de extrofia vesical	150
09357	Drenaje perivesical	70
09358	Tratamiento hidrostático para tumor vesical	50
09359	Resección de persistencia del uraco (incluye quiste del uraco)	90
09360	Cierre de cistostomía	50
09361	Corrección de extrofia de cloaca	230

4 -URETRA

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

INCISIONES EN LA URETRA

09401	Uretrolitotomía, vía abierta	70
09402	Uretrostomía	50
09403	Extracción cuerpo extraño uretral (vía abierta)	80

OPERACIONES SOBRE EL MEATO URETRAL

09410	Extirpación de carúnculas uretrales	30
09411	Meatoplastia	30

EXCISIONES DE LESION EN LA URETRA

09420	Diverticulectomía uretral	80
09421	Uretrectomía simple	110
09422	Uretrectomía radical	130

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN LA URETRA

09430	Fistulectomía uretrocutánea y uretroplastia	100
09431	Cierre de fístula uretro-rectal	130
09432	Cierre de uretrostomía	30
09433	Uretroplastia perineal	120
09434	Uretroplastia transpúbica	120
09435	Uretroplastia con otros tejidos	130
09436	Uretrorrafia	70

OTRAS OPERACIONES EN LA URETRA

09451	Operaciones para incontinencia urinaria masculina	130
09455	Drenaje de absceso periuretral	30
09456	Drenaje de absceso urinoso	150

5 -PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES

INCISIONES EN PROSTATA

09501	Drenaje de absceso de próstata	40

RESECCION DE PROSTATA

09510	Prostatectomía por vía abierta (adenomectomía)	200
09511	Prostatectomía por vía transuretral y/o vaporización (adenomectomía)	200
09512	Prostatectomía total	200
09513	Prostatectomía radical	250
09514	Prostatocistectomía (seguida de derivación)	280
09515	Linfadenectomía pélvica	130
09516	Revisión en R.T.U. para hemostasia vía transuretral	120
09517	Revisión de prostatectomía abierta para hemostasia-vía transvesical	150
09518	Revisión por ruptura de la cápsula-vía transvesical	130

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

INCISIONES Y/O RESECCIONES EN VESICULAS SEMINALES

09520	Vesiculotomía seminal	40
09521	Vesiculectomía	110

6 .TESTICULO, TUNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDON ESPERMATICO

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS DE HIDROCELE, HEMATOCELE, PIOCELE Y VARICOCELE

09601	Hidrocelectomía; incluye aspiración	110
09602	Incisión y/o drenaje del cordón espermático, escroto o testículo	40
09603	Resección de hematocele o piocele; incluye cordón espermático o de la túnica vaginal	70
09604	Varicocelectomía	110
09605	Aspiración de hidrocele	30
09606	Cirugía de genitales ambiguos	300

RESECCIONES LESIONES EN ESCROTO

09620	Drenaje de absceso escrotal o perineal	30
09621	Fistulectomía del escroto	60
09622	Fulguración de lesión escrotal	20
09623	Resección parcial del escroto	80
09624	Resección total del escroto y reconstrucción con plastias cutáneas	130

RESECCION EN TESTICULO

09630	Orquidectomía simple	50
09631	Orquidectomía radical	100

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS DEL TESTICULO

09640	Implante protésico	40
09641	Orquidorrafia	50
09642	Implantación del testículo en tejidos vecinos, por destrucción escrotal--	130

FIJACIONES QUIRURGICAS DEL TESTICULO

09650	Fijación testicular profiláctica	50
09651	Orquidopexia; incluye: tratamiento del saco herniario y resección de hidátides	140

OTRAS OPERACIONES EN TESTICULO, TUNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDON ESPERMATICO

09660	Extracción de cuerpo extraño del escroto	30
09661	Extracción de cuerpo extraño del testículo, cordón espermático o túnica vaginal	70
09662	Reducción quirúrgica de la torsión del cordón espermático	120
09663	Resección hidátides testiculares y/o epididimarios	60

09665	Resección de quistes sebáceos del escroto	50
09666	Sutura de herida de escroto	60

7 -EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE

OPERACIONES EN EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE

09701	Vasectomía (deferentectomía) bilateral	50
09702	Epididimectomía	50
09703	Epididimovasostomía	130
09704	Espermatocelectomía (resección quiste del epidídimo)	50
09705	Incisión y drenaje del epidídimo	40
09706	Reconstrucción del conducto deferente seccionado (vaso-vasostomía)	130

8 –PENE

OPERACIONES EN PREPUCIO

09801	Prepuciotomía; incluye reducción quirúrgica de la parafimosis	30
09802	Fulguración resección de condilomas venéreos	20
09803	Circuncisión; incluye: plastia del frenillo y/o liberación adherencias bálano-prepuciales	70

AMPUTACIONES DEL PENE

09810	Penectomía parcial	85
09811	Penectomía total	130
09812	Penectomía total , más linfadenectomía	220

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN PENE

09820	Corrección de epispadias o hipospadias	200
09822	Extirpación de nódulos de la enfermedad de Peyronie	120
09823	Extirpación de nódulos de la enfermedad de Peyronie con injertos de piel	130
09824	Sutura de herida en pene	30
09825	Implante intracavernoso para tratamiento quirúrgico de la impotencia	120
09827	Reconstrucción peneana	130
09828	Retiro de prótesis peneana	40
09829	Corrección de angulación peneana	100

OTRAS OPERACIONES EN PENE

09840	Incisión y drenaje de flegmón peneano	20
09841	Intervención para priapismo; incluye punción o drenaje de cuerpos cavernosos	110
09842	Derivación safeno-cavernosa o cavernosa-espongiosa para priapismo	130
09843	Inyección de placas de fibrosis de pene	20

ARTICULO 10. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía de Mama (10) **,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1- MAMA

10101	Mastotomía; incluye drenaje de la mama	30
10102	Extracción de cuerpo extraño de mama; incluye granuloma	30

RESECCIONES EN LA MAMA

10110	Resección de quiste, fibroadenoma, otros tumores benignos, tejido aberrante del seno, lesión del ducto, lesión del pezón, una o mas lesiones, unilateral	50
10111	Mastectomía simple, completa, unilateral	80
10113	Mastectomía subcutánea unilateral	80
10114	Mastectomía radical; incluye músculos pectorales y vaciamiento ganglionar	150
10115	Mastectomía radical modificada, con disección axilar y conservación de conservación de músculos pectorales	140
10116	Resección de ginecomastia	60
10117	Cuadrantectomía sin vaciamiento ganglionar	80
10118	Cuadrantectomía con vaciamiento ganglionar	120

ARTICULO 11. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Ginecología (11), la siguiente nomenclatura y clasificación **:**

1 -OVARIO

INCISIONES EN OVARIO

11101	Aspiración de quiste de ovario; único o múltiple; uni o bilateral, vía vaginal	60
11102	Aspiración de quiste de ovario; único o múltiple; uni o bilateral, vía abdominal	85
11104	Drenaje de absceso de ovario por laparotomía	90
11105	Resección cuneiforme de ovario, uni o bilateral	65
11106	Resección de quiste o tumor de ovario, uni o bilateral	100
11107	Resección de quiste paraovárico	110

RESECCION EN OVARIO

11120	Ooforectomía parcial o total, uni o bilateral	100
11122	Ooforectomía más omentectomía, uni o bilateral	120

OTRAS OPERACIONES EN OVARIO

11130	Ooforopexia	75
11131	Liberación de adherencias de ovario por microcirugía, vía abdominal uni o bilateral	100
11132	Laparotomía para citorreducción de tumor de ovario	125

2 -TROMPA DE FALOPIO

RESECCION EN TROMPA DE FALOPIO

11201	Salpingectomía o salpingo-oforectomía, uni o bilateral	120
11202	Sección y/o ligadura de ambas trompas (Cualquier técnica), por vía abdominal o	65

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	vaginal	

REPARACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO

11210	Salpingotomía y drenaje de trompa	100
11211	Salpingotomía o salpingoplastia convencional (sin microcirugía)	125
11212	Salpingoplastia o salpingoneostomía, por microcirugía	140
11213	Reanastomosis tubárica (terminoterminal por microcirugía)	130

OTRAS OPERACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO

11240	Lisis de adherencias anexiales por laparotomía (ovariolisis y/o salpingolisis), unilateral o bilateral (Intervención única).	90

3 -LIGAMENTO ANCHO

OPERACIONES DEL LIGAMENTO ANCHO

11300	Resección de tumor intraligamentario	110
11301	Drenaje de absceso o hematoma	70

4 –UTERO

REPARACIONES EN UTERO

11401	Histeropexia (suspensión con o sin intervención sobre ligamentos)	70
11402	Histeropexia con simpatectomía presacra	120
11403	Operación de interposición (tipo Watkins) con o sin reparación de piso pélvico	80

INCISIONES-EXCISIONES DE LESION UTERINA

11410	Miomectomía, excisión de tumor fibroide, única o múltiple, vía vaginal	100
11411	Miomectomía, excisión de tumor fibroide, única o múltiple, vía abdominal	100
11412	Extracción bajo anestesia de cuerpo extraño intrauterino (incluye dispositivos anticonceptivos).	30
11413	Resección de pólipo endometrial	35
11414	Legrado uterino ginecológico (diagnóstico o terapéutico)	50

OPERACIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO

11420	Amputación del cuello (traquelectomía)	70
11421	Excisión del muñón cervical, vía vaginal o abdominal	55
11422	Excisión del muñón cervical con reparación del piso pélvico	110
11423	Excisión del muñón cervical con colporrafia anterior y posterior	110
11424	Excisión del muñón cervical con corrección de enterocele	110
11425	Dilatación y curetaje del muñón cervical	20
11426	Conización LETZ bajo colposcopia	80
11427	Conización	70
11428	Cerclaje del istmo (orificio interno del cuello)	55
11429	Extirpación de pólipo de cuello uterino	30

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

OPERACIONES PLASTICAS EN UTERO Y CUELLO UTERINO

11430	Histerorrafia (reparación de ruptura uterina no obstétrica)	80
11431	Histeroplastia (operación de Strasman)	150
11433	Traqueloplastia; incluye traquelorrafia	55

OTRAS OPERACIONES EN UTERO

11440	Histerectomía abdominal total, con o sin remoción de trompas u ovarios	150
11441	Histerectomía subtotal o supracervical, con o sin remoción de trompas u ovarios	150
11442	Histerectomía total ampliada; incluye vaginectomía parcial	170
11443	Histerectomía total ampliada; incluye vaginectomía parcial y linfadenectomía pélvica bilateral	200
11444	Histerectomía total ampliada, con linfadenectomía pélvica radical bilateral	250
11445	Histerectomía total, con cervicectomía, remoción de vejiga, trasplante ureteral, y/o resección abdominoperineal de colon y recto y colostomía o cualquier combinación anterior	340
11446	Histerectomía radical modificada post-radioterapia	180
11447	Histerectomía vaginal	150
11448	Histerectomía vaginal, con reparación plástica de vagina y colporrafia anterior y posterior.	160
11449	Histerectomía vaginal con colpo-uretrocistopexia	160
11450	Histerectomía vaginal con reparación de enterocele	160
11451	Histerectomía vaginal con colpectomía parcial o total (tipo Shauta)	250
11452	Liberación de adherencias del útero, vía abdominal	50
11454	Extracción de dispositivo perdido, extrauterino intra-abdominal	60
11455	Aplicación de fuente radioactiva en braquiterapia intracavitaria o intraluminal de baja tasa.	40

5 -VAGINA

INCISIONES EN VAGINA

11501	Colpotomía con exploración	45
11502	Colpotomía con drenaje de absceso o hematoma de cúpula vaginal	50
11503	Colpotomía con drenaje de absceso pélvico.	85
11504	incisión o excisión del septum vaginal	60

RESECCION EN VAGINA

11520	Colpectomía o vaginectomía parcial (obliteración parcial de la vagina)	60
11521	Colpectomía o vaginectomía total	100
11522	Colpocleisis	90
11523	Himenotomía, himenectomía o himenoplastia	30
11525	Resección de quistes o tumores en tercio superior de la vagina	70
11526	Resección de quistes o tumores en tercio medio o inferior de la vagina	50

OTRAS OPERACIONES EN LA VAGINA Y ANEXOS

11531	Cierre de fístula uretro vaginal o vésicovaginal (cualquier vía)	135
11532	Extracción de cuerpo extraño en vagina (bajo anestesia general)	20

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

11533	Corrección de seno urogenital	180
11534	Plastia vaginal por atresia, vía abdominoperineal	300

CORRECCION QUIRURGICA DE COLPO-URETRO Y ENTEROCELE

11540	Colporrafia anterior, incluye corrección quirúrgica de cistocele y uretrocele I-II-III	70
11541	Colporrafia posterior, incluye corrección quirúrgica de rectocele I-II-III	70
11542	Colporrafia anterior y posterior	90
11543	Colporrafia anterior y posterior con amputación de cuello (Manchester-Fothergill)	105
11544	Colporrafia anterior y posterior con reparación de enterocele	130
11545	Colpopexia: vía vaginal o abdominal; incluye prolapso de cúpula y fijación de muñones	140
11546	Uretrocolpopexia vía vaginal o abdominal	150
11547	Uretrocolpopexia reproducida vía vaginal o abdominal	170
11548	Reparación de enterocele vía abdominal	140

OTRAS OPERACIONES PLASTICAS EN LA VAGINA

11550	Reparación de desgarro vaginal no obstétrico grado I-II (compromiso mucosa o muscular).	50
11551	Reparación de desgarro vaginal no obstétrico grado III (rectovaginal con compromiso de esfínter anal)	70
11552	Reparación de desgarro vaginal no obstétrico, grado IV (estallido de vejiga con o sin evisceración).	110
11553	Construcción de vagina artificial; por atresia o agenesia	320
11554	Reconstrucción de vagina	150
11555	Corrección de fístula rectovaginoperineal y/o perineal	150

6 -VULVA Y PERINE

INCISIONES EN VULVA Y PERINE

11601	Incisión y drenaje de absceso de vulva, de Glándula de Bartholino o de Glándula de skene (incluye forúnculo)	20
11602	Extracción de cuerpo extraño de vulva y periné	20
11603	Drenaje de absceso vulvo-perineal	40

EXTIRPACIONES DE LESIONES EN VULVA Y PERINE

11610	Destrucción de lesiones vulvares, única ó múltiple	25
11611	Excisión de lesiones dérmicas (nevus, quistes sebáceo, etc.) única o múltiples	20
11612	Excisión de lesiones tumorales (papilomas, fibromas, lipomas,etc) única o múltiple	30

EXCISIONES EN GLANDULA DE BARTHOLINO O GLANDULA DE SKENE

11620	Resección de Glándula de Bartholino o de Glándula de Skene	55
11621	Marsupialización de la Glándula de Bartholino o de Skene	30

OTRAS ESCISIONES DE LA VULVA

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

11630	Clitoridectomía parcial o total	50
11631	Vulvectomía parcial, unilateral o bilateral (menos de 80% del área vulvar)	60
11632	Vulvectomía completa; piel y subcutáneo, bilateral	80
11633	Vulvectomía radical; incluye linfadenectomía inguinofemoral, unilateral	150
11634	Vulvectomía radical; incluye linfadenectomía inguinofemoral, ilíaca y pélvica uni o bilateral	340

OPERACIONES PLASTICAS EN LA VULVA Y PERINE

11640	Perineorrafia por trauma no obstétrico	40
11641	Perineoplastia por desgarro antiguo de periné	50
11643	Corrección de desgarro perineal I o II sin atención del parto	40
11644	Corrección de desgarro perineal III, sin atención del parto	70

ARTICULO 12. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Obstetricia (12)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -UTERO

12101	Atención del parto vaginal (normal o intervenido con fórceps o espátulas); incluye: episiorrafia y/o perineorrafia.	65
12103	Extracción de placenta y/o revisión uterina, sin atención del parto	30

PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS QUIRURGICOS

12110	Operación cesárea, segmentaria transversal o corporal	70
12111	Operación cesárea extraperitoneal	85
12112	Legrado uterino post-parto, o post-aborto	55
12113	Amniocentesis diagnóstica o terapéutica	20
12114	Histerotomía abdominal para remoción de mola hidatidiforme o feto muerto	75
12115	Tratamiento del embarazo ectópico, ovárico o tubárico, vía abdominal con o sin Ooforectomía, con o sin salpinguectomía.	100
12116	Tratamiento del embarazo ectópico abdominal	120
12117	Tratamiento del embarazo ectópico con salpingostomía y salpingoplastia (microcirugía)	130
12118	Desbridamiento y cierre de dehiscencia de episiorrafia	30
12119	Cordocentesis	40
12120	Histerectomía abdominal para remoción de mola o feto muerto	150

ARTICULO 13. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en las especialidades de Ortopedia y Traumatología (13)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -INCISIONES EN HUESO

13100	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de escápula o clavícula por osteomielitis, quiste o tumor benigno	40
13101	Drenaje o secuestrectomía de tercio proximal de húmero por osteomielitis, absceso, quiste o tumor benigno	85

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13102	Resección de tumor benigno o quiste de húmero con injerto proximal y diafisiario	70
13103	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de tercio distal de húmero por osteomielitis, quiste o tumor benigno	90
13104	Lavado y desbridamiento quirúrgico inicial de fractura expuesta de húmero	70
13105	Limpieza quirúrgica de herida infectada de hombro o brazo practicada bajo anestesia	40

EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13110	Extracción de cuerpo extraño o material de osteosíntesis en clavícula	45
13111	Extracción de cuerpo extraño o material de osteosíntesis en diáfisis de húmero	60
13112	Extracción de cuerpo extraño o material de osteosíntesis en epífisis o metáfisis de húmero	50
13113	Extracción de cuerpo extraño en hombro o brazo (músculos, tendón o sinovial)	45
13114	Extracción cuerpo extraño o material de osteosíntesis en escápula	60

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES

13120	Osteotomía parcial de escápula	40
13121	Osteotomía de clavícula con o sin fijación interna	55
13122	Osteotomía de húmero	100
13123	Claviculectomía parcial	40
13124	Claviculectomía total	55
13126	Resección de epicóndilo o epitroclea	80
13127	Resección parcial de húmero (excepto epicóndilo o epitroclea)	85

OPERACIONES PLASTICAS EN HUESOS Y RESECCION DE TUMORES

13140	Injerto óseo en clavícula	65
13141	Injerto óseo en húmero	75
13142	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación de hombro o brazo	70
13143	Resección de tumor maligno en huesos de hombro	120
13144	Resección radical de húmero sin injerto	120
13145	Resección radical de húmero con injerto	175
13146	Resección radical de húmero proximal o distal	130
13147	Escapulopexia	175
13148	Acromioplastia; incluye resección de calcificaciones	60
13149	Alargamiento progresivo del húmero; incluye fijación externa	200

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS

13150	Reducción cerrada de fractura de escápula o clavícula	20
13152	Reducción cerrada de fractura de húmero con manipulación	50

FIJACIONES OSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13170	Osteosíntesis de clavícula con placas o clavo	70
13171	Osteosíntesis de húmero tercio superior con placa u Obenque	100
13172	Osteosíntesis de húmero, en diáfisis con placas	100

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13173	Osteosíntesis de húmero, proximal o distal, percutánea con pines	90
13174	Osteosintesis de húmero en diáfisis con clavo intramedular bloqueado	110
13175	Aplicación de tutores externos en brazos	75
13176	Osteosíntesis de fractura supracondílea	100
13177	Osteosíntesis de cóndilo humeral aislada	95
13178	Corrección de pseudoartrosis en húmero con osteosíntesis, con o sin injerto óseo (incluye toma de injerto)	150
13179	Colocación quirúrgica de tracción esquelética en brazo (olécranon)	40

AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES

13180	Amputación intertoraco escapular	140
13181	Amputación del brazo	80
13182	Desarticulación del hombro	130

REIMPLANTES

13190	Reimplante de miembro superior a nivel del brazo	600

2 -ANTEBRAZO Y CODO

13200	Drenaje, curetaje o secuestrectomía de cúbito o radio por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales	85
13201	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis (placas) en antebrazo	45
13202	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis (pines) en antebrazo, codo o puño.	30
13203	Extracción de cuerpo extraño en antebrazo (músculo, tendón, sinovial)	50
13204	Lavado y desbridamiento quirúrgico inicial de fractura expuesta de cúbito y/o radio.	70
13205	Limpieza quirúrgica de herida infectada de antebrazo, codo o puño, practicada bajo anestesia	40

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES

13220	Osteotomía de cúbito o radio	85
13221	Resección de cabeza de radio	50
13222	Resección parcial de cúbito o radio, en diáfisis	85
13223	Resección de epífisis de cúbito o radio	40
13224	Resección total de cúbito o radio	110
13225	Resección radical de cúbito o radio (incluye partes blandas)	120

OPERACIONES PLASTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13240	Injerto óseo en cúbito o radio	90
13241	Epifisiodesis de cúbito o radio	55
13242	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación de antebrazo	75
13243	Resección de tumor maligno de cúbito o radio	85

REDUCCIONES DE FRACTURA Y LUXOFRACTURA

13250	Reducción cerrada de fractura de codo	50

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13251	Reducción cerrada de fractura radiodistal (Colles, etc.)	45
13252	Reducción cerrada de fractura de cúbito y radio	45
13253	Reducción cerrada de luxofractura radiocubital (Monteggia-Galleazi)	50
13254	Reducción abierta de luxación radiocubital	60

FIJACIONES OSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13271	Osteosíntesis de diáfisis de cúbito o radio	85
13272	Osteosíntesis de diáfisis de cúbito y radio	120
13273	Osteosíntesis de fractura radio-distal (Colles, etc.) con placas	85
13274	Osteosíntesis de olécranon	85
13275	Corrección de pseudoartrosis en cúbito o radio con osteosíntesis, con o sin injerto	100
13276	Corrección de pseudoartrosis en cúbito y radio con osteosíntesis, con o sin injerto	120
13277	Osteosíntesis de fractura radio distal con pines percutáneos	60
13278	Aplicación de tutores externos en antebrazo o muñeca	70

AMPUTACIONES-DESARTICULACIONES

13280	Amputación del antebrazo	75
13281	Desarticulación del codo	100
13282	Desarticulación del puño	75

REIMPLANTES

13290	Reimplante del miembro superior a nivel del antebrazo	600

3 -PELVIS Y CADERA

INCISIONES EN HUESO

13300	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de pelvis, por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales	75
13301	Lavado y desbridamiento quirúrgico inicial de fractura expuesta de pelvis o cadera	70
13302	Limpieza quirúrgica de herida infectada en pelvis o cadera practicada bajo anestesia	40

EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13310	Extracción de cuerpo extraño en huesos de cadera	60
13311	Extracción de cuerpo extraño de cadera (músculo, tendón o sinovial)	35
13312	Extracción de material de osteosíntesis (pines) de cadera o pelvis	40
13313	Extracción de material de osteosíntesis placas o tornillos de cadera o pelvis	70

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES

13320	Osteotomías en pelvis (Penberton-Staheli - Ganz- Triple Salter- Chiari)	200
13322	Osteotomía femoral	140
13323	Resección parcial del ilíaco	110

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

OPERACIONES PLASTICAS DE HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13340	Injerto óseo en pelvis	105
13341	Aplicación de aloinjerto estructural para corrección de defectos segmentarios en pelvis	150
13342	Resección de tumor maligno en huesos de pelvis.	160

REDUCCION CERRADA DE FRACTURA Y LUXOFRACTURA

13350	Tratamiento ortopédico de fractura o luxofractura de pelvis	50

FIJACIONES OSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13360	Osteosíntesis de fractura de pelvis o reborde posterior acetabular con placa	150
13361	Osteosíntesis de acetábulo, reborde posterior con tornillos	140
13362	Osteosíntesis de acetábulo, compuesta (anterior, posterior y superior)	200
13363	Aplicación de tutores externos en pelvis	70
13364	Osteosíntesis de sinfisis púbica	90

AMPUTACIONES-DESARTICULACIONES

13380	Hemipelvectomía	200
13381	Hemi-hemipelvectomía	210
13382	Desarticulación de la cadera	160

4 -MUSLO Y RODILLA

INCISIONES EN HUESO

13400	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de fémur, por osteomielitis, tumor benigno o Lesiones paratumorales.	85
13401	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de rótula, por osteomielitis, tumor benigno o Lesiones paratumorales.	55
13402	Lavado y desbridamiento quirúrgico inicial de fractura expuesta de fémur o rótula.	70
13403	Limpieza quirúrgica de herida infectada de muslo o rodilla practicada bajo Anestesia.	40

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRA OSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13410	Extracción de cuerpo extraño de fémur	70
13411	Extracción de cuerpo extraño de rótula	20
13412	Extracción de material de osteosíntesis de fémur (clavo intramedular no bloqueado)	40
13413	Extracción de material de osteosíntesis de fémur (placa o clavo placa)	60
13414	Extracción de material de osteosíntesis de fémur (clavo intramedular bloqueado)	70
13415	Extracción de tornillos de fémur; incluye para dinamización	30
13416	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en rótula	50

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES EN FEMUR Y ROTULA

13420	Osteotomía supracondílea de fémur, con fijación	115
13421	Osteotomía múltiple de fémur, con fijación	145
13422	Osteotomía valguizante o varizante de cuello de fémur con fijación	140
13423	Resección parcial de fémur	85
13424	Resección total de fémur	125
13425	Patelectomía o hemipatelectomía	80

OPERACIONES PLASTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13440	Epifisiodesis distal de fémur	85
13441	Injerto óseo en fémur	95
13442	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación de muslo	80
13443	Resección de tumor benigno de fémur, más fijación	125
13444	Resección de tumor maligno de fémur	125
13445	Alargamiento femoral-osteoplastia, un solo procedimiento	170
13446	Alargamiento femoral progresivo (osteotomía y colocación de fijación externa)	250
13447	Extracción de cuerpo extraño en muslo (músculo, tendón o sinovial)	45

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS Y LUXOFRACTURAS

13450	Reducción cerrada e inmovilización cerrada de fractura de fémur	70
13451	Tratamiento cerrado de fractura de rótula	30

FIJACIONES OSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13470	Osteosíntesis de rótula	100
13471	Osteosíntesis de diáfisis del fémur con clavo intramedular o placa	150
13472	Osteosíntesis de diáfisis del fémur con clavo intramedular bloqueado	150
13473	Osteosíntesis de cuello de fémur, o subcapital, o intertrocantérica o subtrocantérica, o condílea o supracondílea	160
13474	Aplicación de tutores externos en muslo	70
13475	Corrección de pseudoartrosis en fémur con osteosíntesis con o sin injerto	150
13476	Corrección de pseudoartrosis en rótula con osteosíntesis, con o sin injerto	120
13477	Colocación quirúrgica de tracción esquelética en muslo (transcondilea)	40

AMPUTACIONES-DESARTICULACIONES

13480	Amputación del muslo	90
13481	Desarticulación de la rodilla	90

5 -PIERNA- TOBILLO-PIE

INCISIONES EN HUESO

13500	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de tibia o peroné, por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales	85
13501	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de huesos tarso y metatarsianos por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales	45
13502	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de una falange por osteomielitis, tumor	35

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	benigno o lesiones paratumorales	
13503	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de dos o más falanges por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales	40
13504	Lavado y desbridamiento quirúrgico inicial de fractura expuesta de tibia y/o peroné o tarso	70
13505	Limpieza quirúrgica de herida infectada de metatarsianos y falanges, practicada bajo anestesia	40
13506	Limpieza quirúrgica de herida infectada de pierna, tobillo o pié practicada bajo anestesia.	50

EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRA OSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13510	Extracción de cuerpo extraño en tibia y peroné	50
13511	Extracción de cuerpo extraño en huesos de pie	40
13512	Extracción de material de osteosíntesis de tibia o peroné (clavo intramedular o placa)	70
13513	Extracción de cuerpo extraño en pierna (músculo, tendón, sinovial)	50
13514	Extracción de material de osteosíntesis de platillo o plafont tibial	60
13515	Extracción de material de osteosíntesis de cuello de pie de maléolo tibial	40
13516	Extracción de material de osteosíntesis de huesos de pie	40
13517	Extracción de material de osteosíntesis de cuello de pie de maléolo peronero	40

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES

13520	Osteotomía de tibia	70
13521	Osteotomía de peroné	50
13522	Osteotomía de hueso de pie (uno a dos huesos)	60
13523	Osteotomía de hueso de pie (tres o más huesos)	80
13524	Resección de cabeza de metatarsianos, uno o dos	40
13525	Resección de cabeza de matatarsianos, tres o más	60
13526	Resección del espolón calcáneo	50
13527	Resección de exostosis, una o más	50
13528	Remodelación del muñón de amputación de la pierna o del pie	70

AMPUTACIONES O DESARTICULACIONES

13530	Amputación o desarticulación de la pierna	130
13531	Amputación o desarticulación del pie	90
13532	Amputación o desarticulación de dedos del pie (uno o dos)	30
13533	Amputación o desarticulación de dedos del pie (tres o más)	50

OPERACIONES PLASTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13540	Epifisiodesis proximal o distal de tibia	70
13541	Epifisiodesis proximal o distal de peroné	50
13542	Resección parcial de la tibia (hemidiafisectomía)	85
13543	Resección parcial de peroné	50
13544	Resección total de la tibia o peroné por tumor maligno	100
13545	Resección radical del tarso por tumor maligno	100
13546	Astragalectomía	100

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13547	Injerto óseo en tibia o peroné	85
13548	Injerto óseo en hueso de pie	40

OTRAS OPERACIONES PLASTICAS

13550	Corrección de Hallux Valgus con buniectomía simple	60
13551	Corrección de Hallux Valgus con osteotomía proximal o distal metatarsiana	75
13552	Corrección de Hallux Valgus con osteotomía distal y proximal metatarsiana	85
13553	Corrección ortopédica inicial de las malformaciones congénitas del pie	100
13554	Corrección quirúrgica de malformación congénita de pie (equino varo, cavo, valgo, tallus o convexo) con liberación de partes blandas posteriores	120
13555	Corrección quirúrgica de malformación congénita de pie (equino varo, cavo, valgo, tallus o convexo) con liberación de partes blandas posteriores y mediales	160
13556	Corrección quirúrgica de malformación congénita de pie (equino varo, cavo, valgo, tallus o convexo) con corrección de partes óseas (osteotomías y artrotomías	180
13557	Alargamiento de la tibia, osteoplastia; un solo procedimiento	170
13558	Alargamiento progresivo de la tibia, osteotomía; incluye fijación externa	250
13559	Reimplante de la pierna	350
13560	Reimplante del pie	350
13561	Corrección quirúrgica de uno o dos artejos en garra (incluye artrodesis)	60
13562	Corrección quirúrgica de tres o más artejos en garra (incluye artrodesis)	80
13563	Corrección quirúrgica del quinto artejo en garra (Juanetillo)	50

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS Y LUXOFRACTURAS

13570	Tratamiento ortopédico de fractura de tibia y peroné	60
13571	Tratamiento ortopédico de fractura de peroné	30
13572	Tratamiento ortopédico de fractura de tarso y/o metatarsianos	30
13574	Tratamiento ortopédico de fractura de falanges del pie, una ó más	30
13575	Tratamiento ortopédico de luxofractura de cuello de pie	25
13576	Tratamiento ortopédico de luxación de cuello de pie	50
13577	Tratamiento ortopédico de luxaciones metatarso-falángicas o interfalángicas	30

REDUCCIONES ABIERTAS CON O SIN OSTEOSINTESIS Y DESARTICULACIONES

13580	Reducción abierta de fractura de tarso con osteosíntesis	85
13581	Osteosíntesis de tibia con clavo intramedular o placa	110
13582	Osteosíntesis de peroné con clavo intramedular o placa	80
13583	Osteosíntesis de fractura con clavo intramedular bloqueado en tibia	120
13584	Osteosíntesis de platillos tibiales o planfont tibial sin injerto	110
13585	Osteosíntesis de platillos tibiales o planfont tibial con injerto	130
13586	Reducción abierta de fractura de metatarso con osteosíntesis (uno a dos huesos)	60
13587	Reducción abierta de fractura de metatarso con osteosíntesis (tres o más huesos)	80
13588	Reducción abierta de luxofractura de huesos de tarso o tarso-metarsianos (incluye fijación)	90
13589	Osteosíntesis de fractura uni o bimaleolar	85
13590	Osteosíntesis de fractura trimaleolar o luxofractura	100
13591	Aplicación de tutores externos en pierna	70

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13592	Corrección en pseudoartrosis en tibia con osteosíntesis con o sin injerto	130
13593	Colocación quirúrgica de tracción esquelética de pierna (trans-tibial o pié (calcáneo)	40
13594	Reducción abierta de fractura de tarso y metatarso con osteosíntesis (uno o dos huesos).	70
13595	Reducción abierta de fractura de tarso y metatarso con osteosíntesis (tres o más huesos)	90
13596	Extracción de cuerpo extraño en pie (músculo, tendón o sinovial)	40

6 -COLUMNA VERTEBRAL Y TORAX

INCISIONES EN HUESO

13600	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de esternón o costillas, por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales	45
13601	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de columna vertebral, por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales por via anterior	140
13602	Drenaje, curetaje, secuestrectomía de columna vertebral, por osteomielitis, tumor benigno o lesiones paratumorales por via posterior	120

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRA-OSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13610	Extracción de cuerpo extraño de esternón o costillas	50
13611	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis de la columna vertebral, por vía anterior.	80
13612	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis de la columna vertebral, por vía posterior	70
13613	Extracción de cuerpo extraño de columna vertebral, por vía anterior	95
13614	Extracción de cuerpo extraño de columna vertebral, por vía posterior	80

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES

13620	Osteotomías de esternón o costilla	55
13621	Coccigectomía	100
13622	Resección de teratoma sacrocoxígeo	120

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS Y LUXOFRACTURAS

13650	Reducción cerrada e inmovilización de fractura de columna cervical (con Thomas, Philadelphia, etc)	30
13651	Tratamiento con yeso toraco-lumbar de la fractura de la columna torácica o lumbar	80
13652	Reducción cerrada de fractura de cóccix	20
13653	Reducción cerrada e inmovilización en haloyeso de fractura cervical	80

REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURAS SIN ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13660	Reducción abierta de fractura de una o más costillas	70
13661	Reducción abierta de fractura de columna cervical, dorsal o lumbar (incluye apófisis transversal, cuerpo vertebral y elementos posteriores de la columna)	200

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

FIJACIONES OSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS

13670	Artrodesis posterior de columna con instrumentación	275
13671	Artrodesis anterior de columna con instrumentación	300
13672	Artrodesis de columna con fijación transpedicular	350

7 -ARTICULACIONES

INCISIONES EN ARTICULACIONES

13700	Artrotomía en hombro	80
13701	Artrotomía en codo	80
13702	Artrotomía en muñeca	80
13703	Artrotomía en cadera	110
13704	Artrotomía en rodilla	80
13705	Artrotomía en cuello de pie	50
13706	Artrotomía en pie	35

EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRA ARTICULAR

13710	Extracción de cuerpo extraño intraarticular en hombro (incluye artrotomía)	90
13711	Extracción de cuerpo extraño intraarticular en codo (incluye artrotomía)	90
13712	Extracción de cuerpo extraño intraarticular en muñeca (incluye artrotomía)	85
13713	Extracción de cuerpo extraño intraarticular en cadera (incluye artrotomía)	120
13714	Extracción de cuerpo extraño intraarticular en rodilla (incluye artrotomía)	90
13715	Extracción de cuerpo extraño intraarticular en cuello de pie, o pie (incluye artrotomía)	70
13717	Extracción bursa de hombro	90

OPERACIONES EN COMPONENTES ARTICULARES

13720	Movilización articular bajo anestesia	30
13721	Menisectomía simple medial o lateral de rodilla	100
13722	Menisectomía medial y lateral de rodilla	120
13723	Sinovectomía de rodilla	100
13724	Corrección quirúrgica de rótula luxable	100
13725	Corrección quirúrgica primaria de lesión en ligamentos de rodilla	105
13726	Reconstrucción secundaria de ligamento cruzado anterior con autoinjerto o aloinjerto	150
13727	Reconstrucción secundaria de ligamento cruzado posterior con autoinjerto o alojamienjerto.	170
13729	Retináculo-plastía (para liberación de la rótula)	80

OPERACIONES PLASTICAS EN ARTICULACIONES

13730	Reemplazo protésico parcial de hombro	130
13731	Reemplazo protésico total de hombro	180
13732	Reemplazo protésico parcial de codo	115
13733	Reemplazo protésico total de codo	140
13734	Reemplazo protésico parcial de cadera (Thompson o bipolar)	140
13735	Reemplazo protésico total primario de cadera	200

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13736	Revisión de reemplazo parcial de cadera o rodilla	180
13737	Reemplazo protésico primario parcial de rodilla	145
13738	Reemplazo protésico total primario de rodilla	200
13739	Reemplazo protésico de cuello de pie	140
13740	Revisión de reemplazo total de cadera o rodilla	250
13741	Artroplastia por interposición o resección (hombro, codo o muñeca)	100
13742	Artroplastia por interposición o resección (cadera, rodilla o pie)	150

FIJACIONES ARTICULARES

13750	Artrodesis simple de columna	130
13751	Artrodesis de hombro	120
13752	Artrodesis de codo	100
13753	Artrodesis radiocubital distal	110
13754	Artrodesis de cadera o de la articulación sacroilíaca	180
13755	Artrodesis de rodilla	120
13756	Artrodesis de pie, cuello de pie ó triple artrodesis	100
13757	Panartrodesis de pie	130
13758	Artrodesis de dedos de pie (cada uno)	30
13759	Revisión de artrodesis de columna	200

REDUCCIONES CERRADAS DE LUXACIONES

13760	Reducción cerrada de luxación de hombro	40
13761	Reducción cerrada de luxación de codo	40
13763	Atención inicial, con aplicación de yeso, de la displasia de cadera (uni o bilateral)	40
13764	Reducción cerrada de luxación traumática de cadera	60
13765	Reducción cerrada de luxación traumática de rótula	30
13766	Reducción cerrada de luxación traumática de rodilla	40
13767	Atención inicial, con aplicación de arnés, almohadilla o férula, de la displasia de cadera, (uni o bilateral)	20
13768	Control o tratamientos ortopédicos subsecuentes de la displasia de cadera	30

REDUCCIONES ABIERTAS

13770	Tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavícular	70
13771	Tratamiento quirúrgico de la luxación glenohumeral; incluye antigua o recidivante	90
13772	Tratamiento quirúrgico de la luxación de codo; incluye antigua o recidivante	70
13773	Reducción de luxación congénita de cadera con tenotomía de aductores y psoas	100
13774	Reducción abierta de luxación congénita de cadera por vía interna con artrotomía y limpieza articular.	120
13775	Reducción abierta de luxación congénita de cadera por vía anterior	130
13776	Reducción abierta de luxación traumática de cadera	120
13777	Reducción abierta de luxación traumática de rótula	85
13778	Reducción abierta de luxación traumática de rodilla	100
13779	Reducción abierta de luxación de cuello de pie; incluye antigua o recidivante	80

8 -MUSCULOS, TENDONES, APONEUROSIS Y NERVIOS EN MIEMBROS SUPERIORES (EXCEPTO MANO) E INFERIORES

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

INCISIONES EN MUSCULO, TENDON O APONEUROSIS

13800	Tenotomía simple en cuello (tortícolis congénita)	50
13801	Tenotomía múltiple en cuello	60
13802	Tenotomías en hombro, brazo o antebrazo	40
13803	Tenotomías abiertas unilaterales de cadera	40
13804	Tenotomías, más tracción esquelética en la reducción quirúrgica de la luxación congénita de cadera.	80
13805	Tenotomías de isquiotibiales, única o múltiple	50
13806	Tenotomías en pie, (una o dos)	40
13807	Tenotomías en pie, (tres o más)	60
13808	Tenotomía en pierna	50
13809	Fasciotomía descompresiva de la arteria braquial	65
13810	Fasciotomía en antebrazo, incluye liberación en codo y puño	70
13811	Fasciotomía en muslo, por una o más incisiones	55
13812	Fasciotomía en pierna, por una o más incisiones	50
13813	Fasciotomía en pie, una o más incisiones	35
13814	Extracción de cuerpo extraño superficial en tejidos blandos excepto mano	20
13815	Extracción de cuerpo extraño profundo en tejidos blandos excepto mano	35
13816	Reparación del manguito rotador del hombro	105

RESECCION DE LESIONES

13820	Resección de ganglión excepto mano	60
13821	Resección de calcificaciones heterotópicas	80
13822	Resección de tumor benigno de fascia, músculo, tendón o sinovial	40
13823	Resección de tumor maligno de fascia, músculo , tendón o sinovial	80
13824	Bursectomía	35
13825	Resección de higroma de rodilla, codo u hombro	50
13826	Resección de quiste poplíteo (Baker)	70
13827	Tenosinovectomía (tipo enfermedad de Quervain)	50
13828	Tratamiento de la tenosinovitis infecciosa; excepto mano	50

OPERACIONES PLASTICAS

13830	Sutura de fascia y/o músculo y/o tendón	60
13831	Tenorrafia de flexores de antebrazo, con neurorrafia (un tendón)	130
13832	Tenorrafia de flexores de antebrazo, con neurorrafia (dos o más tendones)	200
13833	Transferencias miotendinosas de hombro	180
13834	Transferencias miotendinosas de codo	130
13835	Transferencias miotendinosas de antebrazo y muñeca	100
13836	Transferencias miotendinosas de cadera y pelvis	130
13837	Transferencias miotendinosas de muslo y rodilla	105
13838	Transferencias miotendinosas de pierna y pie	100
13839	Cuadriceplastia	100
13840	Alargamiento del tendón de Aquiles	70
13841	Reparación quirúrgica post-traumática del tendón de Aquiles; Incluye fijación	80
13842	Reparación quirúrgica post-traumática del tendón del cuádriceps; incluye fijación	80
13843	Reparación quirúrgica post-traumática del tendón rotuliano ; Incluye inmovilización	80

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13844	Tenolisis	90
13845	Tenodesis	55

DESCOMPRESIONES Y TRANSPOSICIONES DE NERVIO

13850	Descompresión de nervio del brazo	90
13851	Descompresión de nervio de antebrazo.	90
13852	Descompresión de nervio en muslo o pierna; incluye Tratamiento quirúrgico del nervio femorocutáneo	80
13853	Descompresión de nervio de pie; incluye túnel tarsiano	80
13854	Transposición de nervio en miembro superior	60
13855	Descompresión quirúrgica integral en el túnel carpiano ; incluye neurolisis	85
13856	Descompresión quirúrgica integral en el túnel carpiano ; incluye neurolisis y/o tenolisis, con o sin sinovectomía	100

EXTIRPACION DE TUMORES EN NERVIO

13860	Resección de tumor en nervio de brazo	105
13861	Resección de tumor en nervio de antebrazo	105
13862	Resección de tumor en nervio de muslo o pierna	105
13863	Resección de tumor en nervio de pie	105
13864	Resección de neuroma de muñón de amputación o herida	40
13865	Resección de neuroma de Morton en pie	40

SUTURAS DE NERVIOS EN MIEMBROS SUPERIORES

13870	Neurorrafia, un nervio en brazo	110
13871	Neurorrafia, dos nervios en brazo	140
13872	Neurorrafia, un nervio en antebrazo	100
13873	Neurorrafia, dos nervios en antebrazo	120
13874	Neurorrafia, de un nervio en brazo con injerto	135
13875	Neurorrafia, de dos nervios en brazo con injerto	175
13876	Neurorrafia, de un nervio en antebrazo con injerto	120
13877	Neurorrafia, de dos nervios en antebrazo con injerto	200

SUTURA DE NERVIOS EN MIEMBROS INFERIORES

13880	Neurorrafia de nervio en muslo o pierna	140
13881	Neurorrafia de nervio en muslo o pierna con injerto	200
13882	Neurorrafia de nervio en pie	85
13883	Neurorrafia de ciático mayor a nivel de cadera; incluye injerto	200

NEUROLISIS

13890	Neurolisis en brazo	80
13891	Neurolisis en antebrazo	80
13892	Neurolisis en muslo o pierna	85
13893	Neurolisis en pie	70

9 -INTERVENCIONES DIVERSAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

13900	Transporte óseo en huesos largos (incluye colocación de tutor externo)	200

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

13901	Toma de injerto de hueso ilíaco	50
13902	Toma de injerto de peroné (excepto para aplicar en la tibia homolateral)	50
13903	Toma de injerto de nervio sural	40
13904	Aplicación de aloinjerto estructural para corrección de defectos segmentarios en grandes huesos (húmero, cadera, fémur o tibia).	150
13905	Toma de injerto tendinoso, fuera de la región operatoria	40
13906	Resección quirúrgica de uña encarnada	40
13907	Avulsión de uñas en pie por trauma, cualquier número	30
13908	Cirugía reconstructiva múltiple de miembro inferior; comprende: osteotomías y/u osteosíntesis en fémur, tibia y peroné; transferencias músculotendinosas; tenotomías y/o alargamientos tendinosos en muslo, pierna y pié; triple artrodesis en pie	600

PARAGRAFO. Las Unidades de Valor Relativo correspondientes a las intervenciones de "Reimplante", incluye los servicios profesionales de los especialistas en Clínicas Quirúrgicas que participan en su práctica, cualquiera sea su número y la especialidad.

ARTICULO 14. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía de Mano (14)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -HUESOS INCISION

EN HUESO

14100	Drenaje, curetaje o secuestrectomía en huesos del carpo	40
14101	Drenaje, curetaje o secuestrectomía en metacarpianos (uno a dos)	40
14102	Drenaje, curetaje o secuestrectomía en metacarpianos (tres o más	60
14103	Drenaje, curetaje o secuestrectomía en falanges (una a dos)	35
14104	Drenaje, curetaje o secuestrectomía en falanges (tres o mas)	55
14105	Lavado y desbridamiento quirúrgico inicial de fracturas expuestas en mano (no incluye falange distal	70

EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO Y RESECCION DE TUMORES

14110	Extracción de cuerpo extraño en región tenar o túnel carpiano	90
14111	Extracción de cuerpo extraño en resto de mano (excepto dedos)	70
14112	Extracción de cuerpo extraño en dedos	60
14113	Resección de tumor óseo benigno en mano sin injerto	60
14115	Resección de tumor óseo maligno en mano	110

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES

14120	Osteotomía en metacarpiano y fijación con clavos	80
14121	Osteotomía en metacarpiano con placa y tornillos o fijación externa	90
14122	Osteotomía en falanges y fijación con clavos	80
14123	Osteotomía en falanges con placa y tornillos o fijación externa	90
14124	Resección parcial de metacarpianos (uno a dos)	60
14125	Resección parcial de metacarpianos (tres o más)	70
14126	Resección parcial de falanges (una a dos)	40
14127	Resección parcial de falanges (tres o más)	60

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

OTRAS RESECCIONES OSEAS

14130	Carpectomía (uno a dos) huesos	65
14131	Carpectomía (tres o más) huesos	100
14132	Resección de cabeza de metacarpianos (uno a dos)	75
14133	Resección de cabeza de metacarpianos (tres o más)	100
14134	Resección de cabeza de falanges (una a dos)	75
14135	Resección de cabeza de falanges (tres o más)	100

INJERTOS OSEOS

14140	Injerto óseo en huesos del carpo (excepto escafoides)	55
14141	Injerto óseo en escafoides	90
14142	Injerto óseo en metacarpianos (uno a dos)	70
14143	Injerto óseo en metacarpianos (tres o más)	100
14144	Injerto óseo en falanges (una a dos)	65
14145	Injerto óseo en falanges (tres o más)	80

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

14150	Reducción cerrada de fractura de huesos del carpo	40
14151	Reducción cerrada de fractura de metacarpianos	40
14152	Reducción cerrada de fractura de falanges de mano	40
14153	Reducción cerrada de luxofractura de Bennet	60
14154	Reducción cerrada de luxación carpiana	55
14155	Reducción cerrada de luxación carpometacarpiana	55
14156	Reducción cerrada de luxación metacarpofalángica (una a dos)	60
14157	Reducción cerrada de luxación metacarpofalángica (tres o más)	80
14158	Reducción cerrada de luxación interfalángica (una a dos)	60
14159	Reducción cerrada de luxación interfalángica (tres o más)	70

REDUCCIONES DE FRACTURA O LUXOFRACTURA CON PINES PERCUTANEOS

14160	Reducción con pines de fractura de huesos del carpo	80
14161	Reducción con pines de fractura de metacarpianos	80
14162	Reducción con pines de fractura de falanges de mano	90
14163	Reducción con pines de luxofractura de Bennet	80
14164	Reducción con pines de luxación carpiana	80
14165	Reducción con pines de luxación carpometacarpiana	85
14166	Reducción con pines de luxación metacarpofalángica (una a dos)	90
14167	Reducción con pines de luxación metacarpofalángica (tres o más)	100
14168	Reducción con pines de luxación interfalángica (una a dos)	90
14169	Reducción con pines de luxación interfalángica (tres o más)	100

REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURAS

14170	Osteosíntesis y fijación con clavos de fracturas de huesos de carpo	85
14171	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa de fractura de huesos del carpo	95
14172	Osteosíntesis y fijación con clavos de fractura de metacarpianos o falanges (una a dos)	80

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

14173	Osteosíntesis y fijación con clavos de fractura de metacarpianos o falanges (tres o más)	100
14174	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa de fractura de metacarpianos o falanges (una o dos)	90
14175	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa de fractura de metacarpianos o flanges (tres o mas)	100
14176	Osteosíntesis y fijación con clavos de fractura intra-articular de mano (una a dos)	80
14177	Osteosíntesis y fijación con clavos de fractura intra-articular de mano (tres o más)	100
14178	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa fractura intra-articular de mano (una a dos)	100
14179	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa fractura intra-articular de mano (tres o mas)	110

REDUCCIONES ABIERTAS DE LUXACIONES O LUXOFRACTURAS

14180	Osteosíntesis y fijación con clavos de fractura o luxofractura de Bennet	85
14181	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa de fractura luxofractura de Bennet	95
14182	Osteosíntesis y fijación con clavos de luxación carpiana	100
14183	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa de luxación carpiana	110
14184	Osteosíntesis y fijación con clavos de luxación carpometacarpiana	100
14185	Osteosíntesis con placas y tornillos o fijación externa de luxación carpo-metacarpiana.	120
14186	Osteosíntesis y fijación con clavos de luxación metacarpofalángica o interfalángica (una a dos)	110
14187	Osteosíntesis con placas y tornillos o fijación externa de luxación metacarpofalángica o interfalángica (una a dos)	110
14188	Osteosíntesis y fijación con clavos de luxación metacarpofalángica o intefalángica (tres o mas)	120
14189	Osteosíntesis con placa y tornillos o fijación externa de luxación metacarpofalángica o interfalángica (tres o mas)	130
14190	Alargamiento óseo progresivo en hueso de mano	150

AMPUTACIONES-DESARTICULACIONES

14191	Amputación o desarticulación de dedos de mano (uno a dos)	50
14192	Amputación o desarticulación de dedos de mano (tres o más)	60
14193	Amputación o desarticulación de la mano	90
14194	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación de dedos de mano (uno a dos)	50
14195	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación de dedos de mano (tres o más)	60
14196	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación de mano	60

2 -MUSCULOS Y TENDONES
OPERACIONES SOBRE LOS MUSCULOS

14200	Miorrafia de extensores de mano,(uno a dos)	60
14201	Miorrafia en extensores de mano, (tres o más)	80
14202	Miorrafia en flexores de mano (uno a dos)	80
14203	Miorrafia en flexores de mano (tres o más)	90

14204	Extirpación de tumor benigno en músculo de mano	40
14205	Extirpación de tumor maligno en músculo de mano	60
14206	Miotomía en mano	40

TENORRAFIAS

14210	Tenorrafia de flexores de mano (uno a cuatro) sin neurorrafia	90
14211	Tenorrafia de flexores de mano (cinco o más) sin neurorrafia.	120
14212	Tenorrafia de flexores de mano (uno a cuatro) con neurorrafia	200
14213	Tenorrafia de flexores de mano (cinco o más) con neurorrafia	250
14214	Tenorrafia de flexores de mano (uno a cuatro) con cirugía microvascular	300
14215	Tenorrafia de flexores de mano (cinco o más) con cirugía microvascular	350
14216	Tenorrafia de extensores de mano (uno a dos)	70
14217	Tenorrafia de extensores de mano (tres o más)	90
14218	Tenorrafia de extensores de dedos (cada uno)	60
14219	Tenorrafia de flexores de dedos (cada uno) sin neurorrafia	100
14220	Tenorrafia de flexores de dedos (cada uno) con neurorrafia	150
14221	Tenorrafia de flexores de dedos (cada uno) con neurorrafia y cirugía microvascular	200

ALARGAMIENTO, RESECCIONES, REINSERCIONES Y TRANSFERENCIAS

14230	Tenodesis en mano (uno a dos)	50
14231	Tenodesis en mano (tres o más)	70
14232	Alargamiento de tendón en mano (uno a dos)	55
14233	Alargamiento de tendón en mano (tres o más)	75
14234	Reinserción de tendón en mano (uno a dos)	100
14235	Reinserción de tendón en mano (tres o más)	120
14236	Trasferencia de tendón en mano o muñeca (uno a dos)	120
14237	Trasferencia de tendón en mano o muñeca (tres o más)	130

INJERTOS TENDINOSOS

14240	Injerto de tendón extensor de mano o dedos (uno a dos)	90
14241	Injerto de tendón extensor de mano o dedos (tres o más)	100
14242	Injerto de tendón flexor de mano o dedos (uno a dos)	100
14243	Injerto de tendón flexor de mano o dedos (tres o más)	120
14246	Injerto de tendón flexor de un dedo con reconstrucción de poleas	200
14247	Injerto de tendón flexor de dos o más dedos con reconstrucción de poleas	250
14248	Injerto tendinoso con implante en un dedo, cada tiempo	150
14249	Injerto tendinoso con implante en dos dedos, cada tiempo	200

TENOLISIS

14250	Tenolisis en extensores de mano (uno a dos)	55
14251	Tenolisis en extensores de mano (tres o más)	70
14252	Tenolisis en flexores de mano (uno a dos)	55
14253	Tenolisis en flexores de mano (tres o más)	90
14254	Tenolisis en flexores de dedos (uno a dos)	80
14255	Tenolisis en flexores de dedos (tres o más)	100
14256	Tenolisis en extensores de dedo (uno a dos)	55

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

14257	Tenolisis en extensores de dedo (tres o más)	70

OTRAS OPERACIONES TENDINOSAS

14260	Corrección quirúrgica de dedo en botonera	100
14261	Corrección quirúrgica de dedo en cuello de cisne	100
14262	Corrección quirúrgica de dedo en martillo	70
14263	Corrección quirúrgica de dedo en gatillo (dedo de resorte)	60

INTERVENCIONES VASCULARES PERIFERICAS

14270	Reconstrucción de vasos periféricos menores de 3 mm.	150
14271	Simpatectomía digital, cada dedo	60

3 -ARTICULACIONES, SINOVIALES Y APONEUROSIS

14300	Artrotomía en mano	40
14301	Capsulotomía metacarpofalángica (una a dos)	55
14302	Capsulotomía metacarpofalángica (tres o más)	70
14303	Capsulotomía interfalángica (una a dos)	40
14304	Capsulotomía interfalángica (tres o más)	70
14305	Resección de ganglión dorsal de muñeca	60
14306	Resección de ganglión palmar de muñeca	70
14307	Resección de ganglión en dedos de mano	50
14308	Tratamiento de la tenosinovitis infecciosa	95
14309	Extracción de cuerpo extraño en articulación de mano	60

ARTRODESIS

14310	Artrodesis radiocarpiana sin injerto óseo	110
14311	Artrodesis radiocarpiana con injerto óseo	120
14312	Artrodesis trapecio-metacarpiano	80
14313	Artrodesis metacarpo-falángica	80
14314	Artrodesis interfalángica	60
14315	Artrodesis interfalángica con injerto óseo	90
14316	Artrodesis carpo-metacarpiana	70
14317	Artrodesis intercarpiana	80
14318	Artrodesis intercarpiana con injerto óseo	90
14319	Artrodesis radiocubital distal	90

ARTROPLASTIAS

14320	Reemplazo protésico total de muñeca	125
14321	Artroplastia resección trapecio-metacarpiana	100
14322	Reemplazo protésico de la articulación trapecio-metacarpiana	100
14323	Artroplastia metacarpo-falángica (una a dos)	100
14324	Artroplastia metacarpo-falángicas (tres o más)	120
14325	Artroplastia interfalángicas (una a dos)	100
14326	Artroplastia interfalángicas (tres o más)	120
14327	Reemplazo protésico en huesos del carpo	100
14328	Revisión de remplazo total de muñeca	150

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

SUTURAS Y REINSERCIONES

14330	Capsulorrafia articular (una a dos)	85
14331	Capsulorrafia articular (tres o más)	100
14332	Ligamentorrafia o reinserción de ligamentos (uno a dos)	100
14333	Ligamentorrafia o reinserción de ligamentos (tres o más)	110
14334	Reconstrucción de ligamentos en mano (procedimiento independiente)	100
14335	Capsulodesis	70

RESECCIONES EN SINOVIALES

14340	Tenosinovectomía en extensores de mano (uno a dos)	60
14341	Tenosinovectomía en extensores de mano (tres o más)	80
14342	Tenosinovectomía en flexores de mano (uno a dos)	70
14343	Tenosinovectomía en flexores de mano (tres o más)	90
14344	Tenosinovectomía en dedos (uno a dos)	80
14345	Tenosinovectomía en dedos (tres o más)	100
14346	Sinovectomía en carpo	50
14347	Sinovectomía metacarpofalángica (una a dos)	60
14348	Sinovectomía metacarpofalángica (tres o más)	70
14349	Sinovectomía interfalángica (una a dos)	50
14350	Sinovectomía interfalángica (tres o más)	70

INCISIONES Y RESECCIONES EN APONEUROSIS

14361	Fasciotomía en mano	55
14362	Extirpación de aponeurosis en mano (Enf. de Dupuytren)	120
14363	Extirpación de aponeurosis en dedos (cada dedo)	80

4 - NERVIOS

DESCOMPRESIONES

14400	Descompresión de nervio en mano	80
14401	Descompresión de nervio en dedos (uno a dos)	75
14402	Descompresión de nervio en dedos (tres o más)	90

EXTRACCION DE LESION

14410	Resección de tumor de nervio en mano o dedos	90

SUTURAS EN NERVIOS

14420	Neurorrafia un nervio en mano	80
14421	Neurorrafia dos nervios en mano	100
14422	Neurorrafia de colaterales en un dedo	70
14423	Neurorrafia de colaterales en dos dedos	80
14424	Neurorrafia de colaterales en tres o más dedos	90
14425	Neurorrafia de un nervio en mano, con injerto	100

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

14426	Neurorrafia de dos nervios en mano, con injerto	120
14427	Neurorrafia de colaterales en un dedo con injerto	90
14428	Neurorrafia de colaterales en dos dedos con injerto	100
14429	Neurorrafia de colaterales en tres o más dedos con injerto	110

NEUROLISIS

14430	Neurolisis externa en nervio de mano	70
14431	Neurolisis interna en nervio de mano	80
14432	Neurolisis en dedos (uno a dos)	70
14433	Neurolisis en dedos (tres o más)	90
14434	Neurolisis intraneural por microcirugía	100

INTERVENCIONES EN PLEXO BRAQUIAL

14440	Exploración supra e infraclavicular del plexo braquial	225
14442	Neurorrafia de tronco de plexo braquial (uno o más troncos)	300
14443	Neurolisis de un tronco en plexo braquial	130
14444	Neurolisis de dos o más troncos en plexo braquial	210
14445	Neurotización de nervio en plexo braquial	130
14446	Neurotización de dos o más nervios en plexo braquial	300
14448	Neurorrafia más injerto de troncos, cualquier número en plexo braquial	350
14449	Injerto nervioso microvascular	250

5 -PIEL

CORRECCIONES QUIRURGICAS DE CICATRIZ

14500	Corrección quirúrgica de cicatriz en mano, con sutura primaria hasta 2 centímetros	25
14501	Corrección quirúrgica de cicatriz en mano, con sutura primaria de 3 a 5 cms	35
14502	Corrección quirúrgica de cicatriz en mano, con sutura primaria de más de 5 cms	40
14503	Corrección quirúrgica de cicatriz hipertrófica o queloide en mano	50
14504	Corrección quirúrgica de cicatriz en mano, con colgajo a distancia	100
14505	Plastia en z, en mano o dedos (uno a dos)	70
14506	Plastia en z, mano o dedos (tres o más)	90

CORRECCIONES QUIRURGICAS DE LESIONES CONGENITAS

14510	Corrección de sindactilia simple (un espacio)	85
14511	Corrección de sindactilia simple (dos espacios)	90
14512	Corrección de sindactilia compleja (un espacio)	110
14513	Corrección de sindactilia compleja (dos espacios)	120
14515	Corrección de bandas constrictivas (Streeter)	70
14516	Corrección de deformidad de Madelung	120
14517	Corrección simple de camptodactilia (uno a dos dedos)	70
14518	Corrección simple de camptodactilia (tres o más dedos)	90
14519	Corrección de camptodactilia con osteotomía (uno a dos dedos)	90
14520	Corrección de camptodactilia con osteotomía (tres o más dedos)	100
14521	Corrección quirúrgica de clinodactilia (uno a dos dedos)	60
14522	Corrección quirúrgica de clinodactilia (tres o más dedos)	80
14523	Corrección de polidactilia con excisión simple	50

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

14524	Corrección de polidactilia con reconstrucción	70
14525	Tratamiento quirúrgico de la macrodactilia	75
14526	Tratamiento quirúrgico de mano zamba radial o deficiencias cubitales	125
14527	Tratamiento quirúrgico de la sinostosis radiocubital	100
14528	Tratamiento quirúrgico de la mano hendida (en espejo o langosta)	100
14529	Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de la cabeza radial	80

6 -REIMPLANTES

14600	Reimplante de mano a nivel de la muñeca	350
14601	Reimplante de mano a nivel del metacarpo	400
14602	Reimplante de un dedo en mano (procedimiento integral)	200
14603	Reimplante de dos dedos en mano (procedimiento integral)	300
14604	Reimplante de tres dedos en mano (procedimiento integral)	400
14605	Reimplante de cuatro dedos en mano (procedimiento integral)	600
14606	Trasplante de dedo de pie a mano; incluye resección en el pie	350
14607	Pulgarización de dedo	200
14608	Transposición de dedo	120

ARTICULO 15. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía Plástica (15), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 -AREA GENERAL

INCISIONES Y EXTIRPACIONES EN PIEL Y/0 TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

15100	Drenaje de partes blandas; incluye absceso profundo, flegmón	30
15101	Desbridamiento por lesión superficial, hasta un 10% en área general	30
15102	Desbridamiento por lesión superficial, entre un 11% y un 30% en área general	50
15103	Desbridamiento por lesión superficial entre un 31% y un 50% en área general	60
15104	Desbridamiento por lesión superficial, en mas del 50% en área general	70
15105	Desbridamiento por lesión de tejidos profundos hasta un 5% en área general	50
15106	Desbridamiento por lesión de tejidos profundos entre un 6% y un 15% en área general	60
15107	Desbridamiento por lesión de tejidos profundos entre un 16% y un 25% en área general.	70
15108	Desbridamiento por lesión de tejidos profundos de 26% en adelante en área general	80
15109	Extracción de cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo	25

1. RESECCION DE TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO (EXCEPTO VERRUGAS Y LUNARES)

AREA GENERAL

15110	Resección simple de tumor benigno o maligno, hasta de 4 centímetros en piel o tejido celular subcutáneo	50
15111	Resección simple de tumor benigno o maligno, entre 5 y 10 centímetros en piel o tejido celular subcutáneo	60
15112	Resección simple de tumor benigno o maligno, de más de 10 centímetros en piel o tejido celular subcutáneo	80
15113	Resección de tumor benigno o maligno, hasta de 4 centímetros con reparación	80

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	con injerto o colgajos de vecindad en piel o tejido celular subcutáneo	
15114	Resección de tumor benigno o maligno, entre 5 y 10 centímetros con reparación con injerto o colgajos de vecindad en piel o tejido celular subcutáneo	90
15115	Resección de tumor benigno o maligno, de más de 10 centímetros con reparación con injerto o colgajos de vecindad en piel o tejido celular subcutáneo	120
15116	Resección de tumor benigno o maligno, con reparación con colgajo a distancia en piel o tejido celular subcutáneo	200
15117	Resección de tumor benigno o maligno, con reparación de colgajo libre (microvascular en piel o tejido celular subcutáneo)	250
15118	Fistulectomía de piel o tejido celular subcutáneo	60

SUTURAS DE PIEL Y TRATAMIENTO DE GLANDULA SUDORIPARA

15120	Sutura o reparación de herida hasta de 5 centímetros, excepto cara	20
15121	Sutura o reparación de herida entre 6 y 10 centímetros, excepto cara	30
15122	Sutura o reparación de herida entre 11 y 20 centímetros, excepto cara	50
15123	Sutura o reparación de herida de más de 20 centímetros, excepto cara	70
15124	Tratamiento de hiperhidrosis axilar simple con resección ganglionar	70
15125	Tratamiento de hiperhidrosis axilar, con resección total del área	90
15126	Tratamiento de hidradenitis	100

INJERTOS EN AREA GENERAL

15130	Injerto de piel en área general hasta un 5% de superficie corporal	70
15131	Injerto de piel en área general entre 6% y 15% de superficie corporal	110
15132	Injerto de piel en área general entre 16% y 25% de superficie corporal	130
15133	Injerto de piel en área general de más de 25% de superficie corporal	165
15134	Lipoinjerto (injerto dermograso)	65

COLGAJOS

15140	Colgajo de piel regional (uno solo)	80
15141	Colgajo de piel regional (más de uno)	100
15142	Colgajo pediculado	100
15143	Colgajo muscular, miocutáneo y fasciocutáneo	130
15144	Colgajo microvascular	200

TRATAMIENTO EN QUEMADURAS
(Incluye quemaduras por fricción)

15150	Desbridamiento inicial de quemaduras en área general hasta un 5% de superficie corporal	25
15151	Desbridamiento inicial de quemaduras en área general entre un 6% y un 15 % de superficie corporal	50
15152	Desbridamiento inicial de quemaduras en área general entre un 16% y un 25% de superficie corporal.	70
15153	Desbridamiento inicial de quemaduras en área general de más de un 25% de superficie corporal.	80
15154	Curación e inmovilización posterior en quemaduras que necesiten de anestesia general.	60
15155	Curación e inmovilización posterior en quemaduras que no necesiten de	40

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	anestesia general.	
15156	Escarotomía en tronco o una extremidad	40
15157	Escarotomía en dos o más extremidades	70
15158	Escarectomía en área hasta 10% de superficie corporal	100
15159	Escarectomía en área entre 11% y 20% de superficie corporal	130

CORRECCION QUIRURGICA DE CICATRIZ O SECUELA DE QUEMADURA

15160	Corrección quirúrgica de cicatriz plana hasta de 10 centímetros	50
15161	Corrección quirúrgica de cicatriz plana entre 11 y 20 centímetros	60
15162	Corrección quirúrgica de cicatriz plana de más de 20 centímetros	80
15163	Corrección quirúrgica de cicatriz hipertrófica o queloide hasta de 5 centímetros de diámetro mayor.	40
15164	Corrección quirúrgica de cicatriz hipertrófica o queloide entre 6 y 10 centímetros de diámetro mayor	50
15165	Corrección quirúrgica de cicatriz hipertrófica o queloide de más de 10 centímetros de diámetro mayor	70
15166	Plastia en z (una o dos) en área general	80
15167	Plastia en z (tres o cinco) en área general	100
15168	Plastia en z (más de cinco) en área general	110

OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS

15170	Dermolipectomía abdominal (no estética)	150
15171	Dermolipectomía en otras áreas (no estética)	100
15172	Expansores tisulares	120
15173	Tratamiento quirúrgico del linfedema	100
15174	Dermoabrasión área general	40
15175	Tatuaje en área general	40
15176	Abrasión química en área general	40
15177	Retiro de expansores tisulares-	50

2 - AREA ESPECIAL

INCISIONES Y EXTIRPACIONES DE LESIONES EN PIEL Y FANERAS (INCLUYE VERRUGAS Y LUNARES)

15201	Resección transcutánea de cuerpo extraño en tejidos blandos de cara	50
15202	Resección simple de tumor (benigno o maligno) hasta de 3 centímetros en piel o tejido celular subcutáneo de cara	70
15203	Resección simple de tumor (benigno o maligno) entre 4 y 10 centímetros en piel o tejido celular subcutáneo de cara.	80
15204	Resección simple de tumor (benigno o maligno) de más de 10 centímetros en piel o tejido celular subcutáneo de cara.	90
15205	Resección de tumor (benigno o maligno) hasta de 4 centímetros con reparación con injerto o colgajos de vecindad en piel o tejido celular subcutáneo de cara	100
15206	Resección de tumor (benigno o maligno) entre 5 y 10 centímetros con reparación con injerto o colgajos de vecindad en piel o tejido celular subcutáneo de cara	120
15207	Resección de tumor (benigno o maligno) de más de 10 centímetros con	

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	reparación con injerto o colgajos de vecindad en piel o tejido celular subcutáneo de cara	140
15208	Resección de tumor (benigno o maligno) con reparación con colgajo a distancia en piel o tejido celular subcutáneo de cara	180
15209	Resección de tumor (benigno o maligno) con reparación con colgajo libre (microvascular) en piel o tejido celular subcutáneo de cara.	200

SUTURAS DE PIEL Y MUCOSA EN CARA O CUERO CABELLUDO

15210	Sutura o reparación de herida hasta de 2 centímetros en cara; incluye labios	50
15211	Sutura o reparación de herida de 3 a 4 centímetros en cara; incluye labios	70
15212	Sutura o reparación de herida de 5 a 10 centímetros en cara; incluye labios	90
15213	Sutura o reparación de herida de más de 10 centímetros en cara; incluye labios	120
15214	Sutura en avulsión parcial de cuero cabelludo (escalpe)	80
15215	Sutura en avulsión total de cuero cabelludo (escalpe)	100
15216	Sutura en avulsión en pabellón auricular, nariz, labios, párpados o genitales	140

OPERACIONES PLASTICAS POR LESIONES CONGENITAS

15220	Corrección de macro o microstoma	120
15221	Corrección de labio hendido unilateral	80
15222	Corrección de labio hendido bilateral	100
15223	Corrección de malformación congénita de paladar, unilateral	150
15224	Corrección de malformación congénita de paladar, bilateral	200
15225	Corrección de malformación congénita de paladar, uni o bilateral con colgajo vomeriano.	220
15226	Corrección de incompetencia velo-faringea	130
15227	Queiloplastia en corrección de secuelas de labio hendido, uni o bilateral	90
15228	Corrección de secuela de nariz fisurada	130
15229	Reparación de coloboma; incluye naso-oculares, oro-oculares	100
15230	Resección de frenos congénitos labiales	60
15231	Retroposición quirúrgica de la premaxila	100
15232	Resección de fosetas labiales	80
15233	Reconstrucción por agenesia de la oreja con injerto de cartílago costal (primer tiempo)	160
15234	Reconstrucción por agenesia de la oreja; transposición del lóbulo en microtia (segundo tiempo).	80
15235	Reconstrucción por agenesia de la oreja; reconstrucción del trago y surco retroauricular (tercer tiempo).	120

INJERTOS

15240	Injerto de piel en cara, cuello, genitales, planta de pie, pliegues de flexión o mano	100
15241	Injerto de piel en dedos; cada dedo	50
15242	Injerto condrocutáneo	80
15243	Injerto en región pilosa; incluye barba y ceja	80
15244	Injerto quirúrgico para alopecia post-secuelas de trauma	90
15245	Injerto óseo en cara	120
15246	Lipoinjerto en cara	70

COLGAJOS

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

15250	Colgajo único de cuero cabelludo	60
15251	Colgajo de cuero cabelludo, dos o más	90
15252	Colgajo de piel a distancia	170
15253	Colgajo de vecindad (musculares, fasciocutáneos, músculo-cutáneos, osteomúsculocutáneos)	150
15254	Diferimiento de colgajo (Delay)	70
15255	Colgajo libre microvascular	250
15256	Colgajos en isla	150

OTRAS OPERACIONES PLASTICAS

15260	Reparación de oreja;	100
15261	Reinserción de oreja sin técnica microvascular	120
15262	Reinserción de oreja con técnica microvascular	200
15263	Reparación de nariz; incluye corrección de aplanamiento de fosas nasales, en silla de montar, implante de nariz y rinoplastia secundaria	160
15264	Reinserción y reconstrucción de nariz	200
15265	Rinoplastia no estética; incluye tratamiento del rinofima	120
15266	Mamoplastia de reducción	140
15267	Reconstrucción de seno con colgajo	220
15268	Reconstrucción de seno con prótesis	120
15269	Reconstrucción de areola, pezón, pezón invertido, unilateral	80
15270	Remoción de implante mamario, unilateral	45
15272	Onicectomía, una uña (por infección)	45
15273	Onicectomía, dos o más uñas (por infección)	60
15274	Drenaje de hematoma subungueal	30
15275	Sutura de matriz ungueal	40
15276	Injerto de matriz ungueal (incluye toma de injerto)	50
15277	Plastia de matriz ungueal con injerto compuesto (incluye toma de injerto)	80
15278	Tratamiento quirúrgico del entropión o ectropión por secuela de quemadura	110
15279	Blefaroplastia por secuela de quemadura	120

3 -TRATAMIENTO DE QUEMADURAS

15301	Tratamiento quirúrgico de quemaduras en cara	120
15302	Tratamiento quirúrgico de quemaduras en cuello	120
15303	Tratamiento quirúrgico de quemaduras en genitales	120
15304	Tratamiento quirúrgico de quemaduras en mano (no incluye dedos)	60
15305	Tratamiento quirúrgico de quemaduras en pie	60
15306	Tratamiento quirúrgico de quemaduras en zonas de flexión; axila, codo, muñeca, dorso de pie, hueco poplìteo y región inguinal.	90
15307	Tratamiento quirúrgico de quemaduras, uno a dos dedos	60
15308	Tratamiento quirúrgico de quemaduras, en tres o más dedos	80

CORRECCIONES DE CICATRIZ O SECUELA DE QUEMADURAS EN AREA ESPECIAL

15310	Corrección quirúrgica de cicatriz o secuela de quemadura hasta 2 centímetros en cara	60
15311	Corrección quirúrgica de cicatriz o secuela de quemadura de 3 a 4 centímetros en cara	75
15312	Corrección quirúrgica de cicatriz o secuela de quemadura de 5 a 10 centímetros	90

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	en cara.	
15313	Corrección quirúrgica de cicatriz o secuela de quemadura de mas de 10 centímetros en cara.	110
15314	Corrección quirúrgica de cicatriz o secuela de quemadura en cuello	90
15315	Corrección quirúrgica más injertos y/o colgajos para el tratamiento de bridas retráctiles en área de flexión de cuello, unilateral.	150
15316	Corrección quirúrgica más injertos y/o colgajos para el tratamiento de bridas retráctiles en áreas de flexión de codos, hueco poplíteo o genitales, cada tiempo	120
15317	Plastia en z (una a dos) en cara, genitales, zonas de flexión de axila, cuello, codo, muñeca, dorso de pie, hueco poplíteo, región inguinal.	100
15318	Plastia en z (tres a cinco) en cara, genitales, zonas de flexión de axila, cuello, codo, muñeca, dorso de pie, hueco poplíteo, región inguinal.	120
15319	Plastia en z (más de cinco) en cara, genitales, zonas de flexión de axila, cuello, codo, muñeca, dorso de pie, hueco poplíteo, región inguinal.	150
15320	Corrección quirúrgica de cicatriz o secuelas de quemadura en planta de pie	50
15321	Plastia en artejos (una o dos)	50
15322	Plastia en artejos (tres o más)	60

OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS

15330	Corrección secuelas de parálisis facial	140
15331	Corrección secuelas de parálisis facial (técnica microquirúrgica)	200
15332	Dermoabrasión parcial de la cara	60
15333	Dermoabrasión total de la cara	120
15334	Reposición de uña de polietileno	20
15335	Tatuaje en cara, cuello o manos	50
15336	Abrasión química en cara, cuello o manos	60

TOMA DE INJERTO

15340	Toma de injerto condrocostal	60
15341	Toma de injerto óseo de cráneo	50
15342	Toma de injerto de hueso ilíaco o peroné	50

ARTICULO 16. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en las especialidades de Cirugía Oral, Maxilofacial y Dental(16), la siguiente nomenclatura y clasificación

1 -GLANDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES

OPERACIONES EN GLANDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES

16100	Cateterización y sialometría	25
16101	Exploración de glándula salival	35
16102	Drenaje de glándula salival	25
16103	Resección de mucocele	50
16104	Adenectomía sublingual con o sin resección de mucocele	80
16105	Adenectomía palatina; incluye mucocele y quiste	100
16106	Marsupialización de la ránula	40
16107	Resección de glándula salival mayor	100
16108	Resección de glándula salival menor	70

16109	Resección de glándula sublingual o submaxilar con vaciamiento ganglionar	140
16110	Parotidectomía simple (lóbulo externo)	120
16111	Parotidectomía total (lóbulo externo e interno)	140
16112	Parotidectomía total con vaciamiento de cuello	185
16113	Cierre o reparación de fístula salival sin injerto	90
16114	Cierre o reparación de fístula salival con injerto	100
16115	Sialolitotomía	35
16116	Sialoplastia (reparación del conducto) sin injerto	60
16117	Sialoplastia (reparación del conducto) con injerto	80
16118	Adenectomía submaxilar con o sin resección de mucocele y quiste de glándula salival	100

2 -CAVIDAD ORAL, LENGUA Y PALADAR

INCISIONES EN CAVIDAD ORAL

16201	Incisión y drenaje intraoral de absceso o hematoma de cavidad bucal	30
16202	Incisión y drenaje extraoral de absceso o hematoma de cavidad bucal	40
16203	Secuestrectomía intraoral por osteomielitis	55
16204	Secuestrectomía extraoral por osteomielitis	70
16205	Decorticación en cuerpo o rama mandibular	70
16206	Curetaje óseo, maxilar o mandibular	70
16207	Incisión y drenaje intra y extraoral de absceso o hematoma de cavidad bucal	50

OPERACIONES EN LA LENGUA Y LA UVULA

16210	Resección de lesión superficial en la lengua	20
16211	Glosorrafia	35
16212	Glosopexia; incluye plastia del frenillo lingual	35
16213	Glosectomía parcial	100
16214	Glosectomía total o radical	130
16215	Uvulorrafia	30
16216	Uvulectomía	40
16217	Glosoplastia; incluye injerto cutáneo o mucoso	100
16218	Resección de lesión profunda en la lengua	40
16219	Liberación de la lengua en anquiloglosia	60

OPERACIONES EN FARINGE Y PALADAR

16240	Extirpación de lesión superficial de paladar faringostomía (ver código 03662)	30
16241	Extirpación de lesión profunda de paladar; incluye adenoma y lesiones superficiales extensas	60
16243	Palatorrafia; incluye estafilorrafia	70
16244	Uvulo-palato-faringoplastia	115
16245	Injerto óseo de paladar	70

OTRAS OPERACIONES EN CAVIDAD ORAL

16260	Estomatorrafia (sutura de herida en mucosa oral)	20
16261	Remoción de cuerpo extraño en tejidos blandos de la boca	20

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

16262	Resección de lesión hasta de 2 cm. de diámetro de la mucosa oral, con toma de biopsia.	30
16263	Resección de lesión mayor de 2 cm. de diámetro de la mucosa oral con toma de biopsia.	40
16264	Resección intraoral de fístula de boca	70
16265	Resección extraoral de fístula de boca	80
16267	Cierre de fístula oroantral u oronasal, con colgajo palatino, lingual o bucal	90
16268	Cierre de fístula orosinusal y antrostomía; incluye remoción de diente o cuerpo extraño y colgajo	110
16269	Reconstrucción de bóveda palatina mediante colgajos pediculados	90

3 -MAXILARES Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR Y MUSCULOS MASTICATORIOS

OSTEOTOMIAS EN MAXILARES

16300	Estudio ortognático prequirúrgico	40
16301	Miotomía de masetero	60
16302	Miotomía del temporal	60
16303	Miotomía del pterigoideo externo	60
16304	Disyucción palatina	110
16305	Osteotomías de maxilar inferior por abordaje extraoral, incluye fijación maxilo-mandibular.	110
16306	Osteotomías de maxilar inferior por abordaje extraoral; incluye fijación interna rígida	130
16307	Osteotomías de maxilar inferior por abordaje intraoral; incluye fijación maxilo mandibular.	140
16308	Osteotomías de maxilar inferior por abordaje intraoral; incluye fijación interna rígida	160
16309	Osteotomía Lefort I ; incluye fijación maxilo-mandibular	140
16310	Osteotomía Lefort I ; incluye fijación interna rígida	160
16311	Osteotomía Lefort I ; osteotomía segmentaria	160
16312	Osteotomía Lefort II	140
16313	Osteotomía Lefort III	140
16314	Osteotomía de mentón	110
16315	Osteotomía mandibular para corrección de secuelas	120
16316	Osteotomía segmentaria mandibular o maxilar; incluye fijación maxilo-mandibular, fijación rígida	130
16317	Mandibulectomía parcial simple	120
16318	Mandibulectomía parcial con reconstrucción	160
16319	Mandiibulectomía total	160
16320	Mandibulectomía total con reconstrucción	250
16321	Corticotomía Lefort I para expansión de maxilar	110
16322	Osteotomía para corrección de microsomía hemifacial	160
16323	Reconstrucción de maxilar superior con injerto	160
16324	Resección parcial del maxilar	100
16325	Resección total de maxilares	160
16326	Reconstrucción mandibular con toma de injerto	220

OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

16330	Artrectomía (anquilosis)	100
16331	Artrocentesis	20
16332	Reducción manual de luxación témporomandibular aguda	30
16333	Reducción manual de luxación témporomandibular con fijación intermaxilar	70
16334	Tratamiento quirúrgico de la luxación témporomandibular recidivante	110
16335	Meniscectomía, articulación temporomandibular; incluye injerto	110
16336	Meniscectomía de la articulación temporomandibular; incluye resección de tubérculo articular del temporal, plastia de la cápsula, meniscorrafia y meniscopexia	130
16337	Resecciones quirúrgicas en la articulación temporomandibular por vía artroscópica	110
16338	Menisectomía articulación temporomandibular; incluye resección de tubérculo articular del temporal, colgajo desplazado de fascia y músculo temporal	150
16339	Coronoidectomía	100
16340	Reemplazo total de la articulación temporomandibular; incluye injerto de cartílago de crecimiento, reemplazo articular con prótesis unilateral.	200
16342	Reducción de tuberosidades fibrosas en maxilar superior o inferior	60
16343	Condilectomía en A.T.M.	100

REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS Y PREPROTESICAS

16350	Frenillectomía lingual o labial	40
16352	Profundización del piso de la boca con desinserción de milohioideo y/o genihiodeo	50
16353	Vestibuloplastia sin injerto	50
16354	Vestibuloplastia con injerto	60
16355	Exostosis maxilar superior	40
16356	Exostosis mandibular	40
16357	Injertos aloplásticos metálicos (técnica de lámina fenestrada)	80
16358	Injertos aloplásticos metálicos (técnica subperióstica)	90
16359	Injertos aloplásticos metálicos (técnica de tornillo espiral o autopenetrante)	90
16360	Injertos aloplásticos cerámicos	80
16361	Injerto óseo autógeno en maxilares; incluye implantes protésicos	80
16362	Osteotomía deslizante (visera)	90
16363	Resección de hiperplasias en maxilar superior e inferior	100
16364	Resección de papilomatosis palatina	30
16365	Descenso de nervio mentoniano	110
16366	Esclerosis de reborde de maxilar superior o inferior	80
16367	Colocación de expansor de perióstio	80
16368	Implante de hidroxilapatita (cada hemimaxilar)	60
16369	Implante de oseointegración	90
16370	Implante de oseointegración e injerto	90
16371	Implante de oseointegración con desplazamiento del nervio dentario inferior e injerto óseo	120
16372	Regularización de línea oblícua interna o milohioidea	60
16373	Elevación del piso de seno maxilar	90

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS EN HUESOS FACIALES

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

16380	Reducción cerrada de fractura de maxilar superior; incluye inmovilización intermaxilar, fijación maxilo-mandibular, suspensión esquelética	100
16381	Reducción cerrada de fractura de maxilar inferior o cóndilo; incluye inmovilización intermaxilar.	90
16382	Reducción cerrada de fracturas alveolares superiores; incluye reimplante dental y fijación.	90
16383	Reducción y fijación de luxación o fractura dento alveolar que compromete hasta 3 dientes	70
16384	Reducción y fijación de luxación o fractura dento alveolar que compromete más de 3 dientes	80
16385	Reducción cerrada de fractura de malar	60

REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURAS DE HUESOS FACIALES

16390	Reducción abierta de fractura de maxilar superior (Lefort Y); incluye inmovilización intermaxilar y osteosíntesis	140
16391	Reducción abierta de fractura de maxilar superior (Lefort II y III); Incluye inmovilización intermaxilar y osteosíntesis	140
16392	Reducción abierta de fractura de maxilar inferior; incluye inmovilización intermaxilar con osteosíntesis	130
16393	Reducción abierta de fractura alveolar superior o inferior; incluye fractura de tuberosidad maxilar, reimplante dental y fijación.	130
16394	Retiro de material de osteosíntesis u otros elementos en huesos de cara; incluye entre otros: tornillos, placas, alambres, injertos óseos o aloplásticos	70
16395	Reducción abierta de fractura de cóndilo con osteosíntesis	160
16396	Reducción abierta de fractura conminuta de maxilares; incluye colocación de tutor interno o externo.	180

4 -HUESOS FACIALES

16400	Lavado y debridamiento en fractura expuesta de huesos en cara	70
16401	Reducción abierta de fractura de arco cigomático sin osteosíntesis	55
16402	Reducción abierta de fractura de arco cigomático con osteosíntesis	80
16403	Reducción abierta de fractura malar; incluye fractura del piso de la órbita (blowout) sin osteosíntesis.	120
16404	Reducción abierta de fractura malar; incluye fractura del piso de la órbita (blow-out) con osteosíntesis	130
16405	Reducción abierta de fracturas múltiples de huesos faciales; incluye implante o injerto del piso orbitario	150
16406	Reducción abierta de fractura nasoetmoidal con inmovilización	120
16407	Reducción abierta del hundimiento del piso orbitario mediante vía de acceso combinada.	170
16408	Suspensión cráneofacial en fracturas u osteotomías	60

5 -MAXILARES, ENCIAS Y DIENTES

EXTIRPACION DE LESIONES, QUISTES Y TUMORES EN MAXILARES Y CAVIDAD BUCAL

16501	Extirpación de lesión benigna encapsulada en encía hasta de 3 centímetros	20
16502	Extirpación de lesión benigna encapsulada en encía de más de 3 centímetros	25

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

16503	Extirpación de lesión benigna no encapsulada en encía hasta de 3 centímetros	25
16504	Extirpación de lesión benigna no encapsulada en encía de más de 3 cms	30
16505	Extirpación de lesión maligna de encía con vaciamiento ganglionar	120
16506	Extirpación de tumor maligno maxilar o mandibular	80
16507	Extirpación radical de tumor maligno maxilar o mandibular	160
16508	Enucleación de quiste (odontogénico o no odontogénico) hasta de 3 centímetros de diámetro	30
16509	Enucleación de quiste (odontogénico o no odontogénico) hasta de 3 centímetros de más de 3 centímetros de diámetro	40
16510	Resección de tumor odontogénico (excepto tumores no encapsulados)	70
16514	Enucleación de quiste epidermoide, vía intraoral	60
16515	Enucleación de quiste epidermoide, vía extra oral	70
16516	Resección parcial en bloque, maxilar o mandibular	120
16519	Extirpación de tumor benigno maxilar o mandibular hasta de 2 cms de diámetro	50
16520	Extirpación de tumor benigno maxilar o mandibular de más de 2 cms de diámetro.	70
16521	Resección de tumor odontogénico con injerto óseo, para reconstrucción inmediata	90
16522	Osteoplastia maxilar de lesión fibro-ósea	80
16523	Osteoplastia de varios huesos, lesión fibro-ósea	110

OPERACIONES EN NERVIOS DENTARIOS

16550	Descenso de agujero mentonero	80
16551	Exploración de conducto dentario inferior; incluye descompresión, neurectomías	80
16552	Neurectomía maxilar superior	90
16553	Neurectomía periférica; incluye infraorbitario, largo bucal, lingual, mentonero	50
16554	Neurorrafia post traumática	80
16555	Neurorrafia post traumática con injerto	100

ARTICULO 17. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos no endóscopicos de Toma de Biopsias (17)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación: Incluye: La efectuada por punción, aspiración, curetaje, incisión.

1 -TEJIDO NERVIOSO

BIOPSIAS EN TEJIDO NERVIOSO

17100	Tejido intracraneal	95
17101	Esterotáxica	95
17102	Médula espinal	75
17103	Meninges vertebrales	75
17104	Nervio periférico superficial	25
17105	Nervio periférico profundo	55

2 -ORGANOS DE LOS SENTIDOS

BIOPSIAS EN OJO

17200	Conducto lagrimal	25
17201	Conjuntiva	25
17202	Córnea	35

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

17203	Cuerpo ciliar	45
17204	Esclerótica	35
17205	Glándula lagrimal	20
17206	Iris	45
17207	Orbita	45
17208	Párpado	25

BIOPSIA EN OIDO, NARIZ Y SENOS PARANASALES

17220	Oído externo	20
17221	Nariz	20
17222	Pared de senos paranasales	55

3 -BOCA Y CUELLO

BIOPSIAS EN BOCA, FARINGE Y LARINGE

17300	Amígdalas y/o vegetaciones adenoides	20
17301	Pared de cavidad bucal	20
17302	Encía	20
17303	Faringe	45
17304	Glándula salival	25
17305	Labio	20
17306	Laringe o cuerda vocal	60
17307	Lengua	20
17308	Paladar y úvula	20

BIOPSIAS EN GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES

17310	Glándula paratiroides	75
17311	Abierta de tiroides	60
17312	Percutánea de tiroides	25

4 -ORGANOS INTRATORACICOS

BIOPSIAS EN ORGANOS INTRATORACICOS

17401	Esófago	45
17402	Organo mediastinal (incluye timo)	75
17403	Pericardio	75
17404	Pleura por punción con aguja , incluye toracentesis	25
17405	Pleura por toracotomía	55
17406	Pulmón por punción con aguja fina	35
17407	Pulmón por punción con aguja cortante	40
17408	Pulmón por toracotomía	55
17410	Endomiocárdica	105
17411	Miocardio	75

5 -ORGANOS INTRAABDOMINALES

BIOPSIAS EN DIAFRAGMA Y CAVIDAD ABDOMINAL

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

17500	Diafragma	75
17501	Mesenterio	60
17502	Omento	55
17503	Colon	45
17504	Colon por laparotomía, biopsias múltiples	110
17505	Estómago por laparotomía	60
17506	Intestino delgado	60
17507	Recto o sigmoide	45

BIOPSIAS EN VIAS BILIARES, BAZO Y PANCREAS

17510	Hígado o bazo por laparotomía	60
17511	Hígado o bazo por punción	25
17512	Páncreas	60

6 -GLANDULAS SUPRARRENALES Y APARATO GENITOURINARIO

BIOPSIAS EN GLANDULA SUPRARRENAL Y RIÑON

17600	Riñón por lumbotomía	60
17601	Percutánea de riñón	60
17602	Glándula suprarrenal	60
17603	Tejidos perirrenales	60

BIOPSIAS EN VIAS URINARIAS

17610	Uretra	45
17611	Biopsia vesical a cielo abierto	60
17612	Pelvis o uréter	60

BIOPSIAS EN ORGANOS GENITALES MASCULINOS

17620	Epidídimo	45
17621	Escroto	20
17622	Pene	25
17623	Próstata por punción; incluye perineal, transrectal	35
17625	Testículo, túnica vaginal o cordón espermático	55
17626	Conducto deferente	45

BIOPSIAS EN ORGANOS GENITALES FEMENINOS EXTERNOS

17630	Clítoris	20
17631	Labio mayor y labio menor	20
17632	Periné	20
17633	Vagina	20
17634	Glándula de Bartholino	20

BIOPSIAS EN ORGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS

17640	Cuello uterino (cervix)	25

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

17641	Endometrio	25
17642	Miometrio	60
17643	Ovario	60
17644	Trompa de Falopio	60
17645	Cuello uterino circunferencial	25

7 -VASOS SANGUINEOS Y LINFATICOS

BIOPSIAS EN VASOS SANGUINEOS Y LINFATICOS

17700	Arteria o vena superficial	25
17701	Arteria o vena profunda	55
17702	Ganglio o vaso linfático superficial	25
17703	Ganglio o vaso linfático profundo	55

8 -APARATO LOCOMOTOR

BIOPSIAS EN HUESO

17800	Biopsia de médula ósea	35
17801	Periostio	25
17802	Hueso	25
17803	Cuerpo vertebral	50
17804	Aspiración medula ósea	30

BIOPSIAS EN OTRAS PARTES DEL APARATO LOCOMOTOR

17810	Aponeurosis	20
17811	Tejido sinovial	40
17812	Cápsula articular	25
17813	Cartílago	35
17814	Ligamento	25
17815	Músculo	30
17816	Tendón	30
17817	Tumor en partes blandas de columna	50

9 -PIEL, MAMA Y ANO

BIOPSIA EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

17900	Piel y tejido celular subcutáneo, en otros sitios no clasificados	20

BIOPSIA EN MAMA

17910	Glándula mamaria	30

9-1 BIOPSIA EN ANO

17920	Ano	25

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 18. Señálase para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica (18)**,** la siguiente nomenclatura y clasificación:

La efectuada para: Realización de procedimientos, aplicación de agentes terapéuticos, toma de biopsia, irrigación, lavado y cepillado.

1 -APARATO RESPIRATORIO Y MEDIASTINO

ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS

18100	Nasosinuscopia	60
18101	Laringoestroboscopia	70
18103	Microlaringoscopia	60
18104	Fibronasofaringolaringoscopia	60
18105	Broncoscopia rígida con o sin toma de biopsia	70
18106	Fibrobroncoscopia con lavado y cepillado y/o lavado broncoalveolar, con o sin toma de biopsia bronquial.	80
18107	Fibrobroncoscopia con biopsia pulmonar transbronquial; incluye lavado y cepillado bronquial y/o lavado broncoalveolar	80
18108	Fibrobroncoscopia para broncografía; incluye lavado y cepillado bronquial	80
18109	Fibrobroncoscopia con aspiración transtraqueal, transcarinal y/o transbronquial con aguja; incluye toma de biopsia de tráquea	80

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS

18120	Fibrobroncoscopia o broncoscopia rígida, para extracción de cuerpo extraño	100
18121	Fibrobroncoscopia con aspiración bronquial por atelectasias lobares o segmentarias	80
18123	Fibrobroncoscopia o broncoscopia para aplicación de laser terapéutico	125
18124	Fibrobroncoscopia para aplicación de fuente radioactiva	80

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS POR LAPAROSCOPIA

18130	Toracoscopia operatoria para toma de biopsia	80

2. ARTICULACIONES

ARTROSCOPIAS DIAGNOSTICAS

18200	Artroscopia diagnóstica de cadera	80
18201	Artroscopia diagnóstica de codo, muñeca, tobillo o témporo mandibular	55
18202	Artroscopia diagnóstica de hombro, rodilla o falanges	55

ARTROSCOPIAS TERAPEUTICAS

18205	Acromioplastia	125
18206	Acromioplastia más extracción de calcificación	155
18207	Artrodesis de hombro	170
18208	Artrodesis escafosemilunar	100
18209	Artrodesis tibio-talar	110
18211	Bursectomía, cualquier región	70

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

18214	Capsulorrafia tipo Bankart para luxación de hombro	170
18215	Condroplastia de abrasión con oculetaje de cartílago de hombro	110
18216	Condroplastia, tratamiento de osteocondritis del cóndilo	125
18217	Condroplastia de abrasión de cadera	125
18218	Condroplastia de abrasión de falanges	70
18219	Condroplastia de abrasión para cualquier zona condilar, inter condilar o patelar	125
18220	Condroplastia de abrasión más osteotomía tibial	180
18221	Cuadriceplastia	130
18226	Desbridamiento de fibrocartílago triangular o extracción de cuerpo extraño en muñeca	110
18229	Extracción de cuerpos libres intra-articulares de hombro, codo, muñeca, rodilla, o cuello de pie	110
18230	Extracción de cuerpos libres intra-articulares de cadera	125
18231	Extracción de cuerpos libres intra-articulares de falanges	70
18234	Fijación con osteosíntesis o con material absorbible de la osteocondritis disecante de rodilla	140
18235	Fijación interna de fractura e inestabilidad de muñeca	140
18236	Fijación más injerto óseo de la osteocondritis disecante de rodilla	140
18240	Liberación de adherencias de rodilla	110
18241	Liberación del túnel del carpo	90
18245	Meniscectomía medial o lateral	110
18246	Meniscectomía medial y lateral	190
18247	Microdiscectomía de columna	200
18250	Osteosíntesis de las fracturas osteocondrales o de la espina tibial	140
18251	Osteosíntesis de las fracturas del tercio proximal de la tibia	160
18252	Osteosíntesis de las fracturas intraarticulares de rodilla	150
18253	Osteosíntesis de las fracturas de tobillo	160
18257	Reconstrucción de ligamento cruzado anterior con injerto autólogo o con aloinjerto	190
18258	Reconstrucción de ligamento cruzado posterior con injerto autólogo o con aloinjerto	200
18259	Relajación de retináculo lateral	70
18260	Relajación de retináculo lateral más realineación proximal	155
18261	Relajación de retináculo lateral, más osteotomía de realineación, más plicatura de retináculo medial	200
18262	Remoción de exostosis de hombro	130
18263	Remoción de plicas de codo	110
18264	Remodelación de menisco roto (pico de loro)	110
18265	Reparación de ligamento cruzado	155
18266	Reparación de ligamento peroneo astragalino anterior	130
18267	Resección de exostosis no articular de pie	110
18268	Resección de labrun roto de hombro	110
18269	Resección de ostefitos tibiales y/o talares	120
18270	Resección de plicas de rodilla	70
18271	Resección de tercio distal de clavícula	125
18275	Sinovectomía parcial de hombro, codo, cadera, rodilla o tobillo	110
18276	Sinovectomía total de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla o tobillo	140
18277	Sinovectomía parcial de muñeca o sinovectomía de falanges	70
18278	Sutura del fibrocartílago triangular o de ligamentos intercarpianos	125
18279	Sutura del manguito rotador	160

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

18280	Sutura de menisco medial o lateral	125
18281	Sutura de menisco medial y lateral	200
18282	Sutura del tendón bicipital (Tenodesis)	125
18285	Tratamiento de la artritis séptica de rodilla	105
18286	Tratamiento de la capsulitis adhesiva de hombro	125
18287	Tratamiento de lesión osteocondral, perforaciones y/o curetaje de tobillo	130
18288	Tratamiento de lesión osteocondral, fijación con material absorbible en tobillo	130
18289	Tratamiento de la osteocondritis disecante de hombro	130
18290	Tratamiento de la osteocondritis de muñeca	110
18291	Tratamiento de seudoartrosis más injerto en pie	190

3-ESOFAGO, ESTOMAGO E INTESTINO DELGADO

ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS

18300	Esofagogastroduodenoscopia	50
18301	Esofagogastroduodenoscopia en acto quirúrgico	50
18302	Esofagoscopia	35
18303	Endoscopia de intestino delgado después de la segunda porción del duodeno (enteroscopia).	45

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS

18310	Esofagoscopia rígida para extracción de cuerpo extraño	95
18311	Esofagoscopia flexible para extracción de cuerpo extraño	75
18312	Esofagoscopia para dilatación con bujías de mercurio (sesión)	45
18313	Esofagoscopia para dilatación neumática con balón (sesión)	70
18314	Esofagoscopia con esclerosis de várices (sesión)	60
18315	Esofagoscopia con colocación de prótesis endoesofágica	55
18316	Esofagoscopia para control de hemorragia o para fulguración de lesión en mucosa	45
18317	Esofagoscopia con resección de pólipo	60
18318	Esofagoscopia para dilatación conducida, tipo Eder-Puestow o Savary (sesión)	55
18319	Esofagoscopia para corrección de estenosis con laser	60
18320	Polipectomía endoscópica en estómago o duodeno	105
18321	Gastrostomía endoscópica	60
18322	E.G.D.C. para control de hemorragia o fulguración de lesión en mucosa	60
18323	E.G.D.C. con extracción de cuerpo extraño	55
18324	Esofagoscopia con ligadura de várices esofágicas	70
18325	Yeyunostomía endoscópica percutánea	95
18326	Endoscopia de intestino delgado con extracción de cuerpo extraño	95
18327	Endoscopia de intestino delgado con polipectomía, control de hemorragia o fulguración de lesión en mucosa	105
18328	Endoscopia de ileostomía continente	95
18329	E.G.D.C. para dilatación neumática de estenosis pilórica (sesión)	60

4 -PANCREAS Y VIAS BILIARES

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

18400	Colangiografía retrógrada transduodenal	90

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS

18410	E.R.C.P. para esfinterotomía o papilotomía	115
18411	E.R.C.P. para esfinterotomía o papilotomía y extracción de cálculos biliares o parásitos.	125
18412	E.R.C.P. para litotripsia mecánica biliar	125
18413	E.R.C.P. para manometría de esfínter de Oddi	115
18414	E.R.C.P. para drenaje nasobiliar	115
18415	E.R.C.P. para colocación o reinserción de STENT en conducto biliar o pancreático	125
18416	E.R.C.P. para dilatación con balón de ampolla, de conducto biliar o pancreático	125
18417	E.R.P.C. para fulguración de lesión de mucosa	115

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS POR LAPAROSCOPIA

18420	Colecistectomía laparoscópica	160

5 -COLON Y RECTO

ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS

18500	Anoscopia (proctoscopia)	20
18501	Rectosigmoidoscopia-equipo rígido	35
18502	Colosigmoidoscopia -equipo flexible	45
18503	Colonoscopia izquierda hasta el ángulo esplénico, equipo flexible	90
18504	Colonoscopia total	90
18505	Colonoscopia en acto quirúrgico	105
18506	Manometría rectal	75
18507	Colonoscopia a través de colostomía	60

ENDOSCOPIA TERAPEUTICA

18510	Rectosigmoidoscopia para extracción de cuerpo extraño	60
18511	Colonoscopia para extracción de cuerpo extraño	105
18512	Sigmoidoscopia para resección de pólipos, control de hemorragia o fulguración de lesión de mucosa	105
18513	Colonoscopia para resección de pólipos, control de hemorragia o fulguración de lesión de mucosa	125
18514	Colonoscopia para descompresión de vólvulos	115
18515	Rectosigmoidoscopia para dilatación instrumental	45
18516	Colonoscopia para dilatación neumática por estenosis de colon (sesión)	120

6 –ABDOMEN

ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS

18601	Laparoscopia con o sin biopsia	75

7 -VEJIGA, URETER Y PELVIS RENAL

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS

18701	Cistoscopia diagnóstica; incluye: toma de biopsia vesical o para pielografía retrógrada	75
18710	Ureterolitotomía endoscópica	200
18711	Cistolitotomía endoscópica	135
18712	Meatotomía ureteral	60
18713	Uretero pielorrenoscopia	135
18714	Pieloplastia endoscópica	100
18715	Colocación de catéter ureteral de auto retención	75
18716	Evacuación endoscópica de coágulos o detritus endovesicales	75
18717	Fulguración transuretral por sangrado (no incluye sangrado post- operatorio)	115
18718	Uretrocistoscopia terapéutica para extracción de cuerpo extraño en vejiga, lavado vesical, cateterismo y/o calibración ureteral.	90

8 -URETRA Y PROSTATA

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS

18810	Extracción cuerpo extraño en uretra	95
18811	Esfinterotomía	115
18812	Resección de valvas congénitas uretrales	115
18813	Uretrolitotomía	95
18814	Extirpación y/o electrofulguración lesiones uretrales	75
18815	Drenaje absceso próstata	60
18816	Control hemorragia prostática, en paciente no intervenido	60
18817	Uretrotomía interna endoscópica	120
18818	Resección transuretral de divertículos uretrales	90
18819	Inyección periuretral para tratamiento de incontinencia	115
18820	Cistoscopia con extracciòn de coàgulos y lavado vesical post-prostatectomìa	120

9 -APARATO GENITAL FEMENINO

ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS

18900	Amnioscopia	95
18901	Histeroscopia	50
18902	Histeroscopia más biopsia	60
18903	Colposcopia (vaginoscopia)	30

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS POR LAPAROSCOPIA

18910	Sección y/o ligadura de ambas trompas de Falopio	70
18911	Sección de adherencias a pared abdominal	70
18912	Cirugía laparoscópica del embarazo ectópico (Salpingostomía)	90
18913	Extracciòn de dispositivo anticonceptivo intraabdominal	70
18914	Salpingectomía,ooforectomía o salpingo- ooforectomía ,unilateral o bilateral	120
18915	Salpingolisis y/u ovariolisis por adherencias leves, unilateral o bilateral	110
18917	Sección de los ligamentos úterosacros	90
18918	Tratamiento de endometriosis-estados I y II	70
18919	Tratamiento de endometriosis-estados III y IV	120

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

18920	Cistectomía (quiste de ovario o intraligamentario), unilateral o bilateral	110
18922	Fulguración de ovario, unilateral o bilateral	90
18923	Miomectomía–miomas pediculados, único o múltiple	100
18924	Miomectomía–mioma subseroso, único o múltiple	120
18925	Histerorrafia	80
18927	Salpingoplastia, unilateral o bilateral	120
18928	Salpingoneostomía, unilateral o bilateral	140
18929	Uretrocistopexia por retziuscopia	150
18932	Neurectomía presacra	140
18933	Suspensión uterina	100
18934	Aspiración de quiste de ovario (único o múltiple), unilateral o bilateral	90
18935	Salpingolisis y/o ovariolisis por adherencias moderadas o severas, unilateral o bilateral.	140
18936	Colpopexia	140
18937	Histerectomía por laparoscopia, con o sin remoción de trompas y/u ovarios	150

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS POR HISTEROSCOPIA

18940	Resección histeroscópica de pólipos intrauterinos	50
18941	Extracción histeroscópica de cuerpos extraños intrauterinos	50
18942	Resección histeroscópica de tabique intrauterino o adherencias intrauterinas	90
18943	Resección histeroscópica de miomas submucosos	90
18944	Ablación endometrial (endometrectomía)	90

NOTA: E.G.D.C. Esofagogastroduodenoscopia
E.R.C.P. Endoscopia para colangio-pancreatografia retrograda

PARAGRAFO. Las tarifas correspondientes a endoscopias diagnósticas, incluye la toma de biopsia, en los casos en que se efectúe.

CAPITULO II

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, NOMENCLATURA, CLASIFICACION Y TARIFAS

ARTICULO 19. Señálase para los exámenes y procedimientos de Laboratorio Clínico (19), las siguientes tarifas:

1932010	Acetaldehido	13.970
1933210	Acetaminofén	11.470
1932020	Acetilcolinesterasa	14.570
1932030	Acido ascórbico (vitamina C)	3.960
1934610	Acido cinco (5) hidroxi indolacético, en orina de 24 horas	9.420
1934620	Acido delta aminolevulínico ALA, en orina de 24 horas	17.010
1932040	Acido fólico	21.310
1932050	Acido fólico en eritrocitos	62.855
1934625	Acido fórmico en orina	6.615
1934628	Acido homovanílico en orina de 24 horas	30.365
1932060	Acido homovanílico	30.630
1932070	Acido láctico (enzimático)	17.350
1932080	Acido láctico (fluorometría)	30.035

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1932083	Acido orótico	18.365
1932085	Acido pirúvico	24.045
1932087	Acido siálico	12.575
1932088	Acido succínico	7.085
1912090	Acido úrico	3.045
1914630	Acido úrico en orina de 24 horas	3.075
1933230	Acido valproico	20.315
1933240	Acido valproico libre	17.555
1934640	Acido vanililmandélico, VMA en orina de 24 horas	12.170
1932055	Acidos grasos de cadena muy larga, cuantificación	141.255
1932093	Acidos orgánicos (cromatografía de gas)	46.895
1935010	Actinomyces, anticuerpos	28.235
1936710	Actinomyces, cultivo	28.235
1936720	Adenosín de aminasa ADA	4.690
1931020	Agregación plaquetaria espontánea	7.180
1922096	Agua, examen físico-químico	9.300
1926725	Agua, examen microbiológico	14.360
1922100	Alanino aminotransferasas ALT,TGP	4.165
1926728	Albert coloración (Loeffler)	2.635
1922110	Albúmina	2.740
1932115	Albúmina ácida	7.085
1924650	Albúmina en orina de 24 horas	2.760
1933250	Alcohol etílico por FPIA	11.270
1933260	Alcohol metílico	11.270
1932120	Aldolasa	6.330
1932130	Aldosterona	25.220
1922140	Alfa 1 antiquimotripsina (IDR)	20.930
1932150	Alfa 1 antiquimotripsina (nefelometría)	30.035
1932160	Alfa 1 antitripsina (IDR)	7.495
1932170	Alfa 1 antitripsina (nefelometría)	30.035
1932175	Alfa 1 glicoproteína ácida	22.650
1932180	Alfa 2 macroglobulina	6.730
1934510	Alfa fetoproteína por EIA o quimioluminiscencia	39.160
1932190	Alfa fetoproteína en líquido amniótico	29.030
1932195	Almidones	5.505
1933265	Alucinógenos (LSD)	13.670
1932200	Aluminio	32.725
1935020	Amiba histolítica, anticuerpos	5.080
1933270	Amikacina	7.180
1922210	Amilasa	5.695
1924660	Amilasa en orina de 24 horas	5.465
1932220	Aminoácidos	18.080
1933280	Amitriptilina	17.655
1932230	Amonio	8.485
1933710	Androstenediol glucurónido, 3 alfa	33.620
1933720	Androstenediona	21.860
1933290	Anfetamina/metanfetamina en orina	17.305
1933730	Angiotensina	34.525
1936725	Antibiograma, concentración inhibitoria mínima MIC, por cualquier método	15.085
1926740	Antibiograma, disco	9.185

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1935077	Anticuerpos absorción	16.275
1935079	Anticoagulante lúpico; incluye:PT, PTT, prueba neutralización de plaquetas y veneno de Rusell.	60.900
1931030	Anticoagulante circulante o anticoagulante cruzado	17.155
1935024	Anticuerpos anti acetilcolina	38.885
1935027	Anticuerpos anti adenovirus (EIA)	19.150
1935030	Anticuerpos anti células parietales	19.575
1935040	Anticuerpos anti cemento intercelular	23.745
1935050	Anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos ANCA	51.355
1935060	Anticuerpos anti DNA nativo (IFI)	24.445
1935070	Anticuerpos anti DNA nativo (RIA/EIA)	13.870
1935075	Anticuerpos anti esperma (citometría de flujo)	33.565
1935078	Anticuerpos anti esperma (EIA)	22.045
1935076	Anticuerpos anti espermatozoides	19.750
1935080	Anticuerpos anti insulina IAA	16.555
1935085	Anticuerpos anti insulina (islotes) ICA	21.445
1935090	Anticuerpos anti Jo-1 (EIA)	30.730
1935100	Anticuerpos anti La/SSB (EIA)	27.990
1935105	Anticuerpos anti micobacterias (EIA)	30.050
1935110	Anticuerpos anti mitocondriales (IFI)	14.265
1935120	Anticuerpos anti mitocondriales (IHA)-	27.230
1935130	Anticuerpos anti mitocondriales (RIA/EIA)	28.460
1935140	Anticuerpos anti músculo liso (IFI)	14.170
1935150	Anticuerpos anti músculo liso (IHA)	27.230
1935160	Anticuerpos anti músculo liso (RIA/EIA)	32.725
1935170	Anticuerpos antinucleares ANA (IFI)	17.555
1935180	Anticuerpos antinucleares ANA (RIA/EIA)	28.460
1935190	Anticuerpos anti plaquetarios	9.075
1935195	Anticuerpos anti plaquetarios (citometría de flujo)	30.050
1935198	Anticuerpos anti RH cuantitativos (citometría de flujo)	72.130
1935200	Anticuerpos anti RNP (EIA)	30.730
1935210	Anticuerpos anti Ro/SSA (EIA)	27.990
1935220	Anticuerpos anti Scl-70 (EIA)	27.990
1935230	Anticuerpos anti Sm (EIA)	25.480
1935240	Anticuerpos anti tiroideos-microsomales (IHA)	17.755
1935250	Anticuerpos anti tiroideos-microsomales (RIA/EIA)	30.035
1935260	Anticuerpos anti tiroideos-tiroglobulínicos (IHA)	15.430
1935265	Anticuerpos anti tiroideos-tiroglobulínicos (RIA/EIA)	33.565
1935268	Anticuerpos citotóxicos anti HLA (citometría de flujo)	160.290
1935270	Anticuerpos citotóxicos anti HLA (serología)	80.590
1935092	Anticuerpos, elusión	15.020
1915280	Anticuerpos heterófilos	5.390
1933300	Antidepresivos tricíclicos, prueba de tamización por cromatografía de capa fina	26.115
1935300	Antiestreptolisinas (nefelometría)	27.230
1915310	Antiestreptolisinas (titulación)	5.415
1934520	Antígeno carcinoembrionario ACE, CEA, por EIA o quimioluminiscencia	25.015
1934530	Antígeno de cáncer 125 (CA 125), por EIA o quimioluminiscencia	39.160
1934540	Antígeno de cáncer 15-3 (CA 15-3) por EIA o quimioluminiscencia	39.160
1934550	Antígeno de cáncer 19-9 (CA 19-9), por EIA o quimioluminiscencia	39.160
1934560	Antígeno específico de próstata AEP, PSA, por EIA o quimioluminiscencia	39.160

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1934563	Antígeno específico de próstata, fracción libre	39.160
1934565	Antígeno específico de próstata, velocidad de cambio, 2 muestras.	66.120
1934568	Antígeno polipéptido de tejido TPA, TPS	54.095
1935320	Antígenos bacterianos, prueba directa	40.945
1935330	Antígenos nucleares extractables ENA, prueba cualitativa de tamización para RNP, Ro/SSA Sm y La/SSB1 (EIA)	54.660
1935340	Antígenos nucleares extractables ENA, prueba cualitativa de tamización para, RNP, Ro/SSA Sm y La/SSB 1 (IDRR).	48.885
1931040	Antitrombina III (coagulación)	40.900
1931050	Antitrombina III (cromógenos)	40.900
1921060	Antitrombina III (IDR)	14.795
1931070	Antitrombina III (nefelometría)	30.035
1932240	Apolipoproteína A1 (nefelometría)	15.760
1932250	Apolipoproteína B (nefelometría)	16.160
1935345	Arbovirus (FA,EEV, Dengue), prueba confirmatoria (neutralización)	60.560
1935346	Arbovirus (FA, EEV, Dengue), prueba presuntiva (IHA)	29.625
1932253	Arilsulfatasa A, en leucocitos	32.525
1932255	Arilsulfatasa A, en suero	22.050
1932257	Arilsulfatasa B, en leucocitos	33.915
1933310	Arsénico	9.890
1922260	Aspartato aminotransferasas -AST,TGO	4.165
1935350	Asperguillus, anticuerpos (látex)	41.900
1932263	Azúcares por cromatografía	14.370
1917310	Azúcares reductores en fecales	3.140
1932265	Balance nitrogenado (índice catabólico)	10.020
1933320	Barbitúricos	10.680
1932270	Beta 2 microglobulina (nefelometría)	26.100
1932273	Beta Galactocidasa, en leucocitos	33.915
1932283	Beta Glucocidasa, en leucocitos	33.915
1926750	Beta lactamasa, prueba de penicilinasa	8.500
1912280	Bilirrubina total y directa	4.620
1935360	Blastomyces, anticuerpos	41.900
1933335	Bórax	5.010
1935365	Bordetella pertusis, antígeno	30.050
1936760	Bordetella pertusis, cultivo	28.235
1935370	Borrelia burgdorferi, anticuerpos totales (enfermedad de Lyme)	25.140
1936770	Brucella SPPs, cultivo	28.235
1925375	Brucella SPPs, prueba de Ban en placa	14.720
1925378	Brucella SPPs, prueba de Ban en tubo	24.370
1925380	Brucella, seroaglutinación	6.780
1933336	Cadmio	14.170
1933338	Cafeína	11.975
1922290	Calcio	3.170
1932300	Calcio (absorción atómica)	19.150
1924670	Calcio en orina de 24 horas	3.040
1932305	Calcio ionizado	30.050
1933740	Calcitonina	30.855
1932310	Cálculo, análisis fisico-químico cuantitativo	7.025
1936775	Campo oscuro, identificación de treponema pallidum	11.525
1935385	Campylobacter jejuni, anticuerpos IGM	42.075

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1935390	Campylobacter jejuni, anticuerpos totales	28.235
1936780	Campylobacter SPPs, cultivo microaerofílico	28.235
1922320	Capacidad total de fijación de la transferrina	12.135
1932330	Capacidad total de fijación de la transferrina (nefelometría)	30.035
1933345	Carbamatos	26.050
1933350	Carbamazepina	18.845
1932335	Carbohidratos, determinación (Benedict, Selliwanoff, glucosa oxidasa) c/u	9.575
1935420	Cardiolipinas, anticuerpos IgG(EIA)	29.620
1935430	Cardiolipinas, anticuerpos IgM (EIA)	29.675
1932340	Carotenos	7.620
1934690	Catecolaminas diferenciadas, en orina de 24 horas	41.900
1921080	Células LE	5.125
1932350	Ceruloplasmina (IDR)	11.085
1932360	Ceruloplasmina (nefelometría)	30.035
1933760	Cetoesteroides 17	10.980
1933360	Cianuros	10.080
1933370	Ciclosporina	52.050
1935485	Cisticerco, anticuerpos IgG (EIA)	40.655
1935480	Cisticerco, anticuerpos totales (EIA)	17.400
1925490	Citomegalovirus, anticuerpos IgG, anti CMV-G (EIA)	15.625
1935493	Citomegalovirus, anticuerpos IgG, anti CMV-G (EIA), sueros pareados (agudo y convaleciente).	45.085
1925500	Citomegalovirus, anticuerpos IgM, anti CMV-M (EIA)	16.215
1924693	Citoquímico de líquido amniótico (células anaranjadas, test de Clemens y creatinina)	18.635
1924697	Citoquímico de líquido ascítico	16.480
1924700	Citoquímico de líquido cefalorraquídeo	14.985
1924710	Citoquímico de líquido sinovial (luz polarizada)	19.815
1924720	Citoquímico de otros líquidos corporales no definidos	18.910
1932370	Citrato	35.000
1935510	Clasificación básica de leucemia (citometría flujo)	157.885
1911090	Clasificación sanguínea ABO y Rh, en placa, hasta variante Dw	3.860
1911095	Clasificación sanguínea ABO y Rh, en tubo, antígeno D y variante Du	7.820
1932380	Cloro	2.640
1934730	Cloro en orina de 24 horas	2.530
1932390	Cloro en sudor (lontoforesis)	32.830
1933385	Clorpromacina	11.975
1932393	Cloruro de cetil piritinium	14.170
1932396	Cloruro férrico	5.000
1936790	Clostridium botulinum, cultivo	28.235
1935520	Clostridium difficile, toxina	20.965
1935530	Clostridium tetani, toxina	20.965
1932400	Cobre (absorción atómica)	19.780
1934740	Cobre en orina (absorción atómica)	22.750
1935540	Coccidiodes, anticuerpos	14.055
1922410	Colesterol de alta densidad HDL	5.070
1922420	Colesterol de baja densidad LDL (enzimático)	5.070
1932425	Colesterol de baja densidad LDL (inmunológico directo)	22.045
1912430	Colesterol total	4.060
1932440	Coliglicina	33.620

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1932450	Colinesterasa	11.170
1932460	Colinesterasa en eritrocitos	7.385
1916795	Coloración ácido alcohol resistente	5.955
1917320	Coloración de azul de metileno para materia fecal	4.400
1931100	Coloración de fosfatasa ácida en sangre o médula ósea (no incluye toma de muestra)	28.235
1931110	Coloración de fosfatasa alcalina en sangre o médula ósea (no incluye toma de muestra).	12.570
1916800	Coloración de Gram	2.740
1931120	Coloración de PAS en sangre o médula ósea (no incluye toma de muestra)	5.340
1931130	Coloración de peroxidasa en sangre o médula ósea (no incluye toma de muestra)	28.235
1931135	Coloración de reticulina en médula ósea (no incluye toma de muestra)	29.480
1935550	Complejos inmunes circulantes	42.705
1935555	Complemento C1q inhibidor (nefelometría)	29.480
1925560	Complemento sérico fracción 3- C3 (IDR)	14.240
1925570	Complemento sérico fracción 3- C3 (nefelometría)	24.550
1925580	Complemento sérico fracción 4- C4 (IDR)	13.685
1925590	Complemento sérico fracción 4- C4 (nefelometrìa)	24.550
1925600	Complemento total hemolítico-CH50	19.575
1925610	Coombs directo cualitativo, prueba de anti-globulina humana	9.345
1935612	Coombs directo fraccionado; incluye: C3D, IgG	13.650
1935615	Coombs indirecto cuantitativo (anticuerpos irregulares rastreo)	30.450
1925620	Coombs indirecto, cuantitativo	5.400
1917330	Coprológico	2.740
1917340	Coprológico por concentración	4.260
1934750	Coproporfirina en orina de 24 horas	8.505
1934755	Coproporfirina en orina de 24 horas (cromatografía)	30.490
1917345	Coproscópico (incluye pH, azúcares reductores y parásitos)	7.680
1933770	Cortisol	19.575
1933780	Cortisol (AM/PM), 2 muestras	60.060
1934760	Cortisol libre en orina de 24 horas	19.575
1933810	Cortisol pre y post-ACTH, 2 muestras	76.020
1933790	Cortisol pre y post-ACTH, 3 muestras	104.055
1933820	Cortisol pre y post-supresión con dexametasona, 3 muestras	104.055
1933830	Cortisol pre y post-supresión con dexametasona, 4 muestras	120.115
1933800	Cortisol y glucosa pre y post insulina, 5 muestras	172.495
1936810	Corynebacterium difteriae, cultivo	28.235
1936815	Corynebacterium difteriae, cultivo con prueba de toxigenicidad-prueba de Eleck	36.065
1932470	Creatín fosfoquinasa fracción cardíaca CK-MB	9.595
1932475	Creatín fosfoquinasa fracción cardíaca .CK.MB- por masa	28.050
1932480	Creatín fosfoquinasa CK-CPK total	6.855
1922490	Creatina	4.750
1912500	Creatinina	2.845
1914770	Creatinina en orina de 24 horas	2.870
1925630	Crioaglutininas	4.260
1935640	Criofibrinógeno	12.665
1925650	Crioglobulinas	4.190
1935660	Cryptococcus neoformans, anticuerpos (látex)	11.270
1935670	Cryptococcus neoformans, antígeno	26.945
1916820	Cryptococcus neoformans, prueba directa con tinta china	5.500

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1936830	Cryptosporidium, coloración ácido alcohol resistente modificada	8.405
1914780	Cuerpos cetónicos en sangre u orina, acetoacetato	2.560
1931140	Cuerpos de Heinz, inducidos por fenilhidralazina	20.965
1921150	Cuerpos de Heinz, prueba directa	4.005
1936840	Cultivo cuantitativo para gérmenes aerobios, de muestra diferente a orina, incluye identificación hasta género y antibiograma de disco.	28.235
1936835	Cultivo cuantitativo para gérmenes aerobios de muestra diferente a orina, incluye identificación hasta especie y antibiograma MIC.	29.055
1926850	Cultivo de materia fecal, coprocultivo, incluye: identificación y antibiograma	15.030
1926860	Cultivo de materia fecal, coprocultivo, incluye: identificación, antibiograma y y confirmación serológica.	27.910
1916869	Cultivo de orina, identificación	8.925
1926865	Cultivo de orina –urocultivo-, incluye identificación hasta especie con antibiograma de disco.	22.340
1936868	Cultivo de orina -urocultivo-, identificación hasta especie y antibiograma por MIC	26.565
1935675	Cultivo mixto de linfocitos	200.360
1936890	Cultivo para gérmenes aerobios de absceso sitio contaminado, hasta género y antibiograma de disco, cada germen identificado.	19.370
1936875	Cultivo para gérmenes aerobios de absceso sitio contaminado, hasta especie y antibiograma por MIC, cada german identificado.	29.055
1936878	Cultivo para gérmenes aerobios de abscesos sitio contaminado, hasta especie y antibiograma de disco, cada germen identificado.	26.050
1926880	Cultivo para gérmenes aerobios de líquidos corporales o sitios no contaminados, incluye: identificación hasta género y antibiograma de disco.	18.910
1926895	Cultivo para gérmenes aerobios de líquidos corporales o sitios no contaminados, incluye identificación hasta especie con antibiograma de disco.	23.350
1936898	Cultivo para gérmenes aerobios de líquidos corporales o sitios no contaminados, incluye identificación hasta especie con antibiograma por MIC.	25.050
1936900	Cultivo para gérmenes anaerobios, con prueba de sensibilidad	23.595
1936906	Cultivo para mycoplasma	8.585
1933840	Curva de insulina, 5 muestras	108.935
1932510	Curva de Liley en líquido amniótico	8.405
1932515	Curva de tolerancia a la galactosa	16.970
1935440	Chagas, anticuerpos, cualquier método	22.285
1935450	Chlamydia trachomatis, anticuerpos (EIA)	34.920
1925460	Chlamydia trachomatis, antígeno (EIA)	34.920
1925470	Chlamydia trachomatis, antígeno (IFD)	16.370
1933432	Dehidroepiandrosterona	32.525
1933850	Dehidroepiandrosterona (DEHEASO) basal	25.220
1935475	Dengue, anticuerpos IgG	27.550
1935478	Dengue, anticuerpos IgM	27.550
1935680	Dengue, anticuerpos totales	30.730
1917350	Densidad urinaria	2.870
1932518	Deoxipiridinolina, enlaces cruzados (N – telopéctidos)	52.595
1912520	Depuración de creatinina	6.495
1922530	Deshidrogenasa láctica LDH	5.285
1933400	Desipramina	19.575
1933420	Digitoxina	14.055
1933430	Digoxina	17.610
1921160	Diluciones del tiempo de protrombina	28.920

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1911170	Diluciones del tiempo parcial de tromboplastina	28.920
1931180	Dimero D (EIA)	27.230
1921190	Dimero D (látex)	15.870
1933433	Dinitrofenil hidracina	5.080
1922540	Dióxido de carbón (bicarbonato)	10.315
1933438	Disopiramida	11.975
1933436	Drogas de abuso, cuantificación; incluye: alcaloides, canabinoides, opiáceos, c/u.	13.260
1933435	Drogas de abuso, tamización por cromatografía en capa fina y EIA; incluye: alcaloides, canabinoides y opiáceos.	120.220
1933457	Drogas terapéuticas (benzodiacepina, clonacepan, diazepan), cuantificación c/u.	19.305
1932550	Electroforesis ácida de hemoglobina	36.320
1932555	Electroforesis alcalina de hemoglobina	30.785
1932560	Electroforesis de aminoácidos en orina	39.905
1932570	Electroforesis de isoenzimas	56.270
1932580	Electroforesis de lipoproteínas	9.795
1932590	Electroforesis de proteínas en LCR.	17.755
1932600	Electroforesis de proteínas en líquido sinovial	22.750
1932610	Electroforesis de proteínas en orina	31.430
1932620	Electroforesis de proteínas en suero	16.205
1935685	Enterovirus, determinación de anticuerpos	15.260
1935690	Epstein-Barr, anticuerpos IgG contra antígenos de cápsula -VCA-G-(EIA)	36.435
1935700	Epstein-Barr, anticuerpos IgG, contra antígenos nucleares - EBNA-G-(EIA)	36.435
1935710	Epstein-Barr, anticuerpos IgG, contra antígenos tempranos (EIA)	41.900
1935720	Epstein-Barr, anticuerpos IgM, contra antígenos de cápsula -VCA-M-(EIA)	36.435
1935730	Epstein-Barr, anticuerpos IgM, contra antígenos nucleares EBNA-M-(EIA)	36.435
1935740	Epstein-Barr, anticuerpos IgM, contra antígenos tempranos (EIA)	36.435
1933860	Eritropoyetina	55.865
1911210	Eritrosedimentación	1.325
1925775	Escherichia coli enteropatógeno, clasificación serológica	17.215
1932630	Espermograma completo, química, recuento y morfología	22.650
1921220	Espermograma, recuentos y morfología	11.915
1933870	Estradiol basal	22.650
1933875	Estradiol y gonadotropina coriónica pre y post-gonadotropina coriónica - 2 muestras	102.180
1933444	Estreptomicina	13.000
1933447	Estricnina	12.475
1933880	Estriol	22.455
1933890	Estrógenos	12.860
1936908	Estudio directo con tinta china	15.530
1916907	Examen vaginal o uretral directo y Gram	5.930
1916909	Examen vaginal, directo , Gram y aminas	11.225
1916910	Estudio directo y coloración de Gram	5.165
1911230	Extendido de sangre periférica, estudio de morfología	3.200
1931240	Extendido de sangre periférica, observación microscópica con recuento diferencial por Especialista.	8.390
1931250	Factor II de la coagulación	2.010
1935760	Factor intrínseco	27.940

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1931290	Factor IX de la coagulación	12.785
1935770	Factor reumatoideo cuantitativo (nefelometría)	28.040
1915780	Factor reumatoideo semicuantitativo (látex)	4.430
1931260	Factor V de la coagulación	12.785
1931270	Factor VII de la coagulación	12.785
1931280	Factor VIII de la coagulación	12.785
1931300	Factor X de la coagulación	12.785
1931310	Factor XI de la coagulación	12.785
1931320	Factor XII de la coagulación	12.785
1931330	Factor XIII de la coagulación	12.785
1931340	Factor de la coagulación Von Willebrand	40.900
1921345	Factores A1, A2, H y otros ligados a los grupos sanguíneos	2.430
1935785	Fagocitosis (citometría de flujo)	40.075
1935788	Fagocitosis, estudio capacidad fagocitaria de leucocitos	5.685
1934790	Fenilalanina - fenilcetonuria (prueba de tamización)	4.450
1933450	Fenitoína libre	30.035
1933460	Fenitoína total	20.560
1933470	Fenobarbital	20.560
1933480	Fenotiazinas	11.765
1916520	Fenotipos Rh (C, c, E, e) c/u	11.565
1932640	Ferritina	14.840
1921350	Fibrinógeno por coagulación	5.380
1931360	Fibrinolisinas	3.060
1924570	Fosfatasa ácida prostática (EIA/RIA)	15.430
1922650	Fosfatasa ácida total	3.610
1935400	Fosfolípidos, prueba cuantitativa para anticuerpos tipo IgA, IgG e IgM (EIA)	89.010
1935401	Fosfolípidos, prueba cuantitativa por EIA, incluye: cardiolipina, fosfatidil etanolamina, fos fatidil glicerol, fosfatidil serina, inosetol y ácido fosfatidil para inmunoglobulina G y M, c/u.	7.330
1922660	Fosfatasa alcalina	3.495
1932665	Fosfatasa alcalina específica de hueso	42.075
1922670	Fósforo inorgánico, fosfatos	3.585
1924800	Fósforo inorgánico, fosfatos en orina de 24 horas	7.275
1932675	Fracción excretada de bicarbonato	77.140
1932680	Fracción excretada de sodio FENA	27.940
1921370	Fragilidad osmótica de los eritrocitos	3.365
1931380	Fragilidad osmótica incubada de los eritrocitos	27.940
1917360	Frotis rectal (directo y azul de metileno)	2.870
1932690	Fructosa	13.970
1922700	Fructosamina	7.695
1932705	Galactosa	7.280
1922710	Gama glutamil transferasa GGT	8.970
1932720	Gases arteriales	11.665
1934805	Gases en orina	34.065
1933900	Gastrina	26.605
1933490	Gentamicina	17.010
1935790	Giardia Lamblia, anticuerpos IgG	48.885
1923910	Globulina transportadora de tiroxina TBG	21.525
1912735	Glucometría	2.360

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1912730	Glucosa	2.845
1914810	Glucosa cuantitativa en orina	2.870
1931390	Glucosa 6-fosfato deshidrogenasa, cualitativa	14.245
1931400	Glucosa 6-fosfato deshidrogenasa, cuantitativa	24.555
1912740	Glucosa pre y post carga incluye carga de glucosa	9.230
1912750	Glucosa pre y post prandial	7.880
1912755	Glucosuria	2.360
1933920	Gonadotropina coriónica, subunidad alfa	19.550
1933940	Gonadotropina coriónica, subunidad beta cuantitativa	16.145
1913930	Gonadotropina coriónica, subunidad beta cualitativa, prueba de embarazo	13.750
1937370	Grasas en fecales	4.430
1925800	Haptoglobina	7.710
1935803	Haptoglobina (nefelometrìa)	21.540
1935805	Helicobacter pylori, anticuerpos IgA	27.550
1935807	Helicobacter pylori, anticuerpos IgG	27.550
1935808	Helicobacter pylori, anticuerpos IgM	27.550
1935810	Helicobacter pylori, anticuerpos totales	28.235
1936920	Helicobacter pylori, cultivo	28.235
1936925	Helicobacter pylori, prueba rápida de ureasa	7.015
1911410	Hematocrito por centrifugación	1.310
1936930	Hemocultivo para gérmenes aerobios (cada muestra) por método automático	27.940
1926940	Hemocultivo para gérmenes aerobios (cada muestra) por método manual	24.895
1936950	Hemocultivo para gérmenes anaerobios (cada muestra) por método automático	41.900
1936960	Hemocultivo para gérmenes anaerobios (cada muestra) por método manual)	29.725
1911420	Hemoglobina	1.820
1931430	Hemoglobina A2 (cromatografía de columna)	14.645
1931440	Hemoglobina fetal (desnaturalización por álcali)	2.585
1932760	Hemoglobina glicosilada HbA (anticuerpos monoclonales)	17.965
1922770	Hemoglobina glicosilada total (cromatografía de columna)	13.720
1931450	Hemoglobina plasmática	9.095
1911460	Hemoglobina y hematocrito (manual)	3.135
1911480	Hemograma tipo I (Hemoglobina, hematocrito, recuento total y diferencial de leucocitos, y morfología, por métodos manuales); incluye sedimentación.	5.965
1911490	Hemograma tipo III (Hemoglobina, hematocrito, rojos, índices eritrocitarios, recuento total y diferencial de leucocitos y plaquetas por métodos semiautomáticos y morfología, por métodos manuales; incluye sedimentación.	8.135
1931500	Hemograma tipo IV (Hemoglobina, hematocrito, rojos, índices eritrocitarios, ancho de distribución de los eritrocitos, recuento total y diferencial de leucocitos de tres líneas, plaquetas y volumen medio plaquetario por métodos electrónicos y morfología, por métodos electrónicos; incluye sedimentación.	9.440
1931510	Hemograma tipo V (Hemoglobina, hematocrito, rojos, índices eritrocitarios, ancho de distribución de los eritrocitos, recuento total y diferencial de leucocitos de cinco líneas, plaquetas y volumen medio plaquetario por métodos electrónicos y morfología, por métodos electrónicos; incluye sedimentación.	10.125
1931520	Hemólisis ácida (prueba de Ham)	4.750
1911530	Hemoparásitos, en extendido de sangre periférica	2.845
1911540	Hemoparásitos, en gota gruesa	5.875
1932780	Hemopexina (IDR)	19.960
1924820	Hemosiderina en orina	14.665
1931550	Heparina (coagulación)	2.775
1931560	Heparina, niveles de (cromógenos)	32.725

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1935820	Hepatitis A, anticuerpos IgM - anti HVA-M	24.430
1935830	Hepatitis A, anticuerpos totales - anti HVA	23.835
1935840	Hepatitis B, anticuerpos c IgM - anti HBc-M	26.010
1935850	Hepatitis B, anticuerpos c totales - anti Hbc	23.835
1935860	Hepatitis B, anticuerpos e - anti HBe	23.835
1935870	Hepatitis B, anticuerpos - anti HBs	25.220
1935880	Hepatitis B, antígeno e-Ag-HBe	23.835
1935890	Hepatitis B, antígeno -Ag-HBs	22.455
1935900	Hepatitis C, anticuerpos - anti HVC	33.625
1935910	Hepatitis delta, anticuerpos anti HVD	24.430
1925920	Herpes simplex I + II, antígenos (EIA)	18.695
1935930	Herpes simplex I, anticuerpos IgG (EIA)	19.575
1935940	Herpes simplex I, anticuerpos IgM (EIA)	21.955
1935950	Herpes simplex II, anticuerpos IgG (EIA)	19.575
1935960	Herpes simplex II, anticuerpos IgM (EIA)	35.575
1933494	Hidrocarburos	9.275
1933950	Hidroxicorticosteroides, 17 (17- OhCS)	8.685
1933960	Hidroxiprogesterona 17-alfa-	25.220
1933965	Hidroxiprogesterona 17 alfa pre y post ACTH, 2 muestras	58.105
1933970	Hidroxiprogesterona 20	33.620
1931570	Hierro medular (sin toma de muestra)	12.675
1922790	Hierro total	15.825
1932800	Hierro total (fluorometría)	30.035
1931580	Histograma de eritrocitos en orina	9.075
1935970	Histoplasma, anticuerpos	36.435
1935985	HLA A, B,C - clase I, antígenos de histocompatibilidad (serología)	148.265
1935978	HLA B27 (citometría de flujo)	84.150
1935980	HLA B27 (serología)	66.445
1935990	HLA completo (A, B, C, DR,DQ - Clase I y II (serología)	282.840
1935993	HLA DR (citometría de flujo)	30.050
1935995	HLA DR, DQ - clase II - (PCR-SSP)	315.560
1936000	HLA DR, DQ Clase II (serología)	141.060
1933497	Hongos, alucinógenos	18.560
1936010	Hongos, anticuerpos no especificados	15.330
1933980	Hormona adrenocorticotrópica (ACTH)	18.795
1933990	Hormona del crecimiento	25.415
1934000	Hormona del crecimiento pre y post-L-Dopa, 5 muestras	163.405
1934010	Hormona del crecimiento pre y post-clonidina, 5 muestras	163.405
1934020	Hormona del crecimiento pre y post-glucosa 5 muestras; incluye carga de glucosa	163.405
1934040	Hormona del crecimiento pre y post-clonidina 3 muestras	54.585
1934050	Hormona del crecimiento pre y post-clonidina 4 muestras	130.690
1934030	Hormona del crecimiento pre y post-ejercicio 3 muestras	65.340
1934035	Hormona del crecimiento pre y post-glucosa, 2 muestras; incluye carga de glucosa	57.100
1934038	Hormona del crecimiento pre y post-glucosa, 3 muestras; incluye carga de glucosa	85.155
1934060	Hormona del crecimiento pre y post-insulina 5 muestras; incluye glucometrías	185.760
1934065	Hormona del crecimiento pre y post-L-Dopa, 4 muestras; incluye glocumetrías	122.220
1934070	Hormona estimulante del tiroides (TSH)	22.050

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1934075	Hormona estimulante del tiroides (TSH) neonatal	20.655
1934073	Hormona estimulante del tiroides (TSH) ultrasensible	28.460
1934090	Hormona estimulante del tiroides pre y post TRH (dos horas, 4 muestras)	108.140
1934080	Hormona estimulante del tiroides pre y post TRH (una hora, 3 muestras)	83.495
1934085	Hormona estimulante del tiroides pre y post TRH (dos horas 4 muestras), ultrasensible)	113.830
1934078	Hormona estimulante del tiroides pre y post TRH, 2 muestras	42.075
1934079	Hormona estimulante del tiroides pre y post TRH, 2 muestras, ultrasensible	56.915
1934083	Hormona estimulante del tiroides pre y post THR, (una hora, 3 muestras), ultrasensible)	85.375
1934100	Hormona folículo estimulante (FSH)	25.440
1934115	Hormona folículo estimulante y hormona luteinizante pre y post-hormona liberadora de gonadotropina -4 muestras.	208.380
1934120	Hormona luteinizante (LH)	26.605
1934140	Hormona paratiroidea C-terminal	48.975
1934150	Hormona paratiroidea molécula intacta	48.975
1934160	Hormona paratiroidea molécula media	48.975
1934170	Hormona paratiroidea N-terminal	48.975
1937591	HPRT, en eritrocitos	21.145
1937594	HPRT, en raíces de cabello	81.905
1936020	HTLV-I, anticuerpos- anti- HTLV-I	23.835
1936030	HTLV-II, anticuerpos- anti - HTLV-II	34.525
1934175	Imipramina	13.260
1936035	Imnunoglobulinas de superficie (citometría de flujo)	30.050
1936040	Indice de aneuploidía-contenido de ADN en tumores sólidos- de muestra en fresco; incluye análisis de ciclo celular (citometría de flujo).	181.565
1936045	Indice de aneuploidía-contenido de ADN en tumores sólidos- de muestra en bloque de parafina (citometría de flujo).	200.360
1932810	Indice de madurez fetal, relación lecitina/esfingomielina	25.220
1936050	Inhibidor C1q estearasa	12.570
1931590	Inhibidor de tromboplastina tisular PAI-1	32.725
1936060	Inmunoelectroforesis	11.270
1936070	Inmunofijación en orina	83.805
1936080	Inmunoglobulina A- IgA (IDR)	12.485
1936090	Inmunoglobulina A-IgA (nefelometría)	24.550
1936100	Inmunoglobulina E total -IgE (RIA/EIA)	17.510
1936110	Inmunoglobulina G- IgG (IDR)	12.485
1936120	Inmunoglobulina G-IgG (nefelometría)	24.550
1936130	Inmunoglobulina M- IgM (IDR)	12.485
1936140	Inmunoglobulina M-IgM (nefelometría)	24.550
1936150	Inmunoglobulinas cadenas livianas Kappa (nefelometría)	30.730
1936160	Inmunoglobulinas cadenas livianas lambda (nefelometría)	30.730
1936162	Inmunotipificación básica de leucemia aguda - 5 marcadores (citometría de flujo)	200.360
1936163	Inmunotipificación básica de leucemia linfocítica aguda - 5 marcadores (citometría de flujo).	200.360
1936164	Inmunotipificación básica de leucemia linfocítica crónica - 5 marcadores (citometría de flujo).	200.360
1936165	Inmunotipificación básica de leucemia mielocítica aguda - 5 marcadores (citometría de flujo).	200.360
1936166	Inmunotipificación básica de leucemia mielocítica crónica -5 marcadores	

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	citometría de flujo).	200.360
1936167	Inmunotipificación básica de linfomas (citometría de flujo)	217.780
1936168	Inmunotipificación, marcador adicional (citometría de flujo)	30.050
1934180	Insulina libre	21.750
1934185	Insulina pre y post glucosa, dos muestras; incluye carga de glucosa	46.240
1934190	Insulina total	22.250
1922820	Ionograma (Na,K,Cl y bicarbonato)	20.000
1926970	Isospora belli, coloración ácido alcohol resistente modificada	7.680
1933500	Kanamicina	11.875
1936180	Legionella pneumoniae, anticuerpos (IFI)	29.965
1936980	Legionella spp, cultivo	28.235
1916986	Leishmaniasis, prueba directa microscópica	5.930
1926984	Leishmaniasis, prueba látex	4.750
1937596	Lesh-Nyhan, en leucocitos	47.085
1937598	Lesh-Nyhan, en raíz de cabello	94.180
1936181	Leucocitos CD14 -monocitos, granulocitos-(citometría de flujo)	30.050
1936182	Leucocitos CD33 -monocitos, granulocitos-(citometría de flujo)	30.050
1936183	Leucocitos CD34 -células progenitoras - (citometría de flujo)	47.085
1936184	Leucocitos CD45 -leucocitos totales- (citometría de flujo)	30.050
1933510	Lidocaina	11.875
1936175	Linfocitos B totales (citometría de flujo)	45.915
1936222	Linfocitos CD10 –linfocitos pre-B(CALLA) - (citometría de flujo)	30.050
1936224	Linfocitos CD16 - linfocitos T-NK- (citometría de flujo)	30.050
1936225	Linfocitos CD19 - linfocitos B totales-, (citometría de flujo)	30.050
1936227	Linfocitos CD20 - linfocitos B maduros- (citometría de flujo)	30.050
1936187	LinfocitosCD3 – linfocitos T-(IFI)	25.050
1936245	Linfocitos, cultivo mixto	47.370
1936185	Linfocitos CD3 – linfocitos T totales (Citometría de flujo)	47.370
1936188	Linfocitos CD3, CD4, CD8, linfocitos T totales y subpoblaciones (citometría de flujo)	142.100
1936228	Linfocitos CD38 - linfocitos T activados y B, linfocitos NK (citometría de flujo)	30.050
1936190	Linfocitos CD4 – linfocitos T ayudadores, monocitos - (citometría de flujo)	47.370
1936200	Linfocitos CD4 – linfocitos T ayudadores -(IFI)	35.210
1936229	Linfocitos CD56 - linfocitos NK - (citometría de flujo)	30.050
1936205	Linfocitos CD7 – linfocitos T y NK -(citometría de flujo)	30.050
1936210	Linfocitos CD8 linfocitos T citotóxicos, linfocitos NK (citometría de flujo)	47.370
1936220	Linfocitos CD8 linfocitos T citotóxicos (IFI)	35.210
1922830	Lipasa	6.330
1922840	Lípidos totales	7.275
1932850	Lipoproteína (a)	32.725
1926988	Listeria, identificación serológica	11.445
1933520	Litio	6.435
1932860	Magnesio (colorimétrico)	6.855
1936250	Malaria, anticuerpos IgG (IFI)	25.940
1916255	Mantoux, prueba (tuberculina)	4.295
1933525	Meperidina	13.260
1933530	Mercurio	20.970
1933533	Metacualona	12.475
1933536	Metadona en orina	10.845
1933538	Metaepinefrina	10.980

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1932870	Metahemoglobina, cualitativa	3.365
1932880	Metahemoglobina, cuantitativa	20.965
1932890	Metanefrinas	55.865
1933540	Metotrexate	11.875
1936990	Micobacterias no tuberculosas, cultivo	28.235
1936995	Micobacterias, PCR para identificar	243.915
1937000	Micosis profundas, cultivo	40.900
1927010	Micosis superficiales, cultivo	10.445
1917020	Micosis superficiales, estudio directo con KOH	2.845
1924830	Microalbuminuria (nefelometría)	12.570
1924840	Microalbuminuria (RIA/EIA)	27.230
1927030	Microsporidia, coloración tricrómica modificada	12.135
1937040	Mielocultivo, para gérmenes aerobios, no incluye toma de muestra	24.555
1937050	Mielocultivo, para gérmenes anaerobios, no incluye toma de muestra	32.725
1937060	Mielocultivo, para hongos, no incluye toma de muestra	41.900
1937070	Mielocultivo, para micobacterias, no incluye toma de muestra	32.725
1932895	Mioglobina	22.045
1934850	Mioglobina, en orina	5.040
1934855	Moco cervical, análisis (Sims Huhner)	8.685
1936255	Monocitos CD64 (citometría de flujo)	30.050
1936260	Mononucleosis infecciosa (EIA)	27.230
1916270	Mononucleosis infecciosa - (látex)	7.410
1932898	Monóxido de carbono	26.050
1936275	Mucopolisacáridos, por cromatografía o electroforesis	21.445
1937080	Mycobacterium tuberculosis, cultivo y antibiograma	53.770
1917110	Mycobacterium, coloración ácido alcohol resistente (baciloscopia)	4.915
1936280	Mycoplasma pneumoniae, anticuerpos IgG	9.095
1936290	Mycoplasma pneumoniae, anticuerpos IgM	27.940
1936295	Mycoplasma pneumoniae, anticuerpos totales	22.545
1927120	Neisseria gonorrhoeae, cultivo	17.195
1937130	Neisseria meningitidis, cultivo	34.920
1936300	Neisseria meningitidis, serotipo (látex)	34.920
1931630	Neutralización plaquetaria	28.235
1933543	Netilmicina	11.975
1912900	Nitrógeno uréico (BUN)	3.370
1914860	Nitrógeno uréico (BUN) en orina de 24 horas	3.370
1933546	Nitroprusiato	5.080
1933548	Nitrosonaftol	5.000
1937140	Nocardia spp, cultivo	28.235
1933550	Norepinefrina	55.865
1933555	Nortriptilina	13.000
1932910	Nucleotidasa -5	10.720
1933565	Organoclorados	13.000
1933570	Organofosforados	16.615
1932915	Osmolaridad (calculada) - incluye determinación de glucosa, nitrógeno uréico y sodio	15.025
1934870	Osmolaridad, en orina o suero (osmómetro)	14.570
1934200	Osteocalcina, glicoproteína G1a	41.900
1924880	Oxalatos en orina	15.870
1933173	Paranitrofenol	11.875

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1933576	Paraquat	11.875
1936310	Parotiditis viral, anticuerpos IgG(EIA)	27.940
1936313	Parotiditis viral, anticuerpos IgG, (EIA) sueros pareados (agudo y convaleciente)	50.090
1934885	Piridinolina, enlaces cruzados en orina	40.655
1932930	Piruvato	12.675
1936314	Plaquetas CD41 (citometría de flujo)	30.050
1934230	Péptido C	48.975
1917380	Ph en fecales	2.455
1931650	Plasminógeno	13.450
1932940	Plomo	16.810
1934890	Plomo, en orina	16.970
1927145	Pneumococcus, identificación serológica	7.085
1936315	Pneumocystis carinii, anticuerpos (IFI)	30.050
1927150	Pneumocystis carinii, coloración de plata metenamina	12.135
1924910	Porfobilinógeno urinario cuantitativo	8.505
1924912	Porfobilinógeno urinario, en orina de 24 horas (cromatografía)	30.490
1934900	Porfirinas cualitativas en orina	7.025
1932950	Potasio	7.695
1934920	Potasio en orina de 24 horas	7.375
1932960	Prealbúmina (nefelometría)	30.035
1933580	Primidona	11.970
1933590	Primidona con fenobarbital	60.060
1933600	Procainamida	13.260
1933610	Procainamida con metabolitos, procainamida N-acetil NAPA	8.685
1931660	Productos de degradación del fibrinógeno PDF	9.870
1934240	Progesterona	22.940
1934250	Prolactina, muestra única	20.875
1934260	Prolactina pre y post-TRH, 3 muestras	81.000
1924270	Prolactina, pool de tres muestras	26.520
1934265	Prolactina pre y post-TRH, 5 muestras	105.190
1936318	Properdina factor B	21.040
1933615	Propoxifeno en orina	13.000
1931670	Proteína C de la coagulación	40.905
1936320	Proteína C reactiva, cuantitativa (nefelometría)	14.170
1916330	Proteína C reactiva, cuantitativa (látex)	4.465
1914930	Proteína de Bence Jones, cualitativa	2.430
1931680	Proteína S de la coagulación, antígeno libre	40.905
1931690	Proteína S de la coagulación, antígeno total	40.905
1922970	Proteínas diferenciadas- Albúmina/Globulina	5.780
1924940	Proteínas en orina de 24 horas	2.845
1922980	Proteínas totales	2.845
1926350	Proteus OX-19, seroaglutinación	4.855
1926340	Proteus OX-2, seroaglutinación	4.855
1926360	Proteus OX-K, seroaglutinación	4.855
1932985	Protoporfirina zinc eritrocitaria ZPP	11.975
1932990	Prueba de absorción de la D-Xylosa	22.650
1937160	Prueba de concentración bactericida en suero y LCR	27.940
1911700	Prueba de ciclaje con metabisulfito de sodio	3.140
1921704	Prueba de compatibilidad, cruzada mayor, incluye: hemoclasificación de donante y	

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	Receptor.	12.135
1921707	Prueba de compatibilidad, cruzada menor, incluye: hemoclasificación de donante y receptor.	11.425
1917390	Prueba de Graham, oxiuros (frotis)	3.370
1931640	Prueba de neutralización de plaquetas PNP	35.700
1913000	Prueba de O'Sullivan confirmatoria, 4 muestras; incluye carga de glucosa	17.205
1913010	Prueba de O'Sullivan presuntiva , 2 muestras; incluye carga de glucosa	10.960
1921710	Prueba de protamina	12.665
1926370	Prueba de SIA para macroglobulinas	10.720
1913020	Prueba de tolerancia a la glucosa por 1 hora, 3 muestras, incluye carga de glucosa.	21.100
1913030	Prueba de tolerancia a la glucosa por 2 horas, 4 muestras, incluye carga de glucosa	21.100
1913031	Prueba de tolerancia a la glucosa por 2 horas, 5 muestras, incluye carga de glucosa	21.100
1913040	Prueba de tolerancia a la glucosa por 3 horas, 5 muestras, incluye carga de glucosa	21.100
1913050	Prueba de tolerancia a la glucosa por 4 horas, 6 muestras, incluye carga de glucosa.	25.095
1913060	Prueba de tolerancia a la glucosa por 4 horas, 7 muestras, incluye carga de glucosa.	28.985
1913070	Prueba de tolerancia a la glucosa por 5 horas, 7 muestras, incluye carga de glucosa.	28.985
1913080	Prueba de tolerancia a la glucosa por 5 horas, 8 muestras, incluye carga de glucosa.	32.980
1913090	Prueba de tolerancia a la glucosa por 6 horas, 8 muestras, incluye carga de glucosa.	32.980
1911720	Prueba de torniquete, fragilidad capilar	3.450
1927170	Prueba de Tzanck	6.075
1916380	Prueba inmunológica de embarazo en orina (EIA modificado)	13.930
1916390	Prueba inmunológica de embarazo en orina o suero, en placa (látex)	5.580
1937180	Pruebas de sensibilidad para hongos	34.920
1937190	Pruebas de sensibilidad para microbacterias	41.900
1933620	Quinidina	10.390
1933625	Quinina	26.050
1936400	RAST, cada alergeno	20.180
1937195	Reacción de Montenegro	10.785
1934572	Receptores de estrógenos y progesterona, en bloque de parafina	174.225
1934585	Receptores de progesterona y progesterona, en tejidos	200.360
1911730	Recuento de eosinófilos	2.130
1911740	Recuento de eosinófilos en esputo	2.150
1911750	Recuento de eosinófilos en moco nasal	2.150
1911760	Recuento de eosinófilos en orina	2.150
1921765	Recuento de Hamburger	7.265
1911770	Recuento de plaquetas, cualquier método (cuando se solicita independientemente).	2.640
1911780	Recuento de reticulocitos, método manual	2.750
1931775	Recuento de reticulocitos (citometría de flujo)	54.480
1931778	Recuento de reticulocitos (contador de partículas)	6.510
1911790	Recuento total y diferencial de glóbulos blancos, leucograma (método manual)	2.465

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1934280	Renina	25.220
1936405	Resistencia a la proteína C activada	36.065
1921800	Retracción del coágulo, cualitativo	1.940
1921810	Retracción del coágulo, cuantitativo	4.400
1927400	Rotavirus en materia fecal (EIA)	27.305
1927410	Rotavirus en materia fecal (látex)	11.915
1916628	RPR en suero	5.740
1936410	Rubéola, anticuerpos IgG (IHA)	18.985
1936413	Rubéola, anticuerpos IgG (IHA), sueros pareados (agudo y convaleciente)	30.050
1936420	Rubéola, anticuerpos IgG (RIA/EIA)	26.445
1936425	Rubéola anticuerpos IgG (RIA/EIA) anticuerpos pareados (agudo y convaleciente)	58.440
1936430	Rubéola, anticuerpos IgM (IHA)	22.455
1936440	Rubéola, anticuerpos IgM (RIA/EIA)	30.730
1933630	Salicilatos, prueba cualitativa o cuantitativa	8.405
1926450	Salmonella paratyphi A, seroaglutinación	4.855
1926460	Salmonella paratyphi B, seroaglutinación	4.855
1926470	Salmonella typhi H, seroaglutinación	4.855
1926480	Salmonella typhi O, seroaglutinación	4.855
1926485	Salmonella spp, estudio directo en materia fecal (látex)	13.200
1927430	Sangre oculta en materia fecal, determinación cualitativa de hemoglobina humana específica en fecales (EIA).	12.135
1917420	Sangre oculta en materia fecal, prueba de guayaco o equivalente	2.130
1936490	Sarampión, anticuerpos IgG (EIA)	22.555
1936493	Sarampión, anticuerpos IgG (EIA), sueros pareados (agudo y convaleciente)	45.085
1916500	Seroaglutinación para febriles	14.750
1933100	Serotonina-5 hidroxi triptamina	21.750
1933110	Sodio	5.480
1934950	Sodio en orina	5.255
1934290	Somatomedina C	37.305
1934300	Somatostatina	85.295
1916510	Streptococcus grupo A, beta hemolíticos, prueba directa (látex)	14.550
1927200	Streptococcus pyogenes, cultivo de garganta	14.565
1933115	Sucrosa	9.575
1927205	Sudán, tinción y lectura	5.465
1933120	Sulfahemoglobina, cualitativa	11.170
1933130	Sulfahemoglobina, cuantitativa	20.965
1933640	Talio	14.645
1936559	TdT (citometría de flujo)	40.075
1933650	Teofilina	13.730
1934310	Testosterona libre	23.835
1934320	Testosterona total	29.420
1931815	Tiempo activado de coagulación (reactivo de hemocromo)	11.170
1911820	Tiempo de coagulación (Lee White)	2.430
1931830	Tiempo de lisis de la euglobulina	5.585
1911840	Tiempo de protrombina	6.905
1921860	Tiempo de sangría de Ivy con simplante	12.260
1911850	Tiempo de sangría de Duke	1.835
1931870	Tiempo de trombina	4.140
1911880	Tiempo parcial de tromboplastina	8.625

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1934330	Tiroglobulina	32.725
1933134	Tirosina, cuantificación	47.085
1933137	Tirosina, test con raíz de cabello	70.640
1934340	Tirosina libre T4L	14.645
1934350	Tirosina total, T4 total, por EIA, RIA o quimioluminiscencia	14.985
1936560	Toxocara, anticuerpos totales	33.625
1936565	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgA (EIA)	30.050
1936570	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgG (EIA)	22.750
1936573	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgG (EIA), sueros pareados (agudo y convaleciente)	39.070
1936580	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgG (IFI)	19.580
1936583	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgG (IFI), sueros pareados (agudo y convaleciente)	30.080
1936585	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgM (EIA)	25.050
1936587	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgM (EIA) sueros pareados, (agudo y convaleciente	59.450
1936590	Toxoplasma gondii, anticuerpos IgM (IFI)	29.420
1923140	Transferrina (IDR)	10.530
1933150	Transferrina (nefelometría)	27.230
1936605	Treponema pallidum, anticuerpos IgM o IgG	25.050
1926610	Treponema pallidum, FTA en LCR.	18.910
1926600	Treponema pallidum, FTA absorbido	29.220
1913160	Triglicéridos	4.750
1937215	Tripanosoma Cruzi (Machado Guerreiro)	10.680
1936615	Tripanosomiasis, determinación de Ac	19.350
1934390	Triyodotironina,captación	16.370
1934370	Triyodotironina reversa T3R	16.765
1934380	Triyodotironina total, T3 total, por RIA, EIA o quimioluminiscencia	17.305
1934360	Triyodotironina libre T3L	16.065
1933165	Troponina T cualitativa - prueba rápida	25.610
1933168	Troponina T cuantitativa	36.065
1917440	Uroanálisis, citoquímico de orina, incluye química por cualquier método y sedimento	3.480
1917450	Uroanálisis, química con tirilla sin sedimento	3.070
1917460	Uroanálisis, sedimento urinario solo	1.835
1927470	Urobilinógeno en materia fecal, cualitativo	3.060
1927480	Urobilinógeno en materia fecal, cuantitativo	20.965
1924960	Urobilinógeno en orina, semicuantitativo	18.215
1937463	Uroporfirinas	8.685
1933660	Vancomicina	11.875
1936620	Varicella zoster, anticuerpos IgG	13.055
1936623	Varicella zoster, anticuerpos IgG, sueros pareados (agudo y convaleciente)	45.085
1936625	Varicella zoster, anticuerpos IgM	25.050
1916630	VDRL en LCR, no incluye toma de muestra	4.400
1916640	VDRL en suero, serología	3.645
1926660	VIH, anticuerpos anti VIH (IHA)	24.045
1926650	VIH, anticuerpos anti VIH (EIA)	21.750
1936670	VIH, prueba confirmatoria (W-B)	115.395
1936677	Virus carga viral, prueba cuantitativa por PCR (hepatitis B, hepatitis C, HIV), c/u	326.670
1936678	Virus carga viral, prueba cualitativa por PCR (hepatitis C)	173.250

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1936679	Virus carga viral, prueba cuantitativa ultrasensible (VIH)	326.670
1936680	Virus sincitial respiratorio, antígeno o adenovirus	16.715
1933170	Vitamina B12 (cianocobalamina)	30.035
1933663	Warfarina cualitativa	10.520
1933665	Warfarina cuantitativa	15.025
1937220	Yersinia enterocolítica, cultivo	28.235
1933668	Yoduros	4.810
1933180	Zinc	15.760

PARAGRAFO 1. De conformidad con las disposiciones contenidas en la Resolución No. 00320 de 1997, emanada del Ministerio de Salud, el tercer dígito del código determina con los números 1, 2 y 3, el nivel de complejidad del Laboratorio Clínico, en donde se puede realizar cada una de las pruebas.

En la medida que un laboratorio esté en capacidad técnica para realizar exámenes de un nivel de complejidad superior al de su clasificación, el Instituto podrá contratar la práctica de los mismos, siempre y cuando los resultados de la acreditación por parte del Departamento de Calidad de Servicios de Salud del ISS así lo demuestren.

PARAGRAFO 2. El Instituto a través de las dependencias responsables del control, establecerá si las tarifas aplicadas por el proveedor del servicio en la cuenta de cobro se ajustan a la tecnología utilizada en la realización de la prueba.

PARAGRAFO 3. Las pruebas dinámicas identificadas con los códigos 1932390, 1932990, 1933790, 1933800, 1933810, 1933820, 1933830, 1933875, 1933965, 1934000, 1934010, 1934040,1934050, 1934060, 1934065, 1934078, 1934079, 1934080, 1934083, 1934085, 1934090, 1934110, 1934115, 1934260 y 1934265, que para la realización del examen requieren de la administración de medicamentos a fin de lograr el estímulo, la provisión de los mismos los pagará el Instituto hasta por el precio determinado en el articulo 57 de este Manual, según la clasificación de uso del medicamento esencial , o hasta el valor de adquisición más el cinco por ciento (5%) si el producto es extrictamente necesario para la práctica de la prueba no se expende en el Territorio Nacional.

PARAGRAFO 4. El perfil lipídico lo integran las siguientes pruebas: triglicéridos, colesterol total, colesterol de alta densidad HDL y colesterol de baja densidad LDL (enzimático); para su facturación, el valor es igual a la sumatoria de tarifas de las tres primeras mencionadas.Esta última prueba se reconocerá únicamente si es ordenado como colesterol de baja densidad (inmunológico directo).

ARTICULO 20. Señálase para los exámenes y procedimientos Anatomopatológicos (20), las siguientes tarifas:

1 -BIOPSIAS

SIMPLES : UNA SOLA MUESTRA

20101	Estudio con tinciones de rutina	19.735
20102	Estudio con tinciones especiales	28.535
20103	Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia-	41.140
20104	Estudio con tinciones especiales, inmunofluorescencia y microscópia electrónica	89.160
20105	Estudio de cada marcador con inmunoperoxidasa	17.425
20106	Estudio por congelación y/o en parafina	61.965

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

MULTIPLES: DOS O MAS MUESTRAS

20110	Estudio con tinciones de rutina	31.075
20111	Estudio con tinciones especiales	35.410
20112	Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia	58.665
20113	Estudio con tinciones especiales, inmunofluorescencia y microscópia electrónico	127.160
20114	Estudio por congelación y/o en parafina	20.940

2 -ESPECIMENES QUIRURGICOS

ESTUDIO DE ESPECIMENES SIMPLES (SIN DISECCION GLANGLIONAR) VESICULA, APENDICE, AMIGDALA, GLANDULAS SALIVARES, EPIPLON O PERITONEO, ARTERIA, PIEL, TROMPA UTERINA, ETC.

20201	Estudio con tinciones de rutina	27.770
20202	Estudio con tinciones especiales	48.615
20203	Estudio con inmunofluorescencia	64.435
20204	Estudio con microscopía electrónica	81.315

ESTUDIO DE ESPECIMENES QUIRURGICOS (CON DISECCION GANGLIONAR), MAMA, ESTOMAGO, CONO CERVICAL, UTERO, RIÑON, BRAZO, MUSLO, PIERNA, ETC.

20205	Estudio con tinciones de rutina	57.695
20206	Estudio con tinciones especiales	97.340
20207	Estudio con imnunofluorescencia	128.855
20208	Estudio con microscopía electrónica	162.630
20209	Estudio con marcador tumoral, al procedimiento realizado, agregar:	45.960

3 -CITOLOGIAS

20301	Vaginal tumoral (toma , procesamiento y lectura)	9.140
20302	Vaginal funcional , cada muestra (toma procesamiento y lectura)	5.090
20303	Estudio de líquidos (pleural, gástrico, ascítico, LCR, lavado bronquial,o broncoalveolar, esputo u orina, etc.).	9.400
20304	Estudio de líquidos (pleural, gástrico, ascítico, LCR, lavado bronquial o broncoalveolar, esputo u orina, etc.), en bloque de parafina.	13.505
20305	Por aspiración o punción (BACAF)	17.915
20306	Aspirado de médula ósea	43.695
20307	Aspirado de médula ósea con inmunohistoquímica	66.530

4 -NECROPSIAS

20401	Completa con estudio macro y microscópico	102.900
20402	Completa con estudio macro, microscópico y embalsamamiento	182.715
20403	Embalsamamiento	85.695
20404	Formolización	42.950
20405	Feto y placenta	49.580

PARAGRAFO 1. En el evento que de acuerdo con las necesidades el Instituto se vea precisado a contratar el servicio del Histotecnólogo para el procesamiento del tejido

(deshidratación, aclaración, embibición, inclusión y coloración), en esta circunstancia se pagará por caso, las siguientes tarifas:

20601	Biopsia simple con tinciones de rutina	3.505
20602	Biopsia múltiple con tinciones de rutina	4.385
20603	Biopsia simple o múltiple con tinciones especiales, distintas a nitrato de plata o cloruro de oro.	5.115
20604	Biopsia simple o múltiple con tinción de nitrato de plata o cloruro de oro	7.310
20605	Especimen sin disección ganglionar, con tinciones de rutina	4.385
20606	Especimen con disección ganglionar, con tinciones de rutina	9.645
20607	Especimen con o sin disección ganglionar, con tinciones especiales, distintas a nitrato de plata o cloruro de oro.	5.850
20608	Especímenes con o sin disección ganglionar, con tinción de nitrato de plata o cloruro de oro.	8.765

PARAGRAFO 2 . El valor señalado anteriormente, según el tipo de estudio ordenado, se descontará de la tarifa establecida en este Artículo para la práctica integral del estudio y su diferencia será la suma a reconocer al profesional o Entidad por el manejo inicial de la muestra, análisis y diagnóstico.

ARTICULO 21. Señálase para los exámenes y procedimientos de: IMAGENOLOGIA, las siguientes tarifas:

RADIOLOGIA (21)

1- HUESOS

EXTREMIDADES Y PELVIS

211101	Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), edad ósea (carpograma), calcáneo.	14.030
211102	Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato	18.180
212103	Test de farill (osteometría o medición de miembros inferiores), estudio de pié plano (pies con apoyo).	20.460
212104	Test de anteversión femoral	22.865
211105	Pelvis, cadera, articulaciones sacro-ilíacas y coxo-femorales	17.310
211106	Comparativas de las regiones anteriores; al valor de la región agregar:	8.040
211107	Tomografía osteoarticular; al valor de la región agregar:	29.930
211108	Proyección adicional (stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la región agregar.	8.040
211109	Tangencial de rótula	23.240
212110	Panorámica de miembros inferiores o columna (goniometría u ortograma), en adultos; formato 14" x 36".	79.875
212111	Panorámica de miembros inferiores o columna (goniometría u ortograma), en niños; formato 14" x 17" .	30.720
211112	Estudio de huesos largos A.P.	66.195
211113	Fotopodografía	45.135
212114	Osteodensitometría por absorción dual de R.x.	109.165

CRANEO, CARA Y CUELLO

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

211120	Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, base del cráneo.	18.780
211121	Senos paranasales, maxilar inferior, órbita, articulaciones temporomandibulares, agujeros ópticos.	18.895
211122	Cráneo simple	20.445
211123	Cráneo simple más base de cráneo.	29.235
211124	Panorámica de maxilares, superior e inferior	41.325
211125	Panorámica de maxilar superior	24.795
211126	Panorámica de mandíbula	23.140
211127	Perfilograma para cefalometría	30.215
211128	Mastoides comparativas, peñascos, conductos auditivos internos	26.775
212129	Tomografía lineal de las regiones anteriores; agregar	29.930
212130	Proyecciones adicionales	8.040
212131	Politomografía	80.940
212132	Tomografía funcional de laringe	46.340
211133	Cavum faríngeo, cuello y tejidos blandos	20.935

COLUMNA VERTEBRAL

211141	Columna cervical	22.910
211142	Columna dorsal o torácica	22.425
211143	Columna lumbosacra	27.945
211144	Sacro cóccix	22.555
212145	Test de escoliosis	38.990
211146	Proyecciones dinámicas o adicionales; al valor del examen, agregar	8.040
212147	Tomografía lineal de columna, por segmento; agregar:	36.705

2 -TORAX

211201	Tórax (P.A. o P.A y lateral), reja costal	19.675
211202	Fluoroscopia pulmonar, movilidad – diafragmática	13.130
211203	Esternón, articulaciones esterno-claviculares	17.975
212204	Serie cardiovascular (corazón y grandes vasos, silueta cardíaca)	37.900
211205	Proyecciones adicionales de tórax : apicograma, decúbito lateral, oblicuas, lateral con bario, etc., cada una; agregar.	10.375
212206	Tomografía de tórax A.P.	66.335
212207	Tomografía de tórax en dos proyecciones	77.805
212208	Tomografía de mediastino y tráquea	77.925
211210	Mamografía uni o bilateral	69.620
212211	Fluoroscopia para implantación de marcapaso; al valor del tórax, agregar:	63.010

3-ABDOMEN

ABDOMEN Y GENITO-URINARIO

211301	Abdomen simple	23.210
211302	Abdomen simple con proyecciones adicionales, serie de abdomen agudo	30.810
212303	Pielografía retrógrada o anterógrada	32.685
212304	Urografía intravenosa	52.185
212305	Urografía con nefrotomografía (estudio de hipertensión)	61.720

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

VIAS BILIARES

212320	Colecistografía	37.695
212321	Colangiografía operatoria	35.535
212322	Colangiografía post-operatoria	28.945
212323	Fluoroscopia para colangiografía endoscópica retrógrada (transduodenal)	52.480
212324	Fluoroscopia para papilectomía y/o extracción de cálculos biliares	69.640
212325	Colangiografía - tomografía	52.510
212326	Colecisto-tomografía	45.135
212327	Procedimiento especial con fluoroscopia ; al valor de la región, agregar:	45.135

VIAS DIGESTIVAS

212330	Esófago	24.530
212331	Estómago, duodeno y tránsito intestinal	53.995
212332	Esófago, estómago y duodeno (vías digestivas altas) pediátricas	56.685
212333	Tránsito intestinal convencional	50.405
212334	Tránsito intestinal doble contraste	61.895
212335	Colon por enema convencional o colon por ingesta	50.855
212336	Colon por enema con doble contraste	57.355
212337	Esófago, estómago y duodeno, adultos, con doble contraste	62.695
212338	Deglución - esofagograma, con cine o video grabación (incluye: estudio de esófago).	42.660

4 -EXAMENES ESPECIALES INTERVENCIONISTAS

213400	Arteriografía carotídea y/o vertebral extracraneana (incluye: aortograma del cayado y arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebrales), bilateral.	247.925
213401	Arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebrales, extra e intracraneanas (panangiografía cerebral), bilateral.	326.495
213402	Venografía diagnóstica de cabeza y cuello (estudio de uno o más vasos)	230.015
213403	Angiografía espinal por segmento (cervical, torácica o lumbar)	195.650
213404	Mielografía cervical	125.675
213405	Mielografía torácica o lumbar	79.875
213406	Discografía (un disco)	71.790
213407	Discografía (dos o más discos)	180.855
213408	Arteriografía renal (incluye aortograma abdominal y arteriografía renal selectiva), bilateral.	252.880
213409	Arteriografía periférica por punción	61.895
213410	Portografía arterial	115.630
213411	Aortograma torácico	109.920
213412	Aortograma abdominal	109.920
213413	Arteriografía pulmonar	144.840
213414	Arteriografía de miembros superiores (incluye: aortograma torácico, arteriografía selectiva de miembros superiores), bilateral.	297.510
213415	Arteriografía abdominal selectiva; comprende: arteria gastroduodenal, tronco celíaco, mesentérica superior e inferior.	258.705
213416	Arteriografía pulmonar (incluye: cateterismo derecho), bilateral	302.425
213417	Arteriografía de miembros inferiores (incluye: aortograma abdominal y arteriografía selectiva de miembros inferiores), bilateral.	258.705
213418	Embolización percutánea (excluye cabeza y cuello)	170.660

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

213419	Fármaco-angiografía percutánea	138.640
213420	Angioplastia periférica con balón, uno a dos vasos	308.155
213421	Angioplastia periférica con balón, más de dos vasos	375.145
213422	Angioplastia periférica y/o aterectomía, un vaso, más colocación intravascular de uno o más STENTS.	386.395
213423	Angioplastia periférica y/o aterectomía, dos o más vasos, más colocación intravascular de uno o más STENTS.	485.005
213424	Angioplastia extracraneana con balón, (carótida o vertebral) un vaso	308.155
213425	Angioplastia extracraneana con balón, (carótida o vertebral) dos vasos	375.145
213426	Angioplastia extracraneana con balón, (carótida o vertebral) un vaso, más colocación intravascular de uno o más STENTS.	386.400
213427	Angioplastia extracraneana con balón, (carótida o vertebral) dos vasos, más colocación intravascular de uno o más STENTS.	468.930
213428	Aterectomía periférica (incluye: aterectomía direccional, rotacional o de extracción)	446.370
213429	Trombolisis arterial selectiva percutánea (sesión)	138.640
213430	Flebografía de miembro superior o inferior- cada extremidad	49.695
213431	Cavografía	45.620
213432	Estudio de hipertensión portal con hemodinamia (incluye: esplenoportografía)	184.020
213433	Portografía transhepática	133.660
213434	Venografía selectiva para toma de muestras para química sanguínea-	57.360
213435	Flebografía gonadal	57.345
213436	Colocación de filtro en la vena cava	164.305
213438	Extracción percutánea de cuerpo extraño intravascular-arterial	154.500
213439	Extracción percutánea de cuerpo extraño intravascular - venoso	138.800
212440	Fluoroscopia para cuerpo extraño endo-ocular (Sweet)	52.370
212441	Fluoroscopia para dacriocistografía unilateral, faringolaringografía o broncografía no endoscópica	33.325
212442	Sialografía (por glándula)	51.015
212443	Galactografía	41.090
212444	Dacriocistografía (por glándula)	51.015
213445	Localización de lesión no palpable en seno con arpón	56.090
213446	Citopunción dirigida de seno	44.825
213447	Biopsia por estereotaxia en seno	91.085
213448	Fluoroscopia para gastrostomía percutánea o endoscópica	119.370
213449	Instrumentación percutánea, colecistostomía percutánea (drenaje dilatación y derivación).	125.085
213450	Dilatación y colocación de prótesis en vía biliar	169.725
213451	Fluoroscopia para litotripsia o disolución de cálculos	118.010
213452	Extracción percutánea de cálculos biliares	160.165
212453	Uretrografía retrógrada	36.475
212454	Cistografía o cistouretrografía	36.475
212455	Genitografía o vaginografía	36.475
212456	Histerosalpingografía	36.475
212457	Salpingografìa selectiva con recanalización de trompa	118.270
212458	Pielografía	71.080
212459	Pielografía (control)	57.575
213460	Nefrostomía percutánea	85.340
213461	Extracción de cálculos renales o cuerpos extraños por vía percutánea	142.155
213462	Dilatación transuretral de la próstata	38.185

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

213463	Cavernografía y cavernometría	129.275
213464	Revisión de procedimientos anteriores	47.060
213465	Drenaje percutáneo de abscesos o colecciones	85.340
212466	Artrografía o neumoartrografía	50.310
213467	Estudios de vasos linfáticos (Linfangiografía)	142.555
212468	Fistulografía; al valor de la región, agregar:	22.185
213469	Biopsia percutánea por punción o aspiración	36.715
213470	Colangiografía percutánea	71.080
213471	Cambio de tubo, reubicación	47.060
213472	Trombolisis venosa profunda	180.230
213473	Colocación de Stents en esófago, tráquea, bronquios o vía urinaria	169.725
213474	Tratamiento de hipertensión portal por derivación porto-sistemica transyugular intrahepática.	646.760
213501	Terapia endovascular intracraneal, para: aneurismas, malformaciones A.V., trombolisis cerebral, vasoespasmo, fístulas A.V., piales no galénicas, malformación de la vena de Galeno, fístulas carótido-cavernosas o infusión de quimioterapia supraselectiva de tumores cerebrales; incluye: panangiografía.	2.054.345
213502	Terapia endovascular extracraneal, para: fístulas durales (congénitas o adquiridas), fístulas vertebrales, carotídeas, hemangiomas de cabeza y cuello, embolización de tumores, epixtasis, test de Oclusión carotídea o vertebral o test de amital (WADA); incluye: panangiografía.	1.569.445
213503	Terapia endovascular para malformaciones espinales incluye: arteriografía espinal	2.035.835
213504	Esclerosis percutánea de lesiones vasculares de cabeza, cuello, tórax, abdomen o extremidades (excepto várices).	308.290
213505	Terapia endovascular de aneurisma de aorta	2.054.345

5 -TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA O ESCANOGRAFIA

213601	Cráneo simple	92.425
213602	Cráneo con contraste	101.380
213603	Cráneo simple y con contraste	116.070
213604	Oído, peñasco y conducto auditivo interno (cortes axiales y coronales)	101.450
213605	Silla turca (hipófisis)	101.450
213606	Senos paranasales o cara (cortes axiales y coronales)	101.450
213607	Rinofaringe	101.450
213608	Orbitas	78.855
213609	Columna cervical, columna dorsal o columna lumbar, hasta 3 espacios	85.970
213610	Columna cervical, dorsal o lumbar, espacio adicional	20.615
213611	Cuello (tejidos blandos)	85.970
213612	Laringe	85.970
213613	Tórax	96.180
213614	Tórax extendido al abdomen superior (incluye suprarrenales)	125.560
213615	Abdominal	108.960
213616	Pelvis	85.970
213617	Abdomen y pelvis (abdomen total)	126.545
213618	Extremidades y articulaciones	78.855
213619	Articulación temporomandibular	101.385
213620	Anteversión femoral o anteversión tibial	29.910
213621	Axiales de rótula o longitud de miembros inferiores	29.910

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

213622	Osteodensitometría (por TAC cuantitativo)	101.385
213623	Estudio de maxilares (Implantología)	101.450
213624	Exámenes con modalidad dinámica (secuencia rápida), agregar a la tarifa del estudio	26.350
213625	Guía escanográfica para procedimientos intervencionistas, agregar a la tarifa del estudio (uso exclusivo del equipo).	78.855
213626	Reconstrucción tridimensional, agregar a la tarifa del estudio	133.990
213627	Biopsia percutánea por punción o aspiración; agregar a la tarifa del estudio	24.090
213628	Derivación o drenaje; agregar a la tarifa del estudio	55.995

6-PORTATILES

212701	Portátiles sin fluoroscopia e intensificador de imagen (practicado en habitación, UCI , R.N. o quirófanos); al valor del estudio, agregar:	14.865
212702	Portátiles con fluoroscopia y/o intensificador de imagen (practicado en quirófanos, sala especial o U.C.I.); al valor del estudio, agregar;	44.100

MEDICINA NUCLEAR (22)

1 SISTEMA ENDOCRINO

22101	Captación tiroidea de I – 131 a 4 y/ o 24 horas	27.930
22102	Gamagrafía de tiroides	43.545
22103	Recorrido corporal con I-131 (rastreo de metástasis)	107.445
22104	Estudio con MIBG (entre otros, estudio de feocromocitoma)	251.355
22105	Terapia para cáncer de tiroides	392.905
22106	Terapia para hipertiroidismo	127.900
22107	Gamagrafía de glándulas paratiroides	249.920
22108	Prueba de supresión (retenciones)	69.675
22109	Test de perclorato	62.170
22110	Estudio con iodo colesterol (Gamagrafía de suprarrenales)	158.970
22111	Terapia con fósforo 32	245.280
22112	Terapia con metaiodobencilguanidina suprarrenal	252.235
22113	Estudio con octreotide	164.530

2 -SISTEMA HEMATOPOYETICO Y LINFATICO

22201	Volumen de glóbulos rojos	115.490
22202	Vida media de glóbulos rojos	95.915
22203	Gamagrafía esplénica	44.725
22204	Gamagrafía de ganglios linfáticos	81.765
22205	Gamagrafía de médula ósea	82.160
22206	Estudio con leucocitos marcados	266.085
22207	Test de Shilling	153.120
22208	Estudio de infección con HIG	266.085

3 -SISTEMA GASTROINTESTINAL

22301	Gamagrafía hepatoesplénica	53.775
22302	Pool sanguíneo hepático	87.355

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

22303	Gamagrafía hepatobiliar (IDA)	145.700
22304	Investigación de hemorragia digestiva	145.700
22305	Estudio de glándulas salivares	48.125
22306	Búsqueda de mucosa gástrica ectópica (divertículo de Meckel)	94.475
22307	Estudio de reflujo gastroesofágico	71.420
22308	Estudio de vaciamiento gástrico	126.815
22309	Estudio de tránsito esofágico	51.070
22310	Estudio de reflujo biliar	158.560

4 -SISTEMA NERVIOSO

22401	Gamagrafía cerebral estática	56.250
22402	Gamagrafía cerebral dinámica o estudio de muerte cerebral	48.750
22403	Cisternogamagrafía	89.610
22404	Evaluación de derivaciones	55.320
22405	Gamagrafía SPECT cerebral	211.690

5 -SISTEMA CARDIOVASCULAR

22501	Gamagrafía de pool sanguíneo	63.830
22502	Análisis de primer paso cardíaco	67.160
22503	Fracción de eyección ventrículo izquierdo	83.795
22504	Fracción de eyección ventrículo derecho	83.795
22505	Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo	121.345
22506	Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo y post-ejercicio	188.795
22507	Perfusión miocárdica en reposo	325.510
22508	Perfusión miocárdica en reposo y post-ejercicio	447.920
22509	Gamagrafía de miocardio con pirofosfatos	76.460
22510	Estudios vasculares arteriales (perfusión)	46.565
22511	Venogamagrafía o flebogamagrafía	75.530
22512	Viabilidad miocárdica	271.985
22513	Estudio de trasplante cardíaco	271.985
22514	Estudio de perfusión carotídea	81.245

6 -SISTEMA RESPIRATORIO

22601	Gamagrafía pulmonar, perfusión	79.620
22602	Gamagrafía pulmonar, ventilación	75.125
22603	Búsqueda de hemorragia pulmonar	67.955
22604	Gamagrafía pulmonar, perfusión y ventilación	124.575
22605	Estudio de aclaramiento mucociliar	75.125
22606	Estudio de permeabilidad alvéolo capilar	72.185

7 -SISTEMA GENITOURINARIO (NEFROLOGIA)

22701	Renograma secuencial	72.185
22702	Renograma secuencial con filtración glomerular	86.740
22703	Flujo plasmático renal efectivo	117.570
22704	Residuo vesical	50.375
22705	Filtración glomerular	45.490

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

22706	Gamagrafía de contenido escrotal (perfusión)	47.510
22707	Cistogamagrafía	55.095
22708	Renograma basal y post captopril	153.120
22709	Gamagrafía renal estática	58.345
22710	Perfusión renal	6.950
22711	Renograma con MAG 3	110.690
22712	Renograma diurético	111.385
22713	Rechazo de trasplante renal	249.920
22714	Estudio de impotencia	271.985

8 -SISTEMA OSTEOARTICULAR

22801	Gamagrafía ósea	105.815
22802	Gamagrafía ósea de tres fases	132.270
22803	Gamagrafía ósea con SPECT	158.505
22804	Sinoviolisis con radioisótopos (Itrium 90)	433.295

9 - OTROS

22901	Dacriocistogamagrafía o gamagrafía de vías lagrimales	65.925
22902	Estudio con Galio 67 (para infección y tumores)	139.430
22903	Terapia de metástasis con estroncio	266.930
22904	Estudio de viabilidad tumoral	325.510
22905	Estudio de anticuerpos monoclonales	252.235
22906	Salivograma (Test de broncoaspiración)	75.060

PROCEDIMIENTOS ECOGRAFICOS VASCULARES NO INVASIVOS Y RESONANCIA MAGNETICA (31)

1-ECOGRAFIAS

311100	Obstétrica	17.070
311101	Obstétrica con perfil biofísico	24.710
312102	Obstétrica con perfil biofísico más doppler	47.005
311103	Ginecológica o pélvica	13.205
311104	Ecografía transvaginal para diagnóstico ginecológico u obstétrico	21.845
312106	Estudio integral folicular con eco vaginal (transductor de 7 MHZ o más)	46.100
311107	Hígado, páncreas, vía biliar y vesícula	24.545
311108	Riñones, bazo, aorta o adrenales	24.545
312110	Abdominal superior (incluye hígado, páncreas, vesícula, vías biliares, riñones, bazo y grandes vasos	39.000
312111	Abdominopélvica o abdomen total (además del estudio anterior, se agrega la pelvis y flancos)	49.085
311112	Tiroides, G. salivares, testículo o pene, con transductor de 7 MHZ o más	22.835
311113	Tejidos blandos (extremidades, pared abdominal, etc.) con transductor de alta frecuencia	28.750
311114	Articular (cadera pediátrica, hombro o rodilla), con transductor de 10 MHZ o más	26.775
311115	Tórax, pleura o pericardio	22.130
311116	Seno, con transductor de 7 MHZ o más	26.775
311117	Cerebral (ecografía transfontanelar), con transductor de 7.MHZ o más	33.495
311118	Píloro	21.570

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

311119	Trans-rectal de próstata, recto, etc. (transductor de 7 MHZ o más)	54.880
313120	Guía ecográfica para procedimiento: biopsia percutánea, punción, aspiración; a la tarifa del estudio, agregar por servicios profesionales.	30.460
313121	Derivación o drenaje; a la tarifa del estudio, agregar por servicios profesionales	70.800
313122	Localización con arpón lesión seno a la tarifa del estudio, agregar por servicios profesionales.	36.870
313123	Biopsia o punción por vía transrectal o transvaginal (transductor de 7 MHZ o más)	59.930
312124	Portátil para práctica del procedimiento en habitación, quirófano, o unidad especial; adicional a la tarifa del examen.	8.660
311125	Vías urinarias (incluye riñones, vejiga y próstata trans-abdominal), más estudio de residuo post-miccional.	28.750
313126	Histerosonografía o histerosalpingosonografía ; a la tarifa del estudio 311104(ecografía transvaginal), agregar por servicios profesionales.	32.460

2 -ESTUDIOS DE ECOGRAFIA Y DOPPLER (doppler duplex)

312230	Obstétrico con evaluación de circulación placentaria fetal	39.600
312231	Masas abdominales, pélvica, aorta, cava, riñones	81.095
312232	Flujo sanguíneo abdominal, para hipertensión portal	73.790
312233	Vasos periféricos de cuello, carótidas, vertebrales y yugulares, con análisis doppler	66.480
312234	Vasos periféricos de cuello, carótidas, vertebrales y yugulares, con doppler transcraneal	100.680
312235	Circulación arterial de miembros superiores o inferiores	89.975
312236	Venas superficiales y profundas de miembros superiores o inferiores, con análisis doppler.	77.855
312237	Otros vasos periféricos con análisis doppler	66.480
312238	Vascular escrotal (varicocele, torsión) o pene, con análisis doppler	34.450
312239	Estudio de impotencia	67.315
312240	Riñón trasplantado, con análisis doppler	46.235
312241	Otros órganos trasplantados-	56.360
312242	Ecografía cerebral transfontanelar, con análisis doppler	71.985
312243	Doppler transcraneal para monitoreo de procedimientos quirúrgicos o intervencionistas	151.070
312244	Doppler transcraneal para monitoreo de 24 horas	226.595
312245	Doppler ocular	66.400
312246	Vasos abdominales, con análisis doppler	66.480
313247	Guía punción vascular, para colocación de catéteres	95.915
313248	Tratamiento integral compresivo para seudoaneurisma en pacientes post-punción arterial por cateterismos o post-traumática.	151.070

3. ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS PLETISMOGRAFIA

312401	Oculopletismografía	39.600
312402	Pletismografía venosa o arterial de miembros superiores o miembros inferiores	39.600
312403	Pletismografía venosa o arterial de miembros superiores o miembros interiores, en reposo y post ejercicio.	67.315
312404	Pletismografía arterial peneana	39.600
312405	Medición de presiones segmentarias e índices arteriales	67.315

4 -RESONANCIA MAGNETICA

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

313301	Cerebro	336.430
313302	Orbitas	336.430
313303	Base de cráneo-silla turca	336.430
313304	Columna cervical	336.430
313305	Columna torácica	336.430
313306	Columna lumbosacra	336.430
313307	Tórax y aparato cardiovascular	336.430
313308	Abdomen	336.430
313309	Pelvis	336.430
313310	Angiografía por resonancia magnética	357.180
313311	Sistema músculo esquelético	336.430
313312	Pie, cuello de pie, rodilla, cadera, codo u hombro	257.925
313313	Articulación témporomandibular	257.925
313314	Exámenes comparativos de articulaciones	357.180
313315	Seno	242.105
313317	Médula ósea	357.180
313318	Estudio dinámico (cine resonancia)	317.580
313319	Pares craneanos	252.000
313320	Colangiografía	252.000
313321	Estudio de plejo braquial	25.200
313322	Examen con el medio de contraste gadolinio DTPA	527.625

PARAGRAFO 1. Las tarifas contempladas en este Artículo, para los estudios de radiología, distintos a los especiales intervencionistas y de TAC, son los valores máximos que el Instituto reconoce por su práctica con las proyecciones convencionales y cuando el procedimiento lleve el respectivo informe escrito del médico especialista radiólogo. En caso que el radiólogo no realice la correspondiente lectura, al valor estipulado para cada examen se le descontará el veintIcinco por ciento (25%), trátese de estudios de Niveles 1 o 2.

PARAGRAFO 2. Cuando el Instituto no disponga del recurso de médico radiólogo y determinados estudios radiológicos, distintos a los especiales intervencionistas y de TAC, no puedan ser interpretados por el médico solicitante, se podrá contratar con especialistas radiólogos la lectura de los mismos y se pagará el equivalente a un veinticinco por ciento (25%) del valor establecido para cada estudio en este Artículo, trátese de estudios de Niveles 1 o 2.

PARAGRAFO 3. Queda entendido que los estudios para los cuales se contratará su interpretación, con especialista radiólogo, son aquellos que por su complejidad no interpreta el médico solicitante. Será del control de la autoridad médica del Instituto la determinación y elección de estos procedimientos.

PARAGRAFO 4. Los medios de contraste, CO2, Stents y bolsas para aplicación del enema baritado, que se empleen en los estudios definidos en este Artículo, bajo los códigos 211101 a 213628, los pagará el Instituto hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%); así mismo, los catéteres guía, microcatéteres navegables, microguías, microespirales y material embolizante (goma, seda quirúrgica, colágeno, Stents, Gdc, etc.), que se utilicen en los procedimientos de terapia endovascular.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 5. En la práctica de los exámenes especiales intervencionistas de radiología, determinados en este Artículo, con excepción de los de terapia endovascular, adicional al valor operativo del estudio, el cual comprende los servicios del recurso humano, el consumo de materiales distintos a los relacionados en el Parágrafo 4 y los que se excluyen en el Artículo 106 de este Manual como componentes de la tarifa integral, así como los derechos de sala que incluye, entre otros componentes, la utilización de equipos, se reconocerá una suma igual por concepto de servicios profesionales del especialista que participe en su realización; se exceptúan de esta disposición, los siguientes:

a) Los que a continuación se listan, en cuyo caso los servicios profesionales del especialista, que efectúa el procedimiento quirúrgico, se pagan de acuerdo con el valor establecido para la intervención quirúrgica según el código que le corresponde.

ESTUDIO RADIOLOGICO		**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO**	
CODIGO	NOMBRE	CODIGO	NOMBRE
212440	Fluoroscopia para cuerpo extraño endo-ocular	02501	Extracción cuerpo extraño endo-ocular, en segmento anterior
213460	Nefrostomía percutánea	09104	Nefrostomía percutánea
213461	Extracción de cálculos renales o cuerpo extraño por via percutánea	09103	Nefrolitotomía percutánea

b) Los identificados con los códigos 213401, 213403, 213449, 213450, 213467, 213474, y 213505, en cuyo caso el valor de los servicios profesionales es igual al ciento treinta por ciento (130%), de la tarifa estipulada para el estudio correspondiente .

c) La "Fistulografía", relacionada bajo el código 213468.

La disposición anterior se refiere al especialista radiólogo o cualquier otro profesional, que de acuerdo con el protocolo realice el procedimiento .

PARAGRAFO 6. El resultado de todo estudio angiográfico realizado, se acompañará de las correspondientes fotografías.

PARAGRAFO 7. En los procedimientos de terapia endovascular intracraneal, que para su práctica se requiera de la participación del especialista en neurología o neurofisiología, se podrá facturar la suma de $540.080, correspondiente a los servicios del profesional.

PARAGRAFO 8. Para la expedición de la orden de servicio con fines de la realización de cualquiera de los procedimientos de Terapia Endovascular, previamente se requiere cumplir con los siguientes requisitos:

a) Orden de servicio por médico especialista, acompañada de resumen de la historia clínica en el cual se precise la necesidad de su práctica

b) Concepto favorable de la Junta Médico-Quirúrgica de la especialidad respectiva, en la Seccional donde se originó la orden del especialista tratante.

c) Autorización de la Subgerencia de Salud de la Clínica Especializada del ISS en el área de influencia que disponga del recurso, después de oír el concepto del Jefe del Servicio de Imagenología en el respectivo Centro Hospitalario.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 9. Por los servicios profesionales correspondientes a la realización de la mielotomografía, cisternotomografía, artrotomografía o cualquier otro procedimiento, que previamente se practique, como integrante del TAC, se pagará la suma de $ 65.785.

PARAGRAFO 10. En los estudios y tratamientos de medicina nuclear, que para su realización, se utilice tecnecio 99, cualquiera sea el consumo de mCi, adicional a la tarifa del examen, el Instituto reconoce $11.925 por paciente. Así mismo, en los definidos bajo los códigos 22602, 22604, 22605 y 22606, se hará un pago adicional por paciente, de $ 98.310, correspondiente al valor del equipo para radioaerosoles que se utiliza durante la práctica del estudio.

Cuando a cambio de tecnecio 99, se use: iodo, iodocolesterol, talio, galio, estroncio, fósforo, indio, itrium o cobalto, el valor del radioactivo se podrá facturar, según su consumo, hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%). En igual forma, el Instituto reconoce el valor de los fármacos que se relacionan a continuación, utilizados durante la realización de los procedimientos: isonitrilos, pirofosfatos, sulfuro coloidal, macroagregado de albúmina, glucoheptanato, sestamibi, octeotride, tetrafosmin (Myowen), HMPAO (ceretec), EDC (neurolite bicisato), MIBG, MAG-3, IDA, DMSA, DTPA, MDP, furifosmin (Q12), HIG (inmunoglobulina G).

PARAGRAFO 11. La prueba de esfuerzo que se realice para efectuar la "perfusión miocárdica en reposo y post ejercicio" y la punción lumbar previa a la "cisternogamagrafía", se pagarán adicionalmente de acuerdo con la tarifa establecida en este Manual para el respectivo procedimiento.

PARAGRAFO 12. Las tarifas para los estudios de ecografía y doppler, cuando la orden exija su práctica a color y se realice en tal forma, tendrán un incremento del 30% sobre los valores establecidos en este Artículo.

PARAGRAFO 13. La tarifa del "tratamiento integral comprensivo para seudoaneurisma en pacientes post-punción arterial por cateterismos o post-traumática", incluye el servicio profesional del especialista que efectua la compresión.

PARAGRAFO 14. Para la aplicación de las tarifas de los estudios por Resonancia Magnética, es necesario tener en cuenta:

a) Los valores corresponden a la práctica de los estudios en forma completa, que incluye: cortes axiales, sagitales o coronales, en secuencias T1 y T2.

b) Cuando practicado el examen inicial se requiera realizar uno complementario con medio de contraste, distinto al Gadolinio DTPA, la tarifa del segundo examen será un valor igual al cincuenta por ciento (50%) del inicial; el medio de contraste que se utilice en su práctica, con excepción del Gadolinio DTPA, lo pagará el Instituto hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

c) El valor del Gadolinio DPTA utilizado en los estudios con medio de contraste, está incorporado en la tarifa establecida para el código 313322; en consecuencia no procede ningún cobro adicional por este concepto.

PARAGRAFO 15. Para la práctica en paciente ambulatorio de cualquier procedimiento de Resonancia Magnética, se requiere cumplir con los siguientes requisitos:

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

a) Orden de servicio por médico especialista, acompañada de resumen de la historia clínica en el cual se precise la necesidad de su práctica.

b) Concepto favorable de la Junta Médico-Quirúrgica de la especialidad respectiva, en la Seccional donde se originó la orden del especialista tratante.

PARAGRAFO 16. En el evento que el Instituto requiera contratar únicamente los servicios profesionales especializados, para la práctica integral de los exámenes y procedimientos relacionados en este articulo por dicho concepto se pagará el porcentaje que corresponda , sobre la tarifa del estudio realizado, así:

a) Tomografía Computarizada o Escanografía 15%
b) Medicina Nuclear 20%
c) Procedimientos Ecográficos Vasculares no Invasivos 32%
d) Resonancia Magnética 12%

PARAGRAFO 17. El tercer dígito del código, con excepción de los estudios de medicina nuclear, determina con los dígitos 1, 2 y 3, el nivel de complejidad en donde puede realizarse cada uno de ellos.

ARTICULO 22. Señálase para los exámenes y procedimientos de Nefrología y Urología, las siguientes tarifas:

23101	Cistometrograma	17.215
23102	Estudio completo de impotencia,incluye:prueba farmacológica con agente intracavernoso, instrucción autoinyección,doppler arterias cavernosas- índice penobraquial, cavernosometría –cavernosografía,ultrasonido –doppler peneano, monitoreo peneano –nocturno ,biotesiometría y potenciales evocados –nervio pudendo, dorsal pene.	298.805
23105	Uroflujometría libre	12.435
23106	Cambio de catéter urinario	8.190
23107	Bloqueo de nervios pudendos	14.395
23108	Esfinteromanometría	14.395
23109	Perfil de presión uretral	16.430
23110	Estudio de urodinamia standard (uroflujometría espontánea, electromiografía esfinteriana, cistometría y estudio flujo presión instrumentada)	53.250
23111	Estudio de urodinamia standard con perfilometría uretral (uroflujometría espontánea, electromiografía esfinteriana, cistometría, estudio flujo presión instrumentada y perfil uretral).	61.845
23112	Estudio de urodinamia standard y test de medicamento o con registro en el punto de escape.	70.365
23115	Perfil de presión uretral con test de denervación uretral	17.670
23116	Aspiración vesical suprapúbica	18.720
23117	Cateterismo vesical	8.190
23118	Instilación vesical	15.800
23119	Penoscopia	17.215
23120	Dilatación y/o calibración uretral (sesión)	14.395

ARTICULO 23. Señálase para los exámenes y procedimientos de Neumología (24), las siguientes tarifas:

24101	Espirometría y curva flujo volumen, simple	15.510

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

24102	Espirometría y curva flujo volumen pre y post broncodilatadores.	31.075
24103	Espirometría de tamizaje	10.310
24104	Capacidad de difusión de monóxido de carbono	50.825
1932720	Gases arteriales en reposo	11.665
24106	Gases arteriales en reposo y en ejercicio	22.680
24107	Medición de la fuerza muscular respiratoria	20.275
24108	Presión trans-diafragmática	40.545
24109	Prueba de broncoprovocación con ejercicio y sin monitoreo simultáneo	80.865
24110	Prueba de broncoprovocación con ejercicio y monitoreo simultáneo de frecuencia cardíaca, tensión arterial, ECG y saturación arterial de oxígeno.	85.270
24111	Prueba de broncoprovocación específica o inespecífica con metacolina, carbacol o histamina.	70.400
24112	Respuesta ventilatoria a la hipercapnia	29.585
24113	Medición con equipo portátil de presión inspiratoria y espiratoria máxima (sesión)	3.075
24114	Gases arteriovenosos mixtos	34.765
24115	Resistencia simple de las vías aéreas.	16.470
24116	Resistencia pre y post broncodilatador de vías aéreas	34.360
24117	Distensibilidad pulmonar	38.515
24118	Prueba de ejercicio cardiopulmonar integrada	73.475
24119	Consumo de oxígeno y producción de CO2 en reposo (sesión)	23.990
24120	Curva de hiperoxia (5 muestras de gases arteriales con oxígeno al 100%)	71.310
24121	Saturación percutánea de CO2 (capnografía)	85.510
24122	Oximetría cutánea (registro por hora)	9.410
24123	Cooximetría	25.035
24124	Ventilación voluntaria máxima	13.170
24125	Volúmenes pulmonares simples con dilución de helio (incluye el helio)	100.100
24126	Volúmenes pulmonares con helio pre y post- broncodilatadora (incluye: el helio)	131.550
24127	Pletismografía torácica simple (incluye : curva flujo volumen simple, Resistencia de las vías aéreas y volúmenes pulmonares)	39.985
24128	Pletismografía torácica pre y post- broncodilatadores (incluye: curva de flujo volumen simple, resistencia de las vías aéreas y volúmenes pulmonares).	62.535
24129	Volumen de cierre	13.255

ARTICULO 24. Señálase para los exámenes y procedimientos de Cardiología, Hemodinamia y Electrofisiología (25), las siguientes tarifas:

25100	Electrocardiograma	12.985
25101	Prueba ergométrica o test de ejercicio; incluye: E.C.G.	86.195
25102	Fonocardiograma y pulsos	30.570
25103	Ecocardiograma de contraste para cortos circuitos	227.610
25104	Ecocardiograma modo M y bidimensional	78.260
25105	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler	123.160
25106	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler-color	157.605
25108	Ecocardiograma trans-esofágico	200.345
25109	Monitoreo de presión arterial 24 horas, en paciente ambulatorio	118.135
25110	Estudio de potenciales tardíos	63.465
25111	Ecocardiograma de stress, con prueba de esfuerzo o administración de fármaco	294.930
25112	Pericardiocentesis	115.155
25113	Colocación de catéter de Swan Ganz	119.015
25130	Cateterismo derecho, con o sin angiografía	149.355

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

25131	Cateterismo izquierdo, con o sin angiografía	219.005
25132	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía	243.975
25133	Cateterismo transeptal, más cateterismo izquierdo y derecho	375.645
25134	Cateterismo izquierdo, más cateterismo derecho, más arteriografía coronaria	416.540
25135	Arteriografía de puentes coronarios	311.725
25136	Arteriografía coronaria, más cateterismo izquierdo, con o sin angiografía	392.500
25137	Angioplastia coronaria; hasta dos vasos, incluye; cateterismo izquierdo, colocación marcapaso temporal y coronariografía inmediata de control.	416.540
25138	Angioplastia coronaria, en más de dos vasos, incluye; cateterismo izquierdo, colocación de marcapaso temporal y coronariografía inmediata de control.	476.045
25139	Angioplastia coronaria y/o aterectomía, un vaso; más colocación intravascular de uno o más STENTS.	520.675
25140	Angioplastia coronaria y/o aterectomía, dos o más vasos; más colocación intravascular uno o más STENTS.	595.055
25141	Valvulotomía con catéter balón; incluye cateterismo derecho, cateterismo izquierdo y cateterismo transeptal.	595.055
25142	Trombolisis intracoronaria, no incluye arteriografía diagnóstica	277.145
25143	Auriculograma izquierdo; incluye: cateterismo derecho	124.085
25144	Cierre de ductus por dispositivo mecánico	407.180
25145	Cierre de C.I.A. por dispositivo mecánico	589.055
25146	Ultrasonido intravascular diagnóstico	215.705
25147	Atrioseptostomía con catéter balón	549.855
25148	Dilatación de coartación aórtica con catéter balón	570.450
25160	Estudio electrofisiológico trans-esofágico	172.380
25161	Estudio electrofisiológico intracardíaco con cateterismo derecho	461.155
25162	Estudio electrofisiológico intracardíaco con cateterismo derecho e izquierdo	713.615
25163	Estudio electrofisiológico intracardíaco con cateterismo transeptal	695.320
25164	Electrocardiografía dinámica 24 horas (test de Holter)	118.135
25165	Evaluación funcional sinusal; incluye cateterismo derecho	358.915
25166	Evaluación de conducción A.V; incluye cateterismo derecho	340.825
25167	Potenciales electrocardiográficos tardíos y/o electrocardiograma de alta resolución	84.280
25168	Cardioversión eléctrica electiva	90.660
25169	Implantación de marcapaso transitorio	216.515
25170	Implantación o reposición de marcapaso definitivo unicameral	356.370
25171	Implantación o reposición de marcapaso definitivo bicameral	452.760
25172	Explantación de marcapaso definitivo unicameral o bicameral e implantación de marcapaso transitorio.	593.380
25173	Reposición de electrodo de marcapaso definitivo unicameral o bicameral; incluye Explantación e implantación del marcapaso.	551.025
25174	Implantación de cardiodesfibrilador, (procedimiento integral)	688.780
25175	Reprogramación de marcapaso	37.780
25176	Reprogramación de cardiodesfibrilador	60.540
25177	Estimulación atrial o ventricular; incluye cateterismo derecho	352.885
25178	Ablación con catéter, de focos arritmogénicos; no incluye: estudio electrofisiológico	440.055
25179	Test de mesa basculante	171.875
25180	Mapeo intracoronario con estudio post-operatorio	391.100
25181	Mapeo percutáneo de arritmias	692.495
25182	Pruebas de función autonómica con monitoría electrofisiológica	171.075

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 1. En los estudios que se utilice: medios de contraste, aguja angiográfica, introductores, catéter balón, guías, pinza para biopsia endomiocárdica, prótesis endovasculares y filtros, durante la práctica de los procedimientos, así como los electrodos de uso en la prueba ergométrica y el papel polígrafo en el estudio electrofisiológico, adicional a las tarifas establecidas en este Artículo, se podrá facturar su valor, hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

PARAGRAFO 2. Cuando para la realización de un procedimiento se utilice cineangiografía, el Instituto pagará adicionalmente la suma de $ 84.435.

PARAGRAFO 3. En el evento que el procedimiento "ultrasonido intravascular diagnóstico" (Código 25146), se realice como complemento de otro de los estudios relacionados en este Artículo, su valor no podrá ser objeto de adición sobre la tarifa determinada en el Manual para el estudio practicado; su facturación sólo procede en el caso que con fines diagnósticos sea el único efectuado.

ARTICULO 25. Señálase para los exámenes y procedimientos de Neurología (26), las siguientes tarifas:

26101	Electroencefalograma convencional	18.345
26102	Electroencefalograma convencional con electrodos nasofaríngeos	23.650
26103	Electroencefalograma computarizado con equipos de 16 y más canales	23.220
26105	Bloqueo simpático	28.500
26106	Bloqueo seno carotídeo	28.500
26107	Bloqueo nervio vago	28.500
26108	Bloqueo regional continuo; incluye controles	31.905
26109	Bloqueo regional continuo con tunelización del catéter, con o sin implante de reservorio	48.915
26110	Bloqueo plejo braquial o lumbosacro	28.500
26111	Bloqueo paracervical bilateral	56.995
26112	Bloqueo nervio-frénico	28.500
26113	Bloqueo plejo celíaco	39.985
26114	Bloqueo nervio trigémino o esfenopalatino	40.825
26115	Bloqueo y/o neurolisis del hipogástrico superior	46.840
26116	Bloqueo nervio esplénico	41.120
26118	Electrocorticografía	59.310
26119	Telemetría (hora de examen)	55.880
26120	Triples carotídeos (sin color)	99.715
26123	Infiltración peridural de medicamentos para tratamiento dolor lumbar	14.555
26124	Mapeo cerebral con equipo digital de 128 canales	157.500

PARAGRAFO. En la práctica del Electroencefalograma, cualquiera sea el tipo, el registro en papel no puede ser inferior a 20 minutos.

ARTICULO 26. Señálase para los exámenes y procedimientos de Otorrinolaringología (27), las siguientes tarifas:

27101	Audiometría de Bekesy	12.900
27102	Audiometría tonal	9.875
27103	Audiometría verbal (logoaudiometría)	9.875
27105	Audiometría infantil	9.875

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

27106	Pruebas de reclutamiento (S.I.S.I. ,TDT) c/u	6.115
27107	Pruebas de fatiga (Tone Decay, etc.) c/u	6.115
27110	Punción seno maxilar	9.655
27111	Impedanciometría	6.685
27113	Proetz (desplazamiento) c/u	3.955
27114	Acufenometría (inhibición residual)	6.685
27115	Rinomanometría	13.360
27116	Lavado de oídos	6.685
27117	Curación de oído (bajo microscopio)	21.720
27118	Valoración eléctrica de nervio facial (prueba de Hilguer)	11.760
27119	Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo, sin incisión	27.085
27120	Extracción cuerpo extraño nariz (incluye rinolito)	27.085
27121	Taponamiento nasal anterior	19.085
27122	Taponamiento nasal posterior	51.070
27123	Estudio vestibular con electronistagmografía o fotoelectronistagmografía	79.680
27124	Curación nariz o senos paranasales	17.770
27125	Infiltración de cornetes	17.770
27126	Pruebas vestibulares calóricas y/o térmicas	13.360
27127	Criocoagulación de cornetes	43.075
27128	Electrococleografía	80.150
27129	Electrocoagulación de mucosa nasal	24.450
27130	Sialometría	43.935
27132	Nebulización c/u	4.180

PARAGRAFO. El valor de los procedimientos identificados con los códigos 27110, 27117, 27119, 27120, 27121, 27122, 27124, 27125, 27127 y 27129, incluye el de la consulta que se realiza previa a efectuar el procedimiento.

ARTICULO 27. Señálase para los exámenes y procedimientos de Oftalmología (28), las siguientes tarifas:

28101	Ultrasonografía (ecografía ocular)	53.250
28102	Angiorretinofluoresceinografía unilateral, con fotografías a color de segmento posterior	71.965
28103	Tonografía con pruebas provocativas	151.830
28104	Campo visual central y periférico, bilateral	20.795
28105	Sondeo vías lagrimales (mínimo 3 sesiones), incluye estricturotomía	39.230
28106	Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva	17.215
28107	Curetaje de la conjuntiva o córnea	17.215
28108	Drenaje de chalazión	14.580
28109	Inyección subconjuntival	14.395
28110	Drenaje absceso córnea	28.790
28111	Extracción cuerpo extraño superficial de córnea	17.215
28112	Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica	17.215
28113	Examen optométrico	5.155
28114	Evaluación ortóptica	18.365
28115	Tratamiento ortóptico (sesión)	4.265
28116	Tratamiento pleóptico (sesión)	4.265
28117	Topografía corneal computarizada, unilateral	35.935
28118	Recuento de células endoteliales, unilateral	35.935

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

28119	Paquimetría (unilateral)	27.570
28120	Biometría ocular (unilateral)	27.570
28121	Electrorretinografía (bilateral)	138.005
28122	Electrooculograma (bilateral)	138.005
28123	Interferometría (unilateral)	19.095
28124	Interferometría (bilateral)	28.595
28125	Fotografía a color de segmento anterior y posterior (unilateral)	19.470
28126	Campo visual computarizado (bilateral)	50.055
28127	Fotocoagulación con yag láser (capsulotomía, iridotomía o ruptura de bandas)	210.910
28128	Fotocoagulación, con láser de argón o kryptón en retina, ángulo camerular o suturolisis	210.910
28129	Pantofotocoagulación de retina, con láser de argón o kryptón (sesión)	233.105
28130	Fotocoagulación de conjuntiva con láser	144.300

ARTICULO 28. Señálase para los procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación (29), las siguientes tarifas:

29101	Estudio electromiográfico de una extremidad; incluye: neuroconducciones motoras y sensitivas y electromiografía de uno ó más músculos con o sin las áreas paravertebrales relacionadas.	49.845
29102	Estudio electromiográfico de dos extremidades; incluye: neuroconducciones motoras y sensitivas y electromiografía de dos ó más músculos con o sin las áreas paravertebrales relacionadas.	99.685
29103	Estudio electromiográfico de tres o cuatro extremidades; incluye: neuroconducciones motoras y sensitivas y electromiografía de tres ó más músculos con o sin las áreas paravertebrales relacionadas.	174.545
29107	Onda F, uni o bilateral	40.420
29108	Reflejo H, uni o bilateral	40.420
29109	Estudio electromiográfico de un nervio craneano (facial, trigémino, oculomotores, espinal accesorio y/o hipogloso) incluye: electromiografías y neuroconducciones.	77.695
29110	Electromiografía con electrodo de fibra única (test de fibra única), con medición cuantitativa de Jitter, bloqueo densidad de fibra.	43.575
29111	Electromiografía laríngea	63.270
29112	Electromiografía esfínter anal (cuatro cuadrantes internos y cuatro externos) o uretral.	28.815
29113	Potencial evocado visual (bilateral)	46.015
29114	Potencial evocado auditivo (bilateral) BERA	47.980
29116	Potencial evocado visual con estímulo de hemicampo (uni o bilateral).	55.030
29117	Potencial de latencia larga con o sin tarea P. 300 (uni o bilateral)	55.215
29118	Potencial lento del vertex o potencial evocado auditivo de latencia media (uni o bilateral)	55.215
29119	Potencial evocado auditivo de latencia corta con evocación de la onda V a diferentes umbrales BERA. (uni o bilateral).	55.215
29120	Potencial evocado auditivo de estado estable a múltiples frecuencias (bilateral)	60.875
29121	Potencial evocado somatosensorial de nervio específico o dermatoma.	55.030
29122	Test de Lambert o estímulo repetitivo	29.790
29123	Reflejo trigémino facial o de parpadeo (bilateral)	29.790
29125	Reflejo bulbo cavernoso o reflejo vesículo anal	16.860
29126	Terapia monitorizada de retroalimentación (bio-feed back), sesión	16.590
29127	Fenolización o neurolisis de punto motor o nervio periférico	21.150

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

29128	Test con tensilón, completo: basal, post ejercicio y post estímulo de la droga	18.290
29129	Bloqueo nervio periférico	28.865
29130	Bloqueo unión mioneural	28.865

ARTICULO 29. Señálase para los procedimientos de Medicina Transfusional y Banco de Sangre (30), las siguientes tarifas:

1. PROCESAMIENTO DE SANGRE Y DERIVADOS

30101	Unidad de crioprecipitados	13.025
30102	Unidad de plaquetas standard	22.335
30103	Unidad de plaquetas pobre en leucocitos	131.530
30104	Unidad de plasma o plasma fresco congelado	15.380
30105	Unidad de glóbulos rojos	108.210
30106	Unidad de glóbulos rojos pobre en leucocitos	182.725
30107	Unidad por autotransfusión (predepósito)	114.290
30108	Unidad de sangre total	114.290
30109	Concentrado de leucocitos	13.025
30110	Plaquetaféresis (6 a 12 unidades)	238.240
30111	Unidad de glóbulos rojos irradiados	197.210
30112	Unidad de glóbulos rojos lavados	185.260

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS POR AFERESIS:

30120	Plasmaféresis terapéutica o de recambio	258.020
30121	Plasmaféresis con desplazamiento interinstitucional del médico	265.485
30122	Leucoféresis	258.020
30123	Plaquetaféresis (sistema abierto o cerrado)	238.240
30124	Células progenitoras	297.580
30125	Citaféresis reductiva (leucoféresis, plaquetaféresis o eritroféresis	196.975

2 –APLICACIÓN Y EXTRACCIÓN DE SANGRE Y DERIVADOS

30201	Aplicación de crioprecipitados o plaquetas (una a seis unidades)	7.235
30203	Aplicación de glóbulos rojos, sangre total o plasma, (por unidad)	17.515
30204	Aplicación de glóbulos rojos deleucocitados (unidad)	14.525
30205	Aplicación de plaquetas deleucocitadas (unidad)	14.525
30206	Transfusión autóloga predepósito (unidad)	14.525
30207	Transfusión autóloga por rescate mecánico intraoperatoria	520.370
30208	Hemodilución normovolémica aguda	117.285
30211	Flebotomía terapéutica	27.535

PARAGRAFO 1. Los proveedores del Instituto no podrán condicionar la hospitalización y el tratamiento médico quirúrgico del beneficiario al suministro de sangre en donación.

PARAGRAFO 2. El valor de las pruebas de laboratorio clínico, que con fundamento en lo preceptuado por el Decreto 1571 de 1993, la Resolución 1738 de 1995 emanada del Ministerio de Salud y las disposiciones del Instituto, son de obligatoria práctica a cada Unidad recolectada, está incluido en la tarifa establecida para el procesamiento. Las pruebas a que se hace mención, son las siguientes: clasificación sanguínea ABO y Rh en placa (directa) clasificación sanguínea ABO y Rh en tubo (sérica inversa), hematocrito por

centrifugación, VDRL en suero serología, anticuerpos irregulares, hepatitis B antígeno s-Ag-HBS, VHI anticuerpos anti VIH, hepatitis B anticuerpos c totales anti-Hbc, hepatitis C anticuerpos-anti HVC , chagas anticuerpos y hemoparásitos en gota gruesa.

Si por razones epidemiológicas o de riesgo, en determinada región, se hace necesario practicar en el donante cualquiera de las siguientes pruebas: HTLV-I, anticuerpos anti HTLV-I, o, HTLV-II anticuerpos anti HTLV-II; éstas se pagarán en forma adicional por la respectiva tarifa fijada en el Manual.

PARAGRAFO 3. Las tarifas definidas en el ítem 2 para la aplicación de sangre total o de glóbulos rojos, no incluye el valor de la prueba cruzada mayor y la de anticuerpos irregulares, que se reconocerán en forma adicional a la tarifa de acuerdo con los valores fijados en el Manual para los códigos 1921704 y 1935290.

PARAGRAFO 4. En los valores anteriores, no está comprendido el correspondiente a las bolsas recolectoras y de transferencia, filtros, kit de aféresis y para transfusión autóloga o rescate mecánico intrahospitalario.

PARAGRAFO 5. Las plaquetas o glóbulos rojos pobres en leucocitos únicamente podrá ordenarse en pacientes pediátricos y de patología de tipo oncológico con reacciones febriles o repetidas post-transfusión.

ARTICULO 30. Señálase para los procedimientos de Radioterapia y Quimioterapia (33), las siguientes tarifas:

1 -TELETERAPIA

COBALTO TIPO I

33101	Grupo 1	315.540
33102	Grupo 2	600.175
33103	Grupo 3	803.090
33104	Grupo 4	1.768.415
33105	Grupo 5	1.361.835

COBALTO TIPO II

33106	Grupo 1	275.210
33107	Grupo 2	543.450
33108	Grupo 3	742.905
33109	Grupo 4	1.665.095
33110	Grupo 5	1.288.455

COBALTO TIPO III

33111	Grupo 1	246.205
33112	Grupo 2	507.970
33113	Grupo 3	697.450
33114	Grupo 4	1.564.115
33115	Grupo 5	1.217.200

COBALTO TIPO IV

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

33151	Grupo 1	297.635
33152	Grupo 2	576.630
33153	Grupo 3	776.200
33154	Grupo 4	1.716.645
33155	Grupo 5	1.324.660

ACELERADOR LINEAL HASTA 10 Mv - TIPO I

33116	Grupo 1	391.985
33117	Grupo 2	757.930
33118	Grupo 3	1.033.200
33119	Grupo 4	2.254.315
33120	Grupo 5	1.739.630

ACELERADOR LINEAL HASTA 10 Mv - TIPO II

33121	Grupo 1	349.055
33122	Grupo 2	695.815
33123	Grupo 3	954.115
33124	Grupo 4	2.142.605
33125	Grupo 5	1.660.195

ACELERADOR LINEAL HASTA 10 Mv - TIPO III

33126	Grupo 1	320.055
33127	Grupo 2	660.440
33128	Grupo 3	906.870
33129	Grupo 4	2.033.255
33130	Grupo 5	1.541.800

ACELERADOR LINEAL HASTA 10 Mv TIPO IV

33161	Grupo 1	373.705
33162	Grupo 2	733.195
33163	Grupo 3	991.215
33164	Grupo 4	2.198.140
33165	Grupo 5	1.705.010

ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 Mv- TIPO I

33131	Grupo 1	452.150
33132	Grupo 2	831.190
33133	Grupo 3	1.099.960
33134	Grupo 4	2.402.955
33135	Grupo 5	1.840.005

ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 Mv TIPO II

33136	Grupo 1	406.995
33137	Grupo 2	766.490
33138	Grupo 3	1.032.115

Visita www.miscuentasmedicas.com

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

33139	Grupo 4	2.288.485
33140	Grupo 5	1.759.105

ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 Mv - TIPO III

33141	Grupo 1	377.985
33142	Grupo 2	416.100
33143	Grupo 3	984.170
33144	Grupo 4	2.108.370
33145	Grupo 5	1.679.120

ACELERADOR LINEAL MAYOR DE 10 Mv TIPO IV

33171	Grupo 1	433.165
33172	Grupo 2	805.705
33173	Grupo 3	1.070.620
33174	Grupo 4	2.345.500
33175	Grupo 5	1.799.345

ORTOVOLTAJE CON EQUIPO DE RX.

33146	Menor de 120 Kv	372.290
33147	Mayor de 120 Kv	633.145

2 -BRAQUITERAPIA

ALTA TASA DE DOSIS

33200	Metabólica	490.965
33201	Intracavitaria o intraluminal	704.150
33202	Intersticial (planar simple, biplanar o volumétrica)	546.185

BAJA TASA DE DOSIS

33203	Intracavitaria o intraluminal, diferida manual	749.345
33204	Intracavitaria o intraluminal, diferida automatizada	927.815

3 -QUIMIOTERAPIA

33301	Quimioterapia intratecal (sesión de tratamiento), incluye punción lumbar	142.250
33302	Tratamiento hormonal medicamentosa (ciclo hasta por 4 semanas de tratamiento)	42.600
33303	Quimioterapia oral (ciclo hasta por 4 semanas de tratamiento)	87.985
33304	Quimioterapia, tratamiento ambulatorio o intrahospitalario que incluya cualquier fármaco, distinto de los relacionados bajo el código 3335 (ciclo completo de tratamiento)	146.335
33305	Quimioterapia, tratamiento ambulatorio o intrahospitalario que incluya cualquiera de estos fármacos: folinato de calcio (leucovorin), doxorrubicina, ciclofosfamida, platino o carboplatino (ciclo completo de tratamiento)	227.440
33306	Quimioterapia de inducción para tratamiento intrahospitalario de lelucemia aguda o anemia aplástica; incluye: formulación y control de quimioterapia sistémica, quimioterapias intratecales y cuidado médico durante el período de	711.030

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

inducción).

4 RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA

33400	Radiocirugía estereotáxica ambulatoria en adultos, con X Knife	9.705.145
33401	Radiocirugía estereotaxica intrahiospitalaria en niños, con X Knife	11.784.820

PARAGRAFO 1. En los procedimientos de Teleterapia, la tarifa a reconocer por el Instituto está relacionada con la tecnología utilizada por el proveedor del servicio, así:

Tipo I: Procedimiento con simulador y con planeación computarizada
Tipo II: Procedimiento sin simulador y con planeación computarizada
Tipo III: Procedimiento sin simulador y con planeación manual
Tipo IV: Procedimiento con simulador y planeación manual

En el respectivo contrato o convenio se debe establecer el tipo de equipo (cobalto, acelerador lineal hasta o más de 10 Mv, ortovoltaje con equipo de Rx hasta o más de 120 Kv o con acelerador de electrones), así como la clase de tecnología que se empleará para la práctica de los procedimientos, según los tipos antes relacionados.

PARAGRAFO 2. Para el efecto de aplicación de la tarifa correspondiente, en los procedimientos de teleterapia, se establecen los siguientes grupos, según la localización del cáncer a tratar:

Grupo 1: Paleación en una dosis y Entidades benignas
Grupo 2: Campo único en: encéfalo, cara, cuello, axila / axilo supraclavicular, tronco, pelvis/peroné o extremidades
Grupo 3: Profilaxis en encéfalo, campos múltiples en mediastino o paleación en cualquier región, campos múltiples y/o bilateral en axila, campos múltiples en axilo-supraclavicular, mediastino - supraclavicular, campos múltiples en extremidades.
Grupo 4: Pre o post operatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, glándula mamaria, encéfalo, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis; cara y cuello bilateral, cuello y mediastino, hemitórax, hemiabdomen o profilaxis en encéfalo o raquis.
Grupo 5: Cara, cuello y mediastino, ganglionar supradiafragmática, baño toráxico, abdominal total, irradiación corporal total, ganglionar infradiafragmática, encéfalo y raquis, completa de mama.

PARAGRAFO 3. Las tarifas establecidas en este Artículo, para los procedimientos de teleterapia, corresponden a la práctica integral del procedimiento, incluidas las aplicaciones de refuerzo en los casos que se requiera, independientemente del número de sesiones que de acuerdo con el plan de tratamiento se realice en el paciente e incluye todas las actividades que se desarrollen en los procesos de la planeación, simulación, ejecución del tratamiento y su verificación; igualmente las consultas: inicial, de control para evaluación de resultados en la aplicación del tratamiento inicial y de refuerzo y la de control final.

PARAGRAFO 4. Las tarifas para los procedimientos de braquiterapia de alta tasa son los valores que el Instituto reconoce por cada aplicación y las de baja tasa, por tratamiento dosis, cualquiera que sea el período de tiempo que se emplee e incluyen, las consultas inicial de control para evaluación de resultados en la aplicación del tratamiento y la de control final. Cuando el tratamiento se realice en forma combinada con teleterapia, éste último se reconocerá independientemente por su tarifa.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

En este tipo de procedimientos, dentro de la tarifa no está considerado el valor de los radioisótopos, cuando para su realización se utilicen distintos a radium o cesium, en cuyo caso se pagarán de acuerdo con su consumo, hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

PARAGRAFO 5. En los procedimientos de braquiterapia, cuando se utilice baja tasa de dosis, que en su aplicación se requiere de la hospitalización del paciente, el valor de la estancia que se cause, se pagará al proveedor del servicio, de acuerdo con la tarifa establecida en este Manual por el tipo de habitación utilizada y el nivel de complejidad de la Entidad hospitalaria donde se aplica el tratamiento.

PARAGRAFO 6. En los procedimientos de quimioterapia, entiéndese como "ciclo completo de tratamiento", el período de tiempo durante el cual el paciente recibe uno o más medicamentos de tipo quimioterapéutico-oncológico, bien sea por vía oral, endovenosa o intratecal, independientemente del número de días o de la dosis de cada medicamento, hasta completar una fase de saturación que posteriormente se repite y durante la cual es controlado médicamente. Las sesiones de cada ciclo y su frecuencia, así como los medicamentos administrados y los controles médicos, varían según la patología del tumor y del estado clínico y patológico de la enfermedad.

PARAGRAFO 7. Las tarifas para los tratamientos de Quimioterapia, comprenden: Atención inicial, estudio del caso ,planeación y formulación del tratamiento, la aplicación del medicamento y su vigilancia durante todo este proceso, consultas de seguimiento ambulatorio del paciente y la atención de las complicaciones inherentes al tratamiento que sean de manejo ambulatorio. Cuando para la aplicación sea necesaria la hospitalización del paciente, en el contrato con la institución o especialista, se establecerá cual de las partes asume la obligación de proveer la estancia y el valor de la misma se facturará en forma adicional, de acuerdo con los valores definidos en este Manual según el nivel de complejidad de la entidad hospitalaria donde se cause el servicio.

En el evento que la aplicación del medicamento y la vigilancia del paciente durante dicho proceso no la asuma el contratista, de la tarifa determinada para el respectivo tratamiento se descontará una suma igual al veinticinco por ciento (25%).

PARAGRAFO 8. El manejo quimioterapéutico subsiguiente al de inducción, en el paciente leucémico, el Instituto lo reconocerá en forma adicional de acuerdo con la tarifa establecida según el código correspondiente al tratamiento que se aplique.

PARAGRAFO 9. Los estudios radiológicos convencionales que se realicen como parte de control del tratamiento, se facturarán de acuerdo con las tarifas establecidas en lo pertinente en este Manual.

PARAGRAFO 10. En los procedimientos de Braquiterapia de baja tasa, intracavitaria o intraluminal, la tarifa incluye la aplicación y control de la fuente radioactiva, cualquiera sea el tipo de tratamiento practicado (broncoscopia, colonoscopia, citoscopia, ginecológico, etc.).

PARAGRAFO 11. La orden de servicio para la práctica de radiocirugía estereotáxica, únicamente la expedirá el Jefe del Servicio de Neurocirugía del ISS en las clínicas de 3er nivel, previo concepto de la Junta Médico - Quirúrgica. Se autorizará sólamente en pacientes con patología vascular, funcional cerebral y tumoral cerebral u ocular, solucionable con este tratamiento según el protocolo.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 12. Las tarifas de radiocirugía estereotáxica comprenden el tratamiento integral del procedimiento, es decir : evaluación inicial y planeación del caso, exámenes de localización (TAC, resonancia magnética nuclear y angiografía convencional o de sustración digital), realización del procedimiento, controles médicos ambulatorios durante el primer año post-tratamiento y los intrahospitalarios en el niño durante la práctica.

En los componentes de la atención están, entre otros, los servicios de profesionales, (incluido el del especialista en anestesia cuando el caso lo requiera), técnicos y auxiliares; derechos de sala, utilización de equipos, consumo de materiales, provisión de medicamentos y de cualquier otro suministro.

ARTICULO 31. Señálase para los exámenes y procedimientos de Psiquiatría y Psicología (35), las siguientes tarifas:

35102	Consulta por psicólogo (evaluación inicial ambulatoria y definición de conducta o de apoyo al hospitalizado o en observación).	5.070
35103	Psicoterapia individual por psiquíatra, sesión	14.365
35104	Psicoterapia individual por psicólogo, sesión	5.920
35105	Psicoterapia terapéutica de grupo por psiquíatra, sesión	23.775
35106	Psicoterapia terapéutica de grupo por psicólogo, sesión	13.160
35107	Psicoterapia de pareja por psiquíatra, sesión	16.300
35108	Psicoterapia de pareja por psicólogo, sesión	7.615
35109	Psicoterapia de familia por psiquíatra, sesión	19.035
35110	Psicoterapia de familia por psicólogo, sesión	7.615
35112	Test de Rorschach o de Sunders, cada uno	20.490
35113	Test de Winsconsin, P.A.V (Grober) o California, cada uno	16.920
35114	Test Figura de Rey, Londres, Boston, Goodenough, Machover,de la Familia,Ravel o Blacky, cada uno.	10.340
35115	Sesión grupal de apoyo psicológico y autoayuda (Taller de padres)	7.800
35117	Test de inventario de personalidad (M.M.P.I.)	8.550
35118	Test de percepción temática (C.A.T. o T.A.T.)	10.250
35119	Escalas de Weschler o Wippsi, cada una	11.845
35120	Escalas de Therman , Griffiths o Gessell, cada una	11.845
35121	Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajaciones (TECAR) , sesión	51.125
35122	Set de pruebas neuropsicológicas "Diana" (personalidad, memoria, lógica, raciocinio)	39.395

PARAGRAFO. Las tarifas de las actividades grupales y de familia corresponden a cada sesión, cualquiera sea el número de pacientes y/o familiares que asistan.

ARTICULO 32. Señálase para los servicios ambulatorios de Salud Oral (36), las siguientes tarifas:

1. ACTIVIDADES DIAGNOSTICAS Y DE URGENCIA

36100	Consulta especializada	11.915
36101	Consulta para valoración diagnóstica por odontólogo general	8.340
36102	Consulta de urgencias	8.660
36103	Consulta especializada de urgencias	12.365
36105	Radiografías intraorales (periapicales y/o coronales)	2.945
36106	Radiografías intraorales (oclusales)	5.420

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

36108	Impresión de arco dentario superior o inferior, con modelo de estudio y concepto	10.605
36109	Fotografía clínica extraoral o intraoral, frontal o lateral	7.800
36110	Examen del caso; incluye estudio de los siguientes medios diagnósticos: registros de oclusión, cefalometría o radiografía de ATM y fotografía clínica.	23.070

2 -OPERATORIA DENTAL

36201	Obturación de una superficie, en amalgama	9.450
36202	Obturación de dos superficies en amalgama	10.605
36211	Obturación de tres superficies en amalgama	14.160
36203	Obturación de una superficie, en resina	11.850
36204	Obturación de dos superficies en resina	15.800
36212	Obturación de tres superficies en resina	19.755
36205	Obturación definitiva de una superficie, en ionómero de vidrio	8.895
36206	Obturación definitiva de dos superficies, en ionómero de vidrio	10.815
36213	Obturación definitiva de tres superficies, en ionómero de vidrio	15.225
36208	Colocación de pin milimétrico	7.690

3 -PERIODONCIA

36302	Detartraje (por cuadrante)	10.420
36303	Injerto gingival (cada diente)	33.545
36305	Gingivectomía (por diente)	8.000
36306	Alisado radicular, campo cerrado (por sextante)	29.910
36307	Alisado radicular o cirugía a colgajo (por sextante)	42.185

4 -ENDODONCIA

36400	Apexificación o apexogénesis, con radiografía previa y de control.	45.065
36401	Tratamiento de conductos en dientes unirradiculares, con radiografía previa y de control.	37.515
36402	Tratamiento de conductos en dientes birradiculares, con radiografía previa y de control (cada conducto).	43.200
36403	Tratamiento de conductos en dientes multirradiculares, con radiografía previa y de control. (cada conducto).	45.570
36404	Desobturación y tratamiento de conducto en diente unirradicular, con radiografía previa de control.	43.995
36405	Desobturación y tratamiento de conducto en diente birradicular, con radiografía previa y de control. (cada conducto).	46.360
36406	Desobturación y tratamiento de conducto en diente multirradicular, con radiografía previa y de control. (cada conducto).	48.795
36407	Cirugía perirradicular con selle apical, por raíz (apicectomía).	47.765
36408	Amputación radicular o hemisección; no incluye tratamiento de conductos	45.050

5 -ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

36502	Control de ortodoncia fija, removible o tratamiento ortopédico funcional y mecánico	12.875
36503	Extracción seriada, previo estudio del caso (cada paciente)	13.575
36504	Estudio y colocación de aparatología para ortodoncia fija (arcada)	554.145
36505	Elaboración y adaptación de plano inclinado	19.145

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

36506	Control de crecimiento y desarrollo dento-maxilofacial, sesión	9.210
36507	Elaboración y adaptación de aparato ortopédico	229.180

6 -CIRUGIA ORAL

36601	Exodoncia simple de unirradiculares.	10.090
36602	Exodoncia simple de multirradiculares.	14.635
36603	Exodoncia unirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control.	25.820
36604	Exodoncia multirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control.	38.975
36605	Ventana quirúrgica (por diente)	25.740
36606	Eliminación de exostosis mandibular o maxilar, unilateral	39.995
36607	Regularización de rebordes (hemiarcada); no incluye radiografías previa y de control	39.310
36608	Resección unilateral de bridas intraorales	34.540
36609	Injerto óseo autógeno por diente; incluye toma de injerto intraoral	66.045
36610	Colocación de injerto aloplástico cerámico (cada diente)	44.975
36611	Ferulización (cada cuadrante)	32.645
36612	Tratamiento quirúrgico hemorragia post-exodoncia o por alveolitis	23.540
36613	Reimplante o trasplante de diente	55.985
36614	Operculectomía	31.645
36615	Exodoncia de incluidos (por diente)	51.980
36616	Exodoncia de incluidos en posición ectópica con abordaje intraoral (por diente)	65.960
36617	Exodoncias múltiples con alveoloplástia cada cuadrante	47.170
36618	Exodoncia de incluidos en posición ectópica con abordaje extraoral (por diente)	107.460

7 -REHABILITACION

SERVICIOS PROFESIONALES DEL ODONTOLOGO POR PACIENTE

36700	Reconstrucción de muñones	25.635
36701	Prótesis total 1/2 caso (superior o inferior); no incluye modelos	56.605
36702	Prótesis removible (superior o inferior); no incluye modelos	45.305
36703	Prótesis fija, cada unidad (soportes y pónticos)	56.605
36704	Férulas acrílicas (superior y/o inferior)	15.195
36705	Férulas coladas (superior y/o inferior)	22.505
36706	Patrón de núcleo (por conducto)	23.075
36708	Tallado selectivo, sin estudio de oclusión y ATM (por paciente)	23.070
36709	Placa neuro-miorrelajante; incluye: desprogramación	61.535
36710	Corona acrílica termocurada (cada diente)	5.185

ACTIVIDAD DEL ODONTOLOGO EN LA REPARACION

36711	Prescripción y controles para reparación de prótesis	15.475

8 -ODONTOPEDIATRIA

36801	Corona en acero inoxidable	13.640
36802	Corona en policarboxilato	10.230
36803	Tratamiento de conductos dientes temporales, con radiografía previa y de control; no incluye valor de Rx .	13.250
36804	Exodoncia diente temporal	4.050
36805	Resina preventiva sellante (por diente)	4.050

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

36806	Pulpotomía, no incluye obturación cameral definitiva	5.855
36807	Corona en forma plástica	12.140
36808	Placa obturada para pacientes con secuela de labio y paladar hendido; no incluye modelos.	43.940
36809	Adaptación clínica del niño (por paciente)	13.545

9 -PREVENCION

36903	Terapia de mantenimiento; incluye: educación en higiene oral, control de placa, profilaxis y aplicación de flúor.	4.760
36904	Terapia de mantenimiento; incluye; educación en higiene oral, control de placa y profilaxis	4.340
36905	Aplicación de sellantes (cada diente)	4.830

PARAGRAFO 1. Las actividades de consulta para valoración diagnóstica por odontólogo general y "adaptación clínica del niño" son excluyentes.

PARAGRAFO 2. Para la práctica de los procedimientos de ortodoncia correctiva se requiere del concepto favorable de la Junta Médico Quirúrgica en el ISS del Servicio de Maxilofacial.

PARAGRAFO 3. La mano de obra y los materiales que se utilicen en la elaboración y reparación de prótesis y órtesis, se pagarán a los precios oficiales fijados por los laboratorios dentales; se exceptua el procedimiento "elaboración y adaptación de aparato ortopédico" en consideración a que este costo está incluido en la tarifa del Código 36507.

PARAGRAFO 4. Los materiales que se utilicen en la práctica de la cirugía periodontal con reposición ósea y los aparatos que se coloquen durante el tratamiento de ortopedia funcional, los pagará el Instituto hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%). Igualmente los que se consuman en la elaboración de las coronas en acero inoxidable, policarbonato o forma plástica.

PARAGRAFO 5. Cuando se celebre un contrato de servicios de salud, de tipo intrainstitucional, mediante el cual el profesional aporta únicamente sus conocimientos y el Instituto suministra los demás recursos para la atención, por las actividades finales que realice, de las definidas en este Artículo, se pagarán los siguientes valores:

36000	Servicio profesional de Odontólogo General, por actividad final de consulta, exodoncia, operatoria dental o periodoncia.	4.155
36001	Servicio profesional de Odontólogo General, por actividad final de cirugía oral (excepto exodoncia) o endodoncia.	12.470

Por actividad final se entiende, la consulta para valoración diagnóstica, así como todo procedimiento de carácter terapéutico que resuelve definitivamente la lesión que afecta al paciente. Su definición se establece en el registro diario de cuidado odontológico, bajo las siguientes denominaciones:

CONSULTA	Número de consultas de medicina oral
CIRUGIA ORAL	(Excepto Exodoncia): Número de cirugías
OPERATORIA DENTAL	Número de dientes obturados
EXODONCIA	Número de dientes extraídos

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ENDODONCIA Número de conductos obturados
PERIODONCIA Número de detartrajes y de curetajes

PARAGRAFO 6. Las tarifas correspondientes a los procedimientos de Endodoncia y Cirugía Oral, incluye en el valor de las radiografías intraorales que se realicen, cualquiera sea su número.

ARTICULO 33. Señálase para otros procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos (37), las siguientes tarifas:

1 -GINECO OBSTETRICIA

37101	Cauterización de cervix	13.925
37102	Extirpación de pólipo pediculado sésil (cuello uterino)	16.655
37103	Criocirugía de cervix	27.750
37104	Dilatación instrumental o manual de la vagina, sesión	13.925
37105	Monitoría fetal , sesión	7.155
37106	Monitoría fetal intraparto, durante todo el trabajo de parto	30.575
37107	Colpocentesis	15.050
37108	Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo; Incluye: aplicación y dispositivo.	18.345
37109	Taponamiento vaginal	19.470
37110	Hidrotubación	26.345
37111	Insuflación de las trompas	26.345
37112	Inserción y/o remoción de anticonceptivos subdérmicos	26.310
37113	Lavado para muestra endometrial	26.310
37114	Exanguineo transfusión	63.355
37115	Exanguineo transfusión intrauterina	443.665

2 -ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

37201	Artrocentesis	13.925
37202	Tratamiento de esguinces	33.630
37203	Infiltración intra-articular, bolsa sinovial, ligamentosa, neuroma o de punto muscular doloroso.	5.080
37204	Inmovilización del cóccix por luxación	27.750
37205	Inmovilización de miembro superior o inferior total o parcial (no aplica en reducción de fracturas y/o luxaciones).	14.775
37206	Tratamiento ortopédico de fractura de costilla	27.750
37207	Inmovilización toracopélvica o pelvipédica, uni o bilateral	47.835

CAMBIO DE YESOS

37208	Hombro, miembro superior o tobillo	14.775
37209	Muslo y/o pierna	22.110
37210	Tórax y/o pelvis	29.440
37211	Tratamiento con cambio de yeso, de la displasia de cadera, uni o bilateral; incluye consulta.	39.865

3 -CIRUGIA DE MANO

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

37301	Tratamiento ortopédico dedo en martillo, botonera, cuello de cisne o gatillo	37.825
37302	Tratamiento de esguince metacarpofalángico (una a dos)	27.750
37303	Tratamiento de esguince metacarpofalángico (tres o más)	37.825
37304	Tratamiento de esguince interfalángico (una a dos)	27.750
37305	Tratamiento de esguince interfalángico (tres o más)	37.825

4 -CIRUGIA GENERAL

37401	Paracentesis abdominal	18.250
37402	Disección venosa	15.050
37403	Lavado gástrico	8.095
37404	Venodisección y catéter subclavio	33.115
37405	Colocación de línea arterial	33.115
37406	Intubación orotraqueal (exclusivamente en casos de reanimación)	33.115
37407	Escleroterapia venosa, tratamiento hasta de 15 sesiones, de un miembro en várices grado I ó II; no incluye venas reticulares y telangiectasias. (sesión)	244.210

5 -DIETETICA

37501	Determinación de régimen dietético en paciente ambulatorio	5.035
37502	Interconsulta de soporte nutricional especializado, en paciente hospitalizado que requiera nutrición parenteral o soporte enteral especial.	7.475

6 -TRABAJO SOCIAL

37601	Consulta social, sesión	5.130
37602	Consulta familiar, sesión	5.940
37603	Terapia familiar, sesión	7.900
37604	Acciones socio-educativas a grupo, sesión	4.720
37605	Acciones en la comunidad, sesión	8.615

7 - GASTROENTEROLOGIA

37701	Estudio de motilidad esofágica; incluye: manometría esofágica	200.945
37702	Estudio de motilidad esofágica con estimulación farmacológica	222.005
37703	Motilidad esofágica y estudio por perfusión de ácido, para esofagitis	234.800
37704	Test de Bernstain o estudio con perfusión de ácido, para esofagitis	78.270
37705	Análisis gástrico con estimulación farmacológica	154.845
37706	Phmetría de 24 horas	238.850
37707	Electrogastrografía transcutánea o electrogastrograma	191.160
37708	Manometría esofágica	120.555

8 -OTROS

37800	Aplicación de parche hemático	38.825
37801	Quimiofototerapia (tratamiento para psoriasis, vitiligo y linfomas), sesión	8.470
37804	Colocación de catéter subcutáneo para medicación analgésica continua	28.815
37805	Inyecciones neurolíticas subaracnoideas	34.260
37806	Curación simple con inmovilización	14.315
37807	Tratamiento médico del queloide o lesiones granulomatosas; incluye: infiltraciones y otros procedimientos.	42.830

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

37808	Crioterapia (sesión)	17.815
37809	Drenaje en piel y/o tejidos celular subcutáneo, incluye: absceso superficial, hematoma, panadizo.	17.815

CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIO, EN PIEL (SESION), INCLUYE VERRUGAS, LUNARES Y CLAVOS PLANTARES.

37810	De una a tres	14.405
37811	De cuatro a siete	25.900
37812	De ocho o más	43.120

RESECCION DE VERRUGAS, LUNARES Y CLAVOS PLANTARES, EN AREA GENERAL

37820	De una a tres	16.500
37821	De cuatro a siete	28.050
37822	De ocho o más	46.200

9 - TERAPIAS

37901	Terapia física; incluye: evaluación, ejercicios terapéuticos, estimulación temprana, mecanoterapia, medios físicos (hidroterapia, crioterapia, calor húmedo), electroterapia (bio-feed back, TENS, ultrasonido, diatermia, etc.) y/o tracciones; sesión en paciente ambulatorio.	7.155
37902	Terapia ocupacional, sesión en paciente ambulatorio	5.470
37903	Fonoaudiología (terapia del lenguaje), sesión en paciente ambulatorio	5.470
37904	Terapia integral para rehabilitación cardíaca, sesión	16.200
37906	Terapia respiratoria (percusión, vibración, drenaje postural, succión, micronebulización, acelerador de flujo, tos asistida y/o ejercicios repiratorios), sesión en paciente ambulatorio.	7.435
37907	Micronebulización no medicada, sesión	4.180
37908	Micronebulización medicada, sesión	5.105
37909	Terapia integral con monitoría electrocardiográfica para rehabilitación cardíaca, sesión	20.960
37910	Terapia grupal, física, ocupacional o del lenguaje, sesión por paciente	1.765
37911	Determinación de ayuda audiológica, por paciente	5.105
37912	Adaptación y entrenamiento total de la ayuda audiológica (audífono), por paciente	24.875
37913	Terapia física; incluye: evaluación, ejercicios terapéuticos, estimulación temprana, mecanoterapia, medios físicos (hidroterapia, crioterapia, calor húmedo), electroterapia (bio-feed back, TENS, ultrasonido, diatermia, etc.) y/o tracciones, sesión en paciente hospitalizado.	7.870
37914	Terapia ocupacional, sesión en paciente hospitalizado	6.015
37915	Fonoaudiología, (terapia del lenguaje), sesión en paciente hospitalizado	6.015
37916	Terapia respiratoria (percusión, vibración, drenaje postural, succión, micronebulización, acelerador de flujo, tos asistida y/o ejercicios repiratorios), sesión en paciente hospitalizado	7.635
37917	Terapia computarizada del lenguaje (ABS ó BTL), sesión	6.510

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 1. El Instituto pagará, una sola vez por paciente atendido, el valor de la mascarilla, cánula nasal, boquilla e inspirómetro incentivo, que se utilicen en la realización de cualesquiera de los procedimientos relacionados bajo los códigos 37906, 37907, 37908 y 37916, hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

PARAGRAFO 2. Las férulas u órtesis de mano y aditamentos de ayuda básica (manguitos para utensilios, soportes para escritura, etc.), para el manejo del paciente en terapia ocupacional, los pagará el Instituto hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

PARAGRAFO 3. En la práctica de los estudios de gastroenterología, en los cuales se utilice electrodos, el valor de los mismos se pagará hasta por el precio de adquisición, más el cinco por ciento (5%).

PARAGRAFO 4. El procedimiento de exanguineo transfusión intrauterina solo podrá efectuarse en Instituciones de Tercer Nivel de complejidad, en embarazadas de alto riesgo obstétrico, previa autorización de la Junta Médico-Quirúrgica del servicio respectivo en la Entidad en donde se efectuará. La tarifa incluye: servicios profesionales por la práctica del procedimiento y sus controles, procesamiento y aplicación de unidad de glóbulos rojos lavados e irradiados, derechos de sala, pruebas de laboratorio clínico previas en la materna y a la sangre fetal, material de sutura y curación, insumos y ecografía obstétrica con perfil biofísico.

PARAGRAFO 5. Las tarifas determinadas en este artículo, para los procedimientos que efectúa el profesional médico, incluye la valoración del caso.

CAPITULO III

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

CONTENIDO Y TARIFAS

ARTICULO 34. La contratación de servicios se hará siempre por número de estancias hospitalarias en habitaciones, individuales, bipersonales, de tres camas y excepcionalmente en piezas de cuatro o más camas.

ARTICULO 35. La estancia en todos los casos, comprende los siguientes servicios básicos:

a. Médico hospitalario de piso (no incluye médico tratante)

b. Enfermera

c. Auxiliar de enfermería

d. Uso del equipamiento (bomba de infusión, lámpara de fototerapia, vacío, menaje, mobiliario, etc.) propio del inmueble, según el servicio

e. Dotación básica de elementos de enfermería

f. Material de curación

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

g. Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto sustancias de nutrición enteral o parenteral).

h. Suministro de ropa de cama

i. Aseo

j. Servicios públicos

k. Servicios y recursos de la entidad hospitalaria para comodidad del paciente (ascensores, calderas, llamado de enfermeras, teléfono local, aire acondicionado, etc.).

PARAGRAFO 1. Se entiende como dotación básica de elementos de enfermería, aquella utilizada por este personal durante la realización de actividades relacionadas con la higiene del paciente, control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, así como los elementos de protección personal necesarios para el manejo de pacientes aislados o de cuidado especial.

PARAGRAFO 2. Por material de curación se entienden todos los suministros que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel y mucosas, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

PARAGRAFO 3. Adicional a la tarifa de la estancia, durante los días en que al paciente se le realicen curaciones, como parte del tratamiento de una complicación, por concepto de materiales se pagará diariamente la suma de:

39300	Materiales de curación por complicaciones intrahospitalarias	12.215

Este valor, el Instituto lo pagará únicamente en pacientes que presenten complicaciones por morbilidad no imputable al prestador del servicio.

PARAGRAFO 4. En las Instituciones Hospitalarias de tercer nivel 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, interconsultas especializadas, 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.

Los productos de nutrición parenteral o enteral, equipos de transferencia, adaptadores para el mezclador, bolsas para aplicación y el catéter subclavio, el Instituto los pagará hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

Los servicios profesionales, derechos de sala de cirugía, materiales de sutura y curación y demás suministros considerados en el Artículo 58 del Manual, correspondientes a la implantación del catéter subclavio, así como los exámenes de laboratorio clínico que se realicen en el paciente, se pagarán a las tarifas establecidas en este Acuerdo.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

39142	Manejo diario nutricional parenteral en paciente hospitalizado	3.740

PARAGRAFO 5. La permanencia hospitalaria por un periodo superior a diez (10) días del paciente en tratamiento quirúrgico y de quince (15) días en manejo médico, requiere autorización de la Gerencia E.P.S. de la Seccional respectiva, por la repartición que haga sus veces o en quien el Gerente delegue.

ARTICULO 36. La estancia en Instituciones Psiquiátricas y en Unidades de Salud Mental, de cualquier tipo y nivel (38221 a 38274), comprende, además de los servicios básicos definidos en el Artículo anterior, los siguientes: terapia ocupacional, recreativa y de grupo; igualmente, las evaluaciones e intervenciones que en forma integral debe efectuar, con el paciente, su familia y la comunidad, el equipo interdisciplinario conformado como mínimo, por: Psiquíatra, Psicólogo, Trabajador Social y Terapista Ocupacional. La permanencia del paciente por un período superior a treinta (30) días, requiere de la valoración por parte del Servicio de Psiquiatría del ISS y la autorización. de la Gerencia EPS de la Seccional respectiva, por la repartición que haga sus veces o en quien el Gerente delegue.

ARTICULO 37. La estancia en Instituciones Hospitalarias para cuidado del paciente crónico somático (38325), comprende además de los servicios básicos del Artículo 35, la atención de médico general y de especialistas correspondientes a la misma especialidad a la que pertenece la afección crónica que padece el paciente.

ARTICULO 38. La estancia en la Unidad de Trasplante (38435), comprende además de los servicios básicos del Artículo 35 de este Manual, la utilización de equipos de monitoría, ventilación, desfibrilación y adicionales requeridos.

ARTICULO 39. La estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo (38525), comprende además de los servicios básicos del Artículo 35, literal b) a k) de este Manual, los siguientes: a) control, vigilancia de 24 horas diarias y realización de cualquier procedimiento por el especialista de la Unidad; b) práctica de: electrocardiogramas, electroencefalogramas, gasimetrías arteriales y arteriovenosas mixtas, procedimientos neumológicos(distensibilidad, reclutamiento, resistencia pulmonar, oximetrías, etc.), cualquiera sea el número que se requiera; c) aplicación de cánulas, sondas, catéteres y otros procedimiento indispensables para monitoreo de la función y resucitación cardiopulmonar; d) terapia respiratoria; e) aire comprimido para el funcionamiento de los equipos.

ARTICULO 40. La estancia en la Unidad de Cuidado Intermedio (38825 y 38826), comprende los mismos servicios establecidos para la Unidad de Cuidado Intensivo, con excepción de la asistencia ventilatoria.

ARTICULO 41. La estancia en la Unidad de Quemados, comprende además de los servicios básicos del Artículo 35 de este Manual, los cuidados por parte de personal de enfermería capacitado en esta disciplina y la utilización de los equipos terapéuticos especializados.

PARAGRAFO. Los materiales de curación, utilizados en la Unidad de Quemados, están excluidos de la tarifa de la estancia y se pagarán hasta por el precio de adquisición, más el cinco por ciento (5%).

ARTICULO 42. Para el reconocimiento y pago de las estancias hospitalarias que se contraten, se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de las instituciones:

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

a) Instituciones de primer nivel

b) Instituciones de segundo nivel

c) Instituciones de tercer nivel

ARTICULO 43. De acuerdo con la anterior clasificación, se pagará por el concepto de Estancia, las siguientes tarifas:

38 -ESTANCIAS

1 -MEDICINA INTERNA, CIRUGIA, GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA

INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL

38111	Habitación unipersonal	45.285
38112	Habitación bipersonal	42.530
38113	Habitación de tres camas	34.475
38114	Habitación de cuatro o más camas	31.710

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38121	Habitación unipersonal	64.280
38122	Habitación bipersonal	58.475
38123	Habitación de tres camas	49.705
38124	Habitación de cuatro o más camas	40.830

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38131	Habitación unipersonal	89.150
38132	Habitación bipersonal	76.315
38133	Habitación de tres camas	63.470
38134	Habitación de cuatro o más camas	57.120

2 -PSIQUIATRIA

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE A LA ATENCION PSIQUIATRICA

38221	Habitación unipersonal	54.295
38222	Habitación bipersonal	49.065
38223	Habitación de tres camas	41.465
38224	Habitación de cuatro o más camas	33.670

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE A LA ATENCION PSIQUIATRICA.

38231	Habitación unipersonal	72.865
38232	Habitación bipersonal	62.095
38233	Habitación de tres camas	51.320
38234	Habitación de cuatro o más camas	45.980

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL DEDICADAS A LA ATENCION DE VARIAS ESPECIALIDADES INCLUIDA LA PSIQUIATRIA

38261	Habitación unipersonal	48.540
38262	Habitación bipersonal	38.895
38263	Habitación de tres camas	31.505
38264	Habitación de cuatro o más camas	29.045

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DEDICADAS A LA ATENCION DE VARIAS ESPECIALIDADES INCLUIDA LA PSIQUIATRIA

38271	Habitación unipersonal	54.295
38272	Habitación bipersonal	49.055
38273	Habitación de tres camas	41.465
38274	Habitación de cuatro o más camas	33.670

Las tarifas anteriores se aplicarán para los servicios de hospitalización del paciente en crisis y de corta o mediana estancia.

3 -CRONICO SOMATICO

INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

38325	Habitación unipersonal, bipersonal o de más camas	48.695

La hospitalización se hará en Instituciones que tengan el recurso humano, físico y técnico para la atención específica del paciente por las siguientes causas:

- Gran invalidez
- Osteomielitis
- Gangrena
- Absceso urinario
- Enfermedades terminales
- Otras enfermedades somáticas de larga permanencia

4 - PACIENTE TRASPLANTADO

38435	Habitación especial	135.635

Para la hospitalización en este servicio, se requiere que la Institución proveedora disponga de las instalaciones, el recurso humano y técnico, adecuado para el manejo pre y post operatorio del paciente trasplantado.

5 -UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

38525	General o Neonatal	496.735

6 -UNIDAD DE QUEMADOS

I**NSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL**

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

38635	Cuidado intensivo	206.935
38625	Cuidado intermedio	80.225

7 -INCUBADORA

INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL

38715	Sala especial	45.285

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38725	Sala especial	64.160

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38735	Sala especial	89.150

8 -UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38825	Sala especial	220.010

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38826	Sala especial	234.870

PARAGRAFO 1. Las tarifas establecidas en este Artículo, son los valores máximos a reconocer por la estancia hospitalaria, cuando se garantice en forma integral los servicios determinados en los Artículos 35 a 41 de este Manual. En el caso que por cualquier circunstancia no se suministre alguno de ellos, su valor será descontado de la tarifa de la estancia, liquidado con base en el costo que se genere en la Institución contratista.

PARAGRAFO 2. De conformidad con la definición establecida en el literal l) del Artículo 71 de este Acuerdo, para efectos de aplicación de las tarifas correspondientes a la estancia, se determina que el día de ingreso del paciente se factura más no el del egreso, cualquiera que sea el servicio de hospitalización, la hora de entrada y de salida del mismo. Se exceptúa de esta disposición, el caso de permanencia inferior a 24 horas y que por cualquier circunstancia el paciente egrese del Centro Hospitalario; en dicho evento se paga la tarifa correspondiente a la estancia según el servicio que ocupó.

Cuando el paciente por prescripción médica es enviado de un servicio a otro, la tarifa de la estancia a reconocer, correspondiente al día en que se efectúe su traslado, será la de mayor valor de las utilizadas.

39. SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS, EQUIPOS Y REHABILITACION INTEGRAL

ARTICULO 44. Los servicios profesionales de los especialistas de Clínicas Quirúrgicas o Ginecoobstétricas, de especialistas en Anestesiología y de Médicos (Generales o Especialistas) que actúan como Ayudantes Quirúrgicos, se liquidarán de conformidad con el número de Unidades de Valor Relativo, determinadas en el Capítulo I de este Acuerdo para cada intervención quirúrgica o procedimiento. Para su pago, se fijan los siguientes

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

valores por Unidad, sea que el profesional preste la atención, mediante contrato de servicios de salud en forma directa o a través de una IPS propia o contratada por el ISS:

Valor por Unidad

39101	Especialistas de Clínicas Quirúrgicas o Ginecoobstétricas	1.270
39102	Especialistas en Anestesiología	960
39103	Médico Ayudante Quirúrgico	360
39145	Médico u Odontólogo General	810

PARAGRAFO 1. El valor de la Unidad, correspondiente al Código 39102, es igual en el caso que se aplique anestesia general, regional o en los bloqueos nerviosos realizados por Especialista en Anestesiología. La anestesia obstétrica únicamente da lugar al pago de los servicios profesionales en el evento que sea administrada por el especialista en anestesiología y su liquidación se efectuará con base en el valor de la UVR fijado para el respectivo procedimiento determinada en este Artículo para el código antes citado.

PARAGRAFO 2. Los servicios profesionales de ayudantía quirúrgica se reconocen en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos, efectuados en el quirófano, que tengan 50 o más Unidades y por un valor igual, cualesquiera sea el número de profesionales que intervengan, salvo en los casos de cirugía con circulación extracorpórea, reemplazo de cadera, en los trasplantes de: corazón, pulmón, riñón y cirugías reconstructivas bilaterales múltiples en miembros inferiores, efectuadas en forma simultánea por dos especialistas de igual especialidad e identificadas bajo los códigos 13320,13422 y 13908, en los cuales se podrá pagar el valor hasta de dos (2) ayudantes.

PARAGRAFO 3. Los servicios profesionales del especialista en anestesiología y del médico ayudante quirúrgico, se condiciona su pago a que efectivamente se haya prestado.

ARTICULO 45. En los exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, relacionados en el Capitulo II de este Manual, que según criterio médico necesiten para su práctica de anestesia general o regional, por los servicios profesionales del especialista en anestesiología, se pagará el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para el respectivo procedimiento. Se exceptúan los que se señalan a continuación con la tarifa por este concepto:

39105	Sesión terapia electroconvulsiva	29.100
39106	Procedimientos de quimioterapia en niños (sesión)	29.100
39107	Estudios radiológicos convencionales y de TAC	29.100
39108	Exámenes de resonancia magnética	60.225
39109	Examen médico	29.100
39110	Cardioversión de pacientes en tratamiento no quirúrgico	36.275
39149	Procedimientos de salud oral en niños (procedimiento integral)	69.975

PARAGRAFO. Cuando en un procedimiento de los Especiales Intervencionistas de Radiología, en forma excepcional se requiera de la participación del especialista en anestesiología, por este concepto sobre el valor operativo del respectivo estudio, se pagará una suma igual al treinta por ciento (30%) y en el caso de los procedimientos de Terapia Endovascular, el veinticinco por ciento (25%). Bajo esta misma circunstancia, los servicios del especialista en anestesiología, serán iguales al treinta por ciento (30%) del valor fijado en el artículo 24 de este Manual para el procedimiento de hemodinamia efectuado.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 46. Los servicios profesionales intrahospitalarios o ambulatorios que a continuación se listan, en contratos de tipo extrainstitucional, es decir, cuando la persona o entidad proveedora del servicio aporta los recursos necesarios para la atención integral, el Instituto los pagará a las siguientes tarifas:

39111	Servicio de perfusionista (por intervención)	98.725
39112	Atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente no quirúrgico, obstétrico o psiquiátrico en instituciones de primero y segundo nivel de complejidad.	14.375
39150	Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente no quirúrgico, obstétrico o psiquiátrico, en instituciones de tercer nivel de complejidad.	17.245
39154	Manejo diario del paciente en UCI por especialistas interconsultantes	20.370
39113	Atención diaria intrahospitalaria, por el médico general tratante, del paciente no quirúrgico u obstétrico.	10.710
39114	Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico u obstétrico.	14.375
39115	Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante, del paciente psiquiátrico, en instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad.	10.060
39116	Atención diaria por el especialista tratante, para el paciente psiquiátrico en tratamiento y rehabilitación integral a nivel ambulatorio.	4.320
39117	Valoración inicial intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente ingresado para estudio y/o tratamiento no quirúrgico u obstétrico.	11.695
39118	Valoración inicial intrahospitalaria, por el médico general tratante, del paciente ingresado para tratamiento no quirúrgico u obstétrico.	7.425
39119	Valoración por el especialista de clínicas pedíátricas, del recién nacido y el total de controles del sano durante su permanencia en el servicio de hospitalización.	22.495
39120	Valoración por el médico general, del recién nacido y el total de controles del sano durante su permanencia en el servicio de hospitalización.	15.215
39121	Valoración inicial intrahospitalaria preparto	11.095
39122	Consulta pre-quirúrgica, por el especialista en clínicas quirúrgicas	11.915
39123	Consulta preanestésica.	11.915
39124	Interconsulta médica especializada ambulatoria o intrahospitalaria, excepto UCI	15.905
39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
39126	Consulta ambulatoria de medicina especializada	11.915
39127	Participación en Junta médico quirúrgica de otros profesionales de la salud no médicos; por caso (máximo dos profesionales).	2.080
39128	Junta médico-quirúrgica (máximo cinco profesionales), especialista por caso	5.650
39104	Consulta de urgencias por médico especialista	17.325
39129	Consulta de urgencias por médico general	11.420
39130	Atención diaria en sala de observación de urgencias	25.315
39131	Consulta médica de urgencia con cuidado diario en hidratación	25.315
39146	Consulta médica de urgencia, más sutura de heridas	34.530

PARAGRAFO 1. Las tarifas correspondientes a los conceptos "Valoración", "Consulta Preanestésica" y "Consulta Prequirúrgica Ambulatoria" se pagarán por una sola vez en cada paciente, siempre y cuando se cause el servicio, cualquiera sea el número de UVR de la intervención o procedimiento practicado. En tratamientos no quirúrgicos u obstétricos, el valor es adicional al establecido por la atención diaria intrahospitalaria; esta última se reconocerá por el número de días de permanencia del paciente, incluidos el de ingreso y egreso.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 2. Los servicios profesionales correspondientes a los Códigos: 39113, 39118 y 39120, se pagarán únicamente en aquellas instituciones en donde por carencia de especialista, la actividad la realiza un médico general.

PARAGRAFO 3. No hay lugar al reconocimiento de valoración inicial intrahospitalaria, en el caso del recién nacido que dentro del período de permanencia en el Centro Hospitalario, después de su nacimiento, requiera hospitalización y del paciente psiquiátrico en programa de rehabilitación integral ambulatoria.

PARAGRAFO 4. La tarifa correspondiente a la atención intrahospitalaria por el especialista tratante, del paciente psiquiátrico, incluye el valor de los servicios profesionales del psiquiatra por su participación en la evaluación integral del hospitalizado.

PARAGRAFO 5. La atención diaria en sala de observación de urgencia, se pagará adicional al valor de la consulta de urgencia.

PARAGRAFO 6. El valor fijado para el código 39114 "Atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente quirúrgico u obstétrico", únicamente se pagará cuando la permanencia en el servicio de hospitalización supere los primeros 15 días postquirúrgicos.

PARAGRAFO 7. En el evento que la embarazada ingrese al servicio de hospitalización, para la atención de cualquier episodio distinto del parto, o del paciente que previa a la realización de la cirugía objeto de la remisión, a nivel intrahospitalario, requiere de tratamiento no quirúrgico, los servicios profesionales del especialista tratante se reconocerán con base en la cuantía determinada para el código 39114, por el número de días que estuviere bajo su cuidado.

PARAGRAFO 8. La tarifa del código 39154 comprende el valor de la atención de todo paciente en la UCI, por la participación de uno o más especialistas interconsultantes, cualquiera sea la especialidad e independiente del número de evaluaciones diarias que se realicen.

PARAGRAFO 9. Las tarifas correspondientes a los códigos 39104 y 39129, son excluyentes entre si; consecuentemente, no procede facturar más de una actividad por paciente.

PARAGRAFO 10. Si como resultado de la valoración médica del recién nacido se determina la necesidad de su hospitalización para manejo médico y/o quirúrgico, bajo esta circunstancia por dicho concepto únicamente se facturará el valor correspondiente al código 39117 ó 39118, según el tipo de profesional médico que hubiere efectuado la valoración.

ARTICULO 47. Los servicios profesionales por concepto de la atención médica o quirúrgica prestada en desarrollo de contratos de tipo intrainstitucional, es decir, cuando el Instituto aporta los demás recursos para la atención, se pagarán así:

39132	Consulta ambulatoria de medicina general	4.870
39133	Consulta ambulatoria de medicina especializada	5.920
39134	Consulta de urgencias por médico general	6.725
39135	Consulta de urgencias por médico especialista	8.875
39136	Consulta médica de urgencias con cuidado en hidratación	13.325

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

39143	Consulta pre-quirúrgica ambulatoria y/o intrahospitalaria, por el especialista de Clínicas Quirúrgicas,	5.920
39144	Consulta preanestésica	5.920

PARAGRAFO. Los servicios profesionales distintos a los anteriormente relacionados, se pagarán conforme a lo estipulado en los Artículos 44, 45 y 46 de este Acuerdo.

ARTICULO 48. En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos terapéuticos, relacionados en el Capítulo I de este Acuerdo, que para su práctica requieran de anestesia general o regional, por el uso se reconocen derechos de sala, los cuales comprenden: utilización de la dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, el instrumental y la ropa reutilizable o desechable; los servicios de enfermería, esterilización, instrumentación, circulantes y de la sala de recuperación hasta por seis horas. El valor de estos derechos, según el número de **UVR** de la cirugía o procedimiento efectuado, se pagará así:

39209	HASTA 20 UVR	11.210
39210	DE 21 HASTA 30 UVR	23.295
39211	DE 31 HASTA 40 UVR	38.495
39212	DE 41 HASTA 50 UVR	48.350
39213	DE 51 HASTA 60 UVR	70.585
39214	DE 61 HASTA 70 UVR	83.930
39215	DE 71 HASTA 80 UVR	99.850
39216	DE 81 HASTA 90 UVR	112.745
39217	DE 91 HASTA 100 UVR	125.780
39218	DE 101 HASTA 110 UVR	129.170
39219	DE 111 HASTA 130 UVR	133.110
39220	DE 131 HASTA 150 UVR	162.095
39221	DE 151 HASTA 170 UVR	178.000
39222	DE 171 HASTA 200 UVR	214.755
39223	DE 201 HASTA 230 UVR	242.960
39224	DE 231 HASTA 260 UVR	276.745
39225	DE 261 HASTA 290 UVR	309.960
39226	DE 291 HASTA 320 UVR	348.710
39227	DE 321 HASTA 350 UVR	387.445
39228	DE 351 HASTA 380 UVR	409.580
39229	DE 381 HASTA 410 UVR	437.790
39230	DE 411 HASTA 450 UVR	476.540

PARAGRAFO 1. En las intervenciones con más de 450 UVR los derechos de sala de cirugía se pagarán, de acuerdo con el valor que resulte de multiplicar el número de Unidades del procedimiento realizado por $1.225.

PARAGRAFO 2. En la atención del parto, los derechos de sala incluye además la utilización de las Unidades de trabajo de parto, post parto y de observación del recién nacido.

PARAGRAFO 3. De acuerdo con la disponibilidad de recurso humano en las IPS distintas a las del Instituto, se podrá contratar los derechos de sala de cirugía con o sin los componentes de instrumentación y/o de enfermería. Cuando en el contrato se estipule que el Instituto proveerá el servicio de instrumentadora y/o enfermería, sobre el valor establecido en este Artículo se descontarán los siguientes porcentajes:

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

Instrumentación	Enfermería	Instrumentación y Enfermería
20%	25%	45%

El componente de enfermería incluye, los servicios del personal profesional, auxiliar y de ayudantes, que se requiera en el quirófano.

PARAGRAFO 4. Con base en los porcentajes señalados en el Parágrafo anterior, el Instituto podrá pactar en los contratos de servicios de salud que celebre, para la práctica de intervenciones quirúrgicas y procedimientos, la obligación a cargo del contratista de proveer el recurso de instrumentadora y/o de enfermería, o contratarlo el ISS directamente.
PARAGRAFO 5. En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos bilaterales efectuados en el quirófano, se reconocerá un setenta y cinco por ciento (75%) adicional sobre el valor de los derechos de sala de cirugía de la intervención realizada.

En las múltiples que practique en un acto el mismo especialista, a través de una vía de acceso, por este concepto complementaria a la tarifa de los derechos de sala de cirugía por anemia aplástica; incluye: formulación y control de quimioterapia sistémica, quimioterapias intratecales y cuidado médico durante el período de inducción). correspondiente a la intervención o procedimiento mejor clasificado que se efectúe, se pagará adicionalmente por las demás realizadas el cincuenta por ciento (50%) del valor de los derechos establecidos en este articulo para la segunda cirugía con el mayor número de UVR o igual a la primera.

El porcentaje anterior se pagará también, por cada una de las adicionales, cuando las hiciere el mismo especialista por diferente vía de acceso o profesionales de distinta especialidad a través de la misma o diferente vía.

PARAGRAFO 6. El Instituto no reconocerá valores adicionales por el empleo de accesorios e implementos de los equipos que se utilicen en la práctica de las intervenciones quirúrgicas y procedimientos, así éstos no sean reutilizables. Se exceptúa de esta disposición: la cuchilla para el Artroscopio en procedimientos terapéuticos y el trocar desechable de primera punción en cirugía laparoscópica, que por el uso de los mismos se reconocerá por paciente, adicional a los derechos de sala, la suma de $37.630 y $276.360, respectivamente.

PARAGRAFO 7. Los derechos de quirófano procede facturarlos únicamente cuando el procedimiento desde el punto de vista técnico-científico no sea posible practicarlo en sala especial, consultorio, sala de yesos o de pequeña cirugía.

ARTICULO 49. En las intervenciones y procedimientos terapéuticos y diagnósticos relacionados en el Capítulo I de este Acuerdo, con excepción de los de endoscopia, que para su práctica desde el punto de vista técnico-científico exija el uso de una sala especial, trátese de uni, bilateral o múltiple, por el uso se reconocen derechos de sala, los cuales comprenden: utilización de la dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, el instrumental y uso de la ropa reutilizable o desechable; los servicios de enfermería, esterilización, instrumentación, circulantes y de la sala de recuperación hasta por seis (6) horas; el valor de estos derechos es el cincuenta por ciento (50%) sobre los determinados en el Artículo 48 de este Manual, según el número de UVR de la intervención o procedimiento efectuado.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 1. En caso que se realice un procedimiento múltiple, el porcentaje señalado en este Artículo se aplicará sobre aquel efectuado que tenga asignado el mayor número de UVR.

PARAGRAFO 2. Por el uso de la sala de hemodinamia en la práctica de los procedimientos relacionados bajo los Códigos 25130 a 25148 y de ésta o de la sala especial, en cualquiera de los definidos con los Códigos 25160 a 25163, 25165, 25166, 25168 a 25174 y 25177 a 25182, el Instituto pagará por derecho a su utilización, incluidos la totalidad de los componentes determinados en este Artículo, un valor igual al sesenta por ciento (60%) sobre la tarifa establecida para el procedimiento efectuado. En el caso de un procedimiento bilateral o múltiple, el porcentaje se aplicará una sola vez y con respecto al último caso, sobre aquel realizado de tarifa superior.

El porcentaje anterior se aplica también en relación con los procedimientos de Terapia Endovascular.

PARAGRAFO 3. El Instituto no reconoce valores adicionales por el empleo de accesorios e implementos que se utilicen en la práctica de cualquier procedimiento a nivel de sala especial, así éstos no sean reutilizables.

PARAGRAFO 4. Los derechos de sala especial procede facturarlos únicamente cuando el procedimiento desde el punto de vista técnico- científico no sea posible efectuarlo en consultorio, sala de yesos o de pequeña cirugía.

ARTICULO 50. En aquellos procedimientos de ortopedia y traumatología, de toma de biopsia y cualquier otro terapéutico o diagnóstico relacionado en el Capítulo I de este Acuerdo, cuando desde el punto de vista científico se pueden realizar en consultorio, sala de yesos o de pequeña cirugía, en el servicio de hospitalización o cualquier otra área locativa distinta a quirófano, sala de partos o sala especial, se reconocen derechos de sala, los cuales comprenden: utilización de la dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, instrumental, ropa reutilizable o desechable, la atención de enfermería. El valor de estos derechos, es el veinticinco por ciento 25% sobre los determinados en el Artículo 48 de este Manual, según el número de UVR del procedimiento realizado.

ARTICULO 51. En la práctica de los procedimientos de endoscopia relacionados en el artículo 18, de este Acuerdo, con excepción de aquellos que para la práctica requieran de anestesia general o regional, el Instituto reconoce el derecho a la utilización del área locativa en donde se realicen, que comprende: utilización de la dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, el instrumental y la ropa reutilizable o desechable; los servicios de enfermería, esterilización, instrumentación y de la sala de recuperación hasta por 6 horas. El valor de estos derechos por procedimiento uni, bilateral o múltiple, es igual al cuarenta por ciento (40%) sobre el determinado en el Artículo 48 de este Manual según el número de UVR del procedimiento mayor realizado.

Se exceptúan de esta disposición el papilótomo, esfinterótomo o catéter de dilatación y de la canastilla en la práctica del procedimiento "esfinterotomía o papilotomía para la extracción de cálculos", que por el uso de éstos en cada paciente, se pagarán $110.070 y en la "litotripsia mecánica biliar ", la suma de $181.885**.**

ARTICULO 52. Cuando para la práctica integral, en un menor de edad, de procedimientos de salud oral, sea necesaria su realización bajo anestesia general o regional, se reconocerá por derechos al uso del quirófano una suma equivalente al ochenta por ciento

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

(80%) de la tarifa establecida para el respectivo procedimiento en el Capitulo II de este Acuerdo.

ARTICULO 53. Los derechos de salas en el servicio de urgencias, se pagarán así:

39201	Derechos sala de observación institución primer nivel	20.380
39202	Derechos sala de observación institución segundo nivel	24.475
39203	Derechos sala de observación institución tercer nivel	31.880
39204	Derechos de sala para sutura de heridas	6.810
39205	Derechos de sala para curaciones	5.690

PARAGRAFO 1. La tarifa por la permanencia en la sala de observación de urgencias, es un valor diario y se reconoce únicamente cuando el paciente reciba atención en el servicio por un período superior a dos (2) horas.

PARAGRAFO 2. Los derechos de sala para curaciones, incluyen: uso del consultorio o sala, instrumental, anestesia local y servicio de enfermería.

ARTICULO 54. La sala de recuperación comprende los siguientes servicios: dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, uso de ropa reutilizable o desechable y la atención de enfermería; por este concepto se pagarán las siguientes tarifas:

INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL

38915	Sala de recuperación	26.705

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38925	Sala de recuperación	35.055

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38935	Sala de recuperación	42.125

PARAGRAFO. El pago procede únicamente cuando por cualquier intervención quirúrgica o procedimiento practicado, un paciente ambulatorio u hospitalizado, deba permanecer en la Unidad después de las primeras seis (6) horas postquirúrgicas.

Cuando en concepto del especialista la recuperación debe hacerse en cuidado intensivo o intermedio y la permanencia en estas Unidades sea por un período inferior a veinticuatro horas, adicional al valor de la estancia hospitalaria, según el tipo de cama que esté ocupando el paciente, por este concepto se reconocerá una suma igual al cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para la estancia en la Unidad donde se atendió la recuperación.

ARTICULO 55. Los materiales de sutura, curación, oxígeno, agentes y gases anestésicos, que se consuman en el quirófano, así como los que se suministren en la sala de recuperación, se pagarán de acuerdo con los siguientes valores, según el número de Unidades de Valor Relativo asignadas a la intervención quirúrgica o procedimiento realizado :

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

39301	HASTA 20 UVR	28.180
39302	DE 21 HASTA 30 UVR	29.095
39303	DE 31 HASTA 40 UVR	30.100
39304	DE 41 HASTA 50 UVR	41.185
39305	DE 51 HASTA 60 UVR	52.190
39306	DE 61 HASTA 70 UVR	74.830
39307	DE 71 HASTA 80 UVR	80.555
39308	DE 81 HASTA 90 UVR	86.375
39310	DE 91 HASTA 100 UVR	99.275
39311	DE 101 HASTA 110 UVR	112.100
39312	DE 111 HASTA 130 UVR	119.195
39313	DE 131 HASTA 150 UVR	127.380
39314	DE 151 HASTA 170 UVR	139.010

PARAGRAFO 1. Los materiales de sutura y curación, que se utilicen en el quirófano y sala de recuperación, durante la realización de una intervención quirúrgica o procedimiento con más de 170 UVR, ó múltiples en las que haya alguna con éste o un mayor número de Unidades, se pagarán de acuerdo con su consumo hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%). El valor del oxígeno, agentes y gases anestésicos, utilizado durante su práctica, está incluido en la tarifa correspondiente a derechos de sala.

PARAGRAFO 2. En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos que se efectúen en sala especial, o para la práctica de los procedimientos de endoscopia a que se refiere el Artículo 51 del Manual, por concepto de material de sutura y curación, agentes y gases anestésicos, utilizados en la sala y en recuperación, cualquiera sea el número de Unidades asignadas, el Instituto pagará el siguiente valor:

39315	Material de sutura y curación, agentes y gases anestésicos, en sala especial	22.065

PARAGRAFO 3. Los materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos, utilizados durante la realización de cualquiera de los procedimientos o exámenes relacionados con los códigos 39105, 39106, 39109 y 39110 del Artículo 45, en el Artículo 50 de este Manual o de sutura de heridas (39204) y curaciones (39205), se pagarán con la siguiente tarifa:

39316	Materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos	9.410

PARAGRAFO 4. Los materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos que se consuman en la práctica de los procedimientos 39107, 39108, 39149, 213501,213502 y 213503 contenidos en los Artículos 21 y 45 de este Manual, se pagarán de acuerdo con la siguiente tarifa:

39326	Materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos	22.065

PARAGRAFO 5. En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos bilaterales, realizados en quirófano, con menos de 170 UVR, se reconocerá un setenta y cinco (75%) adicional sobre el valor establecido en este Artículo, por concepto de material de sutura y curación, soluciones, oxígeno, gases y agentes anestésicos, de acuerdo con el número de Unidades asignadas a la cirugía o procedimiento practicado.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

En las múltiples que practique en un acto el mismo especialista, a través de una vía de acceso por este concepto complementaria a la tarifa de los derechos de sala de cirugía correspondiente a la intervención o procedimiento con el mayor número de UVR que se efectúe, se pagará el cincuenta por ciento (50%) del valor, entre las adicionales realizadas, de aquella con el más alto número de UVR o igual a la primera.

El porcentaje anterior se pagará también, por cada una de las adicionales, cuando las hiciere el mismo Especialista por diferente vía de acceso o profesionales de distinta especialidad a través de la misma o diferente vía.

PARAGRAFO 6. Los materiales de sutura y curación a que se refiere este Artículo, incluye los siguientes elementos: algodón, aplicadores, apósitos, compresas, mechas, gasas, torundas, cotonoides, cierres umbilicales, esponjas excepto de silicón, gelatinas absorbibles, cera para huesos, esparadrapo, soluciones desinfectantes, vendajes, guantes, hojas de bisturí, catéteres pericraneales, equipos de venoclisis, buretras, llaves de dos o mas vías, agrafes, suturas de cualquier tipo (catguts, absorbibles sintéticas, no absorbibles, tales como: sedas, nylon, poliéster, polipropileno, acero inoxidable)
.
PARAGRAFO 7. En instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad, en la realización de la "Colecistectomía laparoscópica" y "Uretrocistopexia por Retziuscopia", el Instituto reconocerá hasta por el valor de adquisición más el cinco por ciento (5%), la utilización de la pistola para clips y grapas de titanio o tornillos helicoidales, sin que en ningún procedimiento se pueda facturar una suma superior a la mitad del precio antes definido y por el ciento por ciento (100%) del valor señalado las grapas o tornillos que se utilicen.

ARTICULO 56. Las curaciones que en paciente ambulatorio realiza, en forma programada, el servicio de enfermería, según la naturaleza de las mismas, el Instituto reconoce cada una a las siguientes tarifas, incluido el valor del material que se consume y la utilización de equipo, instrumental y área locativa:

39317	Post traumáticas en nariz	1.520
39318	Cambio de mechas vaginales	2.565
39319	Cambio de apósitos o protectores oculares	1.125
39320	Heridas infectadas en abdomen o tronco; incluye: marzupializaciones y fístulas	3.615
39321	Ulceras tórpidas en miembros superiores o inferiores	6.275
39322	Osteomielitis	9.650
39323	Quemaduras de 2o. Y 3o. Grado en cara, cráneo, cuello antebrazo o mano	13.990
39324	Quemaduras de 2o. Y 3o. Grado en brazo, muslo, pierna o pie	18.175
39325	Quemaduras de 2o. y 3o. grado en tronco, abdomen o genitales	26.860
39327	Cuidado del estoma	8.320

PARAGRAFO. La tarifa por concepto de cuidado del estoma, incluye además: valoración integral del caso, dilataciones, orientaciones y recomendaciones al paciente y allegados; aplica en los siguientes tipos de ostomía: colostomía con y sin dilataciones, ileostomía, urostomía, fístulas y gastrostomía.

ARTICULO 57. Modificado: Acuerdo 228 de 2.000, artículo segundo, en los siguientes terminos:

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

Los medicamentos y soluciones intravenosas se prescribirán con sujeción al Catálogo General de Suministros - Clase I - Productos Farmacéuticos del ISS.
Los productos suministrados a los pacientes en el servicio de hospitalización, a través de prestadores distintos de las IPS y CAA del ISS se pagarán hasta por el precio máximo de catálogo para venta al público, vigente a 31 de diciembre de 1998, más un diez (10) por ciento; lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en el Parágrafo 4 de este artículo. El mismo valor se reconocerá al proveedor externo por los medicamentos y soluciones intravenosas que se prescriban y suministren al paciente antes o durante la realización de cualesquiera de los procedimientos definidos en el Capitulo II de este Manual, en el quirófano, sala de parto, salas especiales, sala de recuperación y en el servicio de urgencias.

PARAGRAFO 1: A las IPS y CAA del Instituto se pagará únicamente el valor correspondiente al despacho de los medicamentos, a razón de $2.500.oo fórmula de paciente ambulatorio (Consulta externa y de urgencias) y de $5.500.oo de paciente intrahospitalario.

PARAGRAFO 2: Las jeringas, agujas y los equipos, utilizados en el manejo de los pacientes por los prestadores internos (IPS y CAAs) y externos, para la aplicación de los medicamentos y soluciones intravenosas, incluido el "set" para la bomba de infusión, se pagará por el precio de adquisición más el cinco (5) por ciento.

PARAGRAFO 3: En el evento que el Instituto, en localidades con población inferior a cincuenta mil habitantes, no disponga de un Centro de Atención Ambulatoria, la seccional podrá celebrar contratos con farmacias o depósitos de medicamentos para el suministro de los mismos al paciente ambulatorio, sin que el precio de adquisición sea superior al máximo de catálogo para venta al público, vigente a 31 de diciembre de 1998, más un diez (10) por ciento.
En municipios con un número de habitantes superior al señalado, o en donde el ISS posea infraestructura física, la celebración de contratos con farmacias para el suministro de medicamentos, requiere de la autorización previa del Presidente del Instituto.

PARAGRAFO 4: Cuando el prestador externo, para el manejo terapéutico ambulatorio del paciente, prescriba cualquiera de los medicamentos que a continuación se relacionan, el suministro se hará al afiliado a través de los prestadores internos (IPS y CAAs).

a. Eritropoyetina
b. Interferones
c. Inmunoglobulinas antilinfocíticas
d. Antiretrovirales
e. Factores estimulantes de colonias granulocíticas
f. Oncológicos
g. Análogos factores liberadores de gonadotropinas
h. Ciclosporina

En el caso que alguno de los medicamentos señalados anteriormente no se disponga en las farmacias del ISS y sea necesario su provisión para el tratamiento inmediato del usuario, el suministro lo podrá efectuar el proveedor previa autorización de la Gerencia EPS de la seccional respectiva, por la repartición que haga sus veces o en quien el gerente delegue.

PARAGRAFO 5: Mientras el paciente esté bajo el cuidado del proveedor del servicio, la prescripción de medicamentos deberá efectuarse en forma individual, por periodos que no superen las cuarenta y ocho (48) hora, cuando se trate de tratamiento intrahospitalario y de

treinta (30) días, si el paciente al egreso, por la patología necesita continuar con el tratamiento, o en el evento que la prescripción se genere para el paciente que asiste a la consulta externa del proveedor. En los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría, la prescripción podrá hacerse hasta por un periodo de siete (7) días.

ARTICULO 58. Los suministros de prótesis y órtesis; injertos, homoinjertos, válvulas, catéteres y sondas; tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas y medias ortopédicas; equipos de presión venosa central, marcapasos; elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos, sustancias de nutrición enteral y parenteral, gases de uso intraocular, líquidos perfluorocarbonados para oftalmología, material viscoelástico, kit de aféresis y para transfusión autóloga y rescate mecánico intrahospitalario, trocar fungible para primera punción, STENTS y otros elementos de uso médico, distintos a los definidos en el Parágrafo 6 del Artículo 55 de este Manual, utilizados en la práctica de cualquier intervención quirúrgica o procedimiento relacionado en el Capítulo I y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, cuando no se trate de los utilizados en la realización de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo II, definidos en el Artículo 105 como integrantes de la tarifa, los pagará el Instituto hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

Al mismo valor, se pagarán los elementos que en forma específica en algunos de los servicios relacionados en el Capítulo II, se establece que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo examen o procedimiento En los convenios y contratos el Instituto pactará, cuando la disponibilidad de sus recursos lo permita, el suministro a los proveedores de las prótesis órtesis, válvulas, marcapasos, STENTS y cualquier otro elemento que así lo considere, necesario para el tratamiento del asegurado.

ARTICULO 59. Los servicios en la Unidad de Nefrología (61)**,** los pagará el Instituto a las siguientes tarifas:

DERECHOS DE SALA EN HEMODIALISIS POR INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRONICA

39206	Sesión de hemodiálisis standard, que incluye: la dotación, servicio de enfermería, la utilización de los equipos y elementos propios de la Unidad, servicios públicos y de aseo.	13.545
39207	Sesión de hemodiálisis con bicarbonato, que incluye: la dotación, servicio de enfermería, la utilización de los equipos, elementos propios de la Unidad, servicios públicos y de aseo y los elementos necesarios para el tratamiento del agua.	13.795

DERECHOS DE SALA EN DIALISIS PERITONEAL MANUAL O AUTOMATIZADA

39208	Atención diaria en la Unidad de Nefrología, que incluye: la dotación, servicio de enfermería, la utilización de los equipos y elementos propios de la Unidad, servicios públicos y de aseo.	11.095

SERVICIOS PROFESIONALES

39137	Atención de hemodiálisis por insuficiencia renal aguda, incluido el procedimiento y los controles intra-hospitalarios requeridos.	23.135
39138	Sesión de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica, incluidos los controles	

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	médicos que el paciente requiera.	12.395
39139	Atención diaria de diálisis peritoneal por insuficiencia renal aguda, incluido el procedimiento y los controles intrahospitalarios requeridos.	33.740
39140	Entrenamiento previo necesario de cada paciente que ingrese al programa de diálisis peritoneal ambulatoria, por insuficiencia renal crónica (actividades del equipo interdisciplinario de la Unidad.	31.120
39141	Atención mensual integral por paciente en diálisis peritoneal ambulatoria, manual o automatizada, por insuficiencia renal crónica (incluye: controles médicos y cambios de equipo de infusión).	144.185
39147	Manejo diario en UCI por Nefrólogo, del paciente que requiere hemofiltración o hemodiafiltración, continuas.	14.585

PARAGRAFO 1. Para ingresar el paciente con insuficiencia renal crónica al programa de hemodiálisis o de diálisis peritoneal, es requisito tener en cuenta los siguientes criterios:

a) Hemodiálisis:

. Paciente que cumpla con criterio de iniciación de diálisis (Kt/V FRR. menor o igual a 2/semana) y/o depuración de creatinina menor de 15 ó depuración de urea menor de 10.
. Paciente que requiere tratamiento de diálisis urgente
. Pérdida de la funcionalidad permanente o temporal del peritoneo
. Paciente que tenga ingreso a diálisis peritoneal
. Solicitud expresa del paciente con rechazo de cualquier otra forma de terapia de reemplazo renal.
. Hernia discal de columna dorso-lumbar
. Fístula peritoneo.pleural que no responde a tratamiento
. Paciente con PET que muestre un transporte bajo de solutos, sin función renal residual y con superficie corporal mayor 1.9 m^2 .
. Estado socio cultural e higiénico, que no permita el ingreso al programa de diálisis peritoneal.
. Defectos anatómicos de la pared abdominal, alteraciones viscerales y motoras sin apoyo del grupo familiar.
. Riñones poliquísticos mayor de 18 cm.
. Ostomizados
. EPOC: Capacidad vital menor de 2 litros

b) Diálisis peritoneal manual:
. Paciente que cumpla con criterios de iniciación de diálisis (Kt/V FRR. menor o igual 2/semana).
. Solicitud expresa del paciente con rechazo de cualquier otra forma de terapia de reemplazo renal y cumpla con criterios de inclusión.
. Pérdida o imposibilidad de acceso vascular en forma permanente
. Cumplir requisitos socio culturales e higiénicos para ingreso al programa
. Paciente con PET que muestre un transporte alto de solutos con problemas de ultrafiltración.
. Ubicación geográfica lejana de un centro de hemodiálisis

c) Diálisis peritoneal automatizada:
Además de los establecidos para diálisis peritoneal manual, las siguientes:

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

. Presentar cuadro clínico comprobado de IRCT, sean los protocolos de hemodiálisis y diálisis peritoneal.
. Realizar test de equilibrio peritoneal (PET) y que el resultado del mismo sea transporte alto de solutos.
. Cumplir con el entrenamiento programado por el servicio, aprobando las pruebas a las que se le someta para confirmar la idoneidad.
. PET con un transporte de solutos promedio alto y a su vez que por las características de tipo laboral y/o educativo, le limitan la realización de los cambios de CAPD.
. Paciente diabético ciego no candidato a hemodiálisis
. Paciente con problemas de columna lumbro-sacra no candidato a hemodiálisis
. Paciente con defecto de la pared abdominal no candidato a hemodiálisis

PARAGRAFO 2. Paciente con cualquiera de las patologías que se relacionan a continuación, no es candidato para ingresar a un programa de diálisis:

. Pacientes con cáncer terminal (expectativa de vida menor de 6 meses)
. Pacientes con SIDA terminal
. Pacientes sin acceso vascular o peritoneal disponible para el procedimiento
. Pacientes con cardiopatías severas que comprometen la FEVI < 15% y que no sea candidato a trasplante cardíaco (principalmente para hemodiálisis).
. Pacientes diabéticos con cardiopatía, vasculopatía, retinopatía y neuropatías severas.
. Demencia y patologías psicóticas severas (síndrome demencial)
. Pacientes con enfermedad hepática terminal que no tengan acceso a un programa de trasplante de hígado a mediano/corto plazo.
. Drogadicción severa con patología psicótica
. Paciente con falla multisistémica no recuperable
. No adherencia al tratamiento dialítico

Son criterios adicionales para excluir el paciente del programa de diálisis peritoneal automatizada los siguientes:

. Paciente con IRCT que exprese por escrito su rechazo a ser sometido al tratamiento.
. Paciente con IRC sin síntomas clínicos de síndrome urémico que tenga un estudio de farmacocinética de la urea con un Kt/V > 2/semana.
. Paciente que no cumple con los requisitos de carácter socio económico, según protocolo de diálisis peritoneal.
. Paciente con diagnóstico siquiátrico de trastorno mental configurado como contraindicación para la diálisis peritoneal, según el protocolo de ésta.
. Paciente a quien según PET demuestra que las características de transporte de solutos son diferentes a transporte alto o promedio alto.
. Paciente sin capacidad de realizar el entrenamiento y autocuidado necesarios y no disponer de una persona con vínculo familiar que lo asista.

PARAGRAFO 3. Los exámenes de laboratorio, se reconocerán de conformidad con las tarifas determinadas en el Artículo 19 de este Manual.

PARAGRAFO 4. Las intervenciones quirúrgicas y procedimientos para la confección de la fístula arteriovenosa de acceso a la hemodiálisis, implantación y retiro de catéteres, se encuentran clasificados en el Artículo 9 de este Manual.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 5. Los materiales utilizados en hemodiálisis y diálisis peritoneal manual o automatizada (filtro, línea arterial, línea venosa, concentrado, agujas de fístula, jeringas, solución salina y heparina), así como los utilizados en la hemofiltración o hemodiafiltración (colector medidor, bolsa para ultrafiltrado, línea de desconexión al filtro, catéteres femorales, guía metálica, aguja de punción angiográfica, dilatadores , racores e insumos), se pagarán hasta por el precio de adquisición más el cinco por ciento (5%).

PARAGRAFO 6. La tarifa por atención mensual integral establecida bajo el código 39141 se pagará en forma proporcional al número de días que el paciente, durante el mes, se beneficie del programa.

PARAGRAFO 7. Si los procedimientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, se realizan en las Unidades de Cuidado Intensivo o Intermedio, o en la pieza de hospitalización, no se reconocerán derechos de sala.

Artículo 60. Para aplicar y desarrollar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de contratos de tipo extrainstitucional, el Instituto pagará las siguientes tarifas;

POBLACION MENOR DE UN AÑO

01- Programa recién nacido

50011	Promoción intrahospitalaria sobre lactancia materna por auxiliar de enfermería (sesión individual de 30 minutos por beneficiaria)	3.060
50012	Taller de 30 minutos a padres por profesional de la salud, para manejo del niño de bajo peso y prematurez (sesión por niño inscrito)	1.790
1934790	Fenilalanina fenilcetonuria (tamizaje)	4.450
1934075	Hormona estimulante del tiroides (tsh) neonatal	20.655
1934340	Tirosina libre T4L	14.645
1916640	VDRL en suero, serología (tamizaje)	3.645

02- Programa salud integral para la infancia SIPI

50021	Valoración médica de ingreso al programa	8.340
50022	Valoración grupal, de control de crecimiento y desarrollo (dinámica por sesión), por profesionales de la salud; incluye: recepción e información a Padres, evaluación del desarrollo y del crecimiento, inspección clínica y Diálogo con padres (sesión de 2 horas por niño).	14.345

03- Programa de inmunizaciones

50031	Aplicación dosis de BCG	720
50032	Aplicación dosis de DPT	720

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

50033	Aplicación dosis de Polio	720
50034	Aplicación dosis de Hepatitis B	720
50035	Aplicación dosis de haemophilus Influenza tipo B	720

04- Programa prevención de IRA y EDA

39125	Consulta ambulatoria de medicina general (educación signos de alarma IRA o de control IRA o EDA).	8.340
50041	Atención médica en unidad de rehidratación oral y educación (hasta 6 meses)	9.905

05- Programa educación para la salud

50051	Consejera grupal en lactancia materna por Auxiliar de enfermería (sesión de 60 minutos por beneficiaria).	615
50052	Taller de 2 horas a padres por un profesional de la salud (sesión por niño Inscrito).	1.790

POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS

03- Inmunizaciones

55031	Aplicación dosis de DPT (refuerzo)	720
55032	Aplicación dosis de Polio (refuerzo)	720
55033	Aplicación dosis de Triple Viral (MMR)	720
55034	Aplicación dosis de Sarampión	720

02- Programa salud integral para la infancia SIPI

55021	Valoración grupal de control de crecimiento y desarrollo (dinámica por sesión), por profesionales de la salud; incluye: recepción e información a padres, evaluación del desarrollo y del crecimiento, inspección clínica y diálogo con padres (sesión de 2 horas por niño).	14.280

06- Programa prevención alteraciones sensoriales

27105	Audiometría infantil	9.875
28113	Examen optométrico	5.155

07- Programa salud oral

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

36101	Consulta para valoración diagnóstica	8.340
55071	Educación grupal de 30 minutos (sesión por niño inscrito)	700
36903	Terapia de mantenimiento; incluye: educación en higiene oral, control de placa, profiláxis y aplicación de flúor.	4.760

04- Programa prevención infección respiratoria y diarréica aguda

39125	Consulta ambulatoria de medicina general (educación signos de alarma IRA o de control IRA o EDA).	8.340
55041	Atención médica en unidad de rehidratación oral y educación (hasta 6 horas)	9.905

05- Programa de educación para la salud

55051	Taller de 2 horas a padres por profesional de la salud (sesión por niño inscrito)	1.790

POBLACIÓN DE 5 A 9 AÑOS

03- Inmunizaciones

56031	Aplicación dosis de DPT (refuerzo)	720
56032	Aplicación dosis de Polio (refuerzo)	720

02- Programa salud integral para la infancia – SIPI

56021	Valoración grupal de control de crecimiento y desarrollo (dinámica por sesión), por profesionales de la salud; incluye recepción e información a padres, evaluación del desarrollo y del crecimiento, inspección clínica y diálogo con padres (sesión de 2 horas por niño)	14.280

06- Programa prevención alteraciones sensoriales

27105	Audiometría infantil	9.875
28113	Examen optométrico	5.155

07- Programa salud oral

36101	Consulta para valoración diagnóstica	8.340
56071	Educación grupal de 30 minutos (sesión por niño inscrito).	700
36903	Terapia de mantenimiento; incluye: educación en higiene oral, control de placa, profiláxis y aplicación de flúor.	4.760
56073	Aplicación de sellantes. (Tratamiento completo por niño).	14.605

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

05- Programa educación para la salud

56051	Taller de 2 horas a escolares por profesional de la salud (sesión por niño)	1.790
56052	Taller de 2 horas a padres por profesional de la salud (sesión por niño)	1.790

POBLACIÓN DE 10 A 14 AÑOS

03- Inmunizaciones

60031	Aplicación Triple Viral – MMR (refuerzo)	720

06- Programa prevención alteraciones sensoriales

27105	Audiometría infantil	9.875
28113	Examen optométrico	5.155

07- Programa salud oral

36101	Consulta para valoración diagnóstica por Odontólogo General	8.340
60071	Educación grupal de 30 minutos por Higienista Oral (sesión por niño inscrito)	700
36903	Terapia de mantenimiento; incluye: educación en higiene oral, control de placa, profiláxis y aplicación de flúor.	4.760

05- Programa educaciòn para la salud

60051	Taller de 2 horas a preadolescentes por profesional de salud (sesión por beneficiario)	1.790
60052	Taller de 2 horas a padres por profesional de la salud (sesión por preadolescente inscrito).	1.790

POBLACION DE 15 A 59 AÑOS

08- Programa salud sexual y reproductiva

39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
75081	Educación grupal de 2 horas por profesional de la salud (sesión por beneficiario)	1.790
75082	Educación individual o de pareja por profesional de la salud (sesión de 30 minutos).	5.740
75083	Asesoría individual o de pareja pre o post test para VIH, por profesionales de la salud (sesión de 45 minutos)	9.175
1916907	Examen vaginal o uretral, directo y Gram	5.930
1916640	VDRL en suero, serología	3.645
1936650	VIH, anticuerpos anti VIH (EIA)	21.750

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1936670	VIH, prueba confirmatoria (W-B).	115.395
37108	Inserción o retiro de dispositivo intrauterino; incluye aplicación y dispositivo	18.340

9- Programa detección precoz de cáncer y osteoporosis

39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
75091	Educación grupal de 2 horas por profesional de la salud (sesión por beneficiario)	1.790
20301	Citología tumoral	9.140
1934560	Antígeno específico de próstata AEP,PSA, por EIA o quimioluminiscencia	39.160
212114	Osteodensitometría por absorción dual de RX	109.165

10- Programa riesgo cardiovascular y diabetes

75102	Educación grupal de 2 horas por profesional de la salud (sesión por beneficiario)	1.790
75103	Toma de presión arterial, peso y talla	720
1912730	Glucosa	2.845
75104	Prueba afinamiento por Enfermero	2.865
75105	Perfil lipídico (HDL-LDL-Total y triglicéridos)	13.880
1912750	Glucosa pre y post-prandial	7.880

07- Programa salud oral

75071	Educación grupal de 30 minutos por Higienista Oral (sesión por beneficiario)	700
75072	Detartraje supragingival de dos arcadas.	4.780

11- Programa atención materna perinatal

39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
75111	Control prenatal por Enfermero	3.825
1916640	VDRL en suero, serología	3.645
1913010	Prueba O´Sullivan presuntiva, dos muestras;incluye carga de glucosa	10.960
75112	Curso psicoprofiláctico (sesión por beneficiaria)	1.790
75113	Aplicación toxoide diftérico	720

POBLACIÓN DE 60 Y MAS AÑOS

09 - Programa detección del cáncer

39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
80091	Educación grupal de 2 horas por profesional de la salud (sesión por beneficiario.	1.790
20301	Citología tumoral	9.140

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

1934560	Antígeno específico de próstata AEP, PSA, por EIA o quimioluminiscencia	39.160

12- Programa fomento de estilos de vida saludable

80121	Educación grupal de 2 horas por profesional de la salud (sesión por beneficiario).	1.790
80122	Taller de 2 horas por profesional de la salud (sesión por beneficiario)	4.185

07- Programa salud oral

80071	Educación grupal de 30 minutos por Higienista Oral (sesión por beneficiario)	700
80072	Detartraje supragingival de dos arcadas.	4.780

10- Programa riesgo cardiovascular y diabetes

Detección de riesgo cardiovascular

80101	Educación grupal de 2 horas por profesional de la salud (sesión por beneficiario)	1.790
80102	Toma de presión arterial, peso y talla	720
1912730	Glucosa	2.845
1912430	Colesterol total	4.060
1923160	Triglicéridos	4.750

Atención del paciente con hipertensión arterial

39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
80103	Control individual y educación por Enfermero (sesión de 20 minutos)	3.825
80104	Prueba afinamiento por Enfermero	2.865

Atención del paciente con dislipidemias

39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
37501	Determinación de régimen dietético en paciente ambulatorio	5.035
75105	Perfil lipídico (HDL-LDL-Total y triglicéridos)	13.880

Atención del paciente con diabetes

39125	Consulta ambulatoria de medicina general	8.340
37501	Determinación de régimen dietético en paciente ambulatorio	5.035
80106	Control individual y educación por Enfermero (sesión de 20 minutos)	3.825
1912750	Glucosa pre y post-prandial	7.880

13- Programa detección de ETS

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

80131	Asesoría individual o de pareja pre o post test para VIH, por profesional de la salud(sesión de 45 minutos)	9.175
1936650	VIH, anticuerpos anti VIH(EIA)	21.750
1936670	VIH , prueba confirmatoria (W-B)	115.395

TOTAL POBLACION DE ZONAS ENDEMICAS

14- Programa de salud pública

90141	Aplicación vacuna antiamalírica	720
90142	Aplicación toxoide diftérico	720
90143	Aplicación toxoide tetánico	720
1917110	Mycobacterium, coloración ácido alcohol resistente (basiloscopia)	4.915
1911540	Hemoparásitos en gota gruesa (tamizaje)	5.875

PARAGRAFO 1. Los programas y estrategias se ejecutarán en concordancia a las guías integrales y protocolos de manejo establecidos por el Instituto.

PARAGRAFO 2. Las tarifas correspondientes a los programas y estrategias descritos, no incluye el valor de los medicamentos (micronutrientes, antiparasitarios, sales de hidratación oral, suero fisiológico nasal, vitaminas y hierro del programa). Aquellos medicamentos que de acuerdo con el contrato de prestación de servicios de salud asuma el proveedor, los pagará el Instituto hasta por el precio determinado en el artículo 57 de este Manual, según la clasificación de uso del medicamento; los demás insumos, hasta por el valor de adquisición más un cinco por ciento (5%).

PARAGRAFO 3. El valor de los materiales empleados en la realización de las actividades de salud oral, hace parte de las tarifas fijadas para el programa.

ARTICULO 61. Cuando el Instituto no cuente con el recurso físico para atención de las urgencias y sí con el recurso científico, podrá contratar a título de uso el área de urgencias de las Entidades Hospitalarias, incluido el servicio de enfermería, los equipos propios del área y el instrumental, a las siguientes tarifas mensuales, determinadas por el número de afiliados (cotizantes y beneficiarios):

39401	Menos de 2.000	103.665
39402	De 2.001 a 5.000	222.090
39403	De 5.001 a 10.000	296.115
39404	De 10.001 a 20.000	444.080
39405	De 20.001 a 30.000	593.280
39406	Más de 30.000	740.190

ARTICULO 62 Si el Instituto carece del recurso físico de consultorio, para que los médicos a su servicio puedan cumplir con las funciones propias de su profesión, podrá contratar el alquiler de consultorios, con Entidades o personas no vinculadas al ISS, incluidos el equipo e instrumental, a las siguientes tarifas mensuales por ocupación diaria de ocho (8) horas:

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

39407	Oftalmología u odontología	154.235
39408	Otorrinolaringología	92.555
39409	Medicina general u otras especialidades	77.790
39410	Optometría	77.790

PARAGRAFO. En el evento que el tiempo a contratar sea menor de ocho (8) horas diarias, se pagará proporcionalmente con base a los valores estipulados anteriormente.

ARTICULO 63. Para el pago a los contratistas del valor correspondiente a la utilización por el Instituto de una área locativa, dotada con los correspondientes muebles de oficina, destinada al desempeño de las funciones de auditoría para los servicios de salud, que le presta la respectiva persona o Entidad, se establece la siguiente tarifa mensual:

39411	Utilización de área locativa con los correspondientes muebles de oficina, para el desempeño de las funciones de auditoría en salud	154.235

ARTICULO 64. El oxígeno que se utilice en la atención de los pacientes en cualquiera de los servicios de hospitalización y de urgencias, lo pagará el Instituto, hasta por el precio de adquisición más el 5%, de acuerdo con los siguientes consumos por hora o fracción superior a media hora, según el sistema utilizado en su administración:

Equipo o elemento	M3 hora o fracción	Equipo o elemento	M3 hora o fracción
Cáteter nasal	0.16	Cánula nasal	0.18
Máscara	0.42	Cámara de Hood	0.36
Ventury 24%, 28%	0.20	Ventury 31%, 35%	0.42
Ventury 40%, 50%	0.62	Ventilador mecánico	0.62

PARAGRAFO: En el evento que se utilice un equipo o elemento diferente a los relacionados, el consumo efectivo se establecerá con base en la historia clínica del paciente.

ARTICULO 65. Señálase para el servicio de Rehabilitación del beneficiario limitado sensorial (visual o auditivo) y de psiquiatría con internación.

ATENCION INTRAINSTITUCIONAL DEL LIMITADO SENSORIAL

39501	Atención mensual, que incluye: alojamiento, alimentación, valoraciones médicas necesarias, actividades e intervenciones del equipo interdisciplinario con el paciente, la familia y comunidad.	757.565

ATENCION AMBULATORIA DEL LIMITADO SENSORIAL

39502	Atención mensual, que incluye: alimentación, entrenamiento en actividades básicas y rehabilitación profesional.	384.480

SERVICIO DE REHABILITACION PSIQUIATRICA CON INTERNACION

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

39503	Atención mensual, que incluye: alimentación, valoración médica actividades recreativas y ocupacionales.	648.180

PARAGRAFO. El servicio de rehabilitación psiquiátrica se contrata para la atención de personas con marcada discapacidad y a su vez se establezca la ausencia total de soporte familiar; será brindada por instituciones que dispongan de recursos para la aplicación de programas orientados al desarrollo del proceso de tratamiento y rehabilitación del individuo, que garantice la desinstitucionalización y la vinculación permanente a las actividades diarias de la vida cotidiana.

ARTICULO 66. Señálase para el servicio de Rehabilitación Integral del paciente con limitaciones físicas y/o mentales, en programas ambulatorios, las siguientes tarifas:

Programas para niños y adolescentes:

39507	Evaluación diagnóstica del niño con enfermedad cerebral motriz; incluye: consulta especializada de fisiatría y valoración por cada uno de los servicios de: fisiatría; terapias física, ocupacional y del lenguaje; psicología, trabajo social, y educación especial.	70.570
39524	Evaluación integral diagnóstica de la persona con deficiencia mental o riesgo de retardo en el desarrollo; incluye: consulta especializada de genetista; valoración por nutricionista, psicólogo, terapistas (física, ocupacional y del lenguaje), trabajo social, educadora especial; análisis de resultados por el equipo interdisciplinario; diagnóstico; conclusiones y recomendaciones para el manejo del caso. Por paciente.	70.570
39504	Estimulación temprana en niños, entre 0 y 4 años, de alto riesgo biológico establecido, con retraso en el desarrollo psicomotor, de la comunicación, cognoscitivo, socio-afectivo o biológico; incluye: rehabilitación funcional con la intervención de terapistas físicas, ocupacionales y de lenguaje; ejecución de programas a nivel de padres y núcleo familiar del niño, dirigidos por sicólogos y trabajadores sociales. Atención mensual con intensidad no inferior a 30 horas.	113.690
39505	Rehabilitación funcional y complementación terapéutica para niños mayores de 4 años y adolescentes, con retardo mental leve, medio, moderado o severo, educables y entrenables; incluye: rehabilitación funcional con la intervención de terapistas físicas, ocupacionales, de lenguaje, sicólogas y trabajador social; participación del niño en el desarrollo de los programas de educación especial o pedagogía terapéutica; entrenamiento y orientación a los padres y el núcleo familiar sobre el manejo del caso, por parte del equipo interdisciplinario. Atención mensual con intensidad no inferior a 60 horas mensuales).	175.875
39506	Entrenamiento prevocacional y adaptación laboral del niño especial según edad mental, mediante orientación vocacional, aplicación de pruebas especiales para establecer su capacidad mental, habilidades motoras para el aprendizaje y desempeño del oficio que se ajuste a su interés y destrezas y permita la adaptación y ubicación al ambiente laboral; se desarrolla mediante entrenamiento en talleres de capacitación, su manejo por psicólogos, terapistas, trabajador social e instructores; ubicación, integración laboral y seguimiento en medio externo o protegido según su rendimiento o grado de autonomía. Atención mensual con intensidad de 60 horas.	146.305
39508	Tratamiento integral del niño con enfermedad cerebral motriz, con intensidad no inferior a 60 horas mensuales; incluye: acciones de terapia física, ocupacional y del lenguaje; atención psicológica; trabajo social; escuela especial; instrucción en computadores; estimulación y desarrollo (sociabilización); consultas	320.545

	especializadas en pediatría, neurología, ortopedia y traumatología, y fisiatría a demanda del niño; actividades de promoción y educativas para el niño y la familia. Atención mensual	

Población con autismo:

39522	Evaluación clínico-diagnóstico de cada caso, que incluye: sesiones de trabajo con el paciente, padres de familia o acudientes, por parte del equipo interdisciplinario de profesionales (psicólogo; terapistas ocupacional, fìsica y del lenguaje; educador y trabajador social); aplicación y puntuación de pruebas y escalas especializadas (PEP, CAR’S, WISC-R, FISCHTER, etc.); observación y trabajo directo en el hogar con el paciente y la familia; elaboración de historia clínica; diagnóstico; conclusiones y recomendaciones para el manejo del caso. Por paciente.	159.305
39523	Tratamiento integral de cada caso, que incluye por lo menos el desarrollo de las siguientes acciones: entrevista de ingreso a la Entidad con padres; visita domiciliaria por un miembro del equipo interdisciplinario, previo el inicio del tratamiento, con miras a reforzar la evaluación inicial; ejecución del tratamiento con intensidad no inferior a 80 horas mensuales; reunión con padres de familia y acudientes con fines de su capacitación, entrenamiento para el manejo del paciente e información sobre los avances logrados por el paciente; orientación individual a padres según sus exigencias. Atención mensual.	313.005

Rehabilitación profesional del afiliado cotizante:

39515	Evaluación para establecer el diagnóstico integral de la situación actual de la persona con discapacidad, que permita definir los apoyos requeridos para lograr su integración socio-laboral; incluye: entrevistas inicial e interdisciplinaria, plan de evaluación, valoración por cada disciplina (fisiatra, terapista ocupacional, psicólogo, trabajador social), visita domiciliaria, análisis del puesto de trabajo, diagnóstico integral, orientación y plan de rehabilitación.	206.590
39512	Adaptación: preparación y ajuste de la persona con discapacidad para que pueda adecuarse a las exigencias y requerimientos del medio socio-laboral; comprende: adaptación a la persona, al trabajo y a la comunidad. Cubre asegurados que manteniendo su vínculo laboral, van a optar por reintegro o reubicación laboral; incluye: alimentación y asistencia durante 5 días a la semana. (valor semana)	71.830
39514	Formación profesional a través de la cual se capacita a la persona con discapacidad para que pueda desarrollar una actividad productiva a diferentes niveles de calificación, teniendo en cuenta las condiciones existentes en el mercado laboral; incluye: aspectos teóricos, experiencia práctica en talleres y alimentación. Duración máxima 25 semanas con asistencia de 5 días por semana (valor semana)	71.830
39516	Ubicación laboral: conjunto de procedimientos y medidas técnicas para la integración de la persona con discapacidad al desarrollo de una actividad productiva, acorde con sus capacidades, intereses y expectativas; implica iniciación, reintegro o reubicación laboral y exige el seguimiento en dos visitas (actividad de verificación del logro de la reincorporación socio-laboral de la persona rehabilitada).	29.760

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 67. Señálase para el tratamiento y rehabilitación integral a nivel ambulatorio (hospital de día) del paciente psiquiátrico, las siguientes tarifas:

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL		
38225	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio y rehabilitación integral a nivel del paciente, comprendidos los mismos servicios de la estancia psiquiátrica, excepto la pernoctada	19.470
INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL		
38235	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio y rehabilitación integral a nivel del paciente, comprendidos los mismos servicios de la estancia psiquiátrica, excepto la pernoctada.	25.850

PARAGRAFO. Las tarifas determinadas en este Artículo, se aplicarán de igual forma para las Instituciones dedicadas exclusivamente al manejo del paciente psiquiátrico como a las destinadas a la atención de varias especialidades, incluida la psiquiatría. Este servicio podrá contratarse, con: Centros Comunitarios de salud mental, Centros y Hospitales día, Entidades que ofrecen programas desinstitucionalizados para la rehabilitación y reinserción socio-laboral.

ARTICULO 68. Señalase para el servicio de transporte terrestre interinstitucional del paciente en ambulancia, las siguientes tarifas:

AMBULANCIA DE TRASLADO

Servicio urbano

	Santafé de Bogotá	
39601	Traslado simple	47.375
39602	Traslado redondo	71.070
	Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín	
39603	Traslado simple	35.530
39604	Traslado redondo	53.305
	Otros Municipios	
39605	Traslado simple	23.690
39606	Traslado redondo	35.530

Servicio Intermunicipal

39607	Mayor de 25 Kms hasta 300 Kms, (cada kilómetro)	820
39608	Mayor de 300 Kms (cada kilómetro)	1.475

AMBULANCIA ASISTENCIAL BASICA

Servicio Urbano

	Santafé de Bogotá	
39701	Traslado simple	59.225
39702	Traslado redondo	88.835
	Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín	

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

39703	Traslado simple	44.420
39704	Traslado redondo	66.630
	Otros Municipios	
39705	Traslado simple	29.610
39706	Traslado redondo	44.420

Servicio Intermunicipal

39707	Mayor de 25 Kms hasta 300Kms (cada kilómetro)	1.025
39708	Mayor de 300 Kms. (cada kilómetro)	1.840

AMBULANCIA ASISTENCIAL MEDICALIZADA

Servicio Urbano

	Santafé de Bogotá	
39801	Traslado simple	182.220
39802	Traslado redondo	273.340
	Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín	
39803	Traslado simple	136.670
39804	Traslado redondo	205.000
	Otros Municipios	
39805	Traslado simple	91.115
39806	Traslado redondo	136.675

Servicio Intermunicipal

39807	Mayor de 25 Kms hasta 300 Kms.(cada kilómetro)	2.040
39808	Mayor de 300 Kms, (cada kilómetro)	3.680

AMBULANCIA ASISTENCIAL MEDICALIZADA

ESPECIALIZADA NEONATAL

Servicio Urbano

	Santafé de Bogotá	
39901	Traslado simple	198.165
39902	Traslado redondo	300.665
	Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín	
39903	Traslado simple	148.625
39904	Traslado redondo	225.505
	Otros Municipios	
39905	Traslado simple	99.085
39906	Traslado redondo	150.335
	Servicio Intermunicipal	
39907	Mayor de 25 Kms hasta 300 Kms, (cada kilómetro)	2.080
39908	Mayor de 300 Kms (cada kilómetro)	3.745

PARAGRAFO 1. El traslado de neonato se podrá efectuar en ambulancia "asistencia básica", siempre y cuando que para su movilización se requiera de incubadora y el vehículo disponga de otros elementos específicos para el manejo del recién nacido, tales como

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

Hood y pulso-oxímetro con sus accesorios y se facturará con base en la tarifa establecida para el tipo de ambulancia antes mencionado.

PARAGRAFO 2. Por traslado interinstitucional se entiende la movilización del paciente entre dos instituciones prestadoras de servicios de salud.
PARAGRAFO 3. Para la aplicación de las tarifas, por tipo de ambulancia, se tendrá en cuenta, de una parte, que el desplazamiento del paciente se utilice el tipo de vehículo desde el punto de vista técnico-científico indicado según la patología, y de la otra, que las características de la unidad móvil, recurso humano al servicio, insumos (medicamentos y suministros) y equipamento disponible, están de acuerdo con las exigencias establecidas en la Resolución No. 09279 de 1993, mediante la cual el Ministerio de Salud expidió el Manual de Requisitos Técnicos y Sanitarios.

PARAGRAFO 4. Se entiende por traslado urbano aquel que se efectúa dentro de dicho perímetro o cuando la unidad móvil se desplace fuera de él hasta una distancia de 25 Kms. Así mismo, por traslado intermunicipal, aquel que se realice entre localidades, siempre y cuando estén ubicadas a una distancia superior a 25 Kms.

PARAGRAFO 5. El traslado simple corresponde a la movilización del paciente de un sitio a otro, siempre y cuando el mismo servicio no exija su retorno al lugar de origen. El último evento define el "traslado redondo", que requiere la espera de la unidad móvil hasta tanto el paciente hubiere recibido la atención objeto del traslado.

PARAGRAFO 6. Cuando el traslado simple o redondo exceda las (2) horas iniciales, por cada hora adicional o fracción, el Instituto pagará un cuarenta por ciento (40%) con base en la tarifa inicial de "traslado simple".

PARAGRAFO 7. El servicio intermunicipal se liquidará sobre dos veces el kilometraje oficial establecido por el Instituto Nacional de Vías entre las dos localidades objeto de la movilización, más la tarifa de "traslado simple" según el tipo de ambulancia y correspondiente a la localidad en donde se originó ésta, sin recargo adicional cuando el servicio se cause en horas nocturnas(6 p.m. a 6 a.m.), dominicales y festivos.

PARAGRAFO 8. En el evento que en una misma unidad móvil se haga el traslado simultáneo de varios pacientes, por cada uno el Instituto pagará el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa, según el tipo de vehículo y clase de traslado.

PARAGRAFO 9. Si efectuada la movilización de la unidad al sitio de origen del desplazamiento, por circunstancias ajenas al prestador del servicio e imputables al paciente (fallecimiento, estado inestable, etc.), u otros eventos, tales como espera fallida en aeropuerto por cancelación del traslado aéreo, el Instituto en dichas eventualidades cancelará el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa correspondiente al servicio ordenado.

PARAGRAFO 10. Cuando el proveedor del servicio asume ante el ISS la atención integral del asegurado, en el evento que requiera trasladar el paciente hospitalizado para la práctica de un procedimiento, no procede facturar el servicio de transporte.

PARAGRAFO 11. El servicio urbano que se origine entre las 6 p.m. y las 6 a.m. y en los días dominicales y festivos, tendrá un recargo del veinticinco por ciento (25%).

CAPITULO IV

40 -CONJUNTOS DE ATENCION EN SALUD POR TARIFA INTEGRAL

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 69. Establécense los siguientes Conjuntos de Atención en Salud para su pago por Tarifa Integral.

40101	Atención mensual domiciliaria paciente crónico y/o terminal, con tratamiento definido.	102.660
40102	Atención mensual ambulatoria integral del oxígenodependiente	525.625
40103	Nefrolitotomía percutánea más complementarios	5.813.425
40104	Litotricia extracorpórea para litiasis urinaria	2.486.285
40106	Tratamiento integral del dolor, por paciente	241.455
40107	Analgesia post operatoria, por paciente	233.605
40108	Hemodiálisis tipo "standard"	207.730
40111	Hemodiálisis con bicarbonato, sesión	214.630
40109	Diálisis peritoneal manual, atención mensual por paciente	2.606.755
40110	Diálisis peritoneal automatizada, atención mensual por paciente	2.999.890
40112	Tratamiento mensual del paciente con IRC en prediálisis	395.150

Atención integral por beneficiaria, del embarazo y parto de bajo riesgo:

40120	A partir de la confirmación del diagnóstico	800.035
40121	A partir del octavo mes	562.140

Rehabilitación ambulatoria en mayores de tres años por discapacidad física

40130	Evaluación diagnóstica del paciente con enfermedad cerebro-vascular, trauma cráneo-encefálico, trauma raquimedular o enfermedad degenerativa.	109.170
40131	Tratamiento mensual integral de pacientes con enfermedad cerebro-vascular, trauma cráneo-encefálico, trauma raquimedular o enfermedad degenerativa.	943.015

Atención ambulatoria médica y/o de salud oral de primer nivel, tarifa mensual por afiliado cotizante o beneficiario

40201	Médica y de Salud Oral	6.205
40202	Médica	4.270
40203	Salud Oral	1.935

Atención mensual integral ambulatoria del paciente epiléptico

40301	Atención mensual integral ambulatoria del paciente epiléptico	249.515

Atención integral ambulatoria u hospitalaria de intervenciones quirúrgicas y procedimientos

a) Programada

40402	Colecistectomía laparoscópica	1.794.585
40407	Eventrorrafia.	855.320
40408	Gastrectomía parcial más reconstrucción con o sin vagotomía	2.121.800
40409	Safeno-varicectomía	1.013.985
40410	Hemorroidectomía externa	749.675
40411	Mastectomía radical modificada con disección axilar y conservación de músculos pectorales.	2.205.520

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

40415	Resección de quiste pilonidal, extirpación abierta o marsupialización	873.345
40417	Herniorrafia diafragmática	1.645.115
40418	Resección de quiste y/o conducto tirogloso	1.110.000
40419	Colectomía subtotal	3.091.930
40421	Cierre de ostomía con laparotomía	1.430.140
40422	Vaciamiento linfático inguinoilíaco	1.971.120
40769	Operación antirreflujo por hernia hiatal, vía abdominal	1.430.450
40434	Gastrectomía total	2.458.510
40436	Operación antirreflujo gastroesofágico por hernia hiatal vía transtorácica	1.544.985
40460	Reemplazo protésico total primario de cadera	2.897.325
40461	Reemplazo protésico total primario de rodilla	2.672.755
40462	Corrección quirúrgica de hallux valgus con osteotomía proximal o distal metatarsiana	736.535
40464	Cirugía artroscópica de complejidad I	550.175
40465	Cirugía artroscópica de complejidad II	862.780
40466	Cirugía artroscópica de complejidad III	1.019.100
40467	Cirugía artroscópica de complejidad IV	1.258.545
40650	Osteosíntesis de clavícula	674.930
40651	Osteosíntesis de húmero, tercio superior con placa u Obenque	1.239.940
40652	Osteosíntesis de húmero en diáfisis con placas	1.243.575
40653	Osteosíntesis de húmero, proximal o distal, percutánea con pines	753.680
40654	Osteosíntesis de húmero en diáfisis con clavo intramedular bloqueado	1.485.670
40655	Osteosíntesis de fractura supracondílea	889.585
40656	Osteosíntesis de cóndilo humeral aislada	807.980
40657	Osteosíntesis de diáfisis de cúbito o radio	718.755
40658	Osteosíntesis de diáfisis de cúbito y radio	896.895
40659	Osteosíntesis de fractura radiodistal (Colles, etc.) con placas	720.735
40660	Osteosíntesis de olécranon	709.970
40661	Osteosíntesis de fractura radiodistal con pines percutáneos	510.705
40662	Osteosíntesis de fractura de pelvis o reborde posterior acetabular con placa	2.216.785
40663	Osteosíntesis de acetábulo reborde posterior con tornillos	2.050.620
40664	Osteosíntesis de acetábulo compuesta (anterior, posterior y superior)	2.760.605
40665	Osteosíntesis de rótula	1.037.850
40666	Osteosíntesis de diáfisis del fémur con clavo intramedular o placa	2.052.460
40667	Osteosíntesis de diáfisis del fémur con clavo intramedular bloqueado	1.812.785
40668	Osteosíntesis de cuello de fémur (subcapital, intertrocantérica o sub-trocantérica), condílea o supracondílea.	2.263.870
40669	Osteosíntesis de tibia con clavo intramedular o placa	1.165.500
40670	Osteosíntesis de peroné con clavo intramedular o placa	824.995
40671	Osteosíntesis de fractura complicada con clavo intramedular bloqueado en tibia	1.181.105
40672	Osteosíntesis de platillos tibiales o plafont tibial sin injerto	1.018.770
40673	Osteosíntesis de platillos tibiales o plafont tibial con injerto	1.164.795
40674	Osteosíntesis de fractura uni o bimaleolar	809.170
40675	Osteosíntesis de fractura trimaleolar o luxofractura	852.090
40677	Artrodesis posterior de columna con instrumentación	3.767.190
40678	Artrodesis anterior de columna con instrumentación	4.392.445
40679	Artrodesis de columna con fijación transpedicular	4.079.985
40681	Osteotomías en pelvis (Penberton-Staheli triple Salter-Chiari) unilateral	1.744.840
40682	Osteotomías en pelvis (Penberton-Staheli triple Salter-Chiari) bilateral	2.529.285
40683	Osteotomía valguizante o varizante de cuello de fémur con fijación (unilateral)	1.452.915

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

40684	Osteotomía valguizante o varizante de cuello de fémur con fijación (bilateral)	1.947.220
40685	Cirugía reconstructiva múltiple de miembro inferior, (unilateral)	5.410.850
40686	Cirugía reconstructiva múltiple de miembro inferior, (bilateral)	7.991.120
40450	Reconstrucción de seno con colgajo	3.238.125
40470	Reducción abierta de fractura de maxilar superior (Lefort I)	1.136.270
40471	Reducción abierta de fractura de maxilar superior (Lefort II y III)	1.136.775
40472	Reducción abierta de fractura de maxilar inferior	1.036.530
40473	Reducción abierta de fractura de arco cigomático con osteosíntesis	723.600
40474	Reducción abierta de fractura de malar	943.190
40475	Corrección de simblefaron con o sin injerto	596.660
40476	Vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases y láser	1.796.670
40477	Vitrectomía posterior	1.327.590
40478	Vitrectomía con retinopexia	1.652.300
40479	Cirugía de estrabismos	806.140
40480	Resección de pterigión nasal y/o temporal con plastia	470.895
40481	Queratotomía radial miópica o astigmática	404.710
40482	Queratoplastia penetrante	1.240.235
40483	Retinopexia quirúrgica	1.232.205
40484	Extracción de catarata más implante de lente intraocular	1.148.610
40485	Queratectomía con excímer láser (fotorrefractiva o fototerapéutica)	771.450
40486	(LASIK) Queratotomía fotorrefractiva con excímer láser más queratomileusis	1.029.535
40771	Cirugía para glaucomas con implantes	876.675
40770	Cirugía filtrante en pacientes con cirugía previa	864.975
40775	Enucleación con injerto dermograso	1.127.595
40490	Septoplastia, incluye turbinoplastia bilateral	633.420
40491	Amigdalectomía o Adenoamigdalectomía	481.915
40492	Septorrinoplastia funcional bilateral (incluye turbinoplastia bilateral)	884.365
40493	Timpanoplastia	606.215
40494	Maxiloetmoidectomía	786.795
40495	Cirugía endoscópica transnasal	1.249.585
40500	Prostatectomía abierta	2.192.750
40501	Prostatectomía transuretral y/o vaporización	1.730.655
40502	Pielolitotomía	1.459.845
40503	Circuncisión; incluye: plastia del frenillo y/o liberación de adherencias bálano prepuciales.	438.540
40504	Varicocelectomía o hidrocelectomía	629.230
40505	Cistouretropexia suprapúbica	1.259.625
40506	Orquidopexia; incluye: tratamiento del saco herniario y resección de Hidátides	692.875
40507	Nefrectomía simple	1.730.025
40510	Nefrolitotomía percutánea	2.305.675
40511	Ureterolitotomía endoscópica	1.201.105
40512	Ureteropielorrenoscopia	892.560
40513	Pielonefrolitotomía para cálculo coraliforme	1.952.380
40522	Prostatectomía radical	2.791.805
40531	Histerectomía vaginal	1.391.940
40532	Sección y/o ligadura de ambas trompas (cualquier técnica),por vía abdominal o vaginal	437.810
40533	Cirugía ginecológica laparoscópica ambulatoria de complejidad básica	1.027.180
40534	Cirugía ginecológica laparoscópica ambulatoria de complejidad avanzada	1.119.740
40536	Colporrafia anterior y posterior	892.650

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

40539	Legrado uterino ginecológico (diagnóstico o terapéutico)	343.645
40541	Uretrocistopexia por Retziuscopia	1.810.800
40523	Histerectomía abdominal total ampliada, incluye vaginectomía parcial.	2.055.030
40763	Histerectomía por laparoscopia (con o sin remoción de trompas u ovarios)	1.935.020
40765	Histerectomía total ampliada, incluye vaginectomía parcial y linfadenectomía pélvica bilateral.	2.170.955
40766	Histerectomía total ampliada con linfadenectomía pélvica radical bilateral	2.361.855
40524	Miomectomía, excisión de tumor fibroide único o múltiple, por vía vaginal o abdominal	993.245
40525	Colporrafia anterior y posterior con amputación de cuello (Manchester)	952.260
40526	Colporrafia anterior y posterior con reparación de enterocele	1.014.130
40731	Extirpación de higroma quístico de cuello	738.600
40569	Valvuloplastia mitral	12.954.985
40550	Puentes aortocoronarios	14.100.340
40551	Reemplazo válvula mitral o aórtica	13.585.710
40557	Reemplazo o reconstrucción de dos o tres válvulas	13.827.960
40553	Cateterismo izquierdo con o sin angiografía	1.095.720
40554	Cateterismo derecho con o sin angiografía	962.890
40555	Cateterismo izquierdo y derecho con o sin angiografía	1.154.255
40556	Cateterismo izquierdo, más cateterismo derecho, más arteriografía coronaria	1.490.335
40568	Arteriografía coronaria más cateterismo izquierdo, con o sin angiografia	1.272.635
40558	Angioplastia coronaria con balón, hasta dos vasos	3.301.330
40559	Angioplastia coronaria con balón, en más de dos vasos	5.025.115
40560	Angioplastia coronaria y/o aterectomía, de un vaso, más colocación intravascular de uno o más STENTS.	4.253.335
40561	Angioplastia coronaria y/o aterectomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de uno o más STENTS	6.847.710
40562	Valvulotomía con catéter balón	6.774.045
40700	Arteriografía carotídea y/o vertebral extracraneana	1.133.435
40701	Arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebrales, extra e intracraneana bilateral	1.325.980
40702	Arteriografía renal	1.152.365
40703	Arteriografía de miembros superiores o miembros inferiores	1.243.300
40704	Arteriografía abdominal selectiva	1.199.410
40705	Arteriografía pulmonar	1.155.405
40706	Angioplastia periférica con balón, uno a dos vasos	3.403.630
40707	Angioplastia periférica con balón, más de dos vasos	4.762.090
40708	Angioplastia periférica y/o aterectomía, un vaso más colocación intravascular de uno o más STENTS.	2.823.265
40709	Angioplastia periférica y/o aterectomía, dos o más vasos, más colocación intravascular de uno o más STENTS.	4.981.815
40710	Angioplastia extracraneana con balón, (carótida o vertebral), un vaso	2.699.955
40711	Angioplastia extracraneana con balón (carótida o vertebral), dos vasos	3.981.675
40712	Angioplastia extracraneana con balón (carótida o vertebral), un vaso más colocación intravascular de uno o más STENTS.	2.889.465
40713	Angioplastia extracraneana con balón (carótida o vertebral), dos vasos más colocación intravascular de uno o más STENTS.	4.100.965
40448	Cuadrantectomía sin vaciamiento ganglionar	704.415
40449	Cuadrantectomía con vaciamiento ganglionar	1.217.990
40496	Parotidectomía simple	1.192.915
40729	Extirpación de linfangioma de cuello	738.860

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

40732	Vaciamiento linfático	1.342.730
40733	Tiroidectomía total	1.454.470
40734	Resección tumor de cuerpo carotídeo (quemodectomía) con excisión de la carótida.	1.898.565
40740	Proctosigmoidectomía con colostomía	5.908.515
40768	Resección de tumor de cuerpo carotídeo sin excisión de la carótida	1.844.705
40777	Parotidectomía total	1.344.090

b. Urgencias

40403	Apendicectomía, apéndice no perforado	815.330
40412	Toracotomía mayor con control de hemorragia traumática	2.353.400
40413	Toracotomía mayor - reintervención por sangrado	1.774.305
40414	Reducción de vólvulo intestinal, intususcepción o hernia interna con o sin resección intestinal.	1.856.970
40416	Sutura de úlcera perforada, más lavado peritoneal	1.953.660
40420	Tratamiento quirúrgico de la dehiscencia de anastomosis intestinal	2.840.775
40424	Laparotomía para hemostasia y evacuación de hemoperitoneo	1.530.320
40425	Reanastomosis del estómago post-dehiscencia de la sutura	1.882.545
40426	Tratamiento integral de la peritonitis química	1.198.680
40427	Tratamiento integral de la peritonitis purulenta secundaria	1.516.020
40428	Cierre de evisceración	596.650
40429	Lavado peritoneal postquirúrgico por laparotomía	613.660
40430	Hemorragia digestiva de tratamiento no quirúrgico	900.910
40431	Tratamiento no quirúrgico de la pancreatitis aguda edematosa	1.770.370
40435	Apendicectomía, apéndice perforado más drenaje de apendicitis localizada	1.663.265
40432	Esplenorrafia	1.619.940
40487	Reparación de herida corneo escleral	1.233.800
40489	Cirugía filtrante	882.590
40514	Revisión de prostatectomía abierta para hemostasia vía transvesical	2.305.970
40515	Revisión en R.T.U. para hemostasia vía transuretral	1.727.145
40516	Revisión por ruptura de la cápsula prostática, vía transvesical	702.985
40517	Tratamiento integral del absceso de pared post-prostatectomía abierta	1.091.815
40518	Tratamiento no quirúrgico del síndrome de la R.T.U.	218.185
40519	Revisión por hemorragia post-nefrectomía	1.653.390
40520	Revisión y hemostasia por sangrado post-cistouretropexia	1.491.180
40538	Legrado uterino post-parto o post aborto	396.170
40760	Tratamiento del embarazo ectópico ovárico o tubárico vía abdominal, con o sin ooforectomía o salpinguectomía.	1.058.385
40761	Tratamiento del embarazo ectópico abdominal	1.117.485
40762	Tratamiento del embarazo ectópico con sulpingostomía y salpingoplastia	1.142.255
40552	Reintervención por sangrado post-cirugía de corazón	3.058.330
40563	Tratamiento no quirúrgico del sangrado (gran hematoma) en el sitio de la punción	606.910
40564	Exploración y rafia de vasos periféricos por sangrado post procedimiento de hemodinamia.	2.323.615
40565	Tratamiento médico del síndrome febril post procedimiento de hemodinamia invasiva	1.180.200

c. Programada y urgencias

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

40401	Colecistectomía simple	1.396.265
40404	Herniorrafia inguinal	670.905
40405	Herniorrafia femoral o crural	667.940
40406	Herniorrafia umbilical	622.925
40423	Drenaje de absceso intraperitoneal, subfrénico o subdiafragmático	963.910
40433	Esplenectomía	1.620.160
40463	Tratamiento ortopédico de esguince de cuello de pie	100.330
40676	Amputación o desarticulación de la pierna	2.025.450
40680	Reparación quirúrgica post-traumática del tendón de Aquiles	770.635
40488	Enucleación con o sin implante protésico	1.134.665
40776	Evisceración con o sin implante	1.116.025
40730	Traqueostomía	709.225
40508	Uretrocistoscopia terapéutica para extracción de cuerpo extraño en vejiga, lavado vesical, cateterismo y/o calibración ureteral.	384.750
40509	Nefrostomía percutánea	1.431.215
40521	Cistoscopia con extracción de coágulos y lavado vesical post-prostatectomía	1.112.575
40527	Cirugía ginecológica por laparotomía (resección quistes, ooforectomía, salpingectomía, salpingotomía, miomectomía, etc.).	990.975
40530	Histerectomía abdominal total, con o sin remoción de trompas u ovarios	1.508.535
40535	Operación cesárea segmentaria transversal o corporal	868.360
40537	Parto vaginal (normal o intervenido con fórceps o espátulas); Incluye: episiorrafia y/o perineorrafia.	518.960
40540	Parto vaginal de bajo riesgo atendido por médico general	332.575

Programa de rehabilitación cardíaca con monitoría electrocardiográfica

40566	Tratamiento de un mes (12 sesiones)	322.180
40567	Tratamiento de dos meses (24 sesiones)	573.075

Trasplante de médula

40580	Trasplante autólogo de médula ósea, sin criopreservación	62.643.390
40581	Trasplante autólogo de médula ósea, con criopreservación	68.287.620
40582	Trasplante de células progenitoras extraídas de sangre periférica, con criopreservación.	79.576.095
40583	Trasplante autólogo de médula ósea y células progenitoras extraídas de sangre periférica, con criopreservación.	83.338.915
40584	Trasplante alogénico de médula ósea y/o de células progenitoras extraídas de sangre periférica.	109.649.430

Trasplante renal

40585	Evaluación del receptor	1.834.830
40586	Evaluación del donante cadavérico y rescate del órgano	5.790.960
40587	Evaluación del donante vivo relacionado	1.553.000
40593	Rescate del órgano en donante vivo relacionado	4.472.530
40588	Intervención en el receptor con donante cadavérico y control post-quirúrgico del primer mes.	21.260.275
40589	Intervención en el receptor con donante vivo relacionado y control post quirúrgico del primer mes.	14.405.605
40590	Control mensual post trasplante entre segundo y décimo segundo mes, con	384.380

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	provisión de inmunosupresores y antihipertensivos por el ISS.	
40592	Control mensual post trasplante a partir del décimo tercer mes, con provisión de inmunosupresores y antihipertensivos por el ISS.	347.765

PARAGRAFO 1. El Conjunto identificado bajo el código 40103, incluye: a) la realización del número de procedimientos de nefrolitotomía que cada caso requiera; b) la práctica de la litotricia, que comprende los servicios profesionales y del personal técnico y auxiliar, consulta pre y post tratamiento inmediato; derechos de sala con los componentes determinados en el Artículo 48 del Manual; servicios de recuperación; insumos como son las sondas de foley y de nelatón, catéteres ureterales simples y cystofló; si el caso lo requiere, consulta de urgencias, cistoscopias, cateterismo ureteral y servicio de anestesia.

Cuando para efectuar el procedimiento se requiera del uso de medio de contraste y catéteres especiales de otro tipo, el Instituto los pagará hasta por el precio de adquisición, incrementado en el cinco por ciento (5%) de dicho valor.

Se entiende complementarios de la nefrolitotomía percutánea, el número de sesiones de litotricia extracorpórea que se requiera, de acuerdo con la condición clínica de cada paciente, a la clase y número de cálculos que se encuentren en el riñón o en el tercio superior del uréter, pero siempre sin que se exceda de cinco (5) sesiones.

En el evento que durante el tratamiento el especialista indique la necesidad de realizar al paciente una ureterolitotomía endoscópica o pielonefrolitotomía a cielo abierto, previamente el contratista solicitará una nueva orden de referencia específica para el procedimiento y éste se pagará en forma adicional al valor del Conjunto de acuerdo con la tarifa establecida en el Manual.

El tratamiento se entiende terminado una vez se dé cualquiera de las siguientes circunstancias: a) destrucción y eliminación de los cálculos, dentro de las primeras cinco (5) sesiones; b) la realización de cinco (5) sesiones, sin que se hubiere terminado el tratamiento; c) cumplidos cinco meses a partir de la fecha de efectuada en el paciente la primera nefrolitotomía percutánea, sin que se hubieren aplicado las primeras cinco (5) sesiones.

PARAGRAFO 2. En el valor del procedimiento del código 40104, está incluido el tratamiento integral del paciente, independiente de la clase y número de cálculos que se encuentren en el riñón o tercio superior del uréter y del número de sesiones que se requieran según la condición clínica del paciente.

El procedimiento comprende los conceptos definidos en el literal b) del inciso primero del Parágrafo anterior.

El tratamiento se entiende terminado una vez se dé cualquiera de las siguientes circunstancias: a) destrucción y eliminación de los cálculos. b) cumplidos cinco meses a partir de la fecha de efectuada en el paciente la primera litotricia.

PARAGRAFO 3. La referencia del paciente para la práctica de los procedimientos correspondientes a los códigos 40103 y 40104, requiere del concepto de la Junta de Urología de la Clínica de III Nivel del Instituto del área de influencia de la Seccional de donde proviene el paciente. Así mismo, cuando durante el tratamiento se indique la ureterolitotomía endoscópica o la pielonefrolitotomía a cielo abierto.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

El tratamiento efectuado sólo podrá facturarse al Instituto, una vez se haya cumplido con la atención del mismo, que se entiende en el momento que se han destruido y eliminado los cálculos, aplicado el número de sesiones necesarias o agotado el período de cinco (5) meses.

PARAGRAFO 4. La tarifa referente al código 40106 "Tratamiento integral del dolor", corresponde al valor único que el Instituto paga por cada paciente que se maneje mediante un programa establecido para su atención y que comprende la realización de un conjunto de actividades desarrolladas por un grupo interdisciplinario, integrado por profesionales en las áreas de Fisiatría, Anestesiología, Medicina General, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y Enfermería.

Dentro de las actividades a efectuar por el grupo en cada paciente, se identifican como mínimo las siguientes: consulta inicial y controles por parte del Fisiatra; análisis grupal de cada caso y definición de conducta; intervención psicoterapéutica del paciente y manejo de su grupo familiar; terapia física y/o ocupacional; evaluación y manejo nutricional; procedimientos indicados para el tratamiento del dolor; tales como: bloqueos, colocación de catéter subcutáneo, aplicación de inyecciones neurolíticas subaracnoideas, infiltraciones (en cicatriz, neuroma o punto muscular doloroso), aplicación de inhibidores transcutáneos del dolor.

Bajo esta modalidad, sólo se podrán atender los siguientes tipos de pacientes: hospitalizados con dolor agudo por quemaduras o amputación; por lesión de médula espinal, plejo o nervio periférico; con dolor isquémico no quirúrgico; con dolor crónico de tipo incapacitante; con dolor proveniente de enfermedad con diagnóstico no curable.

PARAGRAFO 5. El valor del Conjunto "analgesia post operatoria", código 40107, se refiere al manejo intrahospitalario del dolor, no tratable con analgesia convencional post tratamiento quirúrgico en algunas intervenciones del corazón y grandes vasos y de neurocirugía, a solicitud del especialista tratante en clínicas quirúrgicas. En el paciente se realizarán las actividades que están a cargo del Grupo Interdisciplinario que lo integran, entre otros por: especialista en anestesiología, enfermeras capacitadas en esta disciplina, terapistas, especialistas interconsultantes (fisiatras, psiquíatras, etc.), y la participación, cuando el caso lo requiera, de otros profesionales de la salud no médicos (nutricionista, psicólogo, etc.); el manejo del paciente incluye por lo menos, las siguientes acciones: planeación del tratamiento; decisión sobre el tipo de analgesia a emplear y su aplicación; control permanente a través de las enfermeras del programa; valoración en conjunto del grupo; control diario especializado; interconsultas a demanda del caso.

PARAGRAFO 6. La atención correspondiente al código 40130, comprende la evaluación inicial del paciente, según el caso, por parte de cada uno de los especialistas en fisiatría, ortopedia y traumatología, urología, cirugía plástica, neurología y de otros profesionales de la salud (fonoaudióloga, terapista física, terapista ocupacional, trabajador social, psicólogo) y la grupal con la participación de todos los que intervinieron en la inicial.

PARAGRAFO 7. En la tarifa del servicio identificado con el código 40131, están incluidas las siguientes actividades: control y manejo por fisiatría; interconsultas en las especialidades de urología, cirugía plástica, neurología, ortopedia y traumatología, apoyo intensivo de los profesionales de las áreas de terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, trabajo social, psicopedagogía y psicología, participación del paciente y núcleo familiar en talleres con distintos enfoques (escaras, manejo de silla de ruedas, psicoterapia, programa de familia, rehabilitación cognitiva y vocacional, etc.); consulta de medicina general programada a demanda del paciente; evaluación mensual por cada

uno de los especialistas y los demás profesionales asignados al programa y grupal a través del equipo interdisciplinario.

Si en el contrato o convenio que se celebre con la institución se estipula el suministro de medicamentos, la provisión de férulas y la práctica de exámenes de laboratorio clínico o cualquier otro procedimiento de tipo diagnóstico, la facturación de los mismos se efectuará en forma adicional, con base a los valores establecidos en este Manual.

El tratamiento integral definido en este código, excluye el manejo de pacientes con las siguientes patologías: Guillan Barre, parálisis facial, y alteraciones musculoesqueléticas derivadas de lesiones ortopédicas y las actividades de rehabilitación sexual y de validación psicológica.

PARAGRAFO 8. Las tarifas para los procedimientos incluidos con los códigos 40580 a 40584, incorporan los siguientes conceptos:

Trasplante autólogo de médula ósea y/o de células progenitoras extraídas de sangre periférica:

La atención intrahospitalaria del paciente derivada del trasplante y sus complicaciones (infección, enfermedad venooclusiva, hemorragia o rechazo) y la atención ambulatoria durante 12 meses, concomitante con el proceso de trasplante, a partir de la fecha que el paciente egresa de la práctica del procedimiento e incluye: hospitalización con todos los servicios en la Unidad de Cuidado Intensivo, sin límite de tiempo; aplicación de los procedimientos integrantes del proceso de trasplante, independiente del número de sesiones, tales como: cálculo y aplicación del esquema de acondicionamiento (quimioterapia o quimioterapia más radioterapia corporal total), terapia de movilización de células progenitoras, extracción de la médula ósea y/o separación de las células progenitoras periféricas, criopreservación, almacenamiento, descongelación e implante de la médula ósea o de las células progenitoras periféricas; medicamentos y soluciones, entre otros: soluciones parenterales, antibióticos, antivirales, antimicóticos; factores de crecimiento de colonias granulocíticas, medios de cultivo y preservación de las células progenitoras; sangre y/o derivados, factores de coagulación; materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos y cualquier elemento médico (reutilizable o desechable); servicios en sala de recuperación y de cirugía; alimentación adecuada al estado del paciente (oral o parenteral); práctica de exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (laboratorio clínico, imagenología, terapias, patología, etc.).

Trasplante alogénico de médula ósea y/o de células progenitoras extraídas de sangre periférica.

La atención intrahospitalaria integral que se requiera para la extracción de la médula ósea y /o de células progenitoras en el donante; la del receptor derivada del trasplante y sus complicaciones (infección, enfermedad venooclusiva, hemorragia o rechazo) y la ambulatoria durante 12 meses, concomitante con el proceso de trasplante, a partir de la fecha que el paciente egresa de la práctica del procedimiento e incluye: hospitalización con todos los servicios en la Unidad de Cuidado Intensivo, cualquiera sea el período de permanencia; aplicación de los procedimientos integrantes del proceso de trasplante, independiente del número de sesiones, tales como: cálculo y aplicación del esquema de acondicionamiento (quimioterapia o quimioterapia más radioterapia corporal total), preparación de la médula del donante y su implante en el receptor; medicamentos y soluciones, entre otros: soluciones parenterales, antibióticos, antivirales, antimicóticos,

ciclosporina; sangre y/o derivados, factores de coagulación; materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos y cualquier elemento médico (reutilizable o desechable); servicios en sala de recuperación y de cirugía; alimentación adecuada al estado del paciente (oral o parenteral); práctica de exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (laboratorio clínico, imagenología, terapias, patología, etc.).

PARAGRAFO 9. El valor de cada Conjunto es la suma máxima que el Instituto puede pagar cuando el proveedor, de acuerdo con el contrato, asume la prestación del servicio en la forma integral como está definida, en el anexo correspondiente que hace parte integrante del Manual; comprende: consulta de urgencias en los casos que se demande, pre-quirúrgica y pre-anestésica; práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico que el caso requiera como soporte para la valoración pre-anestésica y pre-quirúrgica del paciente y su manejo intraquirúrgico y post operatorio; ejecución del tratamiento médico o quirúrgico objeto del Conjunto; atención intrahospitalaria con todos sus componentes; controles post-quirúrgicos ambulatorios, incluidos los medicamentos e insumos necesarios durante el proceso de recuperación.

Cuando el proveedor del servicio no dispone del talento humano profesional (médico tratante, especialista en anestesiología y/o ayudante quirúrgico), necesario para el manejo integral médico-quirúrgico del paciente o se ofrece al ISS en forma parcial y así se hubiere pactado en el respectivo contrato, la EPS asumirá el recurso faltante; igualmente en el evento que el proveedor no disponga del recurso técnico para la prestación de algunos de los servicios de apoyo diagnóstico y de complementación terapéutica, que hacen parte de los componentes de cada Conjunto. Para efectos de la facturación de los servicios prestados por el centro hospitalario, se hará el respectivo descuento sobre el valor del Conjunto de la cuantía correspondiente a las actividades que asume la EPS.

PARAGRAFO 10. Los Conjuntos relacionados en este Capítulo podrán contratarse por una tarifa con un reajuste hasta del catorce por ciento (14%), sobre su valor total, cuando el servicio se preste, en la forma integral como está definida, en el área de influencia de los Departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada, Municipios de la Región de Urabá; con base en el valor incrementado, se aplicarán los porcentajes que más adelante, por circunstancias especiales, se determinan. Se exceptúan de esta disposición las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal.

En el caso de excepción previsto en el Parágrafo anterior, el porcentaje del catorce por ciento (14%) señalado, se aplicará sobre la tarifa del Conjunto, después de descontar el valor del servicio profesional que no asume el contratista. El valor del recurso humano médico que contrate el Instituto para completar los componentes del Conjunto, en las regiones anotadas, se podrá facturar con el incremento del treinta por ciento (30%) fijado en el Artículo 144 de este Manual y del quince por ciento (15%) que la misma disposición determina para las tarifas de los procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

PARAGRAFO 11. El servicio de urgencias que hace parte del Conjunto "Atención Ambulatoria Médica y/o de Salud Oral de Primer Nivel", corresponde a los casos de baja complejidad, que el contratista con los recursos disponibles en el Centro debe suministrar a los afiliados cotizantes o beneficiarios que exijan el servicio, durante el horario de atención establecido en el respectivo contrato. El valor de cualquier procedimiento médico adicional, derivado de la atención de urgencias, que realice el contratista, no está

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

considerado dentro de la tarifa del Conjunto y en consecuencia el Instituto lo pagará independientemente hasta por el valor fijado en este Manual.

PARAGRAFO 12. La prescripción de medicamentos por parte de un proveedor que preste los servicios a asegurados del Instituto, mediante un contrato para la "Atención Ambulatoria Médica y/o de Salud Oral de Primer Nivel", deberá sujetarse estrictamente a los relacionados en el Formulario de Medicamentos del Instituto de Seguros Sociales, para los servicios ambulatorios del Plan de Beneficios de Salud y que correspondan al primer nivel de atención en la consulta, programada y de urgencias. Es su obligación en cuanto al suministro con cargo a la tarifa del Conjunto, y deben ser formulados exclusivamente por los médicos y odontólogos al servicio del contratista.

PARAGRAFO 13. Cuando de la atención especializada ambulatoria u hospitalaria, se derive la prescripción de medicamentos, de acuerdo con los requerimientos del Instituto, el suministro podrá estar a cargo del contratista que preste la atención ambulatoria médica y/o de salud oral de primer nivel, siempre que el compromiso se pacte en el respectivo contrato y el pago por parte del Instituto de estos medicamentos, será en forma adicional al valor del Conjunto, hasta por la tarifa determinada en este Manual.

PARAGRAFO 14. Las tarifas correspondientes a los Conjuntos relacionados con los códigos 40566 y 40567, se pagarán únicamente a los contratistas que acrediten la disponibilidad del recurso tecnológico de monitoría electrocardiográfica y el uso de la misma durante el tiempo de realización de la respectiva sesión de terapia; así mismo que cuenten con la infraestructura necesaria, a nivel ambulatorio y hospitalario, para el manejo de las complicaciones que pudieren presentarse durante la terapia. La acreditación estará a cargo del Departamento de Mercadeo y Calidad de Servicios de Salud o la dependencia que haga sus veces, de la Seccional respectiva.

Sólo serán objeto de referencia a un programa de rehabilitación integral cardíaca con monitoría electrocardiográfica, los pacientes que presenten cualquiera de las siguientes patologías:

Post infarto agudo del miocardio
Post revascularización miocárdica
Post angioplastia
Post cirugía de reemplazo valvular
Pacientes con marcapaso
Post cirugía de enfermedad vascular periférica

Las tarifas para estos Conjuntos son los únicos valores que el Instituto pagará cuando el programa se desarrolle en pacientes post tratamiento, de alguna de las patologías antes señaladas, efectuado en la misma Institución en donde se efectúa el proceso de rehabilitación.

Cuando el paciente es referido a una Entidad, exclusivamente para su manejo dentro del programa de rehabilitación, adicional a la tarifa del Conjunto se podrá facturar el valor de las pruebas de esfuerzo, espirometría y estudios radiológicos de tórax, que se practiquen.

PARAGRAFO 15. En cada Conjunto están definidos, cualitativa y cuantitativamente los distintos componentes de la atención que aseguran la prestación del servicio en forma integral y en las mejores condiciones de calidad; en consecuencia, sobre su tarifa sólo se podrá facturar adicionalmente el valor de aquellos elementos o insumos que de manera específica se señalan en el respectivo Conjunto.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 16. Si una cirugía o procedimiento de los contenidos en este Artículo se realiza en forma bilateral, sobre el valor total del Conjunto se adicionará el cincuenta y cinco (55%) por ciento.

En el evento que el Contratista asuma la prestación del servicio en la forma parcial anotada en el inciso 2º del parágrafo 9 de este Artículo, el valor total del Conjunto se entiende después de efectuar el descuento del servicio profesional que no presta.

El o los servicios profesionales establecidos en el Conjunto, cuando se contratan en forma separada a los demás componentes, sobre su valor se adiciona el setenta y cinco por ciento (75%) en el evento que se realice una intervención o procedimiento bilateral.

PARAGRAFO 17. Cuando en un mismo acto se efectúen varias intervenciones quirúrgicas o procedimientos, entre los cuales se encuentra uno o más de los definidos bajo Conjunto, para efectos de su pago, la liquidación se efectuará como sigue, según el tipo de circunstancia que se presente.

a) Una cirugía o procedimiento de Conjunto

No procede la facturación del valor del Conjunto y consecuentemente todos los componentes objeto de la atención se cobrarán por la tarifa definida en este Manual para cada uno de ellos.

b) Más de una cirugía o procedimiento de Conjunto

Si las realiza el mismo especialista por igual vía de acceso, la cirugía de Conjunto con tarifa superior se considera la principal y se liquida con el cien por cien (100%) de ésta y se adiciona, por una sola vez, en el veinticinco por ciento (25%) sobre el valor del Conjunto que le preceda según la cuantía.

El valor de la intervención o procedimiento principal, definido bajo los parámetros establecidos en el inciso anterior, se incrementa en el setenta por ciento (70%) de cada una de las demás consideradas por Conjunto, cuando el mismo especialista utiliza diferente vía de acceso o las practican médicos de distinta especialidad.

Los porcentajes de incremento determinados en este literal se aplican cuando la atención se presta en la forma integral prevista en el respectivo Conjunto. Si el contratista no asume alguno de los servicios profesionales, los porcentajes antes señalados se aplican también sobre el valor del Conjunto, una vez se descuente el componente de especialista o ayudante quirúrgico, que en virtud del contrato no se presta.

El o los servicios profesionales que se contraten, con otra persona o entidad, para atender la actividad o actividades objeto del Conjunto, su valor se liquidará con base en los porcentajes señalados en los Artículos 90 a 93 de este Manual, según se trate de intervención o procedimiento bilateral o múltiple realizado en el mismo acto.

PARAGRAFO 18. En el evento que durante la etapa previa a la realización de la intervención o procedimiento el paciente presentare patología aguda diferente a la del objeto del Conjunto o exacerbación de proceso crónico, que dé lugar a tratamiento adicional, en dicha circunstancia, no aplica el valor del Conjunto y todos los servicios que se presten se facturarán por la tarifa determinada en el Manual para cada una de las actividades.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 19. En la tarifa de los Conjuntos correspondientes a intervenciones quirúrgicas y procedimientos, están consideradas las complicaciones menores que se listan en cada uno de ellos y su tratamiento lo asume el proveedor del servicio dentro del valor integral del Conjunto.

PARAGRAFO 20. Modificado Acuerdo 228 de 2.000, Artículo cuarto, en los siguientes términos:
Si como resultado de una intervención o procedimiento practicado, durante el período intra o post-quirúrgico y del manejo intrahospitalario, se presentare una complicación mayor no imputable al prestador, es responsabilidad de éste solucionarla, y el costo del tratamiento para superarla se facturará con base en el valor establecido en este Manual para el conjunto correspondiente a la cirugía efectuada, sin que por ningún motivo proceda el rompimiento del conjunto establecido para la cirugía inicial.

Si la intervención realizada para resolver la complicación no está definida en los conjuntos previstos en el Manual, en dicho evento, la cirugía inicial no se liquida a la tarifa de conjunto y consecuentemente la totalidad de los servicios prestados deben facturarse con base en el valor del Manual para cada componente de la atención. Para que proceda el pago, es requisito obtener la autorización escrita de la Gerencia EPS ISS o la dependencia que haga sus veces, solicitud que deberá formularse dentro de las doce (12) horas hábiles siguientes a la culminación del acto quirúrgico.

PARAGRAFO 21. Cuando para la realización de cualquiera de los procedimientos de hemodinamia o de radiología intervencionista definidos en este Artículo, se requiera de anestesia general, adicional a su tarifa se pagará el treinta por ciento (30%) del valor fijado en el respectivo Conjunto por concepto de los servicios profesionales del especialista que lo realice.

PARAGRAFO 22. Los Conjuntos que en este artículo corresponden a intervenciones quirúrgicas y procedimientos, están clasificados por el tipo de atención (programada, urgencias, programada y urgencias), consecuentemente no procede el rompimiento del conjunto cuando la cirugía se hubiere practicado bajo la circunstancia que está denominada.

PARAGRAFO 23. La tarifa para el tratamiento del paciente en prediálisis conlleva los componentes de la atención (servicios profesionales y exámenes de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica), prescripción y suministro de medicamento, que en el anexo correspondiente a este Conjunto se relacionan.

CAPITULO V

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROCEDIMIENTOS Y ATENCIONES.

CONTENIDO Y DEFINICIONES

ARTICULO 70. Para determinar la calidad en la prestación de los servicios contratados por el Instituto, se establecen las siguientes definiciones:

1 Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención de salud a proveer a los beneficiarios, para

alcanzar los efectos deseados tanto por el Instituto, como por los usuarios del servicio. Las características, son, oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógico-científica y grado de satisfacción de los usuarios.

2 Evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de la estructura, el proceso, el resultado y el impacto de un programa o servicio de salud. Esta definición no incluye los aspectos remédiales para modificar lo evaluado como inadecuado.

3 Garantía de calidad es el conjunto de mediciones sistematizadas, la comparación de normas contra situaciones dadas y los esfuerzos que se hacen para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio y con el mínimo riesgo posible en la atención en salud.

ARTICULO 71. Para la aplicación de las tarifas de este Manual, se definen los siguientes términos:

a) Intervención quirúrgica.

Es la operación instrumental cruenta, total o parcial, de las intervenciones relacionadas en el Capítulo I de este Manual, que se practican para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, el embarazo o accidente.

b) Procedimiento médico quirúrgico.

Es la operación manual y/o instrumental incruenta, total o parcial, de los procedimientos relacionados en el Capítulo I de este Manual, que se practican para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, el embarazo o accidente.

c) Procedimiento clínico

Es el conjunto de actividades no quirúrgicas, relacionadas en el Capítulo II de este Manual, que se practican para el diagnóstico, tratamiento o alivio de la enfermedad o accidente.

d) Región operatoria.

Es la parte del cuerpo humano sobre la cual se practica una intervención quirúrgica o procedimiento.

e) Vía de acceso.

Es la entrada quirúrgica a un órgano o región por orificio natural o a través de una o más incisiones en piel y/o mucosas.

f) Intervenciones o procedimientos bilaterales.

Son aquellos iguales que de manera consecutiva practica el mismo especialista en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares o elementos anatómicos de los miembros superiores o inferiores, o las cirugías iguales reconstructivas múltiples en miembros inferiores, que en forma simultánea efectúan dos especialistas de la misma especialidad.

g) Intervención quirúrgica o procedimiento múltiple

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

Es aquel con distinto código, practicado al paciente en un mismo acto, por uno o más especialistas.

h) Exploración quirúrgica.

Es la intervención que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.

i) Revisión post-quirúrgica.

Es la intervención que tiende a corregir fallas funcionales de técnica quirúrgica o por complicación post operatoria.

j) Unidad de Valor Relativo (U.V.R.)

Es la medida de una intervención quirúrgica o procedimiento, en términos de la tecnología y tiempo empleado para su realización, complejidad del mismo y riesgo para el paciente.

k) Sala Especial

Es el área física, ubicada dentro o fuera de la Unidad Quirúrgica, dotada con el equipamiento específico para la práctica exclusiva de un determinado tipo de procedimientos especializados, que además disponga de los equipos de soporte para atender las complicaciones inherentes a su realización.

l) Estancia

Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama hospitalaria, para la atención de un paciente durante veinticuatro (24) horas.

m) Cama hospitalaria.

Es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes hospitalizados durante las veinticuatro (24) horas, incluidas las incubadoras. Se excluyen las de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de Rayos x, banco de sangre, laboratorio clínico, las de acompañante y las utilizadas por empleados para el descanso en horas laborables.

n) Habitación unipersonal.

Es la individualizada con muros y exige que dentro de su área se disponga de lavado y cuarto de aseo para uso exclusivo del paciente.

o) Habitación bipersonal.

Es la individualizada con muros y exige que el servicio de lavado y cuarto de aseo estén integrados a la habitación, para uso exclusivo de los pacientes que en ella se hospitalicen o compartidos máximo con otra habitación del mismo tipo o de una cama; en este caso, la pieza individual clasifica como bipersonal.

p) Habitación de tres (3) camas

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

Es aquella en que las camas están localizadas dentro de una misma área, sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio; el servicio de lavado y cuarto de aseo, están localizados dentro del área de la habitación o zona aledaña, para uso exclusivo de la habitación o compartido con otra hasta de tres (3) camas.

q) Habitación de cuatro (4) o más camas.

Es aquella en que las camas están dentro de una misma área, sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio; el servicio de lavado y cuarto de aseo, está localizado dentro del área de la habitación o zona aledaña, para uso exclusivo de la habitación o compartido con otras habitaciones.

r) Consulta prequirúrgica o preanestésica

Es aquella que el especialista realiza a todo paciente, en forma ambulatoria, con anterioridad a la práctica del procedimiento quirúrgico, con el fin de planear el manejo perioperatorio, reducir la morbimortalidad y propiciar una buena relación médico paciente.

s) Interconsulta.

Es el acto mediante el cual un especialista, a solicitud del especialista tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.

ARTICULO 72. Defínese como Junta Médico-Quirúrgica el Organo Consultivo conformado por profesionales médicos especialistas, a fin de dictaminar sobre la conducta a seguir con los pacientes, para establecer un diagnóstico o acción terapéutica.

ARTICULO 73. Deberán someterse al dictamen de la Junta Médico-Quirúrgica, los pacientes cuya patología requiera de una intervención quirúrgica electiva calificada con 150 U.V.R. o más y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en este Manual se exige su concepto como requisito previo para la práctica.

ARTICULO 74. En el caso del Instituto las Juntas Médico-Quirúrgicas operarán en las IPS y Centros de Atención Ambulatoria de segundo y tercer nivel; toda Junta estará constituida por un mínimo de tres médicos especialistas y estarán presididas por el Subgerente de Salud o quien haga sus veces.

PARAGRAFO 1. Cuando se considere necesaria la participación en determinada reunión de la Junta, de un profesional de la salud en otras áreas tales como, Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Terapia en sus distintas disciplinas, podrán asistir cuando le formule la invitación el Presidente de la Junta.

ARTICULO 75. En las IPS del Instituto los integrantes de las Juntas Médico-Quirúrgicas serán nombrados por el respectivo Gerente, seleccionados de los médicos vinculados al Instituto.

ARTICULO 76. Las Juntas Médico-Quirúrgicas, tendrán las siguientes funciones:

a) Estudiar detenidamente el caso presentado, investigando los antecedentes del paciente, los datos de la historia clínica y el informe de remisión.
b) Ordenar los estudios paraclínicos que sean necesarios para validar el diagnóstico, si fuere el caso.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

c) Dictaminar la conducta a seguir
d) Analizar los casos médico-quirúrgicos que por solicitud de autoridad competente sean requeridos, con fines de evaluación de calidad y de orden legal.

ARTICULO 77. Se exceptúan del estudio por parte de las Juntas Médico-Quirúrgicas, los casos originados por atención de urgencias.

ARTICULO 78. Los pacientes remitidos con dictamen de las Juntas Médico-Quirúrgicas del Instituto podrán ser estudiados nuevamente por la Junta de la Entidad proveedora, si hubiere alguna discrepancia. Cuando entre la decisión de las dos Juntas se presente disparidad de criterios, el caso deberá ser revisado y decidido por acuerdo entre un especialista nombrado por el Instituto y otro por la respectiva Institución.

ARTICULO 79. Las decisiones de las Juntas Médico-Quirúrgicas del Instituto serán por escrito y firmadas por todos sus integrantes. Los conceptos iniciales serán objeto de reserva y sólo se comunicará al paciente o a sus familiares la decisión definitiva.

ARTICULO 80. De las reuniones de las Juntas se dejará constancia en acta que reposará en el archivo del respectivo servicio y en la historia clínica del paciente.

PARAGRAFO 1. El acta debe contener como mínimo, la siguiente información: identificación del paciente; diagnóstico del especialista tratante y procedimiento sugerido; resumen de la historia clínica, consideraciones y análisis sobre el caso; diagnóstico definitivo, plan de tratamiento sugerido, ventajas del mismo y pronóstico del paciente.

PARAGRAFO 2. Para las intervenciones y procedimientos que previa a su práctica se requiere del dictamen de la Junta Médico-Quirúrgica, la orden de referencia o servicio, para su autorización requiere de certificación expedida por el Presidente de la respectiva Junta Médico-Quirúrgica en el que conste fecha y hora de la reunión en la que se analizó el caso, diagnóstico, intervención o procedimiento que se sugiere realizar en el paciente

ARTICULO 81. El Instituto no reconocerá suma alguna por la participación en las Juntas Médico-Quirúrgicas, en consideración a que esta actividad hace parte del servicio quirúrgico contratado.

ARTICULO 82. Para los procedimientos con más de cuatrocientos cincuenta (450) U.V.R. y en los de alto costo, la Gerencia EPS o la repartición que haga sus veces se reserva el derecho de revisar la decisión de la Junta Médico-Quirúrgica; para el efecto convocará a los especialistas que considere.

PARAGRAFO. En este evento, cuando se trate de profesionales no vinculados al Instituto, se pagará por sus servicios la tarifa establecida bajo el Código 39128.

ARTICULO 83. Toda solicitud de referencia que se expida a un beneficiario, debe diligenciarse en el formulario oficial que el Instituto establezca para tal fin y acompañarse de los resultados de las interconsultas y de los exámenes y procedimientos diagnósticos realizados para el estudio del paciente.

El proveedor del servicio no podrá condicionar la hospitalización del paciente a la realización de exámenes, cuyos resultados el Instituto envió con la referencia, salvo que desde el punto de vista médico se consideren absolutamente necesarios y pertinentes.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 84. En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en que se extirpen o extraigan órganos o tejidos, la pieza quirúrgica se someterá a examen anatomopatológico; el resultado se incluirá en la historia clínica del paciente y copia del mismo se requerirá para efecto de su facturación al Instituto.

ARTICULO 85. Las suturas simples en partes blandas concomitantes con lesiones mayores se consideran parte integrante del tratamiento quirúrgico de la lesión.

ARTICULO 86. La vía de acceso para la práctica de una intervención o procedimiento quirúrgico no da derecho al reconocimiento de valores adicionales sobre la tarifa de la operación realizada, excepto cuando se efectúe con fines diagnósticos y no haga parte de otra cirugía. Ejs: gastrorrafia por laparotomía, ooforectomía por laparotomía o laparoscopia y meniscectomía por artroscopia; se reconoce únicamente, según el caso, la gastrorrafia, ooforectomía o meniscectomía, sin que proceda a facturar sumas adicionales en cuanto a los procedimientos diagnósticos de laparotomía exploratoria, laparoscopia o artroscopia.

ARTICULO 87. Con el objeto de facilitar la aplicación de los valores que este Manual fija para el pago de intervenciones quirúrgicas y procedimientos múltiples, se determinan las siguientes vías de acceso con relación a los casos que se señalan a continuación:

a) Oftalmología: 1) extraocular y anexos, que comprende: aparato lagrimal, párpados, conjuntiva, músculos oculares y palpebrales, córnea, esclerótica, iris y cuerpo ciliar.; 2) intraocular, que comprende: cámara anterior y posterior; 3) órbita.
b) Oído: 1) oído externo: procedimientos efectuados por el conducto auditivo externo y pabellón auricular; 2) vía transmastoidea; 3) vía transoral; 4) vía transnasal.
c) Procedimientos de cirugía laparoscópica, artroscópica o toracoscópica: 1) una sola vía, cualquiera sea el número de incisiones que se practiquen.
d) Cirugía abdominal: 1) órganos de la cavidad preperitoneal; 2) órganos de la cavidad retroperitoneal con lumbotomía; 3) cavidad abdominal inferior con abordaje mixto por laparotomía y a través de orificio natural.
e) Organos intratorácicos: 1) una sola vía por cada hemitórax

ARTICULO 88. Los procedimientos "queratotomía fotorrefractiva con excímer láser" y "queratectomía con excímer láser "únicamente serán objeto de práctica, en personas entre 20 y 50 años de edad, en los siguientes casos:

a) En miopía con defectos de -4 dioptrías o superiores y en el astigmatismo miópico con equivalente esférico de -4 dioptrías o superior.
b) En hipermetropía con o sin astigmatismo, cuando el valor de la esfera se encuentre en el rango entre 2 y 7 dioptrías.

PARAGRAFO. La realización del procedimiento en asegurados hasta de 20 años y mayores de 50, requiere concepto favorable de la Junta Médico-Quirúrgica del Servicio de Oftalmología.

ARTICULO 89. Los servicios profesionales del especialista en clínicas quirúrgicas, ginecoobstétricas y anestesiología, así como los de ayudante quirúrgico, en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos bilaterales, definidos en el Capítulo I de este Manual, con excepción de las cirugías simultáneas reconstructivas múltiples en miembros inferiores, se reconocerán en un setenta y cinco por ciento (75%) adicional sobre el valor establecido para cada profesional, según el número de UVR asignado a la intervención o procedimiento que se realice.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

En el caso de las cirugías bilaterales reconstructivas múltiples que en miembros inferiores practican en forma simultánea dos especialistas de la misma especialidad, identificadas bajo los códigos 13320, 13422 y 13908, los servicios profesionales de cada uno de ellos y del ayudante quirúrgico será igual al ciento (100%) por ciento, según el número de UVR asignado a la intervención que se realice. En este caso, el valor de los servicios profesionales del especialista en anestesiología, no se incrementan en el setenta y cinco (75%) por ciento por el carácter simultáneo de la cirugía.

PARAGRAFO 1. El pago lo hará el Instituto, cuando la intervención o procedimiento se practique en un órgano o elemento anatómico de los que se relacionan a continuación:

a) Ojo, oído, glándula salival, maxilar superior o inferior, malar, seno paranasal, pulmón, plejo nervioso (cervical, braquial y lumbar), mama, glándula suprarrenal, riñón, uréter, testículo, epidídimo, ovario y trompa de Falopio (excepto ligadura).
b) Miembros superiores o inferiores
c) Hernia inguinal, femoral o crural

PARAGRAFO 2. Para los casos enumerados en el parágrafo anterior, cuando se trate de un procedimiento diagnóstico o terapéutico de los relacionados en el Capítulo II de este Acuerdo, el porcentaje adicional sobre la respectiva tarifa será del cien por cien (100%), salvo que el valor esté definido para el procedimiento bilateral.

ARTICULO 90. En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos múltiples, contenidos en el Capítulo I. del Manual, que practique el mismo especialista en clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas, en un acto e igual vía de acceso, los servicios profesionales de éste, del especialista en anestesiología y ayudante quirúrgico, se reconocerán en cada caso con el ciento por ciento (100%) de la tarifa establecida para el realizado con el mayor número de UVR, más el sesenta por ciento (60%) del valor que corresponda a una segunda cirugía. Se exceptúan de esta disposición, la cirugía laparoscópica ginecológica, artroscópica y las definidas como "intervención única" códigos 07764 y 11240.

En los procedimientos de excepción señalados en este articulo, el incremento del sesenta por ciento (60%), únicamente se podrá facturar cuando el segundo procedimiento corresponda a un grupo de distinto nivel de complejidad, según la clasificación establecida en los respectivos Conjuntos de Atención en Salud por Tarifa Integral.

PARAGRAFO. El Instituto no hará pagos adicionales cuando se practiquen más de dos cirugías o procedimientos, salvo los casos de politrauma abdominal, torácico, cráneo-facial y de fracturas múltiples, en los cuales a cada uno de los profesionales que intervienen en la cirugía, se le pagará el ciento por ciento (100%) de la tarifa correspondiente a la que se efectúe con el mayor número de Unidades, más el sesenta por ciento (60%) del valor de cada una de las demás realizadas.

ARTICULO 91. En las intervenciones quirúrgicas o procedimientos múltiples, contenidos en el Capítulo I del Manual, que practique el mismo especialista en clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas, en un acto y diferente vía de acceso, los servicios profesionales de éste, del especialista en anestesiología y ayudante quirúrgico, se reconocerán, en cada caso, con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para el realizado con el mayor número de UVR, más el setenta y cinco por ciento (75%) del valor que corresponda, según el número de Unidades, por cada uno de los adicionales efectuados.

ARTICULO 92. En las intervenciones quirúrgicas o procedimientos múltiples, contenidos en el Capítulo I. del Manual, que realizan más de un especialista en clínicas quirúrgicas o

ginecoobstétricas, de distinta especialidad, durante el mismo acto, en igual o diferente vía de acceso, el servicio profesional de cada uno de ellos se reconocerá en el ciento por ciento (100%) de la tarifa asignada a la cirugía con el mayor número de UVR que practicó, incrementada en el sesenta por ciento (60%) del valor correspondiente de aquella, entre las adicionales que efectuó con igual o siguiente número de Unidades.

PARAGRAFO 1. Los servicios profesionales del especialista en anestesiología, se reconocerán con el ciento por ciento (100%) de la tarifa establecida para este profesional, que corresponda a la intervención quirúrgica realizada con el mayor número de UVR, incrementada en el setenta y cinco por ciento (75%) del valor correspondiente, entre las adicionales efectuadas, a la de mayor número de Unidades o con igual a la primera.

PARAGRAFO 2. Los servicios profesionales de ayudante quirúrgico se reconocerán con el ciento por ciento (100%) de la tarifa establecida para este profesional, que corresponda a la intervención quirúrgica realizada con el mayor número de UVR, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) del valor correspondiente, entre las adicionales efectuadas, a la de mayor número de Unidades o con igual a la primera.

ARTICULO 93. En las intervenciones quirúrgicas o en las revisiones post-quirúrgicas, por complicaciones resultantes del acto quirúrgico inicial, los servicios profesionales del especialista en clínicas quirúrgicas, ginecoobstétricas y anestesiología, así como los de ayudante quirúrgico, los derechos de sala y el material de sutura, se pagarán en cada caso, de acuerdo con el valor establecido según el número de Unidades asignado a la intervención o procedimiento médico quirúrgico efectuado para superar la complicación.

ARTICULO 94. En el valor de la UVR de toda intervención o procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo I de este Manual, está incluida la toma de las muestras para su estudio anatomopatológico.

PARAGRAFO. Las tarifas correspondientes a la "toma de biopsias" sé .reconocerán únicamente cuando no hagan parte, en el mismo acto, de otra intervención o procedimiento.

ARTICULO 95. Las disposiciones contenidas en los Artículos 89 a 93 de este Acuerdo, no aplican en el caso de las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos definidos bajo Conjunto de Atención en el Artículo 69 del Manual.

ARTICULO 96. El Instituto reconocerá a la IPS el valor de los gastos que se causen por el manejo médico-quirúrgico del donante vivo o cadáver, para la ablación de órganos o componentes anatómicos, con el fin de su implantación inmediata, así:

a) **En donante vivo**.

Los servicios de salud que se causen por valoración general del dador, los específicos sobre el órgano o componente anatómico a donar y el manejo pre, intra y post operatorio del procedimiento quirúrgico de la ablación, a las tarifas establecidas en este Manual.

b) **En donante cadáver.**

Los que se originen a partir del momento en que se diagnostique la muerte cerebral, a tarifas de este Manual. En ningún caso se reconocerán gastos correspondientes a servicios causados con anterioridad a veinticuatro (24) horas de practicada la ablación.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 1. Los gastos de preservación, procesamiento, almacenamiento y transporte de un órgano o componente anatómico, con fines de su implantación inmediata o diferida en un beneficiario del Instituto, se reconocerán a las tarifas oficiales de la Entidad proveedora del servicio.

PARAGRAFO 2. Cuando el destino del órgano rescatado no sea un asegurado del Instituto, la Entidad que lo ampara deberá asumir con la totalidad de los gastos que por este concepto se incurra

ARTICULO 97. El valor de los servicios profesionales por concepto de valoración intrahospitalaria prequirúrgica por el especialista en clínicas quirúrgicas, los controles intrahospitalarios y ambulatorios posteriores a la realización de la intervención o procedimiento, hasta la recuperación del paciente, considerándose como límite máximo los primeros quince (15) días postoperatorios, está incluido en las tarifa del procedimiento efectuado.

La tarifa de los servicios profesionales en la atención del parto (normal, intervenido o cesárea), incluye además, los controles médicos preparto ambulatorios a partir del octavo mes y de trabajo de parto.

Si hubiere necesidad de controles por la misma causa en un lapso mayor, al establecido en el inciso primero de este Artículo, el Instituto pagará los servicios profesionales correspondientes, de acuerdo con la tarifa establecida bajo el código 39114 si el paciente continúa hospitalizado, y los códigos 39126 ó 39133, según el caso, cuando el paciente sea ambulatorio; en este último evento, se requerirá de una nueva orden de referencia.

PARAGRAFO. En la tarifa de la UVR correspondiente al especialista en anestesiología, está comprendida la premedicación, el acto anestésico, cualquier procedimiento coadyuvante de éste y la vigilancia del paciente durante el periodo de recuperación, incluida la aplicación del parche hemático post-anestesia en los casos que sea necesario.

En la práctica del procedimiento antes mencionado, se hará su reconocimiento adicional al valor de las UVR, únicamente cuando se realice en fecha posterior de causado el acto anestésico; igualmente cuando sea necesario aplicarlo por complicación de la "punción lumbar".

ARTICULO 98. El pago de interconsulta se factura únicamente cuando para aclarar un diagnóstico o establecer una conducta, se requiera del concepto de otro especialista, sea en los servicios de consulta externa, hospitalización o de urgencias y siempre que el consultado sea de especialidad o subespecialidad distinta a la del médico tratante.

ARTICULO 99. El tratamiento de las quemaduras se reconocerá así:

a) Fase inicial que comprende: lavado, desbridamiento y aplicación de apósitos, más las curaciones siguientes que no requieran anestesia general, según el número de U.V.R. asignado al procedimiento efectuado.

b) Las intervenciones posteriores que se realicen bajo anestesia, se reconocerán independientemente según el número de U.V.R. de las mismas; estas intervenciones son cirugías plásticas reparadoras, injertos, abrasiones y trasplantes.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 100. Defínase como cirugía plástica o reparadora la que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar o restaurar la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales en otros órganos relacionados entre sí; se excluye la cirugía estética o cosmética destinada a alterar o mejorar la apariencia física.

ARTICULO 101. La respuesta a la referencia debe formularse al Instituto una vez se cumpla la atención solicitada, para lo cual la Entidad o el profesional responsable de la misma la diligenciará con destino a la dependencia que se determine en el respectivo contrato, detallando la siguiente información: anamnesis, hallazgos en el examen de ingreso, decisiones de la Junta Médico-Quirúrgica, exámenes y resultados, tratamientos efectuados, diagnósticos y recomendaciones para el manejo posterior del paciente; además, debe acompañar la impresión de imágenes diagnósticas, trazados electrodiagnósticos, perfiles de laboratorio clínico y otros registros de exámenes o procedimientos practicados.

ARTICULO 102. La evaluación y tratamientos de Ortóptica y Pleóptica, se contratarán únicamente con los profesionales que acrediten el título académico de Optómetra, cuya preparación universitaria demuestre que están capacitados para realizarlos.

ARTICULO 103. El valor de la fototerapia del recién nacido está incluida en la tarifa de la estancia, sea en el servicio de Pediatría o en el de Obstetricia. En consecuencia, el Instituto no reconocerá tarifa adicional por este tratamiento, ni cuando se aplique en forma ambulatoria en el recién nacido.

ARTICULO 104. El valor por la utilización del equipo láser en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos, está comprendido dentro de los derechos de sala determinados en los Artículos 48 y 49 de este Manual.

ARTICULO 105. Las tarifas del Manual para los exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, relacionados en el Capítulo II de este Acuerdo, son los valores máximos que el Instituto reconoce por la práctica integral del examen o procedimiento y el informe escrito sobre los resultados del mismo, incluidos los gastos del personal profesional, técnico y auxiliar, uso de equipos, sus accesorios e implementos, consumo de cualquier material o elemento (reactivos, medios de contraste, película o papel fotográfico, radiofármacos, etc.) con excepción de catéteres, sondas, vendas o inmovilizadores de cualquier clase no reutilizables, mechas lubricadas, esponjas hemostáticas, jeringas y agujas. Para algunos procedimientos y exámenes, en el Artículo correspondiente a su definición, se hacen otras excepciones con respecto a elementos que son objeto de pago adicional a su tarifa.

ARTICULO 106. Cuando se celebre un contrato de servicios de salud, con un especialista médico u odontólogo, para la realización de procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento, definidos en el Capítulo II de este Manual, mediante el cual el profesional aporta únicamente sus conocimientos y habilidad manual y el Instituto suministra los demás recursos necesarios para su práctica, los servicios profesionales del especialista se pagarán en una suma igual al treinta y cinco por ciento (35%) de la tarifa establecida en el citado Capítulo para el examen o procedimiento que practique; se exceptúan de esta disposición, los estudios de imagenología y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de hemodinamia.

PARAGRAFO: En los procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, que realizan otros profesionales de la salud, el valor por este concepto y

cualquier otro adicional sobre los componentes de la atención, para cada contrato, lo establecerá las Vicepresidencias de EPS e IPS con base en las tarifas de este Manual y los estudios de costos del Instituto.

ARTICULO 107. Cuando el Instituto contrate estancias fijas mensuales, se podrá reconocer el pago de estancias adicionales, si el índice de ocupación de las fijas, en el mes anterior a la causación de la adicional, sobrepasa el ochenta y cinco por ciento (85%).

ARTICULO 108. La Unidad de Cuidado Intensivo es un servicio para atención de pacientes adultos o niños críticamente enfermos, recuperables, con permanencia de médico especialista en cuidado intensivo, cirujano, internista o anestesiólogo, con experiencia demostrada o especialización en cuidado crítico y enfermera con especialización o experiencia en cuidado crítico.
La Unidad Neonatal exige la permanencia de médico especialista en neonatología o de pediatra y enfermera que demuestren experiencia en cuidado intensivo neonatal.
Las Unidades requieren del siguiente equipamiento mínimo: a) por cama: monitor (electrocardiografía continua, presiones invasivas y no invasivas, oximetría de pulso), ventilador de presión o volumen, salidas de oxígeno medicinal, succión y aire b) en la unidad: electrocardiógrafo, desfibrilador, gasímetro arterial, portátil de rayos X, carro de paro, marcapaso transcutáneo, computador de gasto cardiaco, fuente para marcapaso interno transitorio y equipos para terapia respiratoria; c) externo a la unidad: electroencefalógrafo. Adicionalmente la Unidad Neonatal debe disponer de: glucómetro, incubadora y lámpara de calor radiante.

ARTICULO 109. En la unidad de cuidado intensivo se atenderán los siguientes tipos de pacientes:

1 De orden cardiovascular

a. Pacientes con infarto agudo del miocardio
b. Pacientes con corpulmonar agudo
c. Pacientes con cuadro clínico de angina inestable
d. Pacientes con bloqueo AV. completo
e. Pacientes con bloqueo A.V. II Grado, tipo Mobitz II
f. Pacientes con extrasistolia ventricular multifocal
g. Pacientes con enfermedad del nódulo sinusal, síndrome de taquibradiarritmia
h. Pacientes con taquicardias supraventriculares de cualquier etiología, con compromiso hemodinámico.
i. Pacientes para cardioversión y/o desfibrilación
j. Pacientes en crisis hipertensiva de cualquier causa
k. Pacientes con cardiomiopatías congestivas de difícil manejo, bajo gasto cardíaco y/o falla de bomba.
l. Pacientes con shock séptico, cardiogénico, hipovolémico y/o neurogénico, que presenten posibilidad de ser recuperables según valoración conjunta con el médico tratante y/o grupo de especialistas.
m. Pacientes con falla ventricular izquierda de cualquier etiología
n. Pacientes post-cirugía cardiovascular
o. Pacientes post-reanimación cardiopulmonar, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a cuidado intensivo.

2 De orden neurológico

a. Pacientes con enfermedades neurológicas del tipo polirradículo-neuromielopatías agudas de cualquier etiología
b. Pacientes con porfiria aguda (pía)

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

c. Pacientes con cuadro de edema cerebral post-cirugía o post-trauma, con signos de riesgos tales como inconsciencia, deterioro de su cuadro neurológico en forma progresiva o empeoramiento de sus signos vitales y que no presenten signos de muerte cerebral.
d. Pacientes con status convulsivo al cual se considere necesario asistencia ventilatoria
e. Accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y oclusivos con signos de hipertensión endocraneana, edema cerebral y que a juicio del médico de la UCI, en relación con la edad y estado cardiovascular del paciente, ofrezca posibilidades de tratamiento para su recuperación.
f. Control post-cirugía del encéfalo, cerebelo o tronco cerebral

3 De orden infeccioso
a. Pacientes con cuadro clínico de tétanos
b. Shock de cualquier etiología

4 Tóxicos
a. Pacientes intoxicados que requieran asistencia ventilatoria
b. Pacientes en cetoacidosis diabética y/o estados hiperosmolares, que deban ser manejados en principio en el servicio de medicina interna, según normas convencionales.

5 De orden neumológico
a. Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda, de cualquier etiología

6 Otros
a. Pacientes con hipertemia maligna
b. Pacientes con leucemias agudas, que requieran asistencia ventilatoria
c. Cualquier otra patología que para el manejo del paciente se requiera de asistencia ventilatoria.

ARTICULO 110 La Unidad de quemados de cuidado intensivo, es el servicio destinado específicamente para la atención de casos críticamente afectados, con disponibilidad de médicos especializados, personal de enfermería y de nutrición, capacitado en esta disciplina, instalaciones físicas, equipos de ayuda diagnóstica y de cuidado intensivo altamente especializados. Se contratará con instituciones de tercer nivel y la tarifa se reconocerá cuando el servicio reúna los requisitos antes mencionados.

ARTICULO 111. La Unidad de quemados para cuidado intermedio, es el servicio destinado específicamente a la atención del paciente, que para su tratamiento y rehabilitación no requiere de un cuidado intensivo, con disponibilidad de recurso médico y paramédico capacitado en el manejo de este tipo de casos.

ARTICULO 112. Los servicios profesionales de los especialistas, diferentes al tratante y a los comprendidos en la estancia, que deban intervenir para la atención del paciente en UCI médica o para el quemado, se pagarán con base en la tarifa establecida para el código 39154 en el Artículo 46 de este Manual.

ARTICULO 113. La Unidad de Cuidado Intermedio es el servicio destinado a pacientes críticos con complicaciones que exigen de los mismos servicios de la UCI sin un monitoreo estricto. Requiere del siguiente equipamiento mínimo: a) por cama: monitor (electrocardiografía continua, presión no invasiva, oximetría de pulso), salida o fuente

móvil de oxígeno medicinal, succionador, bomba de infusión; b) en la unidad: electrocardiógrafo, carro de paro, glucómetro y equipos para terapia respiratoria.
La atención la brinda en forma permanente un médico especialista y/o general y enfermeras, con entrenamiento en el manejo de esta Unidad.

ARTICULO 114. Los materiales de sutura y curación, soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, a que se refiere el Artículo 55 de este Manual, corresponden a los relacionados en su Parágrafo 6, que se consuman en el quirófano y en la sala de recuperación, la sala de parto o sala especial, cualquiera sea el tipo de intervención quirúrgica o procedimiento realizado.

ARTICULO 115. El paciente crónico somático es el que sufre un proceso patológico incurable, que para mejorar su calidad de vida conviene tratarlo en forma integral, fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar. La atención podrá realizarla el Instituto directamente o a través de grupos interdisciplinarios de salud, contratados con personas o instituciones que demuestren experiencia en el manejo de este tipo de paciente.

ARTICULO 116. El servicio de hospitalización para el paciente psiquiátrico en crisis, corresponde al que se ofrece para modificar fundamentalmente las condiciones críticas del paciente y su permanencia en el centro hospitalario no debe sobrepasar de quince (15) días. El de corta y mediana estancia, es el que se presta al paciente que ha superado su período agudo y únicamente se brindará a quienes las condiciones del entorno, no les favorecen la continuidad del tratamiento y la rehabilitación a nivel ambulatorio; su hospitalización en promedio no excederá de quince (15) días.

ARTICULO 117. Las tarifas establecidas en este Manual, son las sumas máximas que el Instituto podrá reconocer y pagar, en el caso de atención en salud a los beneficiarios de la EPS-ISS; en consecuencia, en los contratos y convenios que para el efecto se celebren, no se podrá pactar la prestación de servicios de salud a valores superiores a los determinados en este Acuerdo.

ARTICULO 118. Los convenios que el Instituto celebre con cualesquiera de las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, para la prestación de los servicios de salud que tengan origen por un accidente de trabajo o enfermedad profesional a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, se podrán suscribir por un valor integral según el tipo de riesgo o por servicios prestados y se sujetarán a las tarifas establecidas en este Acuerdo, más una comisión del diez por ciento (10%) a liquidar sobre el valor total de la cuenta de cobro que se formule.

ARTICULO 119. Defínase como Urgencia la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o enfermedad de cualquier etiología, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

ARTICULO 120. Defínase como atención inicial de urgencia todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la Entidad que la asume, al tenor de los principios éticos y las normas que determinen las acciones y el comportamiento del personal de salud. La atención inicial de urgencias no va más allá de la estabilización de los signos vitales, aún si ésto se logra por medios mecánicos.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PARAGRAFO 1. La estabilización de los signos vitales implica realizar las acciones tendientes a elevarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente involucra la recuperación a estándares normales. El diagnóstico de impresión, está referido a la identificación de la causa de inestabilidad de los signos vitales.

PARAGRAFO 2. El concepto de atención inicial de urgencias es asimilable o sinónimo de los conceptos de urgencia vital y vital inmediata. Incluye la observación del paciente, si es necesario y hasta que se logre efectuar el diagnóstico de impresión, la estabilización de los signos vitales y la definición del destino inmediato.

PARAGRAFO 3. Esta atención no comprende ninguna actividad, intervención o procedimiento, que se enmarque dentro del concepto de la fase de rehabilitación, entendida esta última como todas las acciones (actividades, intervenciones, procedimientos), tendientes a restaurar la función física, psicológica o social, resultante de una condición previa o crónica, modificando, disminuyendo o desapareciendo, las consecuencia de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en el ambiente familiar, laboral y social.

Excluye también, aquellos servicios que correspondan a una actividad, intervención o procedimiento, de carácter electivo, tales como: prostatectomía, amigdalectomía, titulación de hormonas.

PARAGRAFO 4. La atención inicial de urgencias incorpora todas aquellas acciones inmediatas y necesarias para controlar los riesgos de posibles secuelas.

PARAGRAFO 5. Las acciones dirigidas a conjurar la atención inicial de urgencias, siempre estarán enmarcadas dentro de la capacidad técnico-científica, los recursos disponibles, el nivel de atención y el grado de complejidad institucional.

PARAGRAFO 6. Con fundamento en las consideraciones anteriores, existen procedimientos que no corresponden a la atención inicial de urgencias y en consecuencia, no procede su facturación al Instituto bajo este concepto, entre otros. Consulta externa programada (general, especializada y actividades de salud oral); cirugía y procedimientos de tipo electivo; exámenes y/o procedimientos de apoyo diagnóstico y de complementación terapéutica (imagenología, laboratorio clínico, quimioterapia, radioterapia, etc.), de soporte a la consulta externa programada, cirugía y procedimientos de tipo electivo. Se exceptúan aquellos exámenes y procedimientos que el médico ordene como urgentes, en cuyo caso estarán soportados en la orden de servicio y en el resumen de historia clínica.

ARTICULO 121. De acuerdo con lo preceptuado por el Decreto 412 de 1992, se entiende como atención de urgencia el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud, debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

ARTICULO 122. En virtud al Decreto señalado en el artículo anterior, se define como servicio de urgencia la unidad que en forma independiente o dentro de una Entidad Prestadora de Servicios de Salud, cuente con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación, que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de Salud para esa Unidad.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 123. Cuando una IPS, sea que haya suscrito o no contrato de prestación de servicios de salud con la EPS, brinde la atención inicial de urgencia a uno de los beneficiarios del Instituto, el valor de los servicios de salud le será cancelado a la Entidad, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en el Artículo 124 de este Manual; para la prestación del servicio no se requiere de autorización por parte de funcionario competente del ISS. Si una vez prestada la atención inicial de urgencias, a juicio del médico tratante se requiere continuar con la atención de urgencia, la IPS contratista que tiene bajo su cuidado al paciente debe asumirla y la no contratista, podrá optar por una de las siguientes alternativas:

a) Continuar con la atención de urgencia del paciente, si obtiene la autorización de la Gerencia de EPS de la Seccional respectiva, o la repartición que haga sus veces.

b) Trasladar bajo su responsabilidad el paciente, a la IPS que le señale la Gerencia de EPS de la Seccional respectiva, o la repartición que haga sus veces.

PARAGRAFO 1. La obligación de las instituciones proveedoras de servicios con la EPS es la de prestar también la atención de urgencias, previa autorización de la Gerencia EPS, la repartición que haga sus veces o en quien el Gerente delegue. En esta forma, se debe pactar en el respectivo contrato, sin que ello signifique que el valor de esta atención, más la inicial de urgencias, se facture con cargo a la cuantía del contrato.

PARAGRAFO 2. Si la decisión respecto a que el paciente continúe la atención de urgencia en la IPS no contratista que le prestó la inicial la toma el asegurado o sus familiares, éste o éstos, asumen directamente ante la IPS el pago de la totalidad de los servicios prestados durante su permanencia en el Centro Hospitalario. En dicho evento, el Instituto hará el reembolso al asegurado o a quien demuestre haber cancelado los servicios prestados, previa solicitud acompañada de la documentación que se determina en el Artículo siguiente.

ARTICULO 124. Para el reembolso del valor de la atención inicial y la de urgencia, a las instituciones contratista y no contratista, al asegurado o a quien demuestre haberlo cancelado, por eventos distintos a los que tratan los Artículos 139 y 140 de este Manual, el interesado debe allegar junto con la solicitud de reintegro, los siguientes documentos:

a) Resumen de la historia clínica, en el cual se establezca la ocurrencia del hecho, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se presentó la urgencia y el tratamiento médico y/o quirúrgico que se hubiere efectuado.

b) Original de las facturas por los servicios estrictamente médicos prestados al asegurado. En el evento que el reintegro lo solicite directamente el asegurado o quien demuestre haber sufragado los gastos, es requisito que las cuentas presentadas estén canceladas.

PARAGRAFO 1. El reconocimiento y pago, cualquiera sea su origen, se efectuará a los valores establecidos en el Decreto 2423 de 1.996 o la norma que lo complemente o sustituya.

PARAGRAFO 2. El término para presentar la solicitud de pago de la atención inicial y la de urgencia es de sesenta (60) días hábiles, contados a partir de la fecha de prestación del servicio cuando se diere en forma ambulatoria o del egreso del paciente de la Institución que lo atendió; después del término aquí señalado, no habrá lugar a reconocimiento alguno por estos conceptos.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

El Instituto se reserva los derechos de verificar la calidad de afiliado del paciente atendido

PARAGRAFO 3. Los gastos por la atención inicial y la de urgencia, que se preste a los beneficiarios, serán cancelados por la Seccional en donde esté ubicada la Institución prestataria del servicio, cuando el pago se efectúe a la Institución. Si se trata del reembolso al beneficiario o quien demuestre haber efectuado el pago, la solicitud se debe presentar en la Seccional donde esté registrado el afiliado para efecto de la garantía en la prestación de los servicios.

PARAGRAFO 4. En el caso del afiliado a la EPS del ISS amparado a su vez por un seguro de igual naturaleza, a través de asegurador privado, para establecer la cuantía a reembolsar, el Instituto efectuará la liquidación de la totalidad de los servicios facturados por la entidad de salud que atendió el caso y del valor que se obtenga se descontará el asumido por el asegurador privado y el ISS pagará la diferencia, sin que en ningún caso la sumatoria de las dos últimas partidas supere el ciento por ciento (100%) de lo facturado.

PARAGRAFO 5. Toda IPS que preste la atención inicial de urgencia a un asegurado del Instituto, asume la obligación de informar a la Gerencia de la EPS de la Seccional en cuya área de influencia se encuentre ubicada, dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes del ingreso al servicio, salvo el caso que por las condiciones del paciente no se puede obtener de él o de sus familiares información respecto a la calidad de asegurado al Instituto o por imposibilidad de obtener comunicación telefónica con la dependencia antes mencionada. La Gerencia de la EPS llevará en la Seccional un registro actualizado por IPS sobre las novedades reportadas y la decisión tomada en cada caso.

ARTICULO 125. Con excepción de la atención inicial de urgencias definida en el Artículo 120 del Manual y la ambulatoria de medicina general, todo servicio médico que se preste con carácter electivo a un usuario del Instituto, debe estar respaldado en la correspondiente orden de referencia o de servicio. Cuando de la atención de urgencias se derive una hospitalización, para el pago de la cuenta a la Entidad contratista, se exigirá la respectiva autorización.

ARTICULO 126. Si un beneficiario del Instituto voluntariamente no utiliza o rechaza los servicios que le ofrece el Instituto, con recursos propios o contratados, asumirá directamente el costo de la atención que reciba en forma particular, sin que proceda el reembolso de los gastos.

ARTICULO 127. Si excepcionalmente un beneficiario requiere de la práctica de una intervención quirúrgica, procedimiento o examen establecido en el Plan de Beneficios de Salud, que el Instituto, en determinado momento, no esté en capacidad de prestar con recursos propios o contratados o de efectuar el suministro de un elemento necesario para su realización, puede a través del Gerente de EPS o quien haga sus veces, de la Seccional respectiva, o en quien éste delegue, obtener autorización para practicárselo particularmente o efectuar su adquisición y presentar al Instituto, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a su realización o compra, cuenta de cobro con la autorización y el recibo de pago respectivo, para su reembolso.

De igual forma se procederá, en el caso de tratamiento médico y/o quirúrgico de tipo intrahospitalario, en el evento que el beneficiario manifieste al Instituto su voluntad para que se lo practique un proveedor de servicios de salud, diferente a los propios o contratados por el Instituto y lo autorice la Gerencia Seccional de EPS o la repartición que haga sus veces, previa verificación a la fecha de resolver la solicitud, sobre la no

disponibilidad en la RED de Servicios del Instituto. El reintegro se efectuará con base en las tarifas de este Manual.

ARTICULO 128. El Instituto reconocerá los gastos en salud que hubiere hecho por su cuenta un afiliado, cuando se demuestre la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia, por parte de la EPS del ISS para cubrir la obligación con el usuario.

ARTICULO 129. La solicitud de reembolso por parte del asegurado o quien demuestre haber efectuado los pagos, se debe presentar en la Gerencia de la EPS o en la repartición que haga sus veces, en la Seccional que el afiliado esté registrado para efecto de la garantía en la prestación de los servicios, dependencia que la resolverá. Contra la decisión del Gerente de la EPS o quien haga sus veces, que resuelve la solicitud de reembolso, procederá el recurso de reposición ante el mismo funcionario y el de apelación ante el Vicepresidente EPS del Instituto, en los términos del Código Contencioso Administrativo.

PARAGRAFO 1: Adicionado: Acuerdo 228 de 2.000, Artículo Sexto, en los siguientes términos:

Se entiende como reembolso el reintegro que hace la EPS-ISS a la institución prestadora o al interesado (usuario, persona o entidad) que demuestre haber sufragado el valor de los servicios prestados a un afiliado, dentro del Territorio Nacional, en los eventos señalados en el Acuerdo 209 de 1999 o la norma que lo adicione o modifique.

PARAGRAFO 2: Adicionado: Acuerdo 228 de 2.000, Artículo Sexto, en los siguientes términos:

Para el trámite de las reclamaciones de reembolso correspondientes a los gastos por la atención médica y/o quirúrgica a que se refiere los artículos 124 y 127 de este Acuerdo, se procederá así:

La Gerencia de EPS-ISS seccional, o la dependencia que haga sus veces, a través del Departamento de Contratación de Servicios de Salud, o repartición que haga sus veces, verificará siempre y en todos los casos: Que la solicitud haya sido presentada dentro del término establecido y con los requisitos fijados en el artículo 35 del Código Contencioso Administrativo y demás normas concordantes; documentación requerida, según el Acuerdo 209 de 1999; si el paciente a la fecha de prestación del servicio, tenía derecho a la atención por parte de la EPS ISS; pertinencia de la atención según el diagnóstico efectuado en el paciente; si es del caso, liquidar los servicios prestados al paciente con base en los valores del Manual de Tarífas respectivo, así: Manual Tarifario del Gobierno Nacional - se aplicará para cualquier tipo de servicio prestado por IPS pública; servicios derivados de la atención inicial y/o de urgencias prestados por IPS privada; servicios prestados por IPS privadas, a consecuencia de accidente de tránsito. Manual de Tarifas ISS - Se aplica en todos los demás casos.

Con los soportes anteriores, elaborará el proyecto de Resolución, mediante el cual se autoriza o se niega el reembolso y será enviado para su revisión al área jurídica; posteriormente, en el evento de ser procedente el reembolso se obtendrá el certificado de disponibilidad presupuestal. En uno u otro caso, se tramitará la Resolución para la firma del Gerente, en su calidad de ordenador del gasto y notificada ésta al interesado, enviará lo pertinente a la dependencia de cuentas por pagar, cuando fuere del caso.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 130. La EPS determinará los registros estadísticos que el contratista le debe aportar mensualmente.

ARTICULO 131. Los servicios de salud prestados al Instituto se facturarán de acuerdo con las condiciones del convenio o contrato vigente a la fecha en que se brinde la atención de urgencia o de expedición de la correspondiente orden de referencia o de servicio; sólo podrán facturarse al Instituto una vez se haya causado el egreso del paciente, si son hospitalizados, o a la terminación del tratamiento objeto de la orden de referencia o del servicio, si son ambulatorios; se exceptúa la atención correspondiente a un servicio que el Manual defina con tarifa por mensualidades o en los procedimientos de hemodiálisis o diálisis y cualquier otro tratamiento ambulatorio u hospitalario prolongado sin que exceda de noventa (90) días.

En los casos de excepción, la factura podrá presentarse al Instituto por períodos mensuales, siempre y cuando que se acompañe, por paciente, del respectivo resumen de la historia clínica, en la cual haya una justificación científica sobre la necesidad de continuar con el tratamiento; el pago afectará el valor del contrato vigente el último día del mes al cual correspondan los servicios prestados y por tratarse de la continuidad de un tratamiento no implica la expedición de nueva orden de referencia o de servicio y de reiniciar el conteo de tiempo para efecto del reconocimiento y pago de la estancia.

ARTICULO 132. En los contratos de tipo intrainstitucional, en los cuales el ISS provee directamente el inmueble, para la realización de la actividad o actividades objeto del contrato, las tarifas por concepto de "consulta de urgencias" (códigos 39134, 39135 y 39136), "valoración del recién nacido por el especialista en clínicas pediátricas" (código 39119) y UVR por servicios profesionales de los especialistas de clínicas quirúrgicas, ginecoobstétricas y de anestesiología, así como de los médicos que actúan de ayudantes quirúrgicos (códigos 39101, 39102, 39103 y 39145), cuando el servicio se cause en las horas nocturnas entre las 8 p.m. y 6 a. m. de los días ordinarios y corresponda estrictamente a una atención de urgencia, en los términos definidos en el Artículo 120 de este Acuerdo, o en cualquier hora de los dominicales y festivos, tendrán un incremento del veinte por ciento (20%).

ARTICULO 133. En las localidades donde las IPS y Centros de Atención Ambulatoria, que conforman la RED de servicios de la EPS, no disponen del talento humano especializado, pero existen médicos y odontólogos generales con capacidad demostrada al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud, para realizar algunos procedimientos quirúrgicos, obstétricos, clínicos y odontológicos bajo esta única circunstancia prestarán el servicio a los asegurados y se facturarán con base en el valor de la UVR establecido bajo el código 39145 si se trata de acto quirúrgico o hasta por el sesenta por ciento (60%) de su tarifa, en el caso de un procedimiento de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Los procedimientos que pueden realizar estos profesionales, son los siguientes:

Procedimientos Médicos:

Punción lumbar	Blefarotomía
Sutura herida simple de párpado	Drenaje absceso o hematoma de oído

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo sin incisión.

Reducción cerrada de fractura de huesos propios.
Extracción de cuerpo extraño en recto por vía rectal.

Drenaje de quiste pilonidal

Drenaje de absceso escrotal o perineal.

Sutura de herida en pene

Mastotomía; incluye drenaje de la mama.

Dilatación y curetaje del muñón cervical.

Himenotomía

Drenaje de absceso vulvo-perineal
Marsupialización de la Glándula de Bartholino o de Skene.

Atención del parto vaginal

Legrado uterino post-parto, o post-aborto.
Desbridamiento y cierre de dehiscencia de episiorrafia.

Extracción de cuerpo extraño de rótula.
Tratamiento ortopédico de fractura de falanges del pie.
Tratamiento ortopédico de luxaciones metatarso-falángicas o interfalángicas.
Reducción cerrada de luxación traumática de rótula.
Extracción de cuerpo extraño superficial en tejidos blandos excepto mano.
Avulsión de uñas en pie por trauma, cualquier número.

externo o pabellón auricular.
Sutura heridas de pabellón auricular .
Sutura de herida en nariz; incluye cartílago y/o mucosa nasal .
Punción aspiración transtraqueal
Toracentesis diagnóstica o de drenaje.

Retiro de catéter peritoneal
Sutura de herida de escroto

Incisión y drenaje de flegmón peneano

Legrado uterino ginecológico
Extirpación de pólipo de cuello uterino.
Extracción de cuerpo extraño de vulva y periné.
Excisión de papilomas
Corrección de desgarro perineal I o II sin atención del parto.
Extracción de placenta y/o revisión uterina, sin atención del parto.

Reducción cerrada de fractura de escápula o clavícula.
Tratamiento ortopédico de fractura de peroné.
Reducción cerrada de fractura de cóccix .
Resección quirúrgica de una encarnada.

Extracción de cuerpo extra{o en dedos.
Reducción cerrada de luxación interfalángica.

Desbridamiento por lesión superficial, hasta

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

un 10% en área general.

Reducción cerrada de luxación interfalángica.

Drenaje de partes blandas; incluye absceso profundo, flegmón.

Extracción de cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo.

Sutura o reparación de herida entre 6 y 10 centímetros, excepto cara.
Sutura o reparación de herida de 3 a 4 centímetros en cara; Incluye labios.
Onicectomía, una uña (por infección).

Drenaje de hematoma subungueal

Incisión y drenaje intraoral de absceso o hematoma de cavidad bucal.
Resección de lesión superficial en la lengua.

Estomatorrafia (sutura de herida en mucosa oral).

Reducción manual de luxación témporomandibular aguda.

Cambio de catéter urinario

Aspiración vesical suprapúbica

Instilación vesical

Lavado de oídos

Taponamiento nasal anterior
Curación nariz o senos paranasales.

Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica.
Flebotomía terapéutica

Sutura o reparación de herida hasta de 5 centímetros, excepto cara.
Sutura o reparación de herida hasta de 2 centímetros en cara; incluye labios.
Sutura en avulsión parcial de cuero cabelludo (escalpe).
Onicectomía, dos o más uñas
Onicectomía, dos o más uñas
Sutura de matriz ungueal

Incisión y drenaje extraoral de absceso o hematoma de cavidad bucal.
Glosorrafia

Remoción de cuerpo extraño en tejidos blandos de la boca.

Cateterismo vesical

Extracción cuerpo extraño nariz (incluye rinolito).
Taponamiento nasal posterior
Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva.
Drenaje de chalazión
Extracción cuerpo extraño superficial de córnea.
Bloqueo nervio periférico
Cauterización de cervix

Inserción o retiro de

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

	dispositivo intrauterino de cualquier tipo.
Extirpación de pólipo pediculado sésil (cuello uterino).	Inserción y/o remoción de anticonceptivos subdérmicos.
Colpocentesis	Tratamiento de esguinces
Taponamiento vaginal	Inmovilización de miembro superior o inferior total o parcial.
Tratamiento de esguince metacarpofalángico	
	Tratamiento de esguince interfalángico.
Tratamiento ortopédico dedo en martillo.	Paracentesis abdominal
Tratamiento de esguince metacarpofalángico.	Lavado gástrico
Tratamiento de esguince interfalángico.	Drenaje en piel y/o tejidos celular subcutáneo.
Disección venosa	Resección de verrugas y clavos.
Tratamiento médico del queloide o lesiones granulomatosas.	

Procedimientos Odontológicos:

Cateterización y sialometría.	Drenaje de glándula salival.
Incisión y drenaje intraoral de absceso o hematoma de cavidad bucal.	Curetaje óseo, maxilar o mandibular.
Liberación de la lengua en anquiloglosia.	Estomatorrafia (sutura de herida en mucosa oral)
Remoción de cuerpo extraño en tejidos blandos de la boca.	Resección de lesión hasta 2cm. de diámetro de la mucosa oral, con toma de biopsia.
Reducción manual de luxación témporomandibular aguda.	Frenillectomía lingual o labial.
Extirpación de lesión benigna encapsulada en encía hasta 3 cms,	Extirpación de lesión benigna no encapsulada en encía hasta 3 cms.
Enucleación de quiste (odontogénico o no odontogénico) hasta 3 cms de diámetro.	

ARTICULO 134. En el caso que en una localidad no haya disponibilidad de recurso médico especializado, en determinada disciplina, para atender a los asegurados y desde todo punto de vista le resulte más favorable al Instituto brindar la atención mediante el desplazamiento del Contratista a un sitio cercano a la sede de los beneficiarios, que de éstos hacia el municipio donde reside el proveedor del servicio, el valor de la UVR correspondiente al especialista en clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas, que preste el

servicio bajo esta condición, será de $1.525 y de $1.250 la UVR para el especialista en anestesiología. En dicho evento, la tarifa de consulta ambulatoria de cualquier especialidad, prequirúrgica y Preanestésica, será de $17.875.

PARAGRAFO 1. Cuando se trate de un procedimiento determinado bajo un Conjunto, por el concepto señalado en este Artículo, sobre el valor de los servicios profesionales del especialista en clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas y/o del especialista en anestesiología, que hace parte integrante de la tarifa del Conjunto, se incrementa en el veinte por ciento (20%).

PARAGRAFO 2. Sobre los valores y el porcentaje señalado en esta disposición, se efectuarán los incrementos específicos establecido en el Artículo 142 del Manual para algunos Departamentos y la Región de Urabá, siempre y cuando el servicio se preste en una IPS localizada en el área de influencia del respectivo Departamento o Región.

PARAGRAFO 3. Los incrementos previstos anteriormente sólo podrán aplicarse, cuando el contrato de prestación de servicios de salud se celebre con personas domiciliadas en ciudades distintas a las ubicadas en los Departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guainía, Guaviare, Putumayo, San Andrés y Providencia, Vaupés, Vichada y Región de Urabá, para la atención de los asegurados en sitios localizados en las áreas geográficas antes mencionadas.

ARTICULO 135. El Instituto a través de la Vicepresidencia de la EPS, para las intervenciones y procedimientos en las distintas especialidades, continuará elaborando "Conjuntos de Atención de Salud por Tarifa Integral", que se incorporarán a este Manual, previa la aprobación por parte del Consejo Directivo del ISS.

ARTICULO 136. Si durante la vigencia del Manual surgen excepcionalmente modificaciones, adiciones o supresiones que produzcan desequilibrio económico en las tarifas y por ende en los contratos, la Presidencia del ISS presentará al Consejo Directivo, el proyecto de reforma para su aprobación, igualmente en el caso de que haya necesidad de adicionar o modificar su contenido.

ARTICULO 137. Para el control de calidad de la atención de los servicios de salud que se presten, se establecen los siguientes criterios:

a) Exigir la certificación de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales.

b) Comprobar que en la prestación de los servicios se reúnan las condiciones de estructura, proceso y resultado, exigidas por el Instituto.

c) Aplicar los instrumentos evaluativos diseñados y normatizados por el Instituto.

d) Analizar los registros estadísticos necesarios para la retroalimentación de los diferentes estudios de evaluación de la calidad que efectúe el Instituto.

PARAGRAFO 1. La EPS establecerá los mecanismos de control de la calidad en la atención que contrate.

PARAGRAFO 2. El proveedor del servicio asume la obligación con el Instituto de suministrar, a solicitud de funcionario del Departamento de Evaluación de Calidad de Servicios de Salud, o la dependencia que haga sus veces, o de quien en el contrato se le ha

asignado la responsabilidad de ejercer la supervisión, fotocopia legible de la historia clínica y resumen de la misma.

ARTICULO 138. La venta de servicios de salud a otras EPS o personas, por parte de las IPS del Instituto, en los casos de atención programada, se hará a las tarifas establecidas en este Manual, más un incremento del diez por ciento (10%) liquidado sobre el valor total de la cuenta de cobro.

ARTICULO 139. Modificado: Acuerdo 228 de 2.000, Articulo Quinto, en los siguientes términos:

El valor de la atención médica y/o quirúrgica, programada y de urgencia, que se preste a los asegurados del Instituto en forma ambulatoria o intrahospitalaria a través del prestador interno (IPS y CAAs), como consecuencia de accidente de tránsito o evento catastrófico (atentado terrorista o catástrofe natural), será facturado directamente por el prestador a la Compañía Aseguradora y/o al FONSAT; el saldo que corresponde a la diferencia entre el total de los gastos y el valor de la cobertura a cargo de la Compañía Aseguradora y el Fondo de Solidaridad y Garantía lo asumirá la EPS del ISS.

PARAGRAFO UNICO: El valor a cargo de la EPS-ISS, cuando corresponda a un servicio causado por atención de urgencias, no se facturará con cargo a la cuantía del contrato, si lo hubiere, vigente a la fecha de prestación del servicio y consecuentemente se formulará la respectiva reclamación de reembolso.

ARTICULO 140. El valor de la atención médico y/o quirúrgica, programada y de urgencias, que se preste a los asegurados al Instituto, en forma ambulatoria o intrahospitalaria, como consecuencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional, a través de la Red propia o contratada por la EPS, será facturado por las IPS del ISS o contratistas a la EPS-ISS, en relación independiente a la de los demás servicios que sean objeto de cobro; sobre la suma total de la factura, se adicionará una cuantía igual al cinco por ciento (5%) por concepto de los gastos de manejo administrativo del riesgo. Toda relación será objeto de glosa, en el evento que no se acompañe la factura de cada paciente con la copia del informe del accidente de trabajo, o de la enfermedad profesional, que con destino a la EPS ISS presente el empleador ante la IPS que asumió la atención.

ARTICULO 141. Las IPS y Centros de Atención Ambulatoria del Instituto, con excepción del valor de la atención prestada a consecuencia de un accidente de tránsito o evento catastrófico (atentado terrorista o catástrofe natural), los demás servicios sean programados o de urgencia, se facturarán a la EPS del ISS con base en las tarifas establecidas en este Acuerdo; cuando la actividad, procedimiento o intervención esté definida bajo un Conjunto, no hay alternativa distinta para su facturación.

ARTICULO 142. Por las circunstancias de orden socioeconómico, que hace más gravosa la prestación de los servicios de salud, en los Departamentos de: Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Municipios de la Región de Urabá, para los cuales el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud fijó una prima adicional a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, las tarifas establecidas en este Manual, cuando la persona o entidad proveedora del servicio aporta los recursos necesarios para la atención integral, dentro del área de influencia del respectivo Departamento o Región, se incrementarán en los siguientes porcentajes:

a) Treinta por ciento (30%) por la consulta general, especializada, interconsultas, servicios profesionales en urgencias, atención diaria intrahospitalaria, valoraciones

intrahospitalarias, servicios profesionales de los especialistas en clínicas quirúrgicas, ginecoobstétricas y anestesiología, así como los de ayudante quirúrgico y derechos de salas, en las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos enumerados en el Capítulo I de este Manual;

b) Quince por ciento (15%) para los exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, contenidos en el Capítulo II del Manual.

PARAGRAFO 1. Para los Conjuntos de "Atención en Salud por Tarifa Integral", el incremento será el establecido en el Parágrafo 10 del Artículo 69 de este Acuerdo

PARAGRAFO 2. Los ajustes en las tarifas establecidos en este artículo no aplican para los servicios de salud que el Instituto contrate para su atención en las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal.

ARTICULO 143. La EPS cuando lo considere necesario, a través de las personas responsables del control en la prestación de los servicios de salud o de la revisión de cuentas, confrontará el valor de facturación de los medicamentos con base en el catálogo y de los elementos de uso médico y suministros a los precios de adquisición por el Contratista, que el Instituto establecerá del examen sobre las "Entradas de Almacén" del proveedor del servicio de salud.

PARAGRAFO. Cuando el Instituto establezca que le es más favorable reintegrar al proveedor el medicamento o elemento suministrado al beneficiario, en lugar de pagarlo al precio facturado, se glosará la cuenta y se procederá a efectuar la devolución del insumo.

ARTICULO 144. Teniendo en cuenta que las tarifas previstas en este Manual son las máximas que la EPS puede pagar por una actividad, procedimiento o Conjunto de atención en salud, que contrate, cuando un proponente ofrezca servicios a tarifas inferiores, en las condiciones de calidad y oportunidad requeridas por el Instituto, tendrá prioridad sobre las demás propuestas.

ARTICULO 145. Si una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública asume para los asegurados del ISS la prestación de un servicio, definido en el Plan de Beneficios, que no esté considerado en el Decreto 2423 de 1996 o en la norma que lo complemente o sustituya, la tarifa a reconocer por el ISS será la establecida en este Acuerdo para el respectivo procedimiento, examen o actividad.

ARTICULO 146. Las complicaciones imputables al prestador, derivadas de la intervención o procedimiento médico-quirúrgico practicado a un beneficiario del Instituto, que se puedan resolver con el recurso disponible, según el nivel de complejidad de la Entidad, debe asumirlas el proveedor del servicio, cualquiera sea la causa que las originó, entre ellas la oportunidad en la atención y las infecciones intrahospitalarias; el incumplimiento de esta disposición será causal para la aplicación de las sanciones previstas en el contrato. Lo anterior, sin perjuicio de las investigaciones que el Instituto adelante para establecer las causas y consecuencias de la complicación e inicie las acciones civiles o penales a que hubiere lugar. Si de los resultados de las investigaciones, la responsabilidad es imputable al contratista, el Instituto formulará la respectiva cuenta de cobro con el objeto que se efectúe el reembolso del valor de los servicios médicos y/o quirúrgicos que demandó el tratamiento integral de la complicación y que el Instituto hubiere pagado por tal concepto al contratista u otro proveedor.

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

ARTICULO 147. La forma de pago y los requisitos para la presentación de las cuentas correspondientes a los contratos y convenios de servicios de salud, que celebre el Instituto, se sujetarán a las disposiciones que en el Instituto norman la materia sobre el particular.

ARTICULO 148. En los casos de remisión interseccionales, para el desplazamiento de los beneficiarios, el Instituto proveerá el medio de transporte adecuado a su estado de salud y al destino de la referencia. En los eventos que no se pueda suministrar directamente el transporte, el Instituto le entregará al beneficiario el tiquete aéreo, terrestre o marítimo, a juicio del Gerente de EPS Seccional o quien haga sus veces, según el estado de salud y el sitio de la atención, o le reembolsará su valor.

Cuando el paciente sea menor de diez y ocho (18) años, el Instituto suministrará adicionalmente el pasaje para un acompañante o le reintegrará su valor; igualmente se procederá cuando se trate de un beneficiario que se encuentre imposibilitado para cuidar de sí mismo, circunstancia que debe ser certificada en el sitio donde se origine la orden de referencia por parte del Subgerente de Servicios de Salud del CAA, Subgerente de Salud de la Clínica, o quien haga sus veces.

Cuando el paciente fuere remitido dentro del Territorio Nacional, a un lugar diferente al de su domicilio y falleciere, el Instituto trasladará el cadáver o asumirá el gasto de transporte hasta el lugar donde se originó la remisión, entendido como tal el valor de flete del cofre, vía regular, según el costo facturado por la empresa transportadora

Practicado el procedimiento objeto de la referencia, el beneficiario o interesado está obligado a presentar ante la dependencia que la autorizó, el comprobante de utilización del servicio del transporte junto con la respuesta a la referencia u orden de servicio.

Los gastos de transporte por este concepto, los asumirá la Seccional en donde se origine la orden de referencia o de servicio.

PARAGRAFO 1. En las zonas donde se paga una UPC diferencial mayor, el Instituto asume también los gastos de desplazamiento del paciente cuando se origine una remision intraseccional.

PARAGRAFO. Si en el área de influencia de la Seccional se dispone del recurso para la prestación del servicio que un asegurado requiere, pero bajo el esquema de adscripción el paciente solicita la atención en otra Seccional, en esta circunstancia el Instituto no asume gastos por concepto de desplazamiento.

ARTICULO 149. Para garantizar a los asegurados la oportunidad en la iniciación del tratamiento, práctica del examen o procedimiento de carácter electivo y en la provisión del medicamento, las órdenes de referencia y servicio expedidas a proveedores, tendrán los siguientes términos máximos de validez, contados desde la fecha de su notificación por el asegurado:

Tipo de atención	**Término máximo**
Servicios de apoyo diagnóstico o de complementación terapéutica por atención de urgencia	5 días hábiles
Consulta ambulatoria de salud oral	30 días hábiles
Laboratorio clínico	5 días hábiles
Radiología convencional	15 días hábiles
Imagenología (excepto radiología convencional	30 días hábiles
Terapia respiratoria	3 días hábiles

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS", PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

Terapias física, ocupacional y del lenguaje	15 días hábiles
Otros servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	15 días hábiles
Hospitalización para tratamiento médico y/o procedimiento no quirúrgico	Inmediato
Consulta ambulatoria médica u odontológica especializada	30 días hábiles
Consulta de medicina general	3 días
Intervenciones o procedimientos médico-quirúrgicos de carácter electivo.	30 días hábiles

PARAGRAFO 1. El afiliado tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para notificar la autorización, orden de referencia o de servicio, excepto en los casos que a juicio del profesional solicitante califique la solicitud como de urgencia, en cuyo evento deberá presentarla de inmediato.

Cuando el asegurado no actúe dentro del término estipulado, podrá solicitar su renovación, previa cancelación del valor que fije el Instituto como sanción al incumplimiento.

PARAGRAFO 2. En el evento que el contratista no esté en posibilidad de iniciar la prestación del servicio dentro del período correspondiente, señalado en este Artículo, debe notificarlo de inmediato al afiliado para que éste solicite se le transfiera a otro proveedor.

PARAGRAFO 3. El incumplimiento por parte del proveedor de los períodos estipulados, sin informar al afiliado sobre la imposibilidad de su atención, será causal de sanción por inoportunidad, de acuerdo con los términos del contrato o convenio y la cuenta respectiva será objeto de formulación de la respectiva glosa.

PARAGRAFO 4. La autorización u orden de servicio para el tratamiento de diálisis peritoneal o de hemodiálisis, se expedirán para la atención del paciente durante un término hasta por tres (3) meses; sin embargo, el paciente se obliga mensualmente a acreditar su afiliación y el contratista a verificarla.

PARAGRAFO 5. En el caso que el afiliado se retire de la EPS con autorización u orden de referencia o de servicio sin ejecutar, en razón a que la atención fue programada por el proveedor para una fecha posterior a la de su retiro, el servicio ordenado deberá otorgarse, como parte del período de protección.

ARTICULO 150. Para mantener la continuidad en la prestación de servicios de salud, la Presidencia del Instituto, en la fecha que lo considere necesario, presentará a consideración del Consejo Directivo, el proyecto integral o ajustes del Manual de Tarifas, en términos de contenido y tarifas.

ARTICULO 151. El presente Acuerdo rige a partir del 1º marzo de 1999 y por regular íntegramente la materia, deja sin efecto el Acuerdo Número 180 de mil novecientos noventa y ocho (1998).

ARTICULO 152. El presente Acuerdo debe publicarse en el DIARIO OFICIAL

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 28 días del mes de Abril de 1999

ACUERDO NÚMERO 209 DE 1999
(28 de Abril)

POR EL CUAL SE APRUEBA EL “MANUAL DE TARIFAS”, PARA LA COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

==========

PRESIDENTE	SECRETARIO
(FDO):	**(FDO):**
HERNANDO YEPES ARCILA	**LUIS EMILIO SIERRA GRAJALES**